

## REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E O PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL

**Psychiatric reforms and the process of resignification of work in mental health**

**Reformas psiquiátricas y el proceso de resignificación del trabajo en la salud mental**

Rita de Cássia Andrade Martins  
*Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí*

### Resumo

O presente artigo trata do processo de resignificação do trabalho na saúde mental, considerando que este processo é fruto de disputas e embates discursivos entre os diferentes agentes que compõem este campo. Para tanto a autora resgata a centralidade do trabalho na terapêutica da loucura no tratamento moral de Philippe Pinel; o trabalho como meio de expressão subjetiva nas oficinas terapêuticas de Nise da Silveira e o trabalho como direito e cidadania nas cooperativas sociais de Franco Basaglia. O artigo destaca ainda as contribuições da economia solidária no processo de resignificação do trabalho na atenção psicossocial, bem como seus impasses e seu potencial emancipatório e de resistência em defesa da reforma psiquiátrica antimanicomial.

**Palavras-chave:** Trabalho; Reformas Psiquiátricas; Políticas Públicas; Luta Antimanicomial; Economia Solidária.

### Abstract

This article deals with the process of resignification of work in mental health, considering that this process is the result of disputes and discursive clashes between the different agents that compose this field. Therefore, the author rescues the centrality of the work in the therapy of madness on the moral treatment of Philippe Pinel; work as a means of subjective expression in the therapeutic workshops of Nise da Silveira and the work as right and citizenship in the social cooperatives of Franco Basaglia. The article also highlights the contributions of the solidarity economy in the process of re-signification of work in psychosocial care, as well as their impasses and their emancipatory and resistance potential in defense of the psychiatric anti-asylum reform.

**Keywords:** Work; Psychiatric Reforms; Public policy; Anti-asylum movement; Solidarity economy.

### Resumen

El presente artículo trata del proceso de resignificación del trabajo en la salud mental, considerando que este proceso es fruto de disputas y embates discursivos entre los diferentes agentes que componen este campo. Para ello, la autora rescata la centralidad del trabajo en la terapéutica de la locura en el tratamiento moral de Philippe Pinel; el trabajo como medio de expresión subjetiva en los talleres terapéuticos de Nise da Silveira y el trabajo como derecho y ciudadanía en las cooperativas sociales de Franco Basaglia. El artículo destaca además las contribuciones de la economía solidaria en el proceso de resignificación del trabajo

en la atención psicosocial, así como sus impases y su potencial emancipatorio y de resistencia en defensa de la reforma psiquiátrica antimanicomial.

**Palabras claves:** Trabajo; Reformas Psiquiátricas; Políticas Públicas; Lucha Antimanicomial; Economía Solidaria.

## APRESENTAÇÃO

Este artigo reúne reflexões que se iniciaram quando a Reforma Psiquiátrica antimanicomial<sup>1</sup> brasileira estava em marcha progressiva, com bases políticas de apoio suficientes para o crescimento da rede de atenção psicosocial, que de um tratamento essencialmente médico avançou em outras frentes, tais como a cultura, as artes e a garantia do direito ao trabalho das pessoas com sofrimento mental<sup>2</sup>. Este período tem início em meados da década de 1970, no bojo da redemocratização do país, com a luta dos profissionais de saúde por melhores condições de trabalho na assistência à saúde mental. Mescla-se à reforma sanitária, à constituição de 1988 e à criação do SUS, com franca expansão durante as duas primeiras gestões do Partido dos Trabalhadores em que havia investimento em políticas públicas de valorização das diferenças, tais como políticas indígenas, de combate ao racismo, de combate à homofobia, de enfrentamento da AIDS, de combate à intolerância religiosa, de diversidade cultural e de Direitos Humanos.

Com a eleição da presidenta Dilma Roussef, o lema do governo petista passou de *Brasil um país de todos para País rico é país sem pobreza*, numa mudança evidente de estratégia no enfrentamento às injustiças sociais. O modelo de desenvolvimento adotado passou a investir na redistribuição econômica como forma de amenizar a desigualdade de classe e reduzir as contradições sociais. Neste período houve o crescimento do investimento público na exportação de matéria prima (petróleo, minério), no agronegócio, nas grandes obras (Belo Monte), nos grandes espetáculos (Copa e Olimpíadas), na privatização (portos, aeroportos, ferrovias, estradas), e em grandes programas de habitação e de transferência de renda. No que diz respeito à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD) do Ministério da Saúde, a crise iniciou de forma mais concreta quando em 2015, por influência direta da presidenta, a política de saúde mental teve de incluir as comunidades terapêuticas como parte da Rede de Atenção Psicosocial (RAPS).

---

<sup>1</sup> Comumente se usa apenas o termo reforma psiquiátrica para fazer alusão a um conjunto de mudanças ocorridas na atenção à saúde mental por meio da substituição dos manicômios por serviços de atenção à pessoa com sofrimento mental de base comunitária e territorial, aos moldes da Psiquiatria Democrática italiana difundida por Franco Basaglia. Contudo, a história ensina que nem toda reforma psiquiátrica tem como objetivo o fim dos manicômios, como, por exemplo, a Comunidade Terapêutica (Maxwell Jones), a Psicoterapia Institucional (François Tosqueles), a Psiquiatria de Setor (Lucien Bonafé) e a Psiquiatria Preventiva (Caplan). Para demarcar a diferença e especificidade da reforma psiquiátrica que propõe uma sociedade sem manicômios, optou-se por explicitar o termo.

<sup>2</sup> O uso do termo sofrimento mental busca deslocar o sentido de doença atribuído à loucura.

Os retrocessos seguiram com o golpe<sup>3</sup> que beneficiou o presidente Michel Temer, conforme mostra o trecho abaixo da Carta de Bauru - 30 anos:

*(...) golpe que resultou, dentre tantos outros efeitos deletérios, na ampliação do processo vigente de privatização e na redução de recursos para as políticas públicas sociais, como moradia, transporte, previdência, educação, trabalho e renda e saúde. Vivemos um violento ataque ao SUS, com a diminuição do financiamento e a desfiguração de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Nossa democracia, ferida, vive hoje sob constante e forte ameaça (Carta de Bauru – 30 anos, 2017, p. 77).*

Com o golpe um novo projeto político para o país, de bases conservadoras e antidemocráticas, a PNSMAD passa a sofrer uma série de mudanças que vem desconfigurando a agenda antimanicomial assentada nas conferências nacionais de saúde e nos fóruns de luta antimanicomial. Para consolidar esse projeto político que se anunciava com o impeachment da presidenta Rouseff, em 2019 é eleito o presidente Jair Messias Bolsonaro, tendo como base aliada a bancada parlamentar conhecida popularmente como a bancada “boi, bala e bíblia”, que reúne latifundiários, defensores da liberação do uso de armas e evangélicos.

