

O Perfil dos Integrantes da Associação Vida em Ação

Luana Aparecida de Lima¹

Sônia Barros²

Lais Mariana da Fonseca³

Resumo

Introdução: A Associação Vida em Ação (AVA) fundada em 2004, dentro do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial tem como principal eixo de atuação e missão promover, difundir e garantir os direitos humanos e a cidadania de pessoas com transtornos mentais, por meio da geração de renda, inclusão social pelo trabalho e pela cultura. A escolha por esta organização como objeto de estudo se dá por ela agregar usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, atores do processo da reforma. Portanto, a pergunta desta pesquisa é: quem são e como são caracterizados os integrantes da Associação Vida em Ação (AVA). **Objetivo geral:** Identificar e Caracterizar dos integrantes da Associação Vida em Ação (AVA). **Método:** Pesquisa de abordagem quanti/qualitativa, descritiva e transversal com uso de instrumentos estatísticos para coleta e tratamento dos dados. **Resultados:** Foi percebido que a lista dos associados formais a AVA continha, em sua maioria, profissionais de saúde mental vinculados a universidades, CAPs, CECCO e outros equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. A idade média dos participantes foi de 47,33 anos, a mediana de 47 anos, a idade máxima de 59 e mínima de 34 anos. No quesito habitação e moradia, 6 residiam em moradia própria, 3 em imóveis alugados e 1 em ocupação; 5 associados recebiam mais que 5 salários mínimos, 2 recebiam até um salário mínimo, sendo estes usuários de serviços de saúde mental e trabalhadores de projetos de economia solidária. **Conclusão:** Apesar dos desafios enfrentados no estabelecimento de uma rede solidária de geração de renda, a atuação da AVA promove o fortalecimento desses empreendimentos, propiciando para os indivíduos em sofrimento mental o restabelecimento de seu poder contratual, corroborando com os princípios da reforma psiquiátrica. Deve-se estimular a participação dos usuários e familiares para uma maior representatividade, e convidar os trabalhadores de todos os projetos de economia solidária apoiados pela AVA a participarem das assembleias e se associarem para que possam contribuir ativamente na construção dos processos decisórios, trazendo suas demandas e ideias, tornando assim a Associação Vida em Ação um local de trocas e produção do exercício da cidadania. **Palavras-chave:** Saúde Mental, Reabilitação psicossocial, Economia solidária.

Abstract: The Associação Vida em Ação (AVA) founded in 2004, inside the field of the Brazilian Psychiatric Reform and anti-asylum movement has the focus on the mission to promote, disseminate and ensure human rights and community participation, specially from people with mental disorders, through income generation and social inclusion by work and culture. The choice for this Organization as object of study is due to the aggregation of users, family and workers from mental health services, actors of the reform process. Therefore, the question of this research is: who are and how are characterized the members of *Associação Vida em Ação (AVA)*. **General Objective:** Identify and characterized the members of *Associação Vida em Ação (AVA)*. **Method:** Quantitative and qualitative approach research, descriptive and transversal with the use of statistics instruments in order to collection and treatment of data. **Results:** It was noticed that the list of formal AVA associates contained mostly mental health professionals linked to universities, CAPS, CECCO and others mental health services. The average age of the participants was 47.33 years, the median of 47 years, the maximum age of 59 and the minimum age of 34 years. In terms of housing, 6 lived in their own housing, 3 in rented real estate and 1 in occupation, 5 received more than 5 minimum wages, 2 received up to a minimum wage, being these users of mental health services and workers of solidarity economy projects. **Conclusion:** Despite the challenges faced in establishing a solidarity-based income generation network, AVA's action promotes the strengthening of these enterprises, enabling individuals in mental distress to reestablish their contractual power, corroborating the principles of psychiatric reform. The participation of users and family members should be encouraged for greater representativeness, and workers from all AVA-supported solidarity economy projects should be invited to participate in assemblies and associations so that they can actively contribute to the construction of decision-making processes, bringing their demands and ideas, thus making the Vida em Ação Association a place of exchange and production of the exercise of citizenship. **Keywords:** Mental Health, Psychosocial Rehabilitation, Solidarity Economy.

1. Introdução

A concepção do processo saúde-doença mental e o modelo de assistência apresentou diversas mudanças durante a história mundial. No Brasil as primeiras referências à saúde mental datam do século XIX, quando foi iniciada a construção do hospício Pedro II que após a Proclamação da República, passou a ser administrado pelo poder público. Foram criadas colônias agrícolas visando a diminuição de custos e ocupação dos pacientes e este modelo perdurou até a

década de 50, onde o modelo de assistência psiquiátrico começou a ser questionado (Lima, Nogueira, 2012).

No final da década de 1970 surgiram denúncias de violência e violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais internadas em hospitais psiquiátricos, que culminaram na realização do Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde mental. Em 1978, Franco Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, visitou o Brasil e comparou o Hospital-Colônia de Barbacena a um “campo de concentração” por tamanho desrespeito aos direitos humanos observado na visita ao hospital. Em decorrência das denúncias, trabalhadores, familiares e usuários organizaram-se e, assim, iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira, que trata-se de um movimento histórico, político, social e econômico, de luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais (Barros, Egry, 2001).

No início da RP ocorreram denúncias contra o desrespeito aos direitos humanos, as condições desfavoráveis para os profissionais trabalhadores de saúde mental, a inexistência de políticas públicas em âmbito nacional e de alternativas de tratamento fora dos hospitais, além do questionamento do modelo psiquiátrico hospitalar onde o indivíduo com transtornos de saúde mental era visto como um ser que oferecia perigo à sociedade e incapaz de tomar suas próprias decisões (Salles; Barros, 2013).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento político-social heterogêneo, composto por diversos atores com repercussões em vários setores da sociedade como por exemplo os governos federal, estadual e municipal, conselhos de regulamentação profissional, universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e etc. Esse conjunto de transformações no modelo de atenção e gestão das práticas de saúde teve como objetivo a equidade na oferta de serviços, protagonismo dos trabalhadores, de usuários de serviços de saúde mental, a defesa da saúde coletiva e o antagonismo ao modelo manicomial. (Brasil, 2005).

A RP fundamentou-se na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracterizou a conjuntura de redemocratização (Amarante, 2009; Alves et al, 2009). A reorientação da assistência psiquiátrica brasileira, e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), consolidou-se com a aprovação da Lei nº

10.216/2001, que teve como eixo norteador a garantia de dignidade e de liberdade para pessoas com transtornos mentais, determina também a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais garantindo a cidadania (Brasil, 2001). Para que a Lei e as normativas em saúde mental sejam implantadas em todo país, os profissionais que vão atuar na área precisam estar preparados e ter conhecimento sobre as leis (WHO,2005).

No art 4º, parágrafo 1º da lei 10.216/2001, consta que “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Brasil, 2001), desse modo nota-se que o foco da reforma psiquiátrica é proporcionar a recuperação do status de cidadão e promover formas de inclusão social do indivíduo em sofrimento mental (Amarante, Torre, 2018).

Para Saraceno (2001) a reinserção social se dá por meio da Reabilitação Psicossocial, processo que implica abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental e para sua família, visando a recuperação da contratualidade da pessoa com doença mental, permitindo trocas sociais e, por conseguinte, a cidadania social.

O autor supracitado enxerga que o processo de reabilitação psicossocial perpassa por três âmbitos fundamentais: habitat, rede social e trabalho com valor social. O habitat é entendido como um “grau de propriedade do espaço onde o indivíduo vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (Saraceno, 2001 p.114), diferenciando-se conceitualmente da noção de “estar” em uma casa onde o indivíduo não tem poder material e/ou de decisão sobre o espaço em que se encontra.

O indivíduo em sofrimento mental pode experimentar um empobrecimento de sua rede social na qual ocorre a diminuição do exercício de trocas de identidades entre sua rede familiar (rede social familiar e ampliada); já no âmbito do trabalho com valor social o trabalho é compreendido como “espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca” (Saraceno, 2001, p.140), portanto, ao garantir a contratualidade nesses âmbitos, este seria um exercício pleno da cidadania.

Para Marshall (1967) o conceito de cidadania moderna é capacidade de um indivíduo ter determinados direitos políticos, sociais e civis, bem como poder

exercê-los no interior de um Estado-nação. O autor entende que no século 20, a cidadania associa-se aos direitos e deveres e assegura a possibilidade de condições adequadas de vida relacionado à moradia, trabalho, saúde e educação, além dos direitos já garantidos como sociais, civis, políticos e a liberdade individual.

Carvalho (2002) define cidadania plena como uma combinação de liberdade, participação e igualdade. Cidadão pleno é o sujeito dotado de direitos civis (liberdade, igualdade perante a lei e direito de propriedade), políticos (participação no governo da sociedade) e sociais (participação na riqueza coletiva). No entanto, o estigma e a discriminação acabam excluindo as pessoas com transtorno mental destituindo-as de seus direitos (Mezzina et al., 2006).

Buscando a inclusão social dos indivíduos em sofrimento mental através do trabalho que é um dos eixos da RP, surgem os projetos de economia solidária amparadas institucionalmente pela Política Nacional Intersetorial de Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Muito além do processo de geração de renda, os projetos de economia solidária permitem que o indivíduo possa ter contato com sua subjetividade vivenciando e experimentando novas maneiras de se relacionar com o mundo (Andrade, et al, 2013).

A economia solidária tem sua origem, como resistência ao advento da utilização de máquinas em substituição a mão de obra de artesãos, que experienciaram um intenso empobrecimento em decorrência do modo de produção capitalista industrial que dava seus primeiros passos (Singer, 2002). As fábricas exploravam indiscriminadamente a força de trabalho de crianças, mulheres e homens e as jornadas extenuantes que contribuíam para o aumento da morbidade e mortalidade, porém impossibilitava que a produtividade e o lucro aumentassem (Ballan, 2010). Neste contexto, alguns detentores de meios de produção começaram a propor a existência de leis que protegessem os trabalhadores ao perceberem que algumas ações poderiam impactar no aumento de seus lucros, destaca-se a ação do britânico Robert Owen, proprietário de um complexo têxtil que limitou a jornada de trabalho de seus empregados e proibiu o trabalho infantil o que resultou em uma maior produtividade (Singer, 2002).

A revolução francesa ocasionou inúmeras guerras, o que fomentou as indústrias da Grã-Bretanha na produção de insumos necessários para a continuidade da guerra aquecendo a economia, porém após 1815 (fim da guerra contra Napoleão), ocorreu uma depressão econômica decorrente da interrupção de demanda por produtos bélicos e consequentemente muitos trabalhadores perderam seus empregos. Robert Owen apresenta um plano para o governo onde os trabalhadores ociosos pudessem participar de aldeias cooperativas onde produziriam elementos para sua subsistência e caso houvesse excedentes, estes poderiam ser trocados entre as demais aldeias cooperativas (Singer, 2002).

No Brasil, segundo o levantamento do ano de 2016 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas (IPEA), que organizou um mapeamento através do Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária (Sies), existem 19.708 empreendimentos de economia solidária distribuídos em 2.713 municípios brasileiros e 3.228 se localizam na região sudeste (IPEA, 2016).

Neste contexto encontramos a Associação Vida em Ação (AVA) fundada por usuários e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial em 2004, dentro do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial com o objetivo de dar suporte aos projetos de geração de trabalho e renda. Possui caráter de militância e de garantia de direitos. Tem como principal eixo de atuação e missão promover, difundir e garantir os direitos humanos e a cidadania especialmente de pessoas com transtornos mentais, por meio da geração de renda e inclusão social pelo trabalho e pela cultura. A escolha por esta organização como objeto e campo de estudo se dá, por ela agregar usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, atores do processo da reforma.

Os objetivos específicos da Associação são: promover desenvolvimento econômico e social; apoiar atividades econômicas de experimentação de novos modelos sócio produtivos e de sistemas solidários de produção, comércio e trabalho; promover a ética, a paz, a cidadania, os direitos humanos, a democracia e outros valores universais; promover a valorização pessoal e a reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental; promover a inclusão e capacitação de pessoas com transtorno mental, egressos de instituições

manicomiais ou usuários dos serviços públicos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial; realizar parcerias com organizações e empresas públicas e privadas para atingir seus fins (AVA, 2014).

Dessa forma, a AVA é um ator institucional que busca o fortalecimento e a recomposição do lugar social desta população, historicamente estigmatizada e excluída, por meio de ações que ampliem sua autonomia, melhorem suas condições concretas de vida e resgatem sua cidadania.

Dada, a importância de associações com essa proposição, nos interessa conhecer quem são os membros da AVA, e assim, a pergunta desta pesquisa é: quem são e como são caracterizados os integrantