

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES
Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

Wilson Domingos Mingote Junior

**O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS
POR TRANSTORNOS MENTAIS EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO
SOCIAL**

Belo Horizonte
2018

Wilson Domingos Mingote Junior

**O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS
POR TRANSTORNOS MENTAIS EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO
SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profª Drª Maria Elizabeth Antunes Lima

Área de Concentração: Organização e Estratégia

Linha de Pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

Belo Horizonte

2018

MINGOTE JUNIOR, Wilson Domingos.

M665t

O trabalho sob a perspectiva de indivíduos acometidos por transtornos mentais em contexto de inovação social. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2018. 82p.

Orientador: Dr^a Maria Elizabeth Antunes

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Administração – Centro Universitário Unihorizontes.

1. Inovação sócia – transtornos mentais – reforma psiquiátrica 2. Suricato II. Wilson Domingos Mingote Junior II. Centro Universitário Unihorizontes Programa de Mestrado em Administração. III. Título.

CDD: 658.4012



Centro Universitário Unihorizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **WILSON DOMINGOS MINGOTE JUNIOR**

Matrícula: 0770793

LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

ORIENTADOR(A): Prof. ^a Dr.^a Maria Elizabeth Antunes Lima

**TÍTULO: O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR
TRANSTORNOS MENTAIS EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO SOCIAL.**

DATA: 09/04/2018

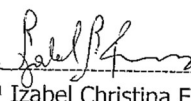
BANCA EXAMINADORA:



Prof. ^a Dr.^a Maria Elizabeth Antunes Lima
ORIENTADOR
Centro Universitário Unihorizontes



Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz
Centro Universitário Unihorizontes



Profª Drª Izabel Christina Frinche Passos
UFMG

Rua Alvarenga Peixoto, 1270 – Santo Agostinho – CEP: 30.180-121
Av. Sinfrônio Brochado, nº 1281 - Barreiro de Baixo – CEP: 30640-000
Telefone: (31)3349-2900 – Site: <http://www.unihorizontes.br>
Belo Horizonte- MG

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Administração, de autoria de **WILSON DOMINGOS MINGOTE JUNIOR**; linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica nas Organizações; área de concentração: Organização e Estratégia, sob a orientação do Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Antunes Lima, intitulada “**O TRABALHO SOB A PERSPECTIVA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR TRANSTORNOS MENTAIS EM CONTEXTO DE INOVAÇÃO SOCIAL**”.

Dados da revisão:

- Ortografia
- Gramática
- Redação

Belo Horizonte, 22 de março de 2018.



Prof^a. Débora dos Passos Laia

À minha mãe, Elizabeth Mingote,
que é o grande amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido inteligência e discernimento para chegar tão longe e, obviamente, por ter me dado a vida e estar ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus amados pais, Elizabeth Damasceno e Wilson Mingote, que são as maiores referências que tenho na vida e que, com extrema paciência, me ensinaram a percorrer e a encarar a vida com dignidade. A eles, minha gratidão por terem sido meus primeiros professores e que são os meus maiores amores.

Aos meus irmãos, Renata Mingote e Juliano Mingote, por serem meus melhores amigos e por sempre terem me apoiado em todas as minhas decisões.

À minha cunhada, Carla Cabrera, por fazer parte da minha família e por estar para sempre em meu coração.

Aos meus amados sobrinhos, Grasyelle Mingote, Juliana Mingote, Letícia Mingote e Pyetro Mingote, pelos quais tenho amor de pai e estarei sempre aqui para eles.

À minha querida orientadora Doutora Maria Elizabeth Antunes Lima, por ter me acolhido como orientando desta dissertação; por ser uma inspiração profissional e também de vida; por acreditar no ser humano e lutar por um mundo mais justo e, principalmente, pelo amor que tem à profissão e pelo respeito, carinho e atenção com os quais conduziu a orientação. Meu profundo respeito e admiração por ter aprendido tanto durante a nossa caminhada juntos.

À Marta Soares, por ter aberto, tão gentilmente, as portas da SURICATO e por não ter medido esforços para me ajudar a entender esse lindo projeto que tanto me inspira.

Aos associados do projeto SURICATO que dispuseram seu tempo com o intuito de contribuir para com esta pesquisa, externando suas opiniões, experiências e concepções de vida.

Aos professores do Programa de Mestrado do Centro Universitário Unihorizontes, por terem compartilhado suas experiências e seus conhecimentos que tanto contribuíram para minha formação acadêmica.

À querida Rachel Siqueira que, além de profissional é uma pessoa extremamente humana, com quem chorei minhas lamúrias e dividi minhas angústias. Minha profunda gratidão pela amizade e delicadeza no trato para com as pessoas.

Aos meus colegas de turma, alguns dos quais se tornaram grandes e eternos amigos. Sou grato pelas ricas trocas de experiência e pela paciência em dividir as angústias.

Ao professor Doutor Luciano Zille, com quem tanto aprendi na disciplina Seminário de Dissertação. Seu olhar crítico e carinhoso trouxe grandes avanços para a realização deste trabalho.

Aos membros da banca de qualificação, Doutor Luiz Honório e Doutor Reynaldo Maia Muniz, pelas preciosas considerações que deram luz ao projeto de pesquisa.

Aos professores e doutores Reynaldo Maia Muniz e Izabel Christina Frinche Passos, por terem aceitado gentilmente o convite para compor a banca de defesa desta dissertação.

Enfim, a todos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização desta pesquisa. A todos vocês, minha eterna gratidão!

“Uma sociedade nova surgiria em um dia, como nos sonhos: uma cidade imensa, esplêndida. Como uma miragem, onde cada cidadão viveria do seu trabalho e teria o seu quinhão nas alegrias comuns.”

(Zola, 1881)

RESUMO

A finalidade desta pesquisa consistiu em descrever e analisar como se dá a relação de indivíduos loucos com o trabalho em uma Associação de caráter inovador, sediada em Belo Horizonte/MG, bem como os reflexos advindos do ambiente laboral na qualidade de vida desses trabalhadores. Interrogou-se sobre como esse tipo de Associação reflete no desenvolvimento, na saúde e nas relações de trabalho e os impactos dessas relações na subjetividade dos trabalhadores. Como fundamento teórico para esta pesquisa, optou-se por algumas perspectivas adotadas por teóricos da inovação social, da reforma psiquiátrica, da função psicológica do trabalho e da inclusão social. Foi realizada uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, visando compreender de maneira aprofundada o contexto da Associação e seus reflexos na vida dos associados. Participaram desta pesquisa oito associados e a Terapeuta Ocupacional, responsável pela organização do trabalho da Associação. Foram feitas entrevistas semiestruturadas e em profundidade. Os dados obtidos foram tratados por meio da análise de conteúdo, definindo-se como categorias de análise: dificuldades para realização do trabalho na Associação; percepção sobre o ambiente de trabalho; perspectivas de desenvolvimento; percepção sobre a Associação; e o caráter terapêutico do trabalho na Associação. Os resultados do estudo evidenciaram que a Associação oferece um ambiente propício à inserção de indivíduos loucos pela via laboral, proporcionando um ambiente de trabalho coletivo, de respeito às diferenças e ao ritmo de cada um, de compreensão das dificuldades, além da possibilidade de acesso à cidadania.

Palavras-Chave: Inovação Social. Inclusão Social. Economia Solidária. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The purpose of this research was to describe and analyze how the relationship of crazy individuals with work in an Association of innovative character, located in Belo Horizonte/MG, as well as the reflections arising from the work environment on the quality of life of these workers and the impacts of these relationships on the subjectivity of workers. It was questioned about how this type of Association reflects on the development, health and work relationships. As a theoretical basis for this research, we adopted some perspectives assumed by social innovation theorists, psychiatric reform, the psychological function of work and social inclusion. A descriptive research was carried out, with a qualitative approach, aiming to understand in depth the context of the Association and its impacts in the life of the associates. Eight associates and the occupational therapist responsible for organizing the association's work were investigated. The data obtained were treated through content analysis, defining these categories of analysis: difficulties to carry out the work in the Association; perception about the work environment; development prospects; perception about the Association; and the therapeutic character of the work in the Association. The results of the study showed that the Association provides an environment conducive to the insertion of crazy individuals through the workplace, providing a collective work environment, respect for the differences and rhythm of each, understanding of difficulties, and the possibility of access to citizenship.

Keywords: Social Innovation. Social Inclusion. Solidarity Economy. Psychiatric Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura da SURICATO	51
Quadro 1 – Descrição dos Sujeitos de Pesquisa	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASMARE – Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Material Reaproveitável

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CID – Código Internacional de Doenças

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MST – Movimento Sem-Terra

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SUS – Sistema Único de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Algumas Reflexões sobre Inclusão e Exclusão Social	18
1.2 Estigma da Loucura	20
1.3 Inovação Social.....	21
1.4 O Embrião e as Pretensões da Pesquisa	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 Inovação Social.....	26
2.1.1 <i>Lócus</i> da Inovação Social	28
2.1.2 Dimensões da Inovação Social	29
2.2 Trabalho, Inclusão e Cidadania	31
2.3 Economia Solidária e Inclusão Social do Louco	33
2.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	36
2.4.1 Antecedentes da Reforma.....	36
2.4.2 Influências da Reforma Psiquiátrica Italiana.....	37
2.4.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	38
2.4.4 Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO	45
3.1 A Origem da Pesquisa.....	45
3.2 A Coleta de Dados: Etapas e Instrumentos.....	46
3.3 As Entrevistas com os Associados	47
3.4 A Análise dos Resultados.....	47
3.5 O Estudo de Temas Transversais	48
3.6 A Validação dos Resultados.....	48
4 O CAMPO DE PESQUISA: HISTÓRIA DA SURICATO	50
4.1 A Estrutura da SURICATO	52
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
5.1 O Sentido do Trabalho na SURICATO	56
5.2 Dificuldades para Realização do Trabalho na SURICATO	57
5.3 Percepção dos Associados sobre a SURICATO.....	59
5.4 Perspectivas de Desenvolvimento.....	63
5.5 Fundadores e Novatos	66
5.6 O Trabalho na SURICATO <i>versus</i> Empresa Privada	67
5.7 O Caráter Terapêutico do Trabalho na SURICATO	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	76

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização de loucos¹ no Brasil ocorreu somente após alguns séculos desde seu descobrimento. Durante os três primeiros séculos (1500 a 1800), eles eram deixados a vagar pelos campos, pelas ruas das cidades recém-criadas, ou mantidos reclusos nas casas de famílias abastadas. Com o crescimento da população nas cidades, a presença dessas pessoas nas ruas foi se tornando algo indesejável e, desta maneira, foram tomadas medidas de encaminhamento às prisões e aos porões das Santas Casas. Começaram, então, a surgir apelos humanitários devidos à ocorrência de maus tratos e das precárias condições de funcionamento de tais espaços. Por meio desses apelos, apoiados por alguns políticos da época, se defendia a criação de instituições exclusivas para o acolhimento desses indivíduos (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Em 1852, foi criado no Rio de Janeiro, capital do Império, o Asilo Pedro II, vinculado à Santa Casa. A partir de então, o Estado assumiu a responsabilidade pela questão da loucura. A presença dos loucos no Asilo Pedro II, bem como nos demais hospícios instituídos em todo o país na mesma época, tinha também como propósito a segregação dos alienados. Fica explícita, neste período de criação de vários hospícios, a tendência a segregar o louco, uma vez que o Estado passou a proibir o internamento dos mesmos em hospitais gerais (VASCONCELOS, 2010).

A partir da República instituída no ano de 1889, dá-se início a um período que se caracterizou pelo “redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização”

¹ Será considerado para este estudo que as pessoas apresentam sofrimento psíquico em diferentes graus e em situações diversas no decurso de suas vidas, sendo que algumas delas são enquadradas em categorias diagnósticas e recebem tratamentos. Optou-se pelo termo “louco” por ser aquele que os sujeitos desta pesquisa utilizam para designarem a si mesmos. Ao preferirem utilizar esses termos, os entrevistados abrem mão de qualquer forma de classificação da sua patologia, ainda que sua indicação para fazer parte da Associação pesquisada seja decorrente de um diagnóstico feito pela psiquiatria, isto é, vem do fato de possuírem um CID e por terem sido encaminhados pelo sistema de saúde mental. Foge ao escopo deste trabalho, portanto, delimitar o campo da psicopatologia ou expor diagnósticos feitos antes da entrada dessas pessoas na Associação, uma vez que as particularidades vividas em uma situação de trabalho não se limitam ao que a psiquiatria ou qualquer outro saber possam produzir.

(ENGEL, 2001, p. 331). Os hospitais psiquiátricos tinham, então, como função principal a exclusão social do louco, de forma a garantir que este não perambulasse pela rua, o que era completamente incompatível com o pretense grau de civilidade no país. Assim, uma tendência geral para o tratamento da loucura por parte do poder público estava pautada na exclusão em instituições asilares, nas quais os indivíduos só “aguardavam o dia de sua morte, encarcerados nesses imensos cemitérios vivos” (JABERT, 2005, p. 714).

O Asilo Pedro II se desvinculou da Santa Casa em 1890, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados, configurando-se como a primeira instituição pública de saúde da República.

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições de assistência ao doente mental (sic), em questões de saúde e de doença mental tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2007).

O entusiasmo na adesão “à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão de outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas por ter encontrado um ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento” (RESENDE, 2007, p. 47). Neste período, grande parte dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas à sua rede de ofertas de serviços, ora como complemento aos hospitais psiquiátricos tradicionais, ora como única opção.

Embora expressasse sua intenção de atuar na recuperação dos loucos, tais colônias continuaram a manter a mesma função que caracterizava a assistência ao alienado no Brasil: sua exclusão de seu convívio social, retirando-o do ângulo de visão da sociedade. Até 1920, mantém-se “inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela científica” (RESENDE, 2007, p. 52) que se destaca, indubitavelmente, pela ampliação do espaço asilar.

Assim, a década de 1920 é marcada pela “ampliação e o aprofundamento da influência dos princípios eugênicos no âmbito da psiquiatria brasileira que, sem romper com os referenciais organicistas, passaria a caracterizar-se, cada vez mais, pela presença de perspectivas preventistas” (ENGEL, 2001, p. 175). A cristalização do Movimento de Higiene Mental acontece em 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que se caracterizou como um movimento marcado por questões antiliberais, xenofóbicas e racistas.

Vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Os hospitais públicos, neste período, eram responsáveis por 80,7% do tratamento psiquiátrico no Brasil, exercendo um papel orientador da assistência psiquiátrica e consolidando a política macro hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental (PAULIN; TURATO, 2004).

A expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros aconteceu entre as décadas de 1940 e 1950, tendo resultado na aprovação do Decreto-Lei nº 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que dispunha sobre a realização de convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Com a publicação do Código Brasileiro de Saúde, em 1945, houve a condenação das denominações “asilo”, “retiro” ou “recolhimento”, reconhecendo, desta maneira, a categoria “hospital”, como o espaço de atuação psiquiátrica. Nesta mesma época, a psiquiatria buscava se estabelecer como especialidade médica, sendo introduzidos no país os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica, como a psicocirurgia, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a insulinoaterapia (SAMPAIO, 1988; AMARANTE, 2007).

A partir de 1964, durante o regime militar, a assistência psiquiátrica foi incorporada à previdência social, o que aumentou ainda mais o número de doentes mentais excluídos. Foram criados muitos hospitais psiquiátricos privados, uma vez que eram contratados leitos privados pela previdência social. Alguns obstáculos, porém, podem ser observados a partir dessa tendência. Um dos mais significativos, a não resolutividade dos hospitais psiquiátricos, fez crescer a denúncia de que havia uma indústria da loucura. O Estado, recebendo essas denúncias, tomou medidas como a

produção de manuais, ordens de serviços e resoluções propondo a ambulatorização e interiorização da assistência psiquiátrica, embora grande parte dessas medidas não tenha sequer saído do papel (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

No ano de 1978, já em um cenário da redemocratização do país, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge no Rio de Janeiro, protagonizando reformas importantes no campo da saúde mental. Em um primeiro momento, o MTSM foi responsável por organizar as críticas ao modelo psiquiátrico clássico, buscando entender a função da psiquiatria e de suas instituições para além do seu papel médico-terapêutico, na tentativa de inverter o modelo dominante a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

O ano de 1978 ficou marcado também pela visita ao Brasil de Franco Basaglia, o psiquiatra italiano responsável pelo movimento da Psiquiatria Democrática que liderou importantes experiências no campo da superação do modelo manicomial em Gorizia e Trieste, na Itália. Basaglia foi um dos pioneiros na extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços para lidar com o louco. Além da revolução provocada por esta nova forma de tratar a loucura, ele contribuiu com a criação de dispositivos de caráter social e cultural, como cooperativas de trabalho, centros de cultura e lazer, ateliês de arte, oficinas de geração de renda, entre outros (AMARANTE, 2007).

Basaglia retornou ao Brasil em 1979, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que era um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas influenciaram sobremaneira a trajetória da reforma psiquiátrica no país. Em Barbacena, o psiquiatra italiano comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, o que reforçou as denúncias de maus-tratos e violência. Na ocasião das suas visitas houve uma atenção especial por parte da imprensa brasileira, além de dar origem ao documentário de Helvécio Ratton, intitulado “Em nome da razão”, de 1980, e que pode ser considerado como um marco da luta antimanicomial no país. Além disso, uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino, inicialmente publicadas no jornal Estado de Minas, foi convertida, mais tarde, em uma publicação pela Editora Codecri denominada “Nos porões da loucura”, no ano de 1982 (AMARANTE, 2007).

Durante o Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em dezembro de 1987, na cidade de Bauru/SP, com o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, debateu-se sobre a necessidade do envolvimento da sociedade nas discussões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. A partir desse Encontro, foram organizadas atividades culturais, artísticas e científicas por todo o país, a fim de sensibilizar e envolver novos atores sociais, o que impulsionou o surgimento de associações de familiares, voluntários e usuários de serviços psiquiátricos (VASCONCELOS, 2010).

Além da relação do país com Franco Basaglia, foram várias as consequências de todas essas mudanças, principalmente após uma série de mortes ocorridas em Santos/SP, em 1989, em uma clínica psiquiátrica local. Na ocasião, a prefeitura do município decidiu intervir e desapropriá-la, dando início a um revolucionário trabalho semelhante àquele encabeçado por Basaglia na Itália. Foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas loucas, como os Núcleos de Atenção Psicossocial, abertos 24 horas, sete dias por semana, como também foram criadas oficinas de trabalho para geração de renda, cooperativas de trabalho e diversos projetos culturais de inserção social (AMARANTE, 2007).

1.1 Algumas Reflexões sobre Inclusão e Exclusão Social

Já se passaram quase trinta anos desde o início do movimento antimanicomial, e ainda é oportuno refletir sobre as práticas que seus representantes se esforçaram em consolidar, além dos problemas e impasses atuais. No sentido de compreender o termo “inclusão social”, faz-se necessário discutir o significado de “exclusão social”².

² Existe uma discussão em torno do termo exclusão social, tanto do ponto de vista dos limites de sua capacidade explicativa, quanto em função do uso abusivo da terminologia. Mesmo não tendo acesso a uma parte da sociedade, ainda sim, o indivíduo não se encontra em uma situação de exclusão, uma vez que ele socializa com o grupo de indivíduos que se encontra na sua mesma condição. Autores que criticam a capacidade de explicação da expressão não negam a importância da utilização do termo no sentido em que permitiu que a sociedade tomasse consciência de problemas que estavam afetando sua integridade. A crítica se fundamenta no fato de que o termo agrupa indivíduos díspares e não permite uma separação entre fatores conjunturais e estruturais para explicação do fenômeno, sendo o termo, portanto, uma construção social (ZIONI, 2006).

“Rigorosamente falando, só os mortos são excluídos, e nas nossas sociedades a completa exclusão dos mortos não se dá nem mesmo com a morte física: ela só se completa depois de lenta e complicada morte simbólica” (MARTINS, 1997, p. 27).

Para tanto, é preciso retomar à Europa, na década de 1970, quando ela passava por uma enorme crise econômica, o que gerou o empobrecimento de grande parte da sua população. Neste cenário, a França, que havia vivenciado um apogeu em termos de qualidade de vida com emprego para quase toda a população, assistiu à exclusão de uma série de categorias do mercado de trabalho, dentre elas: idosos, deficientes físicos e imigrantes. O termo “exclusão social” foi utilizado pela primeira vez, designando setores excluídos momentaneamente de uma sociedade que já havia superado a pobreza extrema. Neste contexto surge, então, a expressão “inclusão social” para se referir às políticas assistencialistas direcionadas a esse público marginalizado (TEIXEIRA, 2005).

Nos anos 1990, organismos internacionais ampliaram a utilização do conceito, sendo que o termo “exclusão social” passou a se referir ao processo de privação do acesso aos direitos sociais (direitos políticos, educação, emprego, saúde, etc.). Nessa perspectiva, o acesso a empregos estáveis passou a ser mais difícil, restando a muitos grupos sociais o desemprego ou a ocupação de trabalhos mais precários (temporários, com baixos salários ou informais), afetando em especial os jovens ou as minorias étnicas. Sob o prisma psicológico, a exclusão social deixa o indivíduo vulnerável, com um sentimento de inutilidade, fragilizando os seus laços sociais, podendo até desencadear situações mais graves, como a depressão (ALBAGLI, 2006).

Existe uma cadeia cumulativa de privações que fazem com que um indivíduo seja excluído, tais como o baixo nível de escolaridade, pouco acesso à saúde, alimentação deficiente, origens familiares pobres, falta de moradia, condições de trabalho precárias, etc. Todavia, não são apenas as condições socioeconômicas que fazem o sujeito ser excluído. Existem outras questões, como condições de gênero, etnia, deficiência ou mesmo a falta de conhecimentos específicos que podem culminar em uma situação de exclusão, que se dá quando o indivíduo não consegue acessar aos direitos básicos que deveriam estar à sua disposição (ALBAGLI, 2006). No caso específico do tema deste estudo, a condição de louco também se constitui como um fator de exclusão.

Sob a ótica da sociologia, a ideia de inclusão social leva à noção dada por Émile Durkheim, teórico que acreditava na função do Estado e da educação em integrar harmoniosamente o indivíduo à sociedade, evitando os conflitos e o isolamento (TEIXEIRA, 2005).

Há, claramente, essa ideia proposta por algumas políticas públicas vigentes, como a própria Lei nº 8.213, de julho de 1991, também conhecida como Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência. Porém, do ponto de vista crítico, a ideia de inclusão social pode ser mobilizada com o objetivo de desviar o olhar de problemas estruturais, como a pobreza e a desigualdade social que seriam as grandes responsáveis pela exclusão de setores da sociedade. Sob esta perspectiva, a inclusão ocorre efetivamente em países desenvolvidos, onde esses direitos existam, mesmo que alguns indivíduos sejam excluídos deles. Em países como o Brasil, esses direitos básicos, na realidade, possivelmente, não serão amplamente realizados (TEIXEIRA, 2005).

1.2 Estigma da Loucura

A estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, levando-os a viverem à margem da sociedade dita “normal” (FOUCAULT, 1972). O estigma da loucura é a marca social que carrega aquele que sofre de transtornos psiquiátricos e é tido como “diferente” sob os padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade. Este estigma trata o estigmatizado como se não tivesse vontade própria, como se não fosse capaz de decidir sobre a sua própria vida ou como se fosse obrigado a viver dentro dos padrões que são estabelecidos socialmente. Os indivíduos estigmatizados tornam-se objetos nas mãos de familiares, médicos e da sociedade em geral (BUSSINGUER; ARANTES, 2016).

No processo de exclusão e estigmatização, o indivíduo louco deixa de se reconhecer como pessoa humana, passando a ser tratado como objeto e, desta maneira, como alguém incapaz de participar ou mesmo opinar sobre o próprio tratamento (BUSSINGUER; ARANTES, 2016).

Como consequências do estigma da loucura, têm-se a baixa estima e o desestímulo do paciente em persistir no tratamento que, na maioria dos casos, deverá continuar por toda a vida. Essa espécie de exclusão social, muitas vezes acompanhada da internação psiquiátrica, pode agravar o quadro do paciente (BUSSINGUER; ARANTES, 2016).

Goffman (2004) tratou em profundidade essa questão e, para ele, o estigma se apresenta basicamente sob três formas: as deformidades físicas; as culpas de caráter individual e os tribais ou de raças. No que se refere ao estigma da loucura, há um enquadramento nas culpas de caráter individual.

Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes a animosidade baseada em outras diferenças, tais como a classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (GOFFMAN, 2004, p. 8).

Assim, a exclusão do louco se perpetuou no tempo, de tal maneira que, ainda nos dias atuais, os cuidados se fazem pela rotulação e pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos, retirando-o, em muitos casos, do convívio com a família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, da vida em sociedade (RESENDE, 2007, p. 37).

1.3 Inovação Social

A inovação social é um campo de estudos cada vez mais importante e pesquisado por investigadores de várias áreas do conhecimento, visto que engloba dimensões teóricas diversas, demonstrando, desta maneira, o seu caráter multidisciplinar (OLIVEIRA; LIMA, 2016). A presente pesquisa investiga a experiência de uma Associação de trabalho baseado na Economia Solidária, sediada em Belo Horizonte/MG, cujo contexto será tratado sob a perspectiva da inovação social.

Bignetti (2011) define inovação social como:

(...) o resultado do conhecimento aplicado às necessidades sociais através da participação e da cooperação de todos os atores envolvidos, gerando soluções novas e duradouras para grupos sociais, comunidades ou para a sociedade em geral (BIGNETTI, 2011, p. 4).

Para Correia; Oliveira e Gomes (2016), inovação social integra a inclusão e a cooperação entre atores envolvidos, a fim de obter transformações sociais e criar novos significados, desempenhando um importante papel no que concerne à indicação de novas oportunidades e à geração de respostas e benefícios que atendem às necessidades específicas da sociedade.

Trata-se de um campo de estudo novo, sem uma epistemologia estabelecida, o que impede a consolidação do seu conceito entre os autores (CORREIA; OLIVEIRA; GOMES, 2016). “Os estudos teóricos sobre inovação social ainda não constituem um corpo sólido de conceitos, de teorias, de orientações epistemológicas e de metodologia” (BIGNETTI, 2011, p. 8).

Por se tratar de uma questão que envolve também problemas de ordem ética, o futuro das inovações sociais voltadas para a inclusão de loucos não consiste simplesmente na colocação desses indivíduos em postos de trabalho, mas, sobretudo, na escolha da sociedade brasileira sobre como lidar com as diferenças e com suas minorias em desvantagem social.

1.4 O Embrião e as Pretensões da Pesquisa

Os trabalhadores da Associação pesquisada, denominada SURICATO, são egressos dos Centros de Convivência, centros esses administrados pela equipe de saúde mental de Belo Horizonte, e que demonstram interesse por determinadas áreas criativas, bem como para o trabalho.

Este tipo de iniciativa pode se configurar como fazendo parte de experiências de inovação social, visto que organizações com este perfil visam atender às demandas da sociedade as quais, tanto a iniciativa pública quanto a privada se mostraram

incapazes de solucionar. Ademais, elas podem provocar mudanças sociais duradouras.

Neste sentido, esta pesquisa busca refletir sobre as ações de uma Associação de trabalho e produção solidária que promove a inclusão social de cidadãos loucos por meio de uma grande diversidade de atividades, envolvendo a produção de objetos em mosaico, marcenaria, costura e culinária. Como objetivo principal, este trabalho pretendeu descrever e analisar como se dá a relação entre pessoas loucas com o trabalho de uma Associação como essa, bem como a percepção que esses indivíduos têm acerca das atividades que ali realizam.

Importante ressaltar que, na modernidade, existe uma relação histórica entre o desenvolvimento do capitalismo e a exclusão social da loucura. Há, nesse sentido, uma problemática comum entre o mundo do trabalho e o mundo da loucura: a alienação (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009). O trabalhador comum vive a alienação como resultado do modelo de produção capitalista, com a consequente perda do sentido do trabalho e a exploração. Já os ditos loucos, vivem a alienação como consequência da supremacia da lógica racional da “normalidade”. Nos dois casos, a alienação impacta o poder de contratualidade, seja política, social ou relacional, tanto por parte do trabalhador quanto das pessoas estigmatizadas como loucas (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009).

Um dos grandes desafios em lidar com questões da saúde mental consiste na dificuldade de acesso dos loucos ao mundo do trabalho, uma vez que as empresas, bem como a sociedade em geral, em sua grande parte, não estão preparadas para entender e absorver esses indivíduos. Isso implicaria mudanças de paradigmas e adoção de práticas voltadas à reabilitação psicossocial, uma vez que a inclusão, pela via do trabalho, ainda é uma barreira importante a ser transposta, com o objetivo real de alcançar melhores níveis de qualidade de vida e condições verdadeiramente concretas de inclusão social (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009).

Com base neste contexto, definiu-se a seguinte questão que norteou esta pesquisa: como uma organização inovadora impacta as relações de indivíduos loucos com o

trabalho e qual a percepção desses indivíduos acerca do papel que o trabalho exerce sobre sua subjetividade?

Esta pesquisa justificou-se pela possibilidade de contribuir para os estudos em torno da temática que envolve a inovação social, sob o enfoque de organizações criadas por e para a coletividade, advindas de uma demanda social específica e com vistas à resolução de problemas em que poder público e a iniciativa privada ainda não foram capazes de solucionar. O estudo trouxe ainda à luz uma discussão acerca dos desafios enfrentados pelas pessoas loucas quando inseridas em uma atividade profissional.

Academicamente, este trabalho contribuiu com as pesquisas em torno das inovações sociais no contexto de trabalho de pessoas loucas e, desta forma, fomentando o início de uma discussão em torno do papel social desse tipo de organização.

No âmbito social, este estudo justificou-se pela urgência do tema da inclusão social de loucos no ambiente laboral, o que cria campo para a discussão sobre o papel das instituições nesse processo e os reflexos provocados na sociedade.

Uma pesquisa desta natureza tem a possibilidade de contribuir com reflexões em torno das relações entre trabalhadores e organizações socialmente inovadoras, ao tratar sobre o modo pelo qual esse tipo de experiência tem gerado um avanço nas relações de trabalho e pessoais, tanto dos indivíduos que estão inseridos no processo quanto das pessoas que mantêm relação direta ou indireta com esses trabalhadores.

Este estudo está dividido em seis capítulos, onde são tratadas as questões que se seguem.

A introdução apresenta o contexto geral de cada um dos principais assuntos levantados no problema de pesquisa: a reforma psiquiátrica no Brasil, inovação social e inovação e trabalho. Essas informações contextualizam, de forma sintética, os assuntos que serão abordados pela pesquisa.

Na sequência, é apresentada a fundamentação teórica que norteia a pesquisa. São abordados os seguintes temas: inovação social, estigma da loucura, trabalho e inclusão social e reforma psiquiátrica brasileira.

O terceiro capítulo descreve o percurso metodológico adotado, assim como seus fundamentos e argumentos para a sua escolha. São apontados, também, os procedimentos utilizados para o levantamento e a análise dos dados, os quais foram ao encontro dos objetivos do estudo.

No quarto capítulo tem-se a história da Associação, que aborda o *lócus* de realização da pesquisa, bem como os principais aspectos que envolvem a organização, unidade de observação deste estudo.

O quinto capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados, onde são feitas inferências a partir dos relatos dos entrevistados e fundamentadas pela literatura.

Finalmente, são apresentadas as considerações finais do estudo, onde são respondidos os objetivos do trabalho, são levantadas as últimas considerações acerca do assunto tratado pela pesquisa e são descritas as limitações que o estudo apresenta. Seguem-se as referências utilizadas para a elaboração do trabalho.

2 REFERENCIAL TÉORICO

Neste capítulo são apresentadas as fontes teóricas do presente estudo que descrevem as principais definições, abordagens, metodologias e cenários pertinentes à problemática. São abordados os seguintes temas: inovação social; as dimensões da inovação social; trabalho, inclusão e autonomia; reforma psiquiátrica brasileira; e os desafios que enfrenta.

2.1 Inovação Social

Conforme ressaltado anteriormente, não há consenso sobre a definição de inovação social entre os pesquisadores, especialmente por ser considerada uma área de estudo emergente e que se situa na fronteira entre as ciências sociais puras e as ciências sociais aplicadas. Para Moulaert *et al.* (2005), Schumpeter foi quem primeiro identificou a necessidade de inovação no âmbito das organizações em geral, tratando a questão com o propósito de garantir tanto a eficácia econômica quanto as inovações na área tecnológica.

No entanto, pesquisas recentes demonstram certo desalinhamento entre inovações sociais e tecnológicas, uma vez que as primeiras são comumente de natureza não mercantil, com caráter coletivo, sendo mais voltadas para a geração e transformação das relações sociais. Nesse sentido, a inovação social tem um caráter eminentemente político, podendo localizar-se nos diversos domínios da sociedade. Ela não exclui a possibilidade de se apoiar em novas tecnologias, nem tampouco nas relações de mercado, porém com o objetivo de que, em tais relações, a satisfação de necessidades humanas se sobreponha ao desenvolvimento estritamente mercantil. (ANDRÉ; ABREU, 2006)

Inovação social, portanto, pode ser entendida como os esforços desenvolvidos por grupos sociais visando responder às necessidades das pessoas. É nessa direção que aponta Bignetti (2011), ao afirmar que inovação social é o resultado do conhecimento aplicado às necessidades sociais pela participação e cooperação de todos os atores

envolvidos, o que culmina em soluções novas e duradouras para grupos sociais, comunidades ou mesmo para a sociedade em geral. Phills, Deiglmeier e Miller (2008) afirmam que:

A vantagem de examinar a busca de mudanças sociais positivas através de uma lente de inovação é que esta lente é agnóstica sobre as fontes de valor social. Ao contrário do termo empreendimento social, a inovação social transcende setores, níveis de análise e métodos para descobrir os processos – estratégias, táticas e teorias da mudança – que produzem impacto duradouro. A inovação social pode, de fato, envolver a procura e o treinamento de mais empreendedores sociais. E pode implicar apoiar as organizações e empresas que criam. Mas, certamente exigirá compreensão e promoção das condições que produzem soluções para problemas sociais (PHILLS; DEIGLMEIER; MILLER, 2008, p. 40).

Taylor (1970) introduz a perspectiva de ineditismo no que tange às formas de satisfação de demandas da sociedade, salientando aspectos que o contexto mercantil não consegue suprir, sugerindo que a inovação social resulta da busca por respostas às necessidades sociais, introduzindo novas maneiras de fazer as coisas, bem como formas inovadoras de lidar com a pobreza.

Correia, Oliveira e Gomes (2016) definem inovação social como a inclusão, a capacitação e a cooperação entre os atores envolvidos, com o objetivo de se obter transformações sociais e criar novos significados. Desta forma, desempenha um papel importante por apontar oportunidades que podem gerar respostas que atendam às necessidades sociais específicas.

Dito de outra forma, inovação social é um processo iniciado por atores que tentam responder a uma aspiração da sociedade, atender a uma necessidade, oferecer uma solução ou mesmo aproveitar uma oportunidade no sentido de proporcionar mudança nas relações sociais, transformando, desta maneira, um cenário para a melhoria das condições de vida da comunidade (SOUZA; FILHO, 2014).

Ainda que o conceito de inovação social não tenha sido estabelecido de forma consensual, três aspectos comuns podem ser extraídos das concepções expostas pelos diversos teóricos que se debruçaram sobre o assunto: a participação coletiva, a transformação social e a resolução de problemas.

O termo inovação social vem sendo utilizado em algumas áreas das Ciências Sociais (sic) e das Ciências Sociais Aplicadas, principalmente com a intenção de fazer referência a mudanças sociais que visem à satisfação das necessidades humanas, buscando contemplar necessidades até então não supridas pelos atuais sistemas públicos ou organizacionais privados. A inovação social é desenvolvida por atores da sociedade civil, autonomamente ou em parceria com o poder público. Estes atores podem ser grupos comunitários, movimentos sociais ou empreendedores sociais que, por seu vínculo local, conseguem superar barreiras, geralmente intransponíveis nos arranjos institucionais estabelecidos. (SILVA; BIGNETTI, 2012, p. 2)

Na presente pesquisa optou-se pelo conceito desenvolvido por Silva e Bignetti (2012), uma vez que tal conceito contém os fatores mais relevantes presentes no âmbito desse campo do conhecimento.

2.1.1 Lócus da Inovação Social

Existem três possibilidades principais para análise da inovação social: a partir do foco no indivíduo, no meio ou território e nas empresas (CLOUTIER, 2003).

A inovação social, no âmbito individual, tem como objetivo provocar mudanças nos indivíduos que participam do processo, a fim de desenvolvê-los para que recuperem o poder de condução da própria vida. Este tipo de inovação social se dá pela participação das pessoas na tomada de consciência da necessidade, passando então pela concepção e execução do projeto, até a participação e colheita dos resultados (CHAMBON; DAVID; DEVEVEY, 1982).

Quando o foco está na empresa (associações, cooperativas de trabalho, etc.), a inovação social inclui o desenvolvimento de estruturas de produção. Há duas perspectivas de análise do assunto: a primeira, denominada instrumental, que objetiva um novo arranjo da estrutura organizacional, a fim de que favoreça a criação do conhecimento e abra espaço para as possibilidades de inovação. A segunda, não instrumental, que foca nas novas formas de organização do trabalho, uma vez que podem melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores (CLOUTIER, 2003). Para esta pesquisa, a inovação sob a perspectiva não instrumental é a que mais interessa.

No que tange à inovação do território, visa à melhoria da qualidade de vida da população pela via do desenvolvimento da cidade ou da região onde os indivíduos estão inseridos. Neste contexto, pode-se entender a abordagem do território sob a perspectiva do consumo ou do desenvolvimento (CLOUTIER, 2003).

A abordagem do consumo diz respeito às mudanças nos hábitos de consumo dos indivíduos (CLOUTIER, 2003). Já a abordagem do desenvolvimento está ligada à melhoria dos aspectos relacionados a fatores econômico-sociais que envolvem a vida dos indivíduos, tais como a melhoria do sistema de ensino, o reflorestamento, o desenvolvimento responsável e sustentável, a produção econômica de energia, a reciclagem de materiais, dentre outras questões (KING, 1984).

Há outros pesquisadores que propõem uma abordagem da inovação social voltada, sobretudo, para o desenvolvimento. Gabor (1970) afirma que a inovação social pode ser entendida como um instrumento de luta contra a urbanização, a poluição, a criminalidade, a corrupção, a desigualdade econômica e a violência. Assim, a inovação social vai além dos objetivos econômicos e abre campo para a instauração de valores sociais, visto que resolve problemas existentes, de maneira preventiva, como a implantação de políticas que impedem a criação e o aumento das desigualdades de gênero (HANDERSON, 1993).

Portanto, a inovação social pode ser percebida como práticas, como processos ou até mesmo como serviços. Ela é reconhecida por ter como objetivo essencial o bem-estar dos indivíduos ou das comunidades, ou por trazer soluções e prevenir problemas de ordem social. Deve ser considerada como um processo coletivo de aprendizado e de criação do conhecimento, uma vez que requer a participação da coletividade em diferentes graus do processo de criação e implementação (CLOUTIER, 2003).

2.1.2 Dimensões da Inovação Social

Na tentativa de identificar, ou até mesmo de reconhecer um projeto como inovação social, Harrison, Klein e Browne (2010) propõem três possíveis dimensões que

compõem uma inovação social: (a) a resposta a uma demanda específica; (b) a governança do projeto; e (c) a transformação da democracia representativa e a governança democrática das instituições.

A resposta a uma demanda específica diz respeito ao processo de inovação propriamente dito que, neste caso, não pode ser isolado do produto da inovação ou mesmo da forma como foi organizada. Essa dimensão relaciona-se à resolução de um problema latente na sociedade e que encontra sua resposta no projeto de inovação social.

A governança das inovações sociais busca identificar as condições para que esta aconteça, verificando os diferentes atores envolvidos, a capacidade de sustentação e disseminação da inovação e os mecanismos de gestão dos novos serviços ou produtos que foram desenvolvidos pelo projeto.

A transformação da democracia representativa e a governança democrática das instituições envolvem o caráter normativo da inovação social, identificando se as inovações estão consolidando novos espaços democráticos, e ainda, se estão criando uma intervenção alternativa àquela realizada pelo setor privado e pelo setor público.

Ademais, alguns autores trazem diferentes variáveis de análise das inovações sociais. De acordo com Buckland e Murillo (2013), as variáveis-chaves que podem ser adotadas para analisar, com maior profundidade, as inovações sociais, são: (a) impacto e transformação social; (b) colaboração intersetorial; (c) sustentabilidade econômica e viabilidade no longo prazo; (d) tipo de inovação; (e) escalabilidade e replicabilidade.

Impacto e transformação social formam a variável que trata da análise sobre a eficácia da inovação social em resolver um ou mais problemas sociais. Colaboração intersetorial observa o quanto a inovação social pode ser considerada híbrida em termos de colaboração entre diferentes setores, sejam eles públicos ou privados. Sustentabilidade econômica e viabilidade no longo prazo relacionam-se à capacidade de dar continuidade ao projeto. Já os tipos de inovação, seriam: inovação aberta, que

é aquela em que os usuários e outras partes interessadas são livres para copiar uma ideia, reaproveitá-la e se adaptar; e inovação fechada, calcada no conceito de propriedade intelectual. Finalmente, estabilidade e replicabilidade referem-se à capacidade de multiplicação da inovação social, visto que muitos dos problemas sociais atuais são globais, necessitando soluções globais que podem ser estendidas a outras cidades, regiões ou mesmo nações.

Rollin e Vicent (2007) levantaram quatro fases no processo de uma inovação social: (a) emergência; (b) experimentação; (c) apropriação; e (d) difusão/alianças.

A fase de emergência concerne ao ponto de partida de uma inovação social e pode ser desmembrada em duas subfases: (1) reunião de conhecimentos, competências e experiências dos atores envolvidos no processo de identificação de um problema, buscando preencher uma necessidade existente na sociedade; e (2) desenvolvimento de uma estratégia inovadora que possa encontrar solução para tal necessidade. Esta estratégia pode ser desenvolvida de três formas: criação ou invenção; adaptação de uma política já existente; ou transferência de conhecimentos de algum pesquisador. A fase de experimentação ocorre de maneira formal, informal ou de ambas as maneiras, e envolve a aplicação da estratégia desenvolvida na fase de emergência. Na fase de apropriação, a inovação social é disseminada e apropriada por outros contextos, sejam territórios ou organizações. Finalmente, a fase de difusão/alianças é quando ocorre uma passagem em todo o processo de inovação social, construindo uma rede de atores e outras alianças.

2.2 Trabalho, Inclusão e Cidadania

A inclusão social pode ocorrer, em grande medida, pela via do trabalho, sendo tal forma de inclusão definida por Albagli (2006) como um processo de inserção na sociedade de cidadãos que dela foram excluídos, no sentido de terem sido privados do acesso aos seus direitos fundamentais.

O trabalho é “aquilo que implica gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às

situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar” (DEJOURS, 2004, p. 28). Ou seja, além da relação salarial e de emprego, o trabalho envolve uma maneira de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões materiais e sociais (DEJOURS, 2004).

Neste contexto, a psicodinâmica do trabalho defende a ideia de que o trabalho não é reduzido unicamente a uma atividade de produção do mundo objetivo, pois em todas as circunstâncias coloca à prova a subjetividade que sai transformada, enaltecida ou mesmo diminuída, mortificada. Trabalhar não é simplesmente produzir, é, sobretudo, transformar a si mesmo e, na melhor das ocasiões, oferecer à subjetividade a oportunidade de se realizar (DEJOURS, 2004).

A discussão a respeito da cidadania abre a possibilidade de se pensar um sistema de leis que deveriam valer para todos os cidadãos em todo e qualquer espaço social. (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009). A ideia de cidadania, entendida como direitos sociais, consolidou-se apenas no século XX, porém o gozo dos direitos fundamentais do indivíduo tem variado para cada sociedade, uma vez que cada contexto social constrói à sua maneira o acesso à cidadania. No caso específico do Brasil, onde este estudo se interessa mais de perto, pode-se dizer que a situação atual evidencia a fragilidade da cidadania no país, embora seja garantida a igualdade de todos por meio da Constituição de 1988. Na prática, grupos sociais são estigmatizados e excluídos, com destaque para os loucos (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009).

Assim, a conquista da cidadania ainda é um grande desafio no que se refere às relações sociais e ao ambiente laboral, sendo que ela só se efetiva no cotidiano das lutas, no enfrentamento dos impasses de cada pessoa na sociedade, na discussão por alternativas (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009).

Uma maneira clássica de incluir o indivíduo louco é pela via do trabalho. A sua participação em atividades produtivas, porém, não pode ser analisada isoladamente, uma vez que fatores como condições socioeconômicas, educação, cultura, entre outros devem ser levados em consideração. Embora o direito ao trabalho seja uma garantia legal a todo e qualquer cidadão, para a pessoa louca esse direito se torna

especialmente mais difícil de ser aplicado. Observa-se que esses indivíduos são, quase sempre, excluídos do mercado de trabalho, em especial, do trabalho formal (CARVALHO-FREITAS; MARQUES, 2009).

No entanto, a busca por uma colocação no mercado de trabalho por parte do louco é um fator que aparece como fundamental para a integração ao mundo da “normalidade”. Esses indivíduos lutam para reafirmar a sua identidade, mesmo entendendo os preconceitos que irão sofrer, uma vez que há um estigma social de que eles são emocionalmente instáveis, perigosos e incapazes. Assim, como ocorre com a maioria dos indivíduos, para eles o trabalho não representa simplesmente uma forma de subsistência, mas uma maneira de “estar” no mundo, de socializar e de construir a sua autonomia perante a sociedade (ALCÂNTARA, 2007).

Os serviços de Saúde Mental e os atores envolvidos no processo devem movimentar os diversos setores da sociedade, seja o Legislativo, a educação, as outras políticas públicas, ou o próprio meio onde vive a pessoa com transtorno mental, para angariar forças para superar o estigma da doença mental e aumentar a inclusão social daqueles que há tanto tempo estão excluídos da sociedade (SAYCE, 2003, p. 629).

Em suma, a melhor maneira de inserção do louco no mundo do trabalho dar-se-á pela promoção dos direitos humanos tratando-os como legítimos cidadãos, revelando seu potencial, suas habilidades, seus talentos e não suas deficiências. Há que se reconhecer, dar oportunidades e possibilidades para que esses indivíduos se auto afirmem como pessoas capazes de romper os limites físicos, psicológicos e emocionais e, desta maneira, se tornem capazes de contribuir com a sociedade pelo viés do trabalho (SARACENO, 1999).

2.3 Economia Solidária e Inclusão Social do Louco

Economia Solidária pode ser definida como um sistema socioeconômico aberto, sob a perspectiva de valores como a cooperação e a solidariedade, com o objetivo de atender às necessidades e desejos materiais e de convivência, através de mecanismos de democracia participativa e de autogestão, com vistas à emancipação

e ao bem-estar do indivíduo, da comunidade, da sociedade e do meio ambiente (SANTOS; VIEIRA; BORINELLI, 2010).

A Economia Solidária é um exercício de poder compartilhado, de relações sociais e de cooperação entre os trabalhadores, que privilegia o trabalho em detrimento do capital, que vivencia outras formas de organização do trabalho que possam superar a economia capitalista individualista e competitiva. Crítica ao atual modelo de desenvolvimento centrado no crescimento econômico e na lógica exclusiva do mercado, a Economia Solidária apresenta-se como alternativa não só ao desemprego, mas também às relações empregatícias precarizadas. É um caminho que possibilita maior autonomia e democratização pois, trabalho também é uma forma de inserção na sociedade, de exercício da cidadania (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007, p. 7).

A partir da década de 1980, surge no Brasil uma urgência por processos de mudança econômico e social demandados do Estado em termos de apoio aos trabalhadores. Como resposta, surgem políticas destinadas ao conjunto de atividades econômicas organizadas de forma coletiva, denominadas de Economia Solidária (CUNHA, 2008).

Embora essa discussão tenha brotado na década de 1980, foi somente em 2003 que o Congresso Nacional criou a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego. Desde então, o Estado passou a reconhecer o processo de transformação social provocado pela crise do trabalho assalariado dos anos 1980. A Economia Solidária, na atualidade, é percebida como um setor capaz de gerar impactos macroeconômicos significativos (SOUZA; GARCIA, 2008).

No cenário da integração social dos loucos, a Economia Solidária surge como resposta organizada à exclusão pelo mercado, advinda daqueles que querem uma sociedade movida pela competição, da qual emergem derrotados e vitoriosos. A Economia Solidária trata-se de uma opção ética, ideológica e política que se torna prática na medida em que optantes encontram excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, entidades representativas, redes de trocas, etc., que vão ao encontro de uma sociedade marcada pela solidariedade, em que ninguém é excluído contra a vontade (BRASIL, 2006). Buscar novos métodos para se avaliar a

efetividade das ações em saúde vem do compromisso de deslocar o olhar da patologia para a complexidade do viver.

O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso a solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

A inclusão social pelo trabalho, dentro dessa perspectiva, surge como uma estratégia articulada pelos movimentos sociais, consagrada pelo Governo Federal, através da criação de leis para a reabilitação psicossocial de loucos e daqueles que sofrem transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. As Leis nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, e nº 10.216, de abril de 2001, fundamentam essa iniciativa do governo. A primeira lei dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, com o objetivo da integração social daqueles que estão em desvantagem no mercado econômico, e a segunda lei dispõe sobre a proteção e os direitos dos loucos, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007).

Os programas de inclusão social pelo trabalho, nos âmbitos estaduais e municipais, são regidos pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social; acesso ao trabalho e à renda sob a égide dos direitos humanos; incremento da autonomia e da emancipação do usuário; desenvolvimento da cooperação e da solidariedade; fortalecimento do coletivo; incentivo à autogestão e à participação democrática; geração de alternativas concretas para a melhoria de vida; desenvolvimento local; participação da comunidade; articulação em redes intersetoriais; formação de redes de comercialização solidárias; entre outras (BRASIL, 2011).

2.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

2.4.1 Antecedentes da Reforma

Por séculos a humanidade convive com a loucura, porém antes de se tornar um assunto essencialmente das áreas médicas, o louco fez parte do imaginário popular, envolvendo o escárnio de posse pelo demônio, ou mesmo sendo marginalizado por não se adequar aos preceitos morais ou de normalidade vigentes (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

No período Renascentista, os loucos foram segregados pelo banimento dos muros das cidades europeias e eram condenados a andar de cidade em cidade ou mesmo colocados em navios que vagavam até atingir algum porto (HEIDRICH, 2007).

A partir da Idade Média, os loucos passaram a ser confinados em asilos e hospitais, juntamente com inválidos, portadores de doenças venéreas e mendigos, sendo os mais violentos acorrentados e a alguns era dado o direito de sair para mendigar (HEIDRICH, 2007).

No século XVIII, uma nova forma de tratamento aos loucos foi proposta pelo psiquiatra francês Phillippe Pinel, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, locais destinados apenas aos doentes mentais. A loucura passou então a ter um caráter moral, uma vez que, para Pinel, os manicômios tinham o papel de desencorajar o mau comportamento por meio de um tratamento menos violento. Com o passar do tempo, o ideal de Pinel foi se desvirtuando da ideia original, e nos manicômios as ações corretivas eram mantidas e recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional eram implantados. Já no século XIX, o tratamento aos loucos passou a incluir punições físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias (GONÇALVES; SENA, 2001).

Com o avanço das teorias organicistas, a doença que era entendida como um problema moral passou a ser entendida também como tendo origem orgânica. Embora uma nova abordagem tenha sido proposta aqui, a partir de experiências da

neurofisiologia e da neuroanatomia, o método de punição continuava o mesmo e a submissão do louco adentrou o século XX (HEIDRICH, 2007).

No entanto, no decorrer da primeira metade do século XX, ocorreram várias experiências voltadas para a humanização do tratamento dos pacientes psiquiátricos, tais como aquela idealizada por Hermann Simon, na Alemanha, na qual o trabalho era usado como um recurso terapêutico, ou mesmo as diversas mudanças introduzidas no sistema psiquiátrico francês, no período posterior ao final da II Guerra Mundial. Estas últimas foram lideradas por alguns psiquiatras que faziam parte do movimento da Psiquiatria Social: François Tosquelles, Paul Sivadon e Louis Le Guillant, sendo que todos eles propunham, por caminhos diferentes, a transformação das instituições asilares (MACIEL, 2012).

Posteriormente, surgiu na Itália, no final dos anos 1970, uma dura crítica ao tratamento das instituições psiquiátricas, impulsionada pelas ações do psiquiatra Franco Basaglia. Embora iniciado na Itália, esse movimento teve profundas repercussões em todo o mundo, incluindo o Brasil. Neste sentido, iniciou-se a Luta Antimanicomial, um movimento marcado pela defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania dos loucos (AMARANTE, 1995).

2.4.2 Influências da Reforma Psiquiátrica Italiana

Em 1971, Basaglia fechou o manicômio que dirigia na Itália, dando início ao fim da violência dos tratamentos e ao próprio aparelho da instituição psiquiátrica tradicional. Com essa decisão, o psiquiatra demonstrou a existência da possibilidade de uma nova forma de organização da atenção aos cuidados dos loucos, produzindo assim outras maneiras de sociabilidade para os indivíduos que necessitam de assistência psiquiátrica (PASSOS, 2000).

Em maio de 1978, de autoria de Basaglia, foi instituída a Lei 180 que foi incorporada à Reforma Sanitária italiana. Essa lei passou a proibir não somente a recuperação dos velhos manicômios como também reivindicava a construção de novos. Ela ainda reorganizou os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo, assim, a

cidadania e os direitos sociais às pessoas loucas, o que também garantiu o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado (PASSOS, 2000).

Uma característica importante da experiência italiana é ela ter sido construída e expandida a partir da desmontagem *interna* da instituição, e não a partir do estabelecimento de uma política geral idealizada por administradores ou ideólogos profissionais. Como na Itália há uma forte tradição do poder local enquanto fonte legítima e, mesmo, mais eficaz de promoção de mudanças estruturais, e, mais ainda, como para os defensores da desinstitucionalização a mudança deve ser antes de tudo cultural, isto é, das práticas cotidianas de pessoas, e não de estruturas, convive-se no país com uma diversidade enorme de concretizações locais ou regionais da política derivada da Lei 180. Esta lei, considerada muito geral, foi regulamentada e implementada de formas muito desiguais pelas diferentes regiões, mas é interessante notar que nenhuma das regulamentações regionais buscou reafirmar o hospital, psiquiátrico ou geral, como pivô do sistema (PASSOS, 2000, p. 129).

Esse enorme passo dado no contexto italiano influenciou sobremaneira a realidade de vários países, inclusive o Brasil, trazendo à tona diversas discussões no âmbito da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento a esses indivíduos, a fim de promover a reinserção social (SARACENO, 1999).

2.4.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira nasceu em um contexto de denúncia dos manicômios como instituições violentas, propondo a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, envolvendo práticas solidárias, inclusivas e libertárias (AMARANTE, 1995).

No decorrer dos anos 1970, várias denúncias foram registradas em torno da política brasileira de saúde mental, em especial no que tange às condições públicas e privadas de atendimento psiquiátrico à população (MACIEL, 2012).

No ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro, surge o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que denuncia as condições de quatro hospitais psiquiátricos da DINSAM e coloca em dúvida a política psiquiátrica exercida até então no país (MACIEL, 2012).

Foi nesse cenário que surgiu a proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil, envolvendo a constituição de pequenos núcleos estaduais, especialmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, criando-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que trazia para a pauta a questão psiquiátrica. A violência das instituições psiquiátricas passa então a ser entendida como parte de uma violência maior, cometida contra presos políticos, trabalhadores, e, em certo sentido, contra todos os cidadãos (HEIDRICH, 2007).

Assim, ao final da década de 70, um movimento semelhante ao ocorrido na Itália se iniciava no Brasil, com a mobilização de profissionais da saúde e de familiares de loucos, ancorado pelo movimento de redemocratização e de mobilização político-social ocorrido, na época, no país (HEIDRICH, 2007).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade (MELO, 2012, p. 85)

Assim como ocorreu na França e na Itália, aqui também se tratou de um movimento profundamente crítico em relação às práticas psiquiátricas tradicionais:

O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50).

No Brasil, três acontecimentos importantes ocorreram nesse período: a vinda de Franco Basaglia ao Brasil em 1978 e no ano seguinte em que o psiquiatra visita o hospício de Barbacena, comparando o espaço a um campo de concentração; o fechamento da Clínica Anchieta na cidade de Santos/SP e a revisão legislativa proposta pelo Deputado Paulo Delgado, por meio do Projeto de Lei nº 3.657, ambos em 1989. No ano de 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, acordo que propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica e, no ano de 2001, a Lei Federal nº 10.216 foi aprovada, dispondo sobre a proteção e os direitos dos loucos.

Dessa maneira, houve um redirecionamento importante do modelo assistencial em saúde mental (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

A Política de Saúde Mental originou-se desta lei, que teve como objetivo garantir o cuidado ao paciente louco em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, libertando-os da lógica de internação e proporcionando o convívio com os familiares e a sociedade de um modo geral. Essa política visava, entre outras coisas, mudar a forma de pensar a saúde mental no país, propiciando que o tratamento aos loucos pudesse ocorrer em hospitais regulares e as internações passassem a acontecer de maneira mais pontual e por curto período de tempo. Além disso, a Política de Saúde Mental permitiu a reabilitação psicossocial dos pacientes por meio da sua inclusão pelo trabalho, pela cultura e lazer (MELO, 2012).

A Reforma Psiquiátrica não se refere apenas a uma tentativa de desfazer o aparato e a cultura manicomial, sendo também um processo de construção de um novo olhar e maneira de lidar com o sujeito louco, como alguém que pensa, sofre, sonha, sente e deseja participar do mundo das pessoas ditas “normais”. A desconstrução do manicômio implica reinventar não somente a psiquiatria e suas práticas médicas e sociais, mas, sobretudo, reinventar a própria sociedade, configurando, desta forma, um processo amplo, complexo e conjuntural (BEZERRA, 2007).

Um novo campo de experiências passou a ser construído por meio dos projetos e intervenções artístico-culturais, a partir de novas possibilidades de vida e participação para os atores sociais envolvidos, abrindo um novo espaço social para a loucura no qual os protagonistas não mais se identificam pelo diagnóstico psiquiátrico ou psicopatológico, mas pela conquista de direitos e cidadania. Essas experiências estão se tornando independentes em relação aos Serviços de Saúde Mental, surgindo de forma autônoma, o que reafirma a Reforma Psiquiátrica como movimento social de construção de coletivos ativos, com uma visão crítica sobre a loucura que rompe com os ideais da psiquiatria tradicional e com a compreensão de que a doença mental torna os sujeitos incapazes de conviver em liberdade e produzir algo útil do ponto de vista social e econômico (AMARANTE; TORRE, 2017).

Hoje, pode-se dizer que há vários exemplos de experiências socialmente inovadoras que se destacam em seu potencial de transformação das formas de se lidar com a loucura. Um desses exemplos está no campo do trabalho e da geração de renda, com as experiências de Economia Solidária e cooperativismo; outro exemplo está no campo da cultura, por meio de projetos de arte e cultura e pela produção sociocultural. Destacam-se ainda as inovações nas frentes jurídicas, com a participação de atores do campo do Direito e da Justiça, tais como a Defensoria Pública, o Ministério Público e outros órgãos e instituições. Todas elas remetem ao entendimento da Reforma Psiquiátrica para além da luta contra o isolamento institucional e da violência, constituindo-se em processos de invenção de novas formas de inclusão social e de produção de subjetividade, rompendo com a lógica da exclusão do diferente e de sujeitos vulneráveis socialmente (SANTIAGO; YASUI, 2015).

2.4.4 Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Apesar dos avanços, muitos são os desafios atuais no campo da saúde mental e da atenção psicossocial no Brasil. Vasconcelos (2010) elenca as principais barreiras: a atenção à crise; a atenção aos indivíduos sem vínculos sociais e com uso abusivo de drogas; violência social, atenção aos transtornos psiquiátricos menores; e suporte aos familiares e suas demandas específicas.

A atenção à crise no campo da saúde representa um dos fatores mais complexos desse processo. Anteriormente, o indivíduo em sofrimento psíquico que se encontrava em crise era encaminhado imediatamente ao hospital psiquiátrico, devendo permanecer no local por tempo indeterminado. Atualmente, no estado de crise, o sujeito deve contar com serviços que possam compor uma rede de atenção integral. Desta maneira, os dispositivos de atenção à crise precisam ser regionalizados e afinados com os serviços de atenção diária integral e atenção básica. Torna-se necessária a abertura de leitos para o atendimento da população usuária da saúde mental e mesmo da população que faz uso abusivo de álcool e drogas em unidades de emergência ou hospitais gerais (VASCONCELOS, 2010).

Estes grupos da população normalmente desconhecem, ou não têm acesso, ou certamente têm muito medo dos serviços de saúde mental e de assistência social existentes, e uma das razões principais disso está no próprio autoritarismo frequente na intervenção pública nesse campo (VASCONCELOS, 2010, p. 78).

No começo da Reforma Psiquiátrica, o tema central estava relacionado à desinstitucionalização dos manicômios espalhados por todo o Brasil. Esse assunto ainda faz parte da agenda da Reforma Psiquiátrica, porém a violência tem sido uma questão profundamente debatida pelo seu potencial patogênico. Há uma alta considerável do número de transtornos mentais na população vítima dos fenômenos da violência, como as crianças e adolescentes, resquícios da violência doméstica e urbana, da violência contra as mulheres, violência relacionada a gênero, entre muitas outras. Por esta razão, o tema da violência precisa ser considerado como central também na agenda das ações e estratégias no campo dos processos políticos e sociais da reforma no país (MACIEL, 2012).

Quanto à questão do núcleo familiar, o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico acentuado, esteja ele em crise ou não, representa uma tarefa difícil para todos os membros da família, em especial, pelo fato de este, geralmente, ser colocado sob a responsabilidade das mulheres, que assumem sozinhas o cuidado integral desses sujeitos. Neste contexto, há um enorme desafio para os serviços de assistência a essa população, uma vez que os profissionais recebem cada vez mais demandas dos familiares no que tange aos cuidados domésticos e às dificuldades desse processo (MACIEL, 2012).

(...) as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da Reforma Psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles (VASCONCELOS, 2010, p. 35).

Vasconcelos (2010) acredita ainda que esses pontos devem ser debatidos em espaços de decisão política, tais como conferências de saúde mental, fóruns que se organizam em torno do campo, bem como devem estar presentes na formação acadêmica dos profissionais que estão voltados para a atuação no campo da saúde pública e atenção psicossocial.

Amarante (2007) aponta como desafios para a saúde mental e a atenção psicossocial: as estratégias de residencialidade³ e emancipação dos sujeitos e a questão dos Centros de Convivências e empresas sociais vinculadas aos serviços substitutivos. No tocante às estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos, o autor ressalta que a desinstitucionalização ganha corpo em todo o Brasil, a partir do aumento dos serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Deve-se considerar que muitos sujeitos enclausurados nos grandes manicômios perderam os vínculos com a família e com todo o contexto social e, por esta razão, frequentemente, já não desejam mais sair daquele espaço. Para tanto, é necessário que sejam oferecidas condições reais e concretas para o processo de desinstitucionalização, em que um primeiro passo seria a constituição de equipes multiprofissionais, com o objetivo de acompanhar a saída do manicômio e a construção de uma nova vida para além dos muros do hospício. A responsabilidade dessas equipes é de fundamental importância no que se refere à constituição de novos laços sociais e de elaboração de autonomias individuais.

Outro desafio retratado por Amarante (2007) se relaciona ao campo das cooperativas, empresas sociais e Centros de Convivências vinculados aos serviços substitutivos do tipo CAPS, em sua maioria. Neste sentido, foi aprovada a Lei nº 9.867/99 que regulamenta as cooperativas sociais que trabalham na perspectiva da Economia Solidária e que possuem o objetivo de inserir pessoas que estão em desvantagem econômica no mercado de trabalho, sendo ainda, portanto, a inserção pelo trabalho o principal desafio da reforma psiquiátrica, seja no Brasil, seja na Itália ou França.

Nos últimos quarenta anos, o campo da saúde mental no Brasil obteve diversos avanços, com a ampla divulgação de ações e estratégias que a política mental tem desenvolvido nos serviços substitutivos ao manicômio em várias regiões do país, assim como com a aprovação de um conjunto de leis voltadas aos direitos dos sujeitos

³ Estratégias de residencialidade, neste contexto, são aquelas relacionadas à reinserção dos egressos dos hospitais psiquiátricos ao contexto familiar.

loucos. Desta maneira, a Reforma Psiquiátrica avançou de forma significativa no sentido da desinstitucionalização (MACIEL, 2012).

O Brasil, país considerado econômica e socialmente periférico, onde se acirram as contradições e os contrastes entre o modelo econômico neoliberal de uma elite dirigente que almeja a modernização capitalista dos países avançados, com uma realidade econômica e social extremamente precária da maioria da população, vem tentando reverter uma realidade psiquiátrica ainda, em muitos casos, semelhante aos asilos europeus do século XIX (PASSOS, 2000, p. 13).

No entanto, ainda se fazem necessárias estratégias que mobilizem social e politicamente a população e as autoridades no sentido de concretizar esse processo no Brasil. Ademais, a Reforma tem sido vítima de ataques, devido à própria conjuntura que envolve a Associação Brasileira de Psiquiatria, que acaba por tentar desmobilizar os movimentos sociais. Neste contexto, esse entrave vem apresentando um recuo que mostra uma fragilidade na articulação política e de mobilização social quanto à luta pela saúde pública (HEIDRICH, 2007).

Na atual circunstância, de grande precariedade, de falta de investimentos e desgaste das políticas sociais, emerge a necessidade de uma rearticulação da luta política e social em torno das ações, com vistas à viabilização do direito à saúde, à habitação, à educação, à assistência, entre muitos outros, que são garantias dadas pela Constituição Federal de 1988, que representa um marco histórico e legal no que diz respeito aos direitos humanos, e que, de acordo com a lei, devem ser garantidos pelo Estado. Há, portanto, uma urgência no sentido de aumentar a mobilização, a fim de garantir um maior compromisso social, político e econômico com as políticas sociais, bem como com a política nacional relacionada ao campo da saúde pública e da atenção psicossocial (HEIDRICH, 2007).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo possui um caráter qualitativo, o que significa ter como característica principal o fato de procurar esclarecer a relação de indivíduos loucos com o trabalho, considerando uma proposta inovadora de inclusão dessas pessoas. Para isso, procurou-se entender o fenômeno segundo a perspectiva dos atores sociais, para então interpretar a realidade social. Assim, ao invés de tratá-los como meros objetos de estudo, deu-se voz a eles (BAUER *et al.*, 2002). Utilizando-se o método de estudo de caso, foram descritas e analisadas as relações dos entrevistados no ambiente de trabalho promovido por uma Associação de produção solidária, denominada SURICATO, bem como os reflexos dessas relações na vida pessoal dos indivíduos pesquisados.

3.1 A Origem da Pesquisa

O interesse por este estudo partiu de duas situações distintas. A primeira delas diz respeito aos poucos estudos realizados sobre o tema “inovação social”. Já havia interesse por parte do pesquisador pela temática ao investigar, anteriormente, o caso de uma biblioteca comunitária como fator de desenvolvimento social e como possibilidade de inovação. Logo, o interesse pessoal do pesquisador pelo tema foi um dos fatores que impulsionaram este estudo.

A segunda situação está relacionada ao campo de estudo. O pesquisador, por meio de uma matéria publicada em um *site* da Internet, tomou conhecimento do projeto de uma Associação baseada na Economia Solidária e que envolvia pessoas loucas. A partir disso, surgiu o interesse em conhecer o projeto e, entendendo que se tratava de uma iniciativa de inovação social, esse interesse tornou-se ainda maior.

Na ocasião da visita ao projeto, ocorreu o contato com a Terapeuta Ocupacional responsável pela iniciativa e que se mostrou um pouco reticente com a proposta de estudo. Mesmo não estando segura sobre a possibilidade de abertura do espaço para um estudo acadêmico, foi feito o convite para que o pesquisador viesse a participar

da reunião da Comissão Colegiada da SURICATO, para que a proposta fosse apresentada e votada pelos representantes e gestores do projeto.

Concretizada a reunião, a proposta da pesquisa foi aprovada com cem por cento de adesão, com a ressalva de haver uma contrapartida por parte do pesquisador, uma vez que a Associação demanda um relacionamento mais direto e prático com a academia. A contrapartida sugerida pela SURICATO diz respeito à possibilidade de criação de cursos e oficinas ministrados por professores e estudantes, ou mesmo pelo pesquisador, de maneira que tais cursos e oficinas possam contribuir com o processo de desenvolvimento dos associados.

3.2 A Coleta de Dados: Etapas e Instrumento

As informações e os dados deste estudo foram obtidos com a utilização de dois instrumentos: entrevistas em profundidade realizadas com oito trabalhadores da Associação e com a Terapeuta Ocupacional e a pesquisa documental. As entrevistas foram semiestruturadas, havendo novas perguntas com base nas respostas dadas, com o objetivo de esclarecer alguns aspectos considerados relevantes (STAKE, 2011); e observações *in loco* do ambiente de trabalho oferecido pela Associação. Ademais, o pesquisador participou de diversas reuniões do Colegiado, a fim de entender o funcionamento da gestão da SURICATO e o processo de tomada de decisões entre os membros. Por fim, houve uma pesquisa documental, com o objetivo de resgatar a trajetória da Associação.

A escolha dos sujeitos desta pesquisa deu-se a partir de conversas com a terapeuta ocupacional, sendo indicados aqueles com maior autonomia comunicativa. Foi também levado em conta o fato de trabalharem em diferentes setores da SURICATO, uma vez que a natureza do trabalho que executam envolve habilidades distintas com impactos também distintos, além da disposição dos mesmos para participar da pesquisa.

A organização do trabalho na SURICATO é diferente da lógica de uma empresa tradicional, conforme será discutido no capítulo referente à apresentação e análise

dos resultados, e foi um fator crucial para o desenvolvimento deste estudo, já que o ritmo de trabalho e a individualidade dos trabalhadores são levados em consideração e são respeitados pelo projeto.

3.3 As Entrevistas com os Associados

As entrevistas com os trabalhadores da SURICATO tiveram por objetivo esclarecer sua percepção sobre o ambiente de trabalho, as relações com os colegas e com o público frequentador do espaço e identificar os reflexos dessas relações na vida pessoal desses indivíduos. As entrevistas proporcionaram uma análise das dimensões subjetivas da atividade, uma vez que revelaram também os afetos, os valores e os saberes implicados nas ações e decisões dos entrevistados no ambiente laboral. Permitiram também avaliar até que ponto aquela experiência podia ser entendida como socialmente inovadora, considerando-se a teoria em torno da inovação social.

As entrevistas foram realizadas nos postos de trabalho, antes e durante a realização das atividades, sendo gravadas e transcritas pelo pesquisador. Sempre que necessário, o pesquisador retomava o contato, visando aprofundar a compreensão de situações ainda obscuras.

3.4 A Análise dos Resultados

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, que consiste no agrupamento dos dados extraídos do material que foi colhido, durante as entrevistas, em categorias ou grupos temáticos para, em seguida, identificar a relação existente entre eles e, desta forma, extrair os aspectos principais concernentes à categoria analisada. As falas foram observadas nos seus conteúdos manifestos e latentes, levando-se sempre em consideração os lapsos de linguagem, as contradições, as ideias inacabadas, dentre outros aspectos. Algumas foram citadas, literalmente, durante a exposição dos resultados, devido à sua força de ilustração do tema analisado.

Para Oliveira (2008) a análise de conteúdo permite:

O acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008, p. 570).

Ademais, a análise de conteúdo permitiu uma compreensão ampla e profunda sobre o universo estudado, uma vez que os dados obtidos foram contextualizados e contrastados com a literatura especializada.

3.5 O Estudo dos Temas Transversais

Além das questões diretamente relacionadas à inovação social e ao contexto de trabalho dos loucos, foram identificados ao longo da pesquisa outros temas relevantes que passaram a compor o conjunto de temas deste estudo, aqui denominados como “temas transversais”. São temáticas que atravessam toda a questão da saúde mental e trabalho e que requerem especial atenção justamente por estarem relacionadas ao tema principal da pesquisa. São elas: trabalho, inclusão e cidadania; Economia Solidária; e a Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.6 A Validação dos Resultados

No decorrer da pesquisa, retornou-se aos resultados obtidos, cotejando-os com os dados coletados, a fim de aprofundar as análises, redirecionar e adequar o instrumento de investigação quando se fazia necessário.

Além disso, foram acompanhadas algumas apresentações de trabalhos relacionados ao tema da inovação social, bem como foram feitas leituras de monografias, dissertações e teses relacionadas tanto à questão da inovação social quanto às condições de trabalho oferecidas a pessoas loucas.

Uma vez feita a análise, a mesma foi apresentada à SURICATO e discutida com a Terapeuta Ocupacional e os associados, com o propósito de identificar as lacunas existentes entre a realidade da SURICATO, os dados coletados e sua interpretação.

4 O CAMPO DE PESQUISA: HISTÓRIA DA SURICATO

A Economia Solidária se traduz em uma alternativa na geração de trabalho e inclusão social ao integrar quem produz, quem vende, quem troca e quem compra. Tem como princípios a democracia, a autogestão, a cooperação, a solidariedade, o comércio justo e o consumo solidário. “(...) Compreende diferentes tipos de empresas, associações voluntárias com o fim de proporcionar a seus associados benefícios econômicos. (...) Surgem como reações às carências que o sistema dominante se nega a resolver” (SINGER, 2002, p. 105).

O campo de pesquisa deste estudo foi uma Associação de trabalho e produção de Economia Solidária, denominada SURICATO e sediada em Belo Horizonte/MG, voltada para a inclusão de loucos.

A SURICATO é uma experiência singular e inovadora que se desenvolve na perspectiva da construção e consolidação do projeto de inclusão pelo trabalho para os portadores de sofrimento mental acentuado. Teve sua inauguração em 2004, como um dos efeitos das práticas emancipatórias na rede de serviços substitutivos, surgindo a partir das oficinas realizadas no centro de convivência do bairro São Paulo, em Belo Horizonte. Nascia naquele momento uma ideia que, mais tarde, seria acolhida pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental que realiza cursos de qualificação profissional com vistas à preparação para o trabalho. Buscou-se, então, as condições para produzir uma metodologia de estruturação de um empreendimento autogestionário, tendo sempre como foco o protagonismo dos usuários. Trata-se, portanto, de uma organização horizontalizada, norteadas pelos princípios da Economia Solidária, baseada na autogestão e no protagonismo de seus participantes, compartilhando, desta maneira, poderes e saberes (OTONI; ZACHEÉ; SOARES, 2008).

Ao longo de seus 14 anos de existência, o projeto foi financiado pela iniciativa pública municipal, bem como tem contado com doações advindas da iniciativa privada e dos resultados financeiros da atividade comercial que ele desenvolve.

Segundo a Terapeuta Ocupacional da Associação, o projeto surgiu pós Reforma Psiquiátrica, em um cenário de discussões sobre os rumos do tratamento em saúde mental em Belo Horizonte, e a partir de uma demanda levantada pelos movimentos sociais da época.

A Associação surgiu em um contexto de liberdade, quando Belo Horizonte já desenvolvia há cinco anos a sua política pública de saúde mental, que prima pelo resgate dos direitos à cidadania, à liberdade e por aí afora. Era esse o contexto na cidade quando os usuários frequentadores de alguns serviços da nossa rede, principalmente dos Centros de Convivência formularam uma demanda em relação ao trabalho. E quem vai escutar essa demanda vai ser o movimento social da luta antimanicomial, do Fórum Mineiro de Saúde Mental, que vai buscar condições para a qualificação profissional dessas pessoas nas áreas que elas escolheram. A partir daí, sentamos, todos nós trabalhadores da saúde mental, técnicos e frequentadores dos serviços, os usuários da rede de saúde mental, para que a gente pudesse estudar, juntos, sobre o trabalho, sobre a organização do trabalho e suas mudanças ao longo da história, as organizações sociais de um modo geral e o trabalho. Foi um momento muito rico e muito profícuo (TO).

Assim, a Associação foi criada com o objetivo de gerar trabalho, renda e cidadania para indivíduos loucos, além de ser orientada pelas premissas do trabalho enquanto um valor, desde que se produza de forma prazerosa e, ainda, com o respeito ao ritmo e à singularidade. Surgiu em um contexto de liberdade e respeito aos direitos dos cidadãos em sofrimento mental, sendo que a necessidade de sua inclusão social é uma premissa do modelo assistencial de saúde mental em Belo Horizonte. O trabalho desenvolvido na SURICATO pretende, portanto, desenvolver sujeitos livres e criativos (OTONI; ZACHEÉ; SOARES, 2008).

Ainda sobre os primórdios da SURICATO, há um relato da Terapeuta Ocupacional acerca do planejamento do projeto, do trabalho realizado para a constituição do que viria a se tornar em uma Associação baseada na Economia Solidária:

Em 2003 aconteceu um seminário promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental chamado 'A conquista do trabalho', um projeto antimanicomial, onde sentamos para dialogar, com algumas pessoas e algumas experiências, como a Cooperativa da Praia Vermelha do Rio, Cacos e Papéis em São Paulo, a Comissão de Cooperativas da USP (Universidade de São Paulo), a Asmare aqui de Belo Horizonte e o MST (Movimento dos Sem Terra). Daí fomos pensar o que seria, o que queríamos, e qual o futuro entendimento para que pudéssemos qualificar essas pessoas, formando-as para o trabalho. Então, foi um trabalho de muito exercício de pesquisa, de muita reflexão, muita horizontalidade nessa construção, e o produto ficou muito interessante.

Eram treze trabalhadores na época, treze frequentadores da rede de usuários e dois técnicos. Eu tenho a sorte e o privilégio de ter estado, de ser uma dessas pessoas, de estar nesse lugar de técnico ou secretário da experiência. Foi aí que no ano de 2004 se formalizou a Associação (TO).

4.1 A Estrutura da SURICATO

Atualmente, a Associação tem quatro Núcleos de produção: Culinária, Artesanato, Marcenaria e Mosaico. O resultado do trabalho dos Núcleos, somados ao espaço cultural, deve responder ao objetivo de uma inclusão social digna e do resgate do trabalho como suporte identitário.

Figura 1 – Estrutura da SURICATO



Fonte: Elaborado pelo Autor da Pesquisa (2018).

Os Núcleos de trabalho surgiram na mesma ocasião da criação da SURICATO, uma vez que buscavam abarcar as habilidades dos associados daquela época e dando, desta forma, oportunidade de trabalho de acordo com as habilidades que eram identificadas.

O trabalho nos Núcleos se desenvolve da seguinte maneira: os Núcleos Mosaico e Marcenaria produzem peças em madeira decoradas com mosaicos (porta-coisas, porta-copos, caixas decoradas, compartimentos em madeira, etc.); no Núcleo Costura são produzidas peças para vestuário em bordado, aventais, peças para cama e mesa,

etc.; o Núcleo da Culinária produz salgados e doces por encomenda, assim como disponibiliza um cardápio para o bar do espaço cultural. Na sede da Associação funciona a lojinha para vendas dos materiais produzidos nos Núcleos Costura, Madeira e Mosaico, que fica localizada na entrada do espaço e, nos fundos da Associação, de quinta a sábado, funciona um bar que, além de oferecer alimentos e bebidas, conta com uma agenda cultural de apresentações de artistas locais.

A gestão da SURICATO se dá por meio de uma Coordenação Colegiada composta por representações de cinco Comissões específicas: Comissão de Comunicação, responsável pela difusão e defesa da marca da SURICATO e da comunicação com os diversos públicos com os quais ela se relaciona; Comissão de Cuidado e Saúde no Trabalho, que cuida de aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores da Associação no ambiente laboral; Comissão de Formação e Avaliação da Qualidade Técnica, responsável pela fruição do conhecimento e das propostas de desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores; Comissão de Ética, que se responsabiliza pela garantia da liberdade e igualdade de direitos e deveres dos trabalhadores da SURICATO; e Comissão de Finanças, responsável pela saúde financeira do negócio. O Colegiado e as Comissões são eleitos a cada quatro anos através do voto dos associados que elegem seus representantes responsáveis por pensar a gestão da Associação, e ambos são acompanhados pela Terapeuta Ocupacional (OTONI; ZACHEÉ; SOARES, 2008). Embora haja uma gestão participativa, existe uma tutela financeira e de liderança advinda da relação da Associação com a prefeitura de Belo Horizonte, que subsidia parte dos gastos da SURICATO, além de ter liberado uma técnica para acompanhar o processo.

Todos os trabalhadores da Associação passaram pelo Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e foram encaminhados para Centros de Convivência, onde foram identificadas possibilidades de adesão desses indivíduos ao projeto e, em seguida, encaminhados para a SURICATO. Atualmente, o processo de encaminhamento se dá da mesma maneira. Quanto ao processo de seleção dos trabalhadores na Associação, não há nenhuma formalidade, dado o perfil social da organização. Eles são escolhidos por meio de entrevistas com a Terapeuta Ocupacional que identifica, sobretudo, o desejo real do indivíduo em fazer parte do

projeto. Uma vez aceitos, são alocados nos Núcleos com os quais se identificam, havendo sempre a possibilidade de migração para outros, caso haja vaga e interesse por parte do associado. O pagamento é calculado em diárias, quanto mais se trabalha mais se recebe. Aqueles que estão em piores condições de saúde, ao se afastar do trabalho, recebem uma ajuda de custo para compensar a ausência e, para que possam cumprir com os compromissos financeiros pessoais.

De acordo com a Terapeuta Ocupacional, não há qualquer preocupação com o diagnóstico dos pacientes, embora todos os trabalhadores sejam pessoas advindas da rede de saúde mental de Belo Horizonte e, desta forma, possuam um diagnóstico. Em uma conversa informal entre o pesquisador e uma das cozinheiras da SURICATO, foi dito por ela: “aqui todo mundo tem um CID”. Isto corrobora a informação de que todos os associados são diagnosticados antes de serem encaminhados à Associação. Porém, para a Terapeuta Ocupacional a SURICATO não se constitui em um local de tratamento da loucura, mas em um espaço de trabalho e liberdade, no qual se reconhece a diferença, sem que ela, contudo, se torne o motivo principal de realização do projeto.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O campo deste estudo se apresentou como um projeto singular que foge à lógica do mercado tradicional de trabalho, conforme evidenciam os resultados obtidos. A SURICATO se mostrou como um espaço de trabalho inovador, em que os associados têm liberdade e são protagonistas do processo, seja no planejamento, na gestão ou na execução da proposta de trabalho.

Foram entrevistados oito indivíduos trabalhadores da Associação e a Terapeuta Ocupacional, conforme descrito no Quadro 1.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, estes foram codificados pela letra “E” e pelo número sequencial da entrevista realizada, como E1, E2, E3, E4 e assim por diante. A Terapeuta Ocupacional foi codificada pela junção das letras “TO”.

Quadro 1 – Descrição dos Sujeitos de Pesquisa

Codificação	Sexo	Idade	Núcleo(s) de Trabalho
E1	M	30 anos	Espaço Cultural e Marcenaria
E2	M	25 anos	Culinária
E3	M	40 anos	Mosaico
E4	F	39 anos	Espaço Cultural
E5	F	61 anos	Corte e Costura
E6	F	56 anos	Culinária e Corte e Costura
E7	M	46 anos	Culinária
E8	M	61 anos	Espaço Cultural
TO	F	Não informou	Terapeuta Ocupacional

Fonte: Elaborado pelo Autor da Pesquisa (2018).

A idade dos entrevistados variou dos 25 aos 61 anos, o que demonstra uma abertura por parte da SURICATO para indivíduos com faixas etárias variadas, além de sinalizar uma riqueza nas relações entre as diversas gerações ali presentes.

No decurso das entrevistas, os participantes não foram questionados acerca do tipo de transtorno mental que são acometidos por algumas razões: primeiro, procurou-se dar voz e liberdade para que eles se expressassem com naturalidade, a fim de que pudessem expor a percepção que têm sobre o contexto de trabalho que vivenciam; segundo, porque para a presente pesquisa, o tipo de transtorno mental não tem relevância, mas sim a experiência, as relações e as sensações no ambiente de trabalho que constituíram os principais interesses do estudo.

5.1 O Sentido do Trabalho na SURICATO

O trabalho foi apresentado pelos sujeitos como uma atividade extremamente mobilizadora, assim como o é para a maioria da população, uma vez que constitui uma das grandes possibilidades de participar da construção do mundo, de conseguir um reconhecimento social e, desta forma, estabelecer uma identidade (CLOT, 2006).

Quase a totalidade dos entrevistados nunca teve a experiência manicomial, tendo sido recomendados pelos Centros de Convivência para o trabalho na Associação, exceção feita ao entrevistado 3, que relata a sua vivência no sistema manicomial ao analisar sua experiência de trabalho na SURICATO:

Já fui internado. É uma coisa que eu não entendo, e que eu nunca procurei entender porque tem uma desconstrução do eu. A gente agarra na primeira coisa que acha que vai te dar estabilidade. A confusão é tão grande na cabeça que você começa a misturar as memórias recentes com as mais antigas, e isso faz a maior confusão. Eu não vejo o manicômio só como uma estrutura física. Ele é muito mais, nas atitudes das pessoas, e às vezes, ele vem com um ar de hipocrisia, mesmo porque tem muita gente que levanta a bandeira de luta antimanicomial, mas que nas atitudes são totalmente pró-manicômio, e isso fere as pessoas, maltrata. A Associação apesar de não ser um local de tratamento, de ser um local de trabalho, é aqui que a gente exercita esses vários papéis que a gente é obrigado a atuar, na sociedade em si. Eu acho que aqui a gente se atreve, se arrisca a tirar essa máscara e se apresentar do jeito que a gente é. É como a loucura naquele desespero lá do manicômio. As pessoas saem nuas, tiram as roupas e falam: 'olha aqui, o que mais vocês querem, o que mais eu posso tirar, estou aqui por inteiro' (E3).

O próximo relato vem carregado de dramas pessoais e percebe-se, pela fala do sujeito, o papel fundamental que o trabalho e o ambiente laboral exercem, de maneira

positiva, na sua vida. Percebe-se o sentimento de utilidade e a sensação de acolhimento e respeito, no contexto da Associação.

No geral aqui é bacana, as pessoas são cordiais, não tem aquela diferença como nos trabalhos comuns, por exemplo. Eu nunca falei que eu tinha problema, que eu nem sabia que eu tinha, fui saber tem uns dois anos só. Quando eu queria tentar suicídio, aí eu comecei a fazer um tratamento, aí eu descobri que eu tinha transtorno bipolar desde 99. Eu não sabia. Estava muito forte para mim. Eu pesquisei como fazia para suicidar com uma corda, amarrada em um pé de manga ou coisa assim. Se eu tivesse surtada, ouvindo uma voz de comando, eu teria feito. Eu era evangélica na época e hoje eu sou atea. Se eu tivesse visto Jesus falando: 'vem descansar nos meus braços e tal', eu teria suicidado. Então, eu já fazia um tratamento psicológico, porque meu filho fazia, e eu fazia para ajudar o meu filho. Aí, eu fui, por amor ao meu filho, procurei essa psicóloga e pedi ajuda, porque senão eu não iria aguentar. Eu precisava saber o que eu tinha porque eu iria acabar me matando. Eu fiquei muito preocupada e comecei a fazer o tratamento no Cersam, porque vi a gravidade da situação. Aí, de lá eu fui encaminhada para cá, porque eu estava passando muita dificuldade, muitos problemas e tudo. Aqui, eu fui bem aceita, bem acolhida e me sinto em uma família hoje. Todo mundo trata a gente muito bem, eles não olham para a gente assim: 'ah, aquela ali é bipolar, aquela ali é esquizofrênica'. Eles tratam a gente bem e é muito gostoso trabalhar aqui. Além do que, aqui eu conheço as pessoas e me sinto útil, sinto que precisam de mim para alguma coisa. Tem aquela coisa ali que é a mim que eles vão recorrer, e isso é muito bacana (E4).

O trabalho tem um papel insubstituível no desenvolvimento pessoal, ademais, ele pode representar a participação do indivíduo na construção do mundo, sendo ainda entendido como a possibilidade de estar presente na sociedade, uma vez que é através dele que "(...) se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que – na organização do trabalho e na tarefa – resiste à sua capacidade, às suas competências, ao seu controle" (CLOT, 2006, p. 59).

5.2 Dificuldades para Realização do Trabalho na SURICATO

Embora o trabalho tenha um efeito mobilizador, a sensação de estar excluído de ou mesmo levar uma vida em exclusão ainda traz inúmeros sofrimentos psíquicos, em especial para as pessoas que, após o adoecimento mental, tentam construir novas possibilidades de trabalho em uma sociedade fechada às diferenças (JORGE; BEZERRA, 2004).

Essas dificuldades incluem aspectos como a própria comunicação, ou seja, o ato de se fazer compreender pelo outro, como pode ser observado na seguinte fala:

Eu tenho dificuldades na comunicação. Eu não consigo expor as minhas ideias, achando que vai ser o melhor para a gente, que pode melhorar a forma de trabalho. Tem sempre uma barreira que me impede de expor aquilo que penso. Mas estou buscando melhorar, principalmente agora, tenho me interessado em reler um livro que nunca li. Isso é coisa do Otto Lara Resende, que tem um texto muito legal que chama 'O pastel e a crise', em que ele fala que em tempos de crise, é tempo de reler, principalmente reler o que a gente nunca leu (E3).

Percebe-se, no relato, um sentimento de angústia por não conseguir se fazer entender, sobretudo levando-se em consideração que a boa comunicação pode trazer melhorias para o trabalho. Destaca-se, ainda, na fala, o seu desejo de transpor as barreiras da comunicação que, na sua percepção, é a maior dificuldade que encontra para desenvolver o seu trabalho adequadamente. Como consequência dessa dificuldade que identifica no seu cotidiano, ele busca, através da leitura, melhorar o seu potencial de comunicação, o que no seu entendimento irá possibilitar maior articulação para exprimir suas ideias e pensamentos.

Outros dois entrevistados também relataram dificuldades de comunicação, conforme os trechos que se seguem. O primeiro deles relata a dificuldade na escrita, afirmando que as pessoas o compreendem quando fala, mas não quando escreve; o segundo entrevistado afirma ter dificuldades de se relacionar com os clientes da SURICATO, além de ter problemas com a escrita. Apesar disso, relata que consegue ajuda dos colegas de trabalho para superar suas dificuldades.

Eu não tenho dificuldades de me comunicar pela fala, mas pela escrita eu prefiro digitar e corrigir os erros de português. Porque quando eu escrevo, eu escrevo e entendo, mas quando as pessoas leem aquilo que eu escrevo, elas não entendem nada (E8).

O único desafio que eu tenho é de lidar com o público, que é muito complicado. Você está fazendo o seu trabalho e o cliente falando: 'Traz o meu prato; não sei o que, tá demorando'. Então, aí, é muito complicado, mas a gente faz o máximo possível para não atrasar. O objetivo é não atrasar o pedido do público. Outro grande desafio é para escrever, mas, assim, isso a gente tira de letra, porque o pessoal ajuda. Às vezes, a pessoa tá ali para ajudar. Então, eu tenho colegas que me ajudam a tirar o pedido. Mas eu pretendo voltar a estudar (E1).

O próximo relato pode ser interpretado de duas maneiras: a primeira, revelando o receio do entrevistado em se relacionar com o outro, seja com seus colegas de trabalho, seja com pessoas desconhecidas, encontrando na preguiça uma justificativa para evitar o relacionamento; a segunda, e talvez a mais provável, é que a preguiça seria um efeito colateral da medicação que o entrevistado utiliza.

Meu grande desafio é a minha preguiça. Eu tenho preguiça para vir trabalhar, depois que estou aqui eu fico né? Mesmo morrendo de preguiça, mas eu fico. Além disso, tem o desafio de lidar com nós mesmos e com os outros. Às vezes alguém não te conhece direito e encontra dificuldades para lidar com você (E4).

Embora a maioria dos entrevistados tenha falado em dificuldades de comunicação oral e escrita, percebe-se pelas falas que essa barreira não é tão grande na forma oral, uma vez que seus relatos são coerentes, revelando capacidade de articulação das ideias.

5.3 Percepção dos Associados sobre a SURICATO

As dificuldades encontradas no ambiente de trabalho parecem estar relacionadas com o grau de instrução dos entrevistados ou serem advindas da sua própria condição de saúde. De acordo com os relatos, pouco ou nada tem ligação com as condições do ambiente de trabalho, consideradas por eles como favoráveis e justas. Há ainda, em muitas falas, a afirmação de que a SURICATO é um lugar de trabalho democrático e solidário, onde as particularidades de cada trabalhador são compreendidas e aceitas pelo coletivo:

Eu fui aceito aqui e isso já despertou um certo respeito com essa solidariedade que tem no grupo, de reconhecer que o outro não está bem, que precisa de um tempo para melhorar, para colocar as ideias no lugar. Se precisar de ajuda, tem sempre um ouvido, tem sempre um ombro aqui que vai entender a sua diferença, porque no fundo, no fundo, é todo mundo igual. Todos passam pelas mesmas dificuldades (E3).

De modo geral, os sujeitos veem a Associação como um local de resistência, de pertencimento, de luta, um lugar onde há a possibilidade de se reconhecerem e serem reconhecidos como indivíduos, como cidadãos, como parte da sociedade. Além disso,

de acordo com os relatos abaixo, ela é apontada como um espaço de solidariedade e de respeito às diferenças, permitindo, inclusive, o crescimento pessoal:

O meu relacionamento com os meus colegas é bem 'ligado'. Eu amadureci bastante aqui dentro. Eu cheguei de um jeito e hoje estou de outro, e já penso que tenho que mudar mesmo. Cheguei de um jeito meio besta, cheguei em crise, surtado, e isso não fazia diferença aqui. Eu fui aceito, assim mesmo. Estamos enfrentando um monte de desafios, mas que aos poucos estamos vencendo essas barreiras. Foi um ano difícil esse de 2017. Mas assim, no compromisso, de fazer desse lugar aqui um lugar de resistência, a gente acabou achando um lugar mesmo, para fugir da loucura que tem lá fora, que é uma loucura nociva. A nossa loucura não é tão nociva assim, ela é mais por parte do delírio, que quer fazer do sofrimento a alegria a qualquer custo. Que às vezes pode ser até um defeito, mas um defeito pequeno. Que do sofrimento faz um motivo de alegria, mesmo que falsa (E3).

Eu percebo um afeto das pessoas, assim uma coisa diferente. Posso dizer, uma gratidão, as pessoas se sentindo mais úteis, mais capazes. A gente leva o trabalho em conjunto, um pelo outro. Se um estiver precisando de ajuda, eu posso muito bem largar o meu posto e ajudar. Eu fico assim, mais no bar, daí de vez em quando alguns clientes vão lá e pedem para ser atendidos. A Associação é um lugar solidário, eu não posso negar atenção para as pessoas. Aí, eu paro o meu trabalho e atendo o cliente (E2).

O sofrimento mental interfere na capacidade de produção das pessoas e pode ser um complicador quanto ao convívio com os outros, porém isso não significa que as pessoas acometidas por ele se tornem incapazes de lidar com os conflitos, em especial aqueles relacionados à atividade laboral. Entender como essas pessoas se colocam no trabalho pode ajudar no entendimento do que é o sofrimento mental e, desta maneira, compreender o lugar que o trabalho ocupa ou poderia ocupar em suas vidas (SOUZA, 2006).

A fala a seguir reforça não apenas esses aspectos, mas traz elementos preciosos para se compreender como o trabalho na SURICATO possibilita o desenvolvimento pessoal e a descoberta de como lidar com as próprias dificuldades e as do outro:

Fui muito bem acolhido esse tempo todo e foi um ambiente que encontrei motivos para me motivar e dar continuidade à minha capacidade, porque antes eu era considerado inválido, sou aposentado por invalidez. E quando eu comecei a trabalhar aqui, essa invalidez não fez a menor diferença, aqui eu tinha um lugar. Desde que eu me entendo por gente, eu já era considerado um inválido, mesmo antes da aposentadoria, mas aqui na Associação cada um tem seu estilo de loucura. É tão bom saber que você não está sozinho, que apesar de ser louco você descobre que a sua loucura é fichinha perto daquela loucura do louco maior que você. Quando cheguei aqui as pessoas

me viam com certo receio, mas estou surpreendendo. As pessoas ficavam me olhando e esperando o inesperado, e eu sempre surpreendo, sempre estou criando, não paro de criar. Eu sou ator profissional, aí eu peguei o meu problema que sou esquizofrênico, e transformei em solução. Então, ser ator para um esquizofrênico é o remédio (E8).

Por meio dessas falas, pode-se afirmar que o trabalho atua positivamente na saúde das pessoas loucas. Ademais, os dramas que esses indivíduos carregam não trazem simplesmente questões próprias do seu adoecimento, mas também os problemas acarretados pelo estigma. Assim, muitas vezes as alterações psicopatológicas são entendidas como incapacidade de gerir a própria vida, mesmo depois de superado o momento de crise. Não há, contudo, impedimento para que essas pessoas vivam os debates de normas que toda situação de trabalho supõe (SOUZA, 2006). “Através do trabalho, o indivíduo passa a fazer parte do meio social mais amplo, a partir dos laços e vínculos que cria com os demais. Conseqüentemente, ele é envolvido por toda uma teia de normas estabelecidas por um meio cultural já existente” (RIBEIRO; LIMA, 2008, p. 16).

A fala abaixo demonstra que a crença na incapacidade de trabalho dos loucos, em muitos casos, tem relação com o estigma já incorporado no imaginário das pessoas ditas “normais”.

O indivíduo aqui é diferenciado. Eu falo sempre que ele não é precário, ele é sensível, muito sensível, mas que dá conta das exigências, da ansiedade de quem vem buscar os nossos serviços. As pessoas que vêm aqui imaginam que vão achar pessoas completamente fora do eixo, loucos, mas quando chegam aqui e encontram pessoas afetuosas, que doam atenção, que tratam com respeito, e veem que isso não é falso. Elas se surpreendem (E3).

Quando perguntados sobre o ambiente de trabalho, em grande parte os relatos são positivos, sendo que ressaltam a importância do bom relacionamento entre os colegas, da parceria e do espírito de coletividade que imperam na SURICATO, bem como do sentimento de pertencimento e de utilidade, como podem ser observados nos trechos a seguir:

Eu me sinto muito bem aqui, me sinto muito alegre por estar dando um início para a Associação. Não é só o espaço, mas sim toda a casa, os Núcleos, as Comissões. Embora o relacionamento com os colegas é um pouco alterado, sempre a gente dá uma volta, reflete, pensa, fala: ‘isso não tá certo, isso tá

errado'. A gente conversa. Como eu estava um tempo sumido, uns três a seis meses longe daqui, agora eu estou voltando, e eles acham bom eu ter voltado (E1).

Acredito que meus colegas me veem bem porque pelo tempo que eu estou aqui, e eu sou firme no meu trabalho, eu não falto nenhum dia. Eu estou aqui sempre, como uma pessoa presente e uma pessoa eficaz. Eu sinto que eles precisam de mim, da mesma forma que eu preciso deles, preciso desse espaço. Também sinto que sou útil, que sou uma peça essencial (E2).

No ambiente de bordado as colegas desabafam muito, falam muito dos problemas delas, mas eu fico calada, eu não participo disso não. Tem um colega de trabalho que diz que eu sou um presente para a Associação, que a Associação ganhou um presente. Ele diz que sou um anjo aqui, ele é muito carinhoso comigo. Ele fala que poderiam ter feito três de mim (E5).

O que se nota, diante das falas dos entrevistados, é que a SURICATO proporciona um ambiente completamente fora dos padrões das empresas tradicionais, no qual a liberdade de ser e de se colocar diante das situações é a premissa mais importante e fundamental dos valores que são compartilhados ali. O respeito ao tempo de cada um, a compreensão sobre a condição física e mental dos trabalhadores, o espírito de coletividade e a solidariedade são aspectos que transformam o ambiente de trabalho da Associação em um lugar propício ao desenvolvimento e à reinserção desses sujeitos em um contexto social mais amplo.

Assim, quando indagados sobre o que a SURICATO representa para eles, os entrevistados em unanimidade reagiram positivamente. Alguns relataram que a Associação foi, para eles, a salvação para enfrentar os problemas de saúde, uma forma de se sentirem vivos, bem como um contexto para dar conta das questões colocadas pelo meio em que viviam.

Na minha vida eu acho que a Associação foi uma porta de saída para que as pessoas que achavam que eu não daria certo, que o meu problema de saúde iria me incapacitar. Eu acho que as pessoas... estou meio confuso, mas acho que é isso (E2).

A Associação é uma chance de você se sentir vivo. No caso de pessoas assim como eu, que sempre se sentiu morta, você aqui se sente mais vivo, mais querido. As coisas que eu não tinha no meio familiar, aqui eu encontrei (E4).

Antes da Associação, minha vida era um tormento. Era um tormento, eu ficava nas ruas, ficava perto das más companhias. Ela me tirou desse ambiente (E1).

Para a Terapeuta Ocupacional, a SURICATO representa a luta antimanicomial; a possibilidade de um projeto se colocar para a população de maneira singular e eficaz no sentido de demonstrar a capacidade do louco de participar efetivamente da sociedade e de, sobretudo, ter os seus direitos garantidos.

A SURICATO para mim, deixa eu achar uma palavra mais redondinha que vai caber quase tudo. Para mim é o mundo que se constrói, é um mundo que se faz, na contracorrente, que é muito difícil, e que está posta aí na sociedade. Para mim, é um pouco isso ou é uma cena, um microcosmo, que se dá, a partir disso, que é mais bonito nas pessoas assim. A espontaneidade e generosidade, o respeito, a gente vai fazendo a contramão assim, a garra da resistência (TO).

Portanto, a Associação e o trabalho têm uma função essencialmente psicológica na vida dos indivíduos que dela participam. Embora o trabalho na SURICATO não se constitua em uma psicoterapia, ele traz um sentido de utilidade para os associados, fazendo-os se sentir parte atuante da sociedade. Através do trabalho o indivíduo tem “(...) a capacidade de realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever com outros e para outros algo que não tem diretamente vínculo consigo” (CLOT, 2006, p. 73).

5.4 Perspectivas de Desenvolvimento

Embora a Associação forneça um ambiente favorável à liberdade de expressão no sentido de ser e de agir, pautada no respeito aos interesses e à capacidade de cada trabalhador, muito pouco foi pensado ou feito em termos do desenvolvimento dos associados. Obviamente, a maior preocupação do projeto, até o momento, foi de se consolidar como um espaço de resistência e de possibilidade de reinserção social.

Os relatos a seguir ilustram esta questão, quando afirmam haver interesse no desenvolvimento, porém não aparecem projetos concretos nesse sentido:

Não há um plano para desenvolvimento, mas a gente está até precisando. Tenho muita vontade de me especializar, de me profissionalizar e para isso a

gente precisa buscar capacitação, que eu acho que vai chegar agora, em 2018 temos planos para investir (E3).

Estamos fazendo aulas de italiano, que tem uns projetos de estar indo para a Itália, para conhecer o projeto de lá, de como funciona. São assim as oportunidades aqui na Associação, eu vejo um futuro (E2).

Em geral, percebe-se que os projetos de vida dos associados se confundem com os projetos da SURICATO. Um entrevistado, quando indagado acerca do seu desenvolvimento, o confundiu com o crescimento da Associação, revelando uma visão muito particular sobre o trabalho na SURICATO que foge à lógica do mercado de trabalho comum. Em uma Associação não existe a perspectiva tradicional de crescimento profissional, envolvendo um projeto de carreira, por exemplo. Não existe sequer um projeto de gestão formalizado. Trata-se de outra lógica, e é por isso que os entrevistados fazem uma relação como esta:

Estou na Associação desde os doze anos de idade. Então tem quinze anos que eu estou nela e tenho sonhos de poder ajudar, de ver ela crescer. Ontem eu estava no evento da Câmara dos Vereadores, eu estava vendo um carro preto bonito e falei assim: 'esse carro um dia pode ser da Associação'. Falei com uma colega da incubadora, falei com ela: 'eu vejo esse carro como da Associação, eu vejo a gente fazendo compras em um carro com a logomarca da Associação' (E1).

Há ainda trabalhadores que, diante das dificuldades pessoais que enfrentam, não conseguem ver perspectivas de crescimento para além da Associação. O relato a seguir confirma a ligação que os associados fazem entre a sua vida pessoal e o trabalho, quando um entrevistado diz estar no lugar certo, pois a SURICATO respeita seu ritmo de trabalho e as suas dificuldades:

Eu estou aqui, mas não vejo futuro pra mim. A Associação é um lugar que me acolheu, que me abraçou, eu tenho muita dificuldade de ser mandada, de ter alguém que fica em cima de mim, me cobrando, porque eu sei o meu trabalho, eu sei fazer. Tenho minhas debilidades, óbvio, mas eu sei o que eu tenho que fazer. Aqui não tem essa pessoa para ficar de cima. Claro que eu sou cobrada, se precisar puxar a orelha, eles puxam, mas eu tenho mais liberdade. Eu sou o tipo de pessoa que se eu pudesse ficar deitada na cama vinte e quatro horas, sem fazer nada em casa, nem aqui, nem na rua, eu ficaria. Eu não sei como eu estou viva ainda, mas a Associação me ajudou a viver um pouquinho. Porque aqui eu conheço pessoas, aqui eu tenho uma vida social, uma vida que sempre vivi sozinha. Eu não tinha relacionamento de amizade com ninguém, mas ainda assim não vejo futuro para mim. Eu vejo que a Associação investe nos trabalhadores. Eu ainda não participei de

cursos, mas eu sei, desde quando eu entrei aqui, que várias pessoas já relataram sobre os cursos para garçons e outras áreas (E4).

O posicionamento da Terapeuta Organizacional, no que tange às oportunidades de desenvolvimento dos associados, confirma as opiniões dos outros associados no sentido de reconhecer não haver, ainda, muitas iniciativas projetadas para o seu desenvolvimento, embora reconheça a necessidade e aponta um interesse por parte da SURICATO em buscar possibilidades nesse sentido:

A última formação que a gente ofereceu foi um curso mais sistematizado, foi um curso para garçons, em dois mil e quinze. Um dos projetos para o próximo ano é organizar isso de um jeito bacana, sistematizar e botar todo mundo na roda, quem já está mais tempo e que precisa reciclar, que precisa se aprofundar, que precisa rever algumas coisas, e quem estiver chegando também (TO).

No entanto, apesar dessa ausência de um projeto formal de desenvolvimento dos associados, a experiência em si proporcionada pela SURICATO já produz uma verdadeira transformação nos associados e mesmo naqueles que a conhecem. De acordo com um dos entrevistados, a Associação se confunde com a sua própria vida, por ser o lugar onde o mesmo teve a oportunidade de crescer, de refletir, de entender e de transformar a sua personalidade. Ele afirma ainda que as pessoas, ao conhecer o projeto, se surpreendem e dão um retorno positivo sobre as possibilidades que essa experiência oferece para os associados e, sobretudo, para quem frequenta o espaço cultural. A SURICATO aparece no seu discurso como um lugar de transformação pessoal e, ao mesmo tempo, de resistência:

A Associação é a minha vida. A minha vida porque mesmo que eu tenho quarenta anos, eu nunca fiquei tanto tempo no mesmo lugar. Um ambiente quieto, cabeça borbulhando de ideias, querendo dar vazão para tudo ao mesmo tempo. Eu amadureci bastante. Antes, eu tinha um lado de arrogância, que ainda persiste na minha personalidade, mas era bem exacerbado e que aqui foi amolecendo (E3).

As pessoas que vêm aqui por convite ou por curiosidade mesmo, elas dão um retorno sempre positivo, de encontrar um lugar diferente de tudo que tem lá fora. E a gente se esforça para fazer desse lugar, dessa magia toda, da conversa que rola espontânea, das gafes que a gente comete uma atrás da outra, um lugar de resistência. Acho que o maior desafio já foi posto e já foi superado no início, que era o de se apresentar. A gente estava dando a cara a tapa. O maior questionamento era se daríamos conta, e tudo mundo dá

conta disso, sem sofrimento, é saudável e alegre mesmo. A gente faz isso com alegria e brinca bastante com isso (E3).

Ribeiro e Lima (2008), fazem uma reflexão importante sobre o trabalho como possibilidade de desenvolvimento do indivíduo:

Quando as condições de trabalho são favoráveis ao processo criativo, permitindo que o sujeito transforme o mundo e carregue consigo as responsabilidades de seus atos, ele estará de posse de elementos essenciais para o seu desenvolvimento (RIBEIRO; LIMA, 2008, p. 15-6).

Desta forma, o trabalho em si, dependendo da forma que é organizado, pode ser percebido como fonte de desenvolvimento das potencialidades das pessoas, e cada indivíduo encontra nele as possibilidades para lutar e se desenvolver (ATHAYDE, 1996). O trabalho por si só, de acordo com os relatos dos associados, já se converte em uma possibilidade de desenvolvimento pessoal.

5.5 Fundadores e Novatos

A pesquisa demonstrou existir uma diferença na percepção entre os associados que participaram do processo de fundação da SURICATO e dos que chegaram depois. O tempo no posto de trabalho e a experiência de ter a sua vida profissional confundida com a própria existência da Associação impõem desafios no relacionamento entre esses dois grupos:

Para ser bem sincera eu não me imagino aqui no futuro. Eu gosto muito daqui, fiquei seis meses fora, voltei de novo e gosto muito mesmo, mas eu não consigo me imaginar aqui no futuro, se as coisas continuarem do jeito que estão hoje. Os novatos não entendem esse espaço da mesma forma que nós, fundadores, entendemos (E6).

A Terapeuta Ocupacional também evidencia em sua fala as diferenças de comportamento que existem entre os associados novatos e os fundadores da SURICATO, ressaltando haver uma crise de identidade que se coloca como um novo desafio.

Existem diferenças entre as pessoas que fundaram e as pessoas que vieram depois, no tempo histórico, e é natural que isso aconteça. O momento em que

a pessoa chegou e que as coisas estavam prontas ou magicamente está tudo isso aqui, e daquelas que construíram pedrinhas, que carregaram pedrinha por pedrinha, então a posição é outra. Atualmente, nesse momento, a Associação tem vivido alguns complicadores nas relações, quando, no final do ano passado houve uma crise de conceito, uma crise de identidade (TO).

Essa diversidade na percepção entre novatos e fundadores é clássica neste tipo de experiência, uma vez que o envolvimento no processo de planejamento, de pensar a Associação coloca o indivíduo em um lugar diferenciado em relação aos que chegam depois. Um estudo realizado em 1996 pela pesquisadora Maria Elizabeth Antunes Lima, intitulado “Os equívocos da excelência”, constatou essa diferença de pensamento e posicionamento no contexto da cooperativa de trabalho WALLIG, por parte de cooperados novatos e fundadores. Outro estudo que apresenta essas mesmas características foi realizado por Norbert Elias e John Scotson, publicado em 2000, denominado “Os estabelecidos e os outsiders”. Esses estudos sugerem também que os recém-chegados encontram um espaço constituído, pronto e, obviamente, terão alguma dificuldade em perceber o local da mesma maneira que aqueles que participaram de todo o processo de criação.

5.6 O Trabalho na SURICATO versus Empresa Privada

A Economia Solidária é um projeto de desenvolvimento que visa promover os indivíduos e as coletividades sociais. Tem como valores centrais o trabalho, a criatividade humana, o saber e não a lucratividade. Neste contexto, o trabalho configura-se como diferenciado e suas grandes forças são a produção de sentido, a troca, a solidariedade e o senso de coletividade (SOUZA, 2006).

A pesquisa apontou a existência de diferenças importantes entre a Associação e uma empresa tradicional, sob a perspectiva dos próprios associados. Os mesmos apontam haver na SURICATO uma compreensão maior sobre os benefícios do trabalho, principalmente do trabalho coletivo para as pessoas envolvidas, e sobre o reconhecimento do outro que ali está. Isto ocorre, por exemplo, quando dizem haver liberdade de realizar o trabalho no seu próprio ritmo, sem sofrer pressão da chefia:

Aqui não é uma empresa comum. Aqui é uma oportunidade para pessoas que não têm oportunidade lá fora, ou que até teriam, mas vamos supor se eu chegar em qualquer empresa eu não duro três meses, mesmo que eu não fale dos meus problemas, porque se eu falar nem os três meses eu vou durar, nem vou poder pôr o pé lá para começar. Aqui não, já entrei com eles sabendo de todas as minhas deficiências, de todos os meus problemas e, para mim, foi assim um acolhimento, uma oportunidade (E4).

Eu acho pelo fato da gente trabalhar em conjunto, sem ter um chefe para ficar brigando e pondo ordem. A gente não precisa ter uma pessoa pra ficar em cima, pra gente produzir. A gente não se sente forçado a nada, a gente faz porque gosta (E2).

Um dos associados ressaltou, com clareza, as diferenças essenciais entre os dois tipos de empresas, deixando evidenciar sua preferência pela SURICATO e seus valores.

Foi aqui que eu tive a oportunidade de realizar um sonho que era escrever o primeiro livro. Eu escrevi um livro de poesias com o apoio da empresa. O que difere a Associação de uma empresa comum são os compromissos e os objetivos. Lá fora o objetivo é o lucro acima de qualquer coisa, para beneficiar o patrão, servir o capital. E isso vai totalmente contra os valores da Associação, que é valorizar a pessoa, que é reconhecer as diferenças e respeitar o tempo e o ritmo de cada um. Isso é muito importante aqui dentro e é precioso. A gente tem que trabalhar para zelar por isso, para que não se perca (E3).

Os associados apontam que a prioridade do trabalho na Associação é outra: é o bem-estar do sujeito que é levado em consideração, diferentemente do que ocorre em empresas tradicionais. Os entrevistados indicam esta diferença:

Aqui, eu encontrei pessoas que pensam igual a mim. Nos outros empregos, as pessoas pensavam igual a mim, mas não falavam comigo, não conversavam comigo, me deixavam isolado, foi assim a vida inteira. Eu era um mal necessário, e na primeira oportunidade que tiveram, eles me demitiram. Eu nunca entendi isso. Apesar dos preconceitos, aqui somos menos machucados do que lá fora. Aqui, tem espaço para todos os loucos (E8).

Eu vejo que em outras empresas tem um peixe grande, que é o tal do patrão. Ele não quer saber se você está doente, se você está ruim. Ele quer que você dê o melhor de si, que largue a sua vida pelo trabalho, até você morrer, até ficar morto e mandar só uma florzinha e falar: 'ah, dá uma flor para ele e o sentimento para a família', só isso. Aqui não, a gente fica triste com a perda de amigos. Vai fazer um ano que perdi uma colega minha. Então, eu me lembro que ela falava: 'eu deixo o meu lar para chegar aqui e catar meus caquinhos' (E1).

As falas trazem como diferença fundamental entre a SURICATO e as empresas tradicionais a forma como as características individuais são tratadas. Há, entre os associados, uma clara predileção pelo contexto de trabalho da Associação, onde há o reconhecimento advindo do respeito pelo outro.

No contexto da empresa tradicional existe ainda o agravante que é o preconceito sofrido pelos loucos, visto que ao longo dos anos em que sofreram restrições do convívio social, eles não tiveram acesso a direitos fundamentais, tais como educação e trabalho.

Na verdade, o preconceito em relação às pessoas com deficiência está inscrito em nossa história, atingindo indistintamente as pessoas com deficiência física, mental, visual, auditiva ou múltipla. A discriminação é ampla e adquiriu, na sociedade contemporânea, o conteúdo de exclusão social, suprimindo essas pessoas do convívio na comunidade e privando-lhes dos mais elementares direitos de cidadania, entre eles à educação e ao trabalho (BAÚ, 2006).

Na concepção da Terapeuta Ocupacional não há qualquer semelhança entre a SURICATO e uma empresa tradicional, uma vez que os objetivos são diferentes. Na Associação há uma preocupação com o indivíduo, com seu bem-estar e sua possibilidade de se relacionar e se sentir parte do ambiente, onde o lucro não é percebido como a principal meta.

A diferença da Associação para uma empresa comum está na sua concepção enquanto projeto, enquanto estrutura, enquanto essência, enquanto existência. Ela tem como principal diferença o próprio desenho, em que há um esforço de que todos, todas as pessoas participem dos processos. Os bens, a propriedade dos bens é coletiva. Então, a casa não é de Fulano, nem a panela é do Beltrano, é do coletivo. É a apropriação dos bens, a distribuição dos ganhos, com o parteio, com a partilha, ela se dá da forma mais justa possível. Em uma empresa tradicional não tem isso, é o patrão quem ganha, que junta, que acumula e fica rico. Ele paga aos seus trabalhadores um salário ou algo que manda a lei. A Associação vai fazer a escolha por outro modo de organizar a economia, de organizar o modo de fazer, de produzir e de distribuir (TO).

Ademais, no que tange à inserção de loucos nas empresas tradicionais, existe a possibilidade dessa contratação acontecer por imposição da Lei de Cotas, criada em 1991, em que as empresas com mais de 100 funcionários precisam cumprir. No entanto, a lei é interpretada como discriminação, uma vez que fica implícito que essas

peessoas são incapazes de concorrer no mercado de trabalho. Por outro lado, levando em consideração os anos de segregação vivenciados pelos loucos, há que se considerar que elas não têm, de fato, o preparo devido para responder às exigências impostas pelo mercado de trabalho (RIBEIRO; LIMA, 2008).

Portanto, na SURICATO constata-se que o trabalho é realizado respeitando-se as singularidades e os ritmos. Sendo o trabalho dotado de sentido, de liberdade e de valor subjetivo, há então a possibilidade de o sujeito se colocar e se reconhecer naquilo que produz. Nesse sentido, a Associação revela sua particularidade fundamental e sua distância de qualquer projeto de empresa tradicional.

5.7 O Caráter Terapêutico do Trabalho na SURICATO

Pensar projetos que têm como objetivo a inserção laboral de usuários do serviço de saúde mental significa abandonar a perspectiva apenas do trabalho como possibilidade de renda e concebê-lo como recurso de produção de vida (LUSSI; PEREIRA, 2011).

O trabalho é, simultaneamente, um fato subjetivo e um fato social, pois, além de dar a sua contribuição, o sujeito se constrói, sendo que, quanto mais organizada e diferenciada for essa coletividade na qual ele está inserido, mais complexo será seu mundo interior. Mas, para que exerça esse importante papel na vida e na própria constituição do sujeito, é necessário que as barreiras que o trabalho impõe sejam superadas por quem se propõe a realizá-lo (RIBEIRO; LIMA, 2008, p. 16).

Para a Terapeuta Ocupacional, a SURICATO não é um espaço para tratamento de saúde, mas se constitui em um lugar que fornece o ambiente propício para que as pessoas possam, através do trabalho, elaborar melhor seu sofrimento.

Fico pensando que a gente escuta um pouco isso, que a Associação é um lugar de pertencimento, um lugar de referência para as pessoas. Escutei isso ontem, de que não suporta ficar em casa, que precisa vir para o trabalho. E foi dado um recesso e está insuportável. Aqui não é um lugar para se esconder dos problemas, mas é um lugar para dar conta dos problemas, para executar uma atividade que vai aliviar um certo sofrimento. O trabalho é terapêutico? Com certeza que ele é para todo mundo, faz bem para todo mundo. Mas não é terapia que as pessoas vêm fazer aqui. Então, a grande maioria não percebe como lugar de tratamento, mas como lugar de trabalho. Mas o que é trabalho para cada um? Aí, é singular, é a representação que

cada um tem na sua história, na sua cultura, naquilo que consegue, naquilo que se constrói e o que se destrói (TO).

Mesmo não se convertendo em um espaço para terapia, o trabalho na Associação representa para seus associados uma maneira de estar no mundo, de se relacionar e se envolver, de se sentir útil, visto que o trabalho pode ser concebido como:

“(...) um dos maiores gêneros da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade dificilmente pode abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e do qual um sujeito pode dificilmente afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado (...)” (CLOT, 2006, p. 69).

Quando questionada sobre a receptividade do projeto por parte da sociedade em geral, a Terapeuta Ocupacional foi enfática ao afirmar sua surpresa com a reação das pessoas que percebem a iniciativa de forma muito mais positiva do que era esperado. Assinala também o poder de transformação que o projeto exerce sobre as pessoas, sejam elas trabalhadoras da casa ou apenas visitantes e convidados.

Eu acho que a sociedade entendeu esse espaço mais que muita gente que deveria ter entendido. Eu confesso que todos os lugares que eu vou, eu estou apaixonada pelo povo da cultura. Acho que pela sensibilidade, pelo modo como eles chegam e a abertura. Se você visitar a página da Associação no *Facebook*, tem uma série de comentários, todos muito impressionantes, assim de sacar qual é. Então, quando a gente vê essa praça, ou muito cheia ou nem tanto, essa praça habitada e o olhar de quem só observa e não opina por enquanto, ou o olhar daquele que chegou sem saber o que era e quando alguém toma o microfone, toma a palavra e apresenta o projeto da Associação, as pessoas, os queixos delas caem, elas aplaudem, os olhos brilham; quem chega aqui não sai do mesmo jeito, ninguém, nem nós mesmos. Não consegue sair do mesmo tamanho que entrou, alguma coisa muda. Então essa é a intenção, de abrir essa casa, de abrir uma porta para a cidade e que a cidade venha, perceba e desconstrua o preconceito (TO).

Portanto, a SURICATO se apresenta como um espaço de mudança, tanto para aqueles que participaram da sua criação e que a mantêm funcionando quanto para os que se aproximam e conhecem de perto sua proposta. Neste sentido, ela se revela como um projeto inovador, transformando uma nova maneira de lidar com o sofrimento mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de pesquisar uma Associação de trabalho baseada na Economia Solidária, composta na sua totalidade por pessoas loucas, constituiu-se em um estudo singular por algumas razões. A primeira delas se reflete na surpresa de encontrar em um espaço de trabalho coletivo pessoas capazes de romper com a lógica do mercado tradicional e, mesmo diante de todas as adversidades impostas pela sociedade e pelas condições de saúde, laborar criativamente, entregando um resultado extremamente interessante e, sobretudo, nada diferente daquele que seria alcançado por trabalhadores sem as mesmas limitações.

Outra razão para compreender as particularidades que envolvem esta pesquisa está no fato de a Associação poder ser apontada como uma experiência de inovação social, embora ainda haja uma importante tutela financeira por parte da iniciativa pública.

Retomando as dimensões sociais apontadas por Harrison, Klein e Browne (2010), tem-se que a SURICATO é uma tentativa de resolução de um problema social latente, uma vez que responde à inclusão de loucos pela via do trabalho, além de haver um evidente protagonismo por parte dos associados.

Quanto à questão da governança do projeto, a Associação demonstrou, ao longo dos seus quase 14 anos de existência, sua capacidade de resistência, sustentação e disseminação, consolidando-se como um projeto duradouro. No quesito transformação da democracia representativa e a governança democrática das instituições, ela representa um empreendimento autogestionário e participativo, havendo o respeito pelas limitações e peculiaridades de cada indivíduo que ali está.

Com relação ao objetivo inicial de descrever e analisar como se dá a relação entre pessoas loucas e o trabalho em uma experiência socialmente inovadora, pode-se afirmar, com segurança, que este foi alcançado, uma vez que os relatos apresentaram claramente a percepção que os associados têm sobre o ambiente que lhes é

oferecido, sendo corroborados pelas falas da Terapeuta Ocupacional. Os relatos dos entrevistados deixam evidenciar as sensações, emoções e crenças dos mesmos acerca das possibilidades de se colocarem enquanto sujeitos ativos, capazes, produtivos, úteis e autônomos.

A autonomia é a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, no fazer ou não fazer, no ir ou não ir, no aceitar ou no recusar e assim por diante, concedida pouco a pouco, por parâmetros biológicos e de convívio social, que afastam os seres humanos dos animais e criam os contornos de sua personalidade. Este valor, a autonomia, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiem em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais (COHEN; SALGADO, 2009, p. 221).

Outros resultados importantes puderam ser observados com maior clareza a partir deste estudo, como o reconhecimento da sensibilidade desse tipo de trabalhador para o trabalho coletivo. Existe uma compreensão por parte dos associados sobre os benefícios que a confiança e o trabalho em equipe podem gerar, não havendo, desta maneira, qualquer forma de individualismo, mas, sobretudo, o resultado sinérgico da união das diversidades em favor de um bem comum. Isto corrobora os objetivos da Economia Solidária que consistem em promover, ao mesmo tempo, indivíduos e coletividades sociais (SOUZA, 2006).

No que concerne à inclusão social, os relatos apontaram uma diversidade de fatores que são colocados pela SURICATO aos seus associados e que são positivos do ponto de vista da reafirmação do sujeito: ambiente propício à realização de sonhos; prática de valores voltados para o reconhecimento das diferenças e o respeito ao ritmo de trabalho de cada um; possibilidades de elaboração do sofrimento; foco no bem-estar do sujeito; liberdade de diálogo e enfrentamento dos problemas oriundos da vida coletiva e pessoal.

Fazer face às exigências do mercado de trabalho pode ser desafiador para qualquer um. Quando se trata de pessoas loucas, as barreiras a transpor são ainda maiores, cabendo às organizações assegurar o bem-estar dessas pessoas de forma que elas possam realizar adequadamente seu trabalho e desenvolver as suas potencialidades (SOUZA, 2006). No entanto, não é bem isso que tem sido constatado nos processos

de contratação desses indivíduos, sobretudo, pelo setor privado. De modo geral, as empresas têm se esforçado apenas para cumprir a Lei de Cotas, contratando, preferencialmente, pessoas com deficiências mais leves, de modo a não comprometer suas metas de produtividade, como comprovam alguns estudos já realizados, como por exemplo: “Lei de Cotas para o trabalho de pessoas com deficiência – análise e fundamentação dos principais argumentos favoráveis e contrários ao seu cumprimento”, de Carlos Aparício Clemente (2015); “Incluindo pessoas com deficiência na empresa: estudo de caso de uma multinacional brasileira”, de José Guilherme Ferraz de Campos, Eduardo Pinheiro de Vasconcelos e Gil Kruglianskas (2011); “Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: dificuldades na inclusão”, de Ricardo Werner Friedrich (2016). Talvez seja desnecessário ressaltar que os loucos são os menos bem-vindos nesse contexto.

Nesse sentido, esta pesquisa revelou que os associados percebem os reflexos positivos que o trabalho na SURICATO oferece, quando relatam ser um local de resistência, de luta, de pertencimento, de possibilidade de acesso à cidadania. Além disso, de modo geral, ficou evidente a percepção positiva dos sujeitos sobre seu ambiente de trabalho. Em muitos relatos emergiram os termos: espaço solidário; campo para desenvolvimento de capacidades; ambiente acolhedor; clima favorável de relacionamento entre as pessoas; e ambiente onde impera o espírito de coletividade.

Muitas falas apontaram dois fatores principais como dificultadores para a realização do trabalho: o primeiro deles é a comunicação escrita e oral, haja vista que muitos têm um grau de instrução baixo ou encontram algum comprometimento por parte da sua condição de saúde que os impedem de se comunicar eficazmente (embora a articulação de vários entrevistados durante as entrevistas tenha demonstrado que tal dificuldade não é tão evidente); o segundo fator apontado foi relativo aos conflitos presentes nas relações consigo mesmo e com os outros. No entanto, tais fatores dificultadores não impedem que os associados realizem suas atividades de forma eficiente, apresentando bons resultados.

Portanto, pode-se perceber, a partir dos resultados expostos, que a Associação pesquisada oferece um ambiente propício à inserção das pessoas loucas pela via do trabalho, proporcionando um ambiente de trabalho coletivo, de respeito às diferenças e ao ritmo de cada um, de compreensão das dificuldades e de possibilidades de os participantes se reconhecerem como cidadãos.

Uma vez que este estudo foi realizado em uma Associação onde todos os trabalhadores são loucos, abre-se como possibilidade de estudos futuros a realização de pesquisas em empresas tradicionais, a fim de entender de que maneira o trabalho nesse contexto pode se converter em uma alternativa de inclusão social para pessoas com as mesmas dificuldades.

Considera-se inquestionável que o simples contato com esse tipo de experiência se revela transformador. Em uma de suas falas, a Terapeuta Ocupacional afirma ser impossível para qualquer indivíduo que tenha passado pela Associação não se sentir tocado pelo projeto. Esse sentimento reflete, com exatidão, o processo de transformação sofrido pelo pesquisador. A conclusão a que se chega ao entrar em contato com o projeto é de que a loucura existe, de fato, no “mundo aqui fora”, no ritmo de vida e de trabalho dos indivíduos ditos “normais”, e que sequer têm tempo para compartilhar experiências com aqueles que estão próximos, seja nos seus contextos de trabalho ou de vida pessoal. Não há preconceito que não se renda à realidade de indivíduos com limitações na saúde mental, mas que o tempo todo lutam para se reafirmarem como sujeitos com capacidade de elaborar o mundo à sua volta e de conviver, sem qualquer ressalva, em uma coletividade.

REFERÊNCIAS

- ALBAGLI, Sarita. Conhecimento, inclusão social e desenvolvimento local. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-22, abr./set., 2006.
- ALCÂNTARA, Luciana Cristina. **Economia Solidária e Oficinas de Trabalho na Saúde Mental**. In: A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II. Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set., p. 491-94, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 63, p. 763-74, 2017.
- ANDRÉ, Isabel; ABREU, Alexandre. Dimensões e espaços da inovação social. **Finisterra**, XLI, v. 81, p. 121-141, 2006.
- ATHAYDE, Milton Raimundo Cidreira de. **Coletivos de trabalho e modernização**. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARROS, Aidil Jesus da Siveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Makron Books, 2000.
- BASAGLIA, Franco. **Qu'est-ce que la psychiatrie?** Paris: PUF, 1977.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BAÚ, L. M. **Palestra proferida para a DTCOM – Direct to Company S. A.** Betim, 2016.
- BERTUCCI, Janete Lara de Oliveira. **Metodologia básica para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos (TCC): ênfase na elaboração de TCC de pós-graduação Lato Sensu**. São Paulo: Atlas, 2008.
- BEZERRA JR., Benilton. Os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Revista de Saúde Coletiva**. v. 17, n. 22, p. 243-250, 2007.

BIGNETTI, Luiz Paulo. As inovações sociais: uma incursão por ideias, tendências e focos de pesquisa. **Ciências Sociais Unisinos**. São Leopoldo/RS, jan.-abr., 2011.

BORINELLI, Benilson et. al. (Org.). **Economia Solidária em Londrina: aspectos conceituais e experiência institucional**. Londrina: UEL, 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657 de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: CD, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 11-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leis; Decretos. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 243-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS N. 189 de 19 de novembro de 1991**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 237-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS N. 224 de 29 de janeiro de 1992**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 17-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2002, 20 fev. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 15 jul. 2017.

BRASIL. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/polit_mental_econ_soli.pdf>. Acesso em 05 ago. 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei Substitutivo ao Projeto nº 3.657 de 1989**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: SF, 1999.

BUCKLAND, Heloíse; MURILLO, David. **Antena de inovação social: vias hacia el cambio sistémico; ejemplos y variables para la innovación social.** Barcelona: ESADE Instituto de Innovación, 2013.

BUSSINGUER, Eida Coelho; ARANTES, Maristela Lugon. O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: uma análise na perspectiva do direito à saúde. **Interfaces Científicas – Direito**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 9-20, 2016.

CAMPOS, José Guilherme Ferraz de; VASCONCELLOS, Eduardo Pinheiro de; KRUGLIANSKAS, Gil. Incluindo pessoas com deficiência na empresa: estudo de caso de uma multinacional brasileira. **R. Adm.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 560-573, jul./ago./set. 2013.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de; MARQUES, Antônio Luiz. **O trabalho e as pessoas com deficiência: pesquisa, práticas e instrumentos de diagnóstico**, 1. ed. Curitiba: Juruá, 2009.

CHAMBON, Jean-Louis; DAVID, Alix; DEVEVEY, Jean-Marie. **Les innovations sociales.** Paris: Presses Universitaires de France, 1982.

CLEMENTE, Carlos Aparício. **Lei de cotas para o trabalho de pessoas com deficiência: análise e fundamentação dos principais argumentos favoráveis e contrários ao seu cumprimento.** Monografia (Bacharelado em Ciências do Trabalho). Escola DIEESE de Ciências do Trabalho, São Paulo, 2015.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho.** Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOUTIER, Julie. **Qu'est-ce que l'innovation sociale?** Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales, 2003.

COHEN, Cláudio; SALGADO, Maria Tereza Munhoz. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 17, n. 2, p. 221-35, 2009.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORREIA, Suzanne Érica Nóbrega; OLIVEIRA, Verônica Macário de; GOMEZ, Carla Regina Pasa. Dimensions of social innovation and the roles of organizational actor: the proposition of a framework. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 102-133, Dez. 2016.

CUNHA, Gabriela Cavalcanti. **Políticas públicas de Economia Solidária enquanto ressignificação das relações estado-sociedade: alguns elementos teóricos e empíricos.** 2008. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivos/seges/eppgg/producao_academica/artigo_gabrielacunha_seminario.pdf>. Acesso em 10 set. 2017.

DEJOURS, Christophe. Rehabilitar la normalité? **Le Passant Ordinaire**, n. 45, p. 21-28, 2003.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. Trad. H. Karam & J. Abrahão. **Revista Produção**, n. 14, v. 3, 2004.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista Braga. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 2, p. 207-11, 2006.

FRIEDRICH, Ricardo Werner. Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: dificuldades na inclusão. **XIII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**. 2016.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GABOR, Dennis. **Innovations**: scientific, technological and social. London: Oxford University Press, 1970.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, abril 1995.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

HANDERSON, Hazel. Social innovation and citizen movements. **Futures**. Guilford, v. 25, n. 3 p. 17-33, 1993.

HARRISON, Denis; KLEIN, Juan-Luis; BROWNE, Paul Leduc. **Social innovation, social enterprise and services**. In: GALLOUJ, Faiz; DJELLAL, Faridah. The Handbook of Innovation and Services. Cheltenham, UK: Edward Elgar, p. 197-218, 2010.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira**: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. PUC/RS Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

JABERT, Alexander. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do Estado do Espírito Santo. **História, Ciências e Saúde**, v. 12, n. 3, 2005.

JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Maria Luciene Moreira Rolim. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 551-8, out./dez., 2004.

KING, Alexander. **Social innovations for development**. Oxford: Pergamon, 1984.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Empresa social e empresa solidária: Perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Revista Esc Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 515-521, abr., 2011.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun., 2012.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MOULAERT, Frank et al. Towards alternative model(s) of focal innovation. **Urban Studies**, v. 11, pl 1969-1990, 2005.

OLIVEIRA, A. R.; LIMA, M. E. A. **ASMARE: uma experiência de inovação social?** Anais... do simpósio de Socialização da Produção Acadêmica (SSPA) e do I Colóquio em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local (I Colmeia). (p. 37-44). Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.** UERJ: Rio de Janeiro, 2008.

OTONI, Cristiane; ZACHEÉ, Karen; SOARES, Marta. A política de inserção produtiva: afirmação de um projeto. In: NILO, Kelly; et. al. (Orgs.). **Política de Saúde Mental em Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

PASSOS, Izabel Christina Frinche. **Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde Mental: experiências e modelos em discussão**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. PUC/SP Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições nos anos 1970. **História, Ciências e Saúde, Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PHILLS, James A.; DEIGLMEIER, Kriss; MILLER, Dale T. **Rediscovering social innovation**. *Stanford Social Innovation Review*, v. 6, n. 4, p. 34-43, 2008.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2007.

RIBEIRO, Rafaela Portes Diniz; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **O trabalho do deficiente como fator de desenvolvimento**. UFMG Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ROLLIN, Joanie; VINCENT, Valérie. **Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec**. Québec: Université du Québec, 2007.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, José Jackson. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1988.

SAYCE, Liz. Beyond good intentions: making anti-discrimination strategies work. **Disability & Society**, n. 18, v. 5, 2003.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. **Entretiens sur l'activité humaine**. Toulouse: Octarès, 2003.

SANTIAGO, Eneida; YASUI, Sílvio. Saúde mental e Economia Solidária: cartografias do discurso político. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 700-11, 2015.

SANTOS, Luís Miguel Luzio dos; VIEIRA, Saulo Fabiano Amâncio; BORINELLI, Benilson. Economia solidária e estratégica: entre princípios e pragmatismo. **Revista Ibero-Americana de Estratégia – RIAE**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 261-278, out./dez./2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Revisão Técnica: Ana Maria Fernandes Pitta. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SILVA, E. P.; OLIVEIRA, T.M.; BERTANI, I. F. **Saúde mental e Economia Solidária: uma relação em construção**. 2007. Disponível em: <<http://sites.poli.usp.br/p/agosto.neiva/nesol/Publicacoes/V%20Encontro/Artigos/Div%20ersidade/DI-02.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2017.

SILVA, Sílvio Bitencourt; BIGNETTI, Luiz Paulo. A inovação social e a dinâmica de inovação aberta na rede brasileira de *Living Labs*. **XXXVI Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, set. 2012.

SINGER, Paul. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

SOUZA, Ana Clara Aparecida Alves de; FILHO, José Carlos Lázaro da Silva. Dimensões da inovação social e promoção do desenvolvimento econômico local no seminário cearense. In: **Anais...** XXXVIII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, Jackeline da Silva; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada /ES. **Revista Texto & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 199-220, jul./dez., 2008.

SOUZA, Paulo César Zambroni de. Trabalho e transtornos mentais graves: Breve histórico e questões contemporâneas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 154-167, mar., 2006.

STAKE, Robert E.. Pesquisas qualitativas: estudando como as coisas funcionam. Tradução: Karla Reis. Porto Alegre: Penso, 2011.

TAYLOR, James B.. Introducing Social Innovation. **The Journal of Applied Behavioral Science**, p. 69-77, 1970.

TEIXEIRA, Cristina. **Educação e inclusão social? Os limites do debate sobre o papel da escola na sociedade contemporânea**. Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIONI, Fabíola. Exclusão Social: noção ou conceito? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 15-29, set./dez., 2006.