Neste cenário de profunda crise do modelo democrático, a PNSMAD é redirecionada e os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas retornam como centrais na assistência. Tendo como pano de fundo este contexto, o presente artigo resgata a importância da discussão acerca da resignificação do trabalho dos usuários dentro dos serviços substitutivos, por meio de relações menos hierarquizadas e medicalizantes e pautadas na conquista e na garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental, como forma de resistência ao retorno dos manicômios (Martins, 2019).

## **PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL**

Em meados do século XVI e ao longo de todo século XVII foram criadas na Europa instituições de correção com objetivo de tratar todos aqueles considerados desocupados e ociosos, por meio de uma disciplina rígida e de trabalhos forçados (Foucault, 2007). Naquela época os loucos faziam parte deste grande bolsão de miseráveis, eram considerados desviantes, mas a noção de doença mental ainda não havia sido estabelecida. Os hospitais gerais, *workhouses* e colônias agrícolas utilizavam o trabalho com a finalidade de regeneração de seus internos. Nestas instituições o trabalho adquire um sentido repressivo e de coação moral, com a educação religiosa e a vigilância dos costumes como atributos deste processo de disciplinarização e controle (Amarante, 2007).

---

<sup>3</sup> Para aprofundar o debate em torno do uso do termo golpe para referendar este evento ler Souza (2017).

Somente a partir do final do século XVIII que o sentido do trabalho reveste-se de uma função terapêutica. Neste período o médico francês Philippe Pinel cria o chamado Alienismo, que tinha como princípios para lidar com os loucos: o tratamento moral e o isolamento do mundo exterior (Amarante, 2007, p.29). O isolamento significava a permanência integral/institucionalização do interno no hospital, afastado de tudo que pudesse interferir no diagnóstico médico de seu estado de saúde. O tratamento moral requeria ordem e disciplina, tornando o trabalho como ferramenta terapêutica indispensável para os alienistas.

No Brasil não foi diferente, influenciado pelas ideias que vinham da Europa, o imperador Pedro II inaugura em 1852 o primeiro hospital psiquiátrico do país. O hospício Pedro II tinha capacidade para internar 350 pessoas, já na inauguração o hospital abrigava 143 pessoas, em mais ou menos um ano havia chegado a sua lotação máxima (Martins, 2009, p.87). Menos de 20 anos depois de sua inauguração, o que antes era a vanguarda do tratamento reservado à doença mental, cede lugar à negligência, aos maus-tratos, à violência e mortes (obra citada acima, p.88). A partir daí a figura do médico, que até então era marginal, torna-se cada vez mais forte dentro do hospício, contribuindo com a laicização da assistência aos loucos no Brasil.

Duas décadas depois o Pedro II recebe o nome de “Hospício Nacional de Alienados”, no mesmo ano são inauguradas as Colônias Agrícolas São Bento e Conde de Mesquita no Rio de Janeiro. Nas Colônias o trabalho na lavoura deveria prover seus custos, além de sustentar os gastos com a assistência aos internos. Conforme os princípios do Alienismo, acreditava-se que a disciplina imposta pelo trabalho forçado tornaria os loucos mais calmos, obedientes, úteis e produtivos. Em 1911 foi inaugurada a Colônia do Engenho de Dentro, a princípio somente para mulheres, ficava localizada em bairro operário do Rio de Janeiro. Com o fechamento das Colônias São Bento e Conde de Mesquita, em 1923 foi inaugurada a Colônia de Psicopatas-Homens<sup>4</sup>, em setor agrícola afastado do centro da cidade do Rio de Janeiro (Martins, 2009, p.89).

Outra forma de tratamento moral empregado pelas Colônias era o projeto de Assistência Hétero-familiar. Apesar de ter sido implantado primeiramente na Colônia de Psicopatas-Homens, foi na Colônia do Engenho de Dentro que ganhou vulto. Os funcionários que aderissem ao projeto teriam direito a moradia dentro da Colônia e, em contrapartida, tinham como tarefa receber pelo menos duas pacientes, que deveriam auxiliar a família nos serviços domésticos. Todas as despesas com a casa ficavam sob responsabilidade da família, bem como a conservação da moradia. Assim que fossem reeducadas, as internas voltariam ao convívio social. De outro modo, voltariam à Colônia. Algumas mulheres permaneceram

---

<sup>4</sup> Praxis Omnia Vincit (A prática vence todas as coisas), frase disposta no portal de entrada da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro-RJ, antiga Colônia dos Psicopatas Homens.

durante mais de 10 anos prestando serviços sem remuneração na casa de funcionários, algumas morreram após anos de trabalho como domésticas (Martins, 2009, p.92).

Contrariando a proposta de reintegração social por meio do trabalho, as Colônias Agrícolas tinham como internos: doentes crônicos, egressos de longa internação, sem melhora significativa, sem recursos financeiros próprios e sem familiares (Martins, 2009, p.93). Após quinze anos de sua inauguração, a Colônia Juliano Moreira passou a receber pacientes agudos, alcoolistas e até pessoas condenadas criminalmente (obra citada acima, p.93). No relatório anual de 1947 da Colônia Juliano Moreira consta que os internos trabalhavam não só para os servidores que moravam dentro da Colônia mais também para os moradores da vizinhança, na grande maioria das vezes sem remuneração. Segundo apanhado estatístico da época, 29% dos internos do Engenho de Dentro trabalhavam como serventes ou auxiliares na Colônia (Martins, 2009, p.94).

As Colônias também significavam um retorno às sociedades pré-capitalistas, predominantemente agrícolas, numa tentativa frustrada de simular aquele período histórico<sup>5</sup>. Em 1944 a Colônia Juliano Moreira já abrigava aproximadamente quatro mil internos. Dez anos depois o cenário continuava o mesmo, dos 3.715 internos da Colônia Juliano Moreira, 1.386 estavam ligados a atividades de produção e manutenção da própria Colônia por meio da Seção de Praxiterapia (Martins, 2009, p.94). No início da década de 1950 já havia no Brasil 57 instituições psiquiátricas. Mesmo aquelas que não se configuravam como Colônias, tinham a praxiterapia (trabalho como ferramenta terapêutica) ou a laborterapia como pilar do tratamento oferecido aos internos.

Na contramão destas práticas surge a Dr<sup>a</sup> Nise da Silveira com uma crítica severa às práticas de exploração do trabalho dos internos. Em 1946, seu trabalho se destaca dentro do Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação da Colônia do Engenho de Dentro. Sua prática tinha como referência o benefício da pessoa internada. Dr<sup>a</sup> Nise valorizava atividades artísticas e recreativas, em detrimento aos trabalhos forçados aplicados na maioria das instituições naquela época. Vale destacar sua influência decisiva no que hoje leva o nome de oficina terapêutica. Apesar de sua crítica atroz ter contribuído muito com as novas práticas de cuidado em saúde mental, seu trabalho foi desenvolvido de forma marginal até meados da década de 1980, devido a um grande avanço da indústria farmacêutica e do pensamento organicista.

Durante as décadas de 1960 e 1970 houve um investimento maciço no incremento do número de leitos psiquiátricos, motivados pela contratação de leitos em entidades privadas. Nesta época o trabalho permanece como parte das atividades nos manicômios e colônias,

---

<sup>5</sup> Ver texto de Amarante “Colônias de Alienados: um mundo só para loucos”, no livro Lugares da memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras (2017, p.36).

mas seu caráter terapêutico já não tem tanta relevância frente às novas tecnologias medicamentosas (Resende, 1997, p.61; Guerra, 2004, p.37).

Na década de 1980, tendo como pano de fundo a abertura política, surge uma série de críticas ao saber e às práticas da psiquiatria reservados ao tratamento das pessoas internadas em instituições manicomiais. Diferentes categorias profissionais inseridas no campo da saúde mental aderem à causa e reivindicam melhores condições de trabalho. Várias denúncias de familiares e pacientes vêm a público. Em 1986 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em seu segundo encontro é fundado o Movimento Antimanicomial (Fernandes & Maia, 2002, p.159). Neste mesmo ano ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é “um marco histórico da mobilização instituinte da área da saúde, de afirmação do princípio de participação, controle social, na direção da democratização do Estado” (Brasil, 2006, p.102). As propostas da Conferência foram dispostas na Constituição Federal promulgada em 1988, que consolidou o marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir daí uma ampla reforma se inicia na assistência à saúde mental, em conformidade com a Reforma Sanitária e com os princípios de universalidade, humanização e equidade dispostos pelo SUS. Novas formas de atendimento começam a ocupar o lugar das práticas segregacionistas e massificadoras comuns à política manicomial. Neste período surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Lares Abrigados, Centros de Convivência e Cultura, os leitos em Hospitais Gerais e as Oficinas Terapêuticas. Este novo conjunto de dispositivos de cuidado e atenção no campo da saúde mental tem como princípios a reinserção social das pessoas com sofrimento mental, bem como o acesso aos direitos de cidadania (Amarante, 1995).

Todo este investimento no resgate da cidadania do louco foi fortemente influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia e pela experiência da chamada psiquiatria democrática italiana. Durante a década de 1970 Basaglia esteve à frente do fechamento do Hospital Psiquiátrico de Trieste, processo considerado pela Organização Mundial de Saúde como referência mundial para reformulação da assistência em saúde mental. Essa experiência é importantíssima para os movimentos antimanicomiais do Brasil e de outros países da América Latina e da Europa.

Basaglia defendia que para exercerem sua cidadania os egressos dos manicômios precisariam de uma condição material mínima para combater a dependência gerada pela institucionalização (Barros, 1994). Por isso tornou-se imprescindível rediscutir o sentido do trabalho na vida daquelas pessoas. Aqueles que antes eram doentes em terapia, passaram a ser vistos como trabalhadores. Este novo status de trabalhador e os novos sentidos atribuídos às atividades exercidas por eles demandavam uma nova organização do trabalho.

Na experiência triestina as cooperativas surgiram como possibilidade de construção de novas formas de se relacionar com o trabalho dentro do campo da psiquiatria. Contudo, para romper com a antiga lógica, havia necessidade de criar novos preceitos, tais como: 1) Construir uma organização autônoma em relação à administração do hospital; 2) Conquistar um novo reconhecimento jurídico para o doente mental que trabalha; 3) A cooperativa a ser criada deveria ter as mesmas características que as cooperativas dos trabalhadores sem história psiquiátrica; 4) A possibilidade de contratar atividades mesmo fora do hospital, e 5) Organizar grupos de prestação de serviços em todos os trabalhos realizados, recusando aqueles mais insalubres (Barros, 1994, p.97).

Em 1972 é criada em Trieste a Cooperativa Lavoratori Uniti Franco Basaglia, formada por pacientes do hospital, enfermeiros e pessoas da comunidade. A cooperativa tinha como objetivos: 1) Abolição da ergoterapia; 2) Servir como um dos meios para aquisição de aposentadorias, depois de seis anos de contrato; 3) Possibilitar uma perspectiva de reconstrução social do ex-internado, com o aumento do seu poder social e contratual, garantido pela sua incorporação ao ciclo produtivo, e 4) Ser um instrumento alternativo de trabalho frente a uma real dificuldade de inserção direta e individual no mercado e frente às limitações (também existentes) de pessoas que saíam de uma vida manicomial com desgaste físico e psíquico, alteração dos tempos sociais, dificuldades de relacionamento e de seguir uma dinâmica de trabalho. (Barros, 1994, p.97)

Naquele período, sob inspiração do modelo italiano, foram criados os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), implantados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e os projetos de inserção no trabalho do Programa de Saúde Mental de Santos/SP, ambas as experiências iniciadas em 1989. Durante a década de 1990 surgem as primeiras experiências de inserção no trabalho nos moldes cooperativistas, tais como: a Cooperativa Mista Paratodos (1994), em Santos-SP; a Cooperativa da Praia Vermelha (1996), no Rio de Janeiro-RJ e a GerAção-POA, em Porto Alegre-RS (1996).

Os projetos de trabalho desenvolvidos em Santos (Nicácio, 1994), ofereciam atividades produtivas diversificadas, coletivas e em sintonia com o mercado. Além disso, tinham como princípios a promoção da autonomia dos usuários e a busca por novas formas de relações de trabalho que acolhessem sua singularidade e sofrimento. A participação da comunidade também era um ponto importante na experiência santista, o que contribuía com a ampliação de recursos e atores sociais envolvidos nos projetos. Os participantes dos projetos de trabalho eram provocados a participar dos debates acerca do cooperativismo. Além de participarem de estágios remunerados em ambientes reais de trabalho. Toda esta articulação estimulava o enfrentamento aos estigmas de periculosidade e incapacidade das pessoas com sofrimento mental (Kinker, 1997, p.42).

Como os projetos eram espaços reais de trabalho, onde o processo de reabilitação acontecia em condições reais de experiência, havia a possibilidade de operar diretamente nas questões que emergiam da vivência do trabalho, evitando situações artificiais e simuladas que apenas legitimam o rótulo de incapacidade das pessoas envolvidas nos projetos (Nicácio, 1994, p.122). Esta característica da iniciativa santista fazia contraste aos ambientes de trabalho protegido e de oficinas com objetivo estritamente ocupacional, que eram comumente oferecidas e entendidas essencialmente como atividades terapêuticas.

Em 1994, após alguns anos de experiência e debates acumulados, foi fundada a Cooperativa Mista Paratodos. Com a criação da cooperativa criou-se um novo desafio, o de construção de um novo papel, de um novo lugar social para os usuários-trabalhadores, o de cooperado. A cooperativa configurou-se como um ambiente diverso daquele regido pelos profissionais de saúde, a partir dela intensificaram-se as trocas com outros saberes, dando forma a outros sentidos e significados ao trabalho (Nicácio, 1994, p.135).

Ainda neste ano, foi apresentado o projeto de lei sobre cooperativas sociais que deu origem à lei 9.867/199, publicada com vetos que a restringem a marco simbólico<sup>6</sup>. Mesmo não trazendo subsídios concretos à criação de cooperativas sociais, a lei incentivou uma série de experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. A lei de reforma psiquiátrica brasileira, lei 10.216, que ficou conhecida como a lei Paulo Delgado, foi publicada somente em 2001, após 12 anos de tramitação no congresso nacional.

Esse breve relato deixa nítido que o campo da saúde mental é um campo de disputa e não congrega somente agentes sociais que defendem o fim dos manicômios. Além de usuários, seus familiares, profissionais de saúde e gestores públicos, o campo é composto por organizações que explicitam seu posicionamento frente à reforma antimanicomial, seja contra ou a favor. Dentre aqueles a favor da reforma antimanicomial destacam-se Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), o Movimentos Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP). Na outra margem ganham vulto a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e grupos financiados por laboratórios farmacêuticos como a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM). Desta forma, a saúde mental se configura um campo que envolve relações de disputas fomentadas por interesses políticos e econômicos em embate constante e lutando para prevalecer como discurso hegemônico (Bourdieu, 1983, p.89).

## **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

---

<sup>6</sup> Para uma análise detalhada da lei ver Martins (2009).

A partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental a demanda dos usuários por trabalho como direito social aparece de forma sistemática nos relatórios finais dos encontros. É possível verificar nesses documentos finais o próprio processo de ressignificação do trabalho no campo da saúde mental manifesto na reivindicação do trabalho como direito social e acesso à renda. As Conferências Nacionais de Saúde Mental refletem o cenário político e o nível de mobilização social do momento vivido pela reforma psiquiátrica antimanicomial. Além disso, são espaços institucionais de diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos nessa construção, onde a sociedade civil organizada expõe e participa concretamente da elaboração e aprovação dos princípios, diretrizes e proposições para a Política Nacional de Saúde Mental. Por isso, constituem-se momentos privilegiados para efetivação das pautas do movimento social, num processo de transição entre a luta política de base e as reivindicações populares à política pública.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987, ano em que o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental agregou a sua luta usuários e familiares em defesa de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Desde então foram realizadas mais três conferências nacionais:

- a II CNSM, de 1992, com o tema *A Reestruturação da Atenção à Saúde Mental no Brasil*;
- a III CNSM, ocorrida em 2001, com o tema *Cuidar sim, excluir não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*;
- a IV CNSM, conhecida com IV CNSM – Intersetorial, realizada em 2010, com o tema *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*.

A I CNSM data da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental, as pautas debatidas tinham relação direta com o processo de redemocratização do país, com a chegada da nova constituição federal e a instituição do Sistema Único de Saúde. Os debates da conferência foram divididos em três eixos principais: 1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. No que diz respeito ao tema trabalho, essa primeira conferência, que não teve a participação do recém-criado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), propunha a implantação de programas de reabilitação para o trabalho junto a criação de centros de reabilitação médico-sociais nos hospitais psiquiátricos (Brasil/MS, 1987, p.41). A conferência não contou com a participação de usuários e familiares, e o tema do trabalho aparece atrelado à lógica manicomial.

A II CNSM nasceu em outro cenário, com a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, sob direção de um profissional<sup>7</sup> ligado à luta antimanicomial. A II CNSM trouxe como diferencial a participação efetiva de usuários em todas as suas etapas. Os usuários contribuíram com os debates e as deliberações com depoimentos pessoais, intervenções culturais e a defesa de seus próprios direitos (Brasil/MS, 1994, p.4). Três grandes temas estruturaram os trabalhos realizados na II Conferência, 1) rede de atenção em saúde mental; 2) transformação e cumprimento de leis; e 3) direito à atenção e direito à cidadania. O documento final da conferência apresenta uma diferença substancial do discurso em relação à concepção da doença mental, o que permitiu a emergência de outras formas de cuidado, com uma proposta distinta de rede de cuidado, não mais centrada na ambulatorização e na hospitalização. A rede de atenção psicossocial passou a envolver serviços abertos e comunitários, municipalizados, integrados a políticas sociais de educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, apontando para uma prática intersetorial e também de caráter preventivo (obra citada acima, p.7). Nesta conferência as oficinas terapêuticas e as cooperativas aparecem junto à rede intersetorial de atenção psicossocial, além de deliberar questões relativas à saúde do trabalhador e aos direitos civis e de cidadania da pessoa com transtorno mental (obra citada acima, p.14).

Passados dez anos, foi realizada a III CNSM, precedida por menos de um ano da publicação da lei 10.216/2001, Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado. Além das etapas municipais e estaduais da Conferência Nacional, foram realizados eventos de âmbito nacional para discussão de temas específicos, considerados pré-conferência, tais como: o Seminário Nacional “Direito à Saúde Mental”, sobre a regulamentação e aplicação da lei 10.216/2001 (Brasil/Câmara dos Deputados, 2002); o Seminário Nacional sobre Infância e Adolescência, no Rio de Janeiro; e o lançamento da edição em português do “Relatório sobre Saúde Mental no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, da OMS (OMS, 2002, p.15). Os debates e deliberações da III CNSM foram organizados a partir de quatro eixos temáticos, a saber: 1) financiamento; 2) recursos humanos; 3) controle social e acessibilidade; e 4) direitos e cidadania. No que diz respeito à reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a III Conferência reafirmou a importância dos princípios do SUS na implementação das ações de saúde mental nos municípios (Brasil/MS, 2002, p.86). Esta Conferência trouxe como uma de suas inovações o incentivo à educação e à cultura. Houve propostas no campo dos direitos e da cidadania que priorizavam políticas de fomento à autonomia dos usuários, em detrimento a iniciativas tutelares. O relatório deu destaque às propostas relacionadas à inserção social por meio do trabalho, através de projetos de geração de trabalho e renda e cooperativas sociais (obra citada acima, p.141). Com a III CNSM as

---

<sup>7</sup> Domingos Sávio de Oliveira.

discussões sobre inclusão produtiva e ressignificação do trabalho dos usuários de saúde mental avançaram no âmbito do governo federal. Em 2004 ocorreu a Oficina Nacional de Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental, organizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (Brasil/MS, 2005). O conjunto de reivindicações elencadas na Oficina Nacional tornou-se política pública com a instituição do Grupo de Trabalho Interministerial sobre Saúde Mental e Economia Solidária (PT/MS nº353/2005) que reuniu usuários, de gestores públicos e técnicos (Martins, 2014, p.121). Ainda em 2005 o Ministério da Saúde iniciou repasse financeiro para projetos de Inclusão Social pelo Trabalho (PT/MS nº1169/2005).

Quadro 1. Série Histórica. Incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde para investimento em iniciativas de inclusão social pelo trabalho de 2005 a 2010. Recursos da PT nº1169/2005.

Ano de repasse	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nº de iniciativas beneficiadas	6	19	6	41	148	193
Nº de municípios contemplados	6	19	6	41	123	156
Valor total dos repasses	70.000,0 0	190.000,0 0	65.000,0 0	275.000,0 0	980.000,0 0	1.510.000,0 0

Fonte: MS/SAS/ATSMAD, 2010 (Martins, 2014, p.162)).

A quarta e última Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 2010, com um intervalo de dez anos da terceira conferência. A realização da Marcha dos Usuários de Saúde Mental, organizada pela RENILA, mas com mobilização ampla de diferentes segmentos, entidades e ramos do Movimento Antimanicomial foi determinante para a efetivação da IV Conferência com caráter intersetorial. Esta conferência surgiu num novo cenário, onde o acúmulo de debates e práticas inovadores no campo da saúde mental se reflete de forma decisiva nas discussões e resultados desta última conferência. O tema da IV Conferência pode ser lido tanto como uma tradução do que vinha ocorrendo no campo quanto uma convocatória para a intersetorialidade, mobilizando diferentes dimensões da vida dos sujeitos, o que requer uma política de saúde mental que se articule a outras políticas sociais. A IV Conferência seguiu esta linha, trazendo ao diálogo e à parceria representantes dos campos da educação, da cultura, dos direitos humanos e do trabalho. Exemplo desta iniciativa foi a realização de uma Feira de Cooperativismo Social e Economia Solidária, organizada por trabalhadores de empreendimentos da saúde mental, e de egressos do sistema prisional, em conjunto com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFRJ (ITCP/COPPE/UFRJ), a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFJF (Intcoop-UFJF), a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES/MTE) e o Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2011).

Contribuindo para seu caráter intersetorial, a IV CNSM-I foi precedida pela II Conferência Nacional de Economia Solidária, que teve como uma de suas conferências preparatórias a I Conferência Temática de Cooperativismo Social. Esta conferência serviu de espaço privilegiado para discussão e deliberações sobre o tema do cooperativismo social e de sua composição intersetorial, reunindo representantes da saúde mental, do sistema prisional, do sistema socioeducativo e de pessoas com deficiência, tanto da sociedade civil quanto do poder público<sup>8</sup>. Seu relatório final foi distribuído nas Conferências Nacionais de Economia Solidária e Saúde Mental, subsidiando discussões e deliberações sobre o cooperativismo social. Além disso, houve participação de representantes da saúde mental (usuários, profissionais e gestores) na II Conaes, o que se refletiu nas deliberações registradas no documento final desta conferência<sup>9</sup>.

Com exceção da I CNSM, quando ainda não havia um movimento organizado da sociedade civil em torno da reforma psiquiátrica antimanicomial, as demais conferências nacionais contaram com apoio e participação crescente dos diferentes segmentos que militam no campo da saúde mental, em especial os usuários. As conferências mostram que PNSMAD foi tecida a várias mãos, de forma participativa e democrática.

Atendendo as recomendações da I Conferência Temática de Cooperativismo Social (Brasil/MTE/SENAES, 2010), em 2013 foi criado o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social, Pronacoop Social, com a finalidade de “planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários” (decreto presidencial nº 8.163/2013). Em seu curto período de vida, o programa investiu um total de nove milhões de reais em ações voltadas para o público da saúde mental e para população de rua. Desse montante 2 milhões foi investido em grupos formados por usuários de saúde mental, beneficiando diretamente 800 pessoas e indiretamente 2800 pessoas (Brasil/MTE/SENAES, 2016).

A aproximação dos grupos de inclusão produtiva formados por usuários da rede de saúde mental nos fóruns, eventos e entidades da economia solidária impulsionaram novos arranjos para ressignificação do trabalho no âmbito da saúde mental, retomando os debates sobre as cooperativas sociais e ampliando os atores sociais envolvidos nesta discussão.

Tendo como perspectiva o tema do trabalho como componente do processo de reabilitação psicossocial integrado à Rede de Atenção Psicossocial, durante os anos de 2004 e 2013 houve apoio sistemático do governo federal às ações de inclusão produtiva em saúde

---

<sup>8</sup>Para saber mais sobre este evento ver a publicação: BRASIL/SENAES/MTE. *Conferência Temática de Cooperativismo Social*. Caderno Temático. Brasília: 2010.

<sup>9</sup>BRASIL/SENAES/MTE. *Documento Final*. Pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável. Brasília: SENAES/MTE, 2010.

mental por meio de editais de transferência de recursos, apoio técnico e organização de eventos relativos à temática, conforme sistematizado no quadro<sup>10</sup> abaixo:

Quadro 2. Ações de incentivo às iniciativas de inclusão produtiva por meio da economia solidária com apoio do governo federal e marcos jurídicos da PNSMAD, entre os anos de 1999 e 2014.

Ano	Ações com apoio do governo federal.
1999	Lei nº 9.867/1999. Institui as cooperativas sociais.
2001	Lei 10.2016/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental
2003	Lei nº 10.708/2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (Programa De Volta pra Casa – PVC)
2004	I Oficina Nacional de Experiências Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental
2005	Portaria MS/MTE nº 353/2005. Grupo de Trabalho Interministerial Saúde Mental e Economia Solidária
2005	Portaria MS nº 1169/2005. Incentivo financeiro a projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinado a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
2006	I Turma Nacional de Formação de Gestores Públicos da Saúde Mental em Economia Solidária
2008 2009	Convênio MS executado pela ITCP/UFRJ. Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária
2008	Chamada de Seleção de projetos de geração de renda das regiões norte, nordeste e centro-oeste
2009	I Chamada de Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda
2009	Comissão de Cooperativismo Social do Programa Brasil Próximo apresenta proposta de Programa de Apoio ao Cooperativismo Social
2010	II Chamada de Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental: Expansão e Consolidação da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária
2010	I Conferência Temática de Cooperativismo Social
2011	II Encontro Nacional de Experiências Geração de Trabalho e Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental: rumo ao Cooperativismo Social
2011	Portaria MS nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).
2012	Portaria MS nº 132/2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
2013	Decreto nº 8.163/2013PR, MS, MTE, MDS, MJ, SGPR, SDH. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – PRONACOOOP SOCIAL
2014	Portaria MS nº 2.840/2014. Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Todo este investimento trouxe o aumento significativo do número de iniciativas de inclusão produtiva dos usuários da RAPS (Martins, 2009, 2014), o que deu amplitude nacional à pauta, visibilidade à parceria com a economia solidária e propiciou o adensamento da discussão acerca do direito ao trabalho e o acesso à renda (Martins, 2013, 2017).

<sup>10</sup> Versão atualizada do quadro apresentado em Martins (2014).

## RETORNO DE UMA AGENDA POLÍTICA MANICOMIAL

Em entrevista concedida em 2013 por Pedro Gabriel Delgado (Martins, 2014, p.68), o coordenador da PNSMAD entre os anos de 2000 e 2011 analisou que, apesar das conquistas dos últimos anos até aquele momento a consolidação da Reforma Psiquiátrica de cunho antimanicomial no Brasil não havia sido consolidada. Para o ex-coordenador, já naquela época a PNSMAD passava por um cenário de crise, crise dos limites impostos pelas condições estruturais à própria política. Meses antes da entrevista houve a retomada da discussão sobre a internação compulsória de dependentes químicos, com a adesão de capitais brasileiras a essa prática, e a incorporação de Comunidades Terapêuticas à rede SUS, por determinação da presidenta da república Dilma Rousseff.

Com a saída de Delgado logo após a IV Conferência, a política de saúde mental do Ministério da Saúde passa a ser dirigida por Roberto Tycanori, que permanece até o final de 2015 quando se dá a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, entusiasta do modelo manicomial e ex-diretor do Hospital Psiquiátrico Dr. Eiras, um dos maiores do país. Uma série de manifestações públicas<sup>11</sup> contra essa nomeação tornou insustentável sua permanência, deixando o cargo meses depois.

Ainda na gestão de Delgado as ações relacionadas à inclusão produtiva tinham tomado forma com o PRONACOOP SOCIAL, que ficou sob coordenação da SENAES, vinculada ao Ministério do Trabalho. Em 2015 já se aventava a demissão do economista Paul Singer<sup>12</sup> que estava à frente da secretaria desde 2003 e foi parceiro importante da saúde mental no avanço do cooperativismo social junto ao governo federal. Conforme apresentado anteriormente, o programa foi executado, mas de forma precária, tendo em vista que a condução da política já não estava mais nas mãos de pessoa competente no campo e o apoio à economia solidária estava cada vez menor dentro do ministério.

No início de 2017, na gestão do presidente Michel Temer, é nomeado o psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior para assumir a direção da PNSMAD. No mesmo ano a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina emitiram uma Nota Pública<sup>13</sup> que apontava irregularidades e inconsistências na implementação da RAPS. Tendo como referência os argumentos utilizados nesta nota, Quirino defende junto ao Conselho Nacional de Saúde a necessidade de uma nova política de saúde mental.

Como movimento de reação e resistência aos retrocessos na condução da PNSMAD, em dezembro de 2017 acontece o II Encontro de Bauru em homenagem aos 30 anos de luta antimanicomial no Brasil. O primeiro encontro ocorreu em 1987 e teve como

---

<sup>11</sup> Vide Nota Pública <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>

<sup>12</sup> Paul Singer falece em abril de 2018 aos 86 anos.

<sup>13</sup> Para acessar o documento na íntegra: [https://docs.wixstatic.com/ugd/c37608\\_839e9c9c48f54185b937bb53cd3a27dc.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/c37608_839e9c9c48f54185b937bb53cd3a27dc.pdf)

marco a fundação do MNLA. Neste segundo encontro, que reuniu mais de duas mil pessoas de todo país, os grupos em defesa da reforma psiquiátrica antimanicomial reafirmam seu compromisso, conforme o trecho a seguir da Carta de Bauru – 30 anos:

*A conjuntura presente, que intensifica o risco das conquistas duramente obtidas, exige um posicionamento que reafirme e radicalize nossos horizontes. É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista (Carta de Bauru – 30 anos, 2017, p.78).*

O manifesto deixa nítido que os grupos pró-reforma antimanicomial estão na contramão do que a gestão 2019-2022 do governo federal preconiza como projeto político. Contrariando o movimento social e desconsiderando a construção feita ao longo de 30 anos do MNLA, uma semana depois do evento é aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite o redirecionamento da PNSMAD, retomando a centralidade dos hospitais psiquiátricos e a ampliação do financiamento das Comunidades Terapêuticas<sup>14</sup>.

Em agosto de 2018, rumo à consolidação do redirecionamento da PNSMAD, Quirino aumenta em 60% o valor das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos para internação com duração de mais de 90 dias ou quando os pacientes são reinternados em intervalo com menos de 30 dias<sup>15</sup>, incentivando as internações de longa permanência. No final do mesmo ano é lançada na Câmara dos Deputados a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica<sup>16</sup>.

Em janeiro de 2019, o então coordenador de saúde mental, Quirino Cordeiro Junior, deixa a pasta e assume a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, criado na gestão de Bolsonaro. Em nota técnica<sup>17</sup> publicizada na semana seguinte a sua nomeação, assinada por Quirino como se ainda fosse coordenador da política de saúde mental, o psiquiatra torna pública, o que ele intitula, de “Nova Política de Saúde mental”, incluindo os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas no conjunto de serviços de atenção à saúde mental e informando que

*O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar*

---

<sup>14</sup> Vide a Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3.588/2017, ambas do Ministério da Saúde. E a Portaria Interministerial nº 2/2017, assinada em conjunto com os Ministérios do Trabalho, da Justiça e da Assistência Social.

<sup>15</sup> Vide Portaria MS nº 2434 de 15/08/2018.

<sup>16</sup> Vide a composição da Frente:

<https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=53841>

<sup>17</sup> NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

*em 'rede substitutiva', já que nenhum Serviço substitui outro (Brasil/MS, 2019, p.03)*

A “Nova PNSM” não incorpora à sua Rede de Atenção Psicossocial os Centros de Convivência e Cultura e as cooperativas sociais, dispositivos importantes para a reinserção social dos usuários da rede, que atuam como espaços de transição para a vida em comunidade, fora do ambiente protegido da rede de serviços<sup>18</sup>. Ao longo das 32 páginas o autor da nota técnica não usa uma única vez os termos: cidadania, inclusão social, inclusão produtiva, cooperativas sociais, artes, cultura, economia solidária.

No que diz respeito ao trabalho como componente do processo de reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico, estudos mostram que as iniciativas de inclusão produtiva em diálogo com a economia solidária têm contribuído para o adensamento da participação crítica de usuários e profissionais no cotidiano do trabalho e nas lutas por reivindicação de direitos e inclusão social (Rimoli & Cayres, 2012; Pacheco, 2013; Campos et al, 2015; Martins, 2014, 2017; Santiago & Yasui, 2015; Mazaro, 2017).

As pesquisas realizadas por Martins (2009, 2014) e Mazaro (2017) confirmam que o apoio do governo federal foi determinante para o aumento dos grupos de inclusão produtiva e para o reconhecimento do trabalho como direito e forma de ressignificação da loucura na arena social. A opção pela economia solidária, que tem como princípios de suas atividades econômicas a autogestão, a cooperação e a solidariedade, auxilia de forma significativa a reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental, em como a ressignificação do trabalho dessas pessoas, contribuindo para o enfrentamento de estigmas e preconceitos acerca da loucura (Martins, 2013, 2014, 2017). Os integrantes desses grupos tem uma maior circulação pela cidade e uma maior participação social e comunitária através de feiras, fóruns e outros dispositivos ligados ao campo da economia solidária.

Dentre os desafios enfrentados por esses grupos, os estudos de Martins (2008) e Mazaro (2017) apontam para a baixa e inconstante produtividade, a falta de recursos materiais, financeiros e infraestrutura. Soma-se ainda a dificuldade de manter a sustentabilidade dos empreendimentos e a remuneração justa dos trabalhadores. Verificou-se que ainda persiste a vinculação dos empreendimentos aos serviços de saúde mental em virtude da dificuldade de formalizar os empreendimentos, mas também da dificuldade de se emanciparem financeiramente e subjetivamente dos equipamentos da RAPS. A questão dos benefícios sociais também se mostra um impasse na medida para a formalização dos grupos tendo em vista o receio dos usuários trabalhadores de perder a estabilidade da renda transferida pelo Estado.

---

<sup>18</sup> Sobre os Centros de Convivência e Cultura vide Castro, 2014.

O estudo de Mazaro, que trabalhou com uma amostra nacional, alerta que a falta de apoio no âmbito da gestão pública interfere no avanço dessas iniciativas. Neste sentido o redirecionamento da PNSMAD e a situação de precariedade de programas criados pela SENAES, a exemplo do PRONACOOP SOCIAL, agravam este cenário. A autora pontua ainda que os entrevistados de sua pesquisa recomendaram que seria de grande incentivo às iniciativas de inclusão produtiva a capacitação dos profissionais de saúde em economia solidária e cooperativismo, o que remete a uma formação profissional afeta ao trabalho como componente do processo de reabilitação psicossocial e inclusão produtiva dos usuários. Ambos os estudos confirmam que a participação dos usuários da saúde mental nesses empreendimentos contribui para sua inclusão social, o acesso a direitos e a autoestima desta população. Apesar dos desafios, os estudos quando comparados mostram que as experiências locais de parceria entre saúde mental e economia solidária confirmam que a articulação entre os dois campos é perene e permite agregar forças junto à reforma psiquiátrica antimanicomial no enfrentamento de injustiças históricas que acometem pessoas com sofrimento mental. A interação entre agentes da saúde mental e da economia solidária, e a interseção entre os dois campos, não se restringe à afirmação identitária ou ao acesso à renda, mas, sobretudo, como meio de resistência e garantia dos direitos humanos dessa população conquistados em 30 anos de luta antimanicomial.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O artigo mostra que o campo da saúde mental é uma arena de embates e disputas discursivas que interagem e constituem de forma dialética ações políticas e interesses econômicos. Neste sentido, o processo de ressignificação do trabalho no campo da saúde mental não se configura linear. Tendo como referência os princípios antimanicomiais, esse processo de ressignificação avança e retrocede de maneira a refletir as estruturas de poder em cena. O trabalho surge neste campo como ferramenta de opressão, controle e disciplina, sentido que ainda emerge conforme o jogo de forças em campo. Agrega-se a este sentido, o sentido terapêutico atribuído ao trabalho como forma de tratamento moral e meio de regenerar corpos tomados pelas vicissitudes ou ainda pela necessidade de produtividade imposta pelo capitalismo. Outro sentido associado ao trabalho surge da interação do campo da saúde mental com aquele campo definido pelos princípios da economia solidária – autogestão, solidariedade e finalidade econômica. Neste último o trabalho do louco manifesta o desejo de participação efetiva em outros campos, por meio da autonomia, da participação social, do acesso à renda e da conquista de direitos sociais.

Com redirecionamento da PNSMAD, tornou-se cada vez mais urgente o fortalecimento de redes comunitárias de cuidado e afeto, redes de solidariedade que vão além da institucionalidade imposta pelos governos, redes que apostem na autonomia e no

empoderamento dos profissionais de saúde, dos usuários e seus familiares como estratégia de resistência ao retorno do modelo manicomial.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, N. (2004). Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial. In Costa, C. M & Figueiredo, A.C. (Org). Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. (1ª ed.). (pp. 167-180).Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In Cadernos de Saúde Pública. (3a ed.). (pp. 491-494).Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado em 18 de agosto de 2018, de: <https://rl.art.br/arquivos/416799.pdf?1174221107>
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2017). Lugares da memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras. São Paulo: Zagodoni.
- Barros, D. D. (1994). Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP, Lemos Editorial.
- Bourdieu, P. (1983). Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero.
- Brasil. (2002). Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da lei 10.216. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Brasil. (1987). Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. (1994). Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
- Brasil. (2011). IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil/MS. (2019). Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil/MTE/SENAES. (2010). Conferência Temática de Cooperativismo Social. Caderno Temático. Brasília: Ministério do Trabalho.

- Brasil. (2010). Documento Final. CONAES. Pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável. Brasília: Ministério do Trabalho.
- Brasil. (2016) Programa Nacional de Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social. Apresentação do Pronacoop Social ao Ministério Público do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho.
- Campos, I. O., Magalhães, Y. B., Kikuchi, P., Jabur, P. A. C., Rebouças, B., & Pinheiro, G. M. (2015). *Cadernos Terapia Ocupacional UFSCar*, São Carlos, 23(2), 411-415. Recuperado em 09 de fevereiro de 2019, de <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoRE0523>
- Carta de Bauru – 30 anos. (2017). Relatório Final – Encontro de Bauru: 30 anos de luta “por uma sociedade sem manicômios”. Bauru. Recuperado em 08 de fevereiro de 2018, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/relatorio-encontro-de-bauru-1.pdf>
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. (6a. ed.). Petrópolis-RJ: Vozes.
- Castro, M. B. (2014). *Implantação do Centro de Convivência e Cultura da rede de atenção psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, profissionais e gestor*. (Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Conselho Federal de Psicologia/CFP. (2010). *IV CNSM-I. Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários*. Brasília: CFP.
- Fernandes, A. B., & Maia, R. C. M. (2002). O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista brasileira Ciências Sociais*, 17(48), 57-171. Recuperado em 13 de agosto de 2018 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092002000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092002000100010&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Foucault, M. (2009). *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. (10a. ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Guerra, A M. C. (2004). Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa, & A. C. Figueiredo. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. (pp.23-59). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Kinker, F. (1997). Trabalho como produção de vida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 1(1), 42-48.
- Leal, E.M. (2004). Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: C. M. Costa, & A. C. Figueiredo (org). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. (pp.11-22). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Manifesto de Bauru. Bauru (1987). Recuperado em 08 de fevereiro de 2019 de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>
- Martins, R. C. A. (2008). Saúde Mental e Economia Solidária: construção democrática e participativa de políticas públicas de inclusão social e econômica. In A. L. Cartegoso, & M. G. Lucas (org). *Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas*. (pp.245-261). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, R. C. A. (2009). *Cooperativas Sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.

- Martins, R. C. A. (2012). Economia Solidária e Saúde Mental: debates e práticas sobre políticas públicas e direito ao trabalho. In: R. Sagawa (org). *Os enlaces da economia solidária*. (pp. 101-116). Curitiba: Editora CRV.
- Martins, R. C. A. (2013). Cooperativismo Social, Economia Solidária e Saúde Mental: debates e práticas sobre políticas públicas e direito ao trabalho. *Revista Bahia Análise & dados*. Salvador-BA, 3(1), 173-186. Recuperado em 08 de novembro de 2018 de [http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=74&Itemid=284](http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=284)
- Martins, R. C. A. (2014). *Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social: Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Martins, R. C. A. (2017). Resignificação do trabalho na Saúde Mental: Interações e diálogos com a Economia Solidária. *Revista Mundo do Trabalho Contemporâneo*, 2(1), 76-95. Recuperado em 08 de novembro de 2018 de <http://periodicos.unb.br/index.php/mtc/article/view/27570>
- Martins, R. C. A. (2019). Interações entre Psicologia Social Comunitária, Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In R. C. A. Martins, & C. S. Borzuk. *Psicologia e processos psicossociais: teoria, pesquisa e extensão*. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária.
- Mazaro, L. M. (2017). *Economia solidária e inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: identificando potencialidades e fragilidades*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado em 08 de fevereiro de 2019 de <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9119/DissLMM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nicácio, F. (1994). *O processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- OMS. (2002). Relatório sobre Saúde Mental no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”. Recuperado em 08 de fevereiro de 2019 de [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- Pacheco, M. L. (2013). *Saúde Mental e Economia Solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília: UnB.
- Resende, H. (1997). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis, & N. R. Costa (orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp.15-73). Petrópolis: Editora Vozes/ ABRASCO.
- Rimoli, J., & Cayres, C. O. (orgs). (2012). *Saúde mental e economia solidária armazém das oficinas: um olhar para além da produção*. Campinas: Medita.
- Santiago, E., & Yasui, S. (2015). Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 700-71. Recuperado em 09 de fevereiro de 2019 de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>
- Souza, J. (2017). *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya.

**Nota sobre a autora:**

**Rita de Cássia Andrade Martins** – Doutorado em Sociologia. Professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí. E-mail: rita.andrade.martins@gmail.com.

**Recebido:** 12/11/2018.  
**Aprovado:** 21/05//2019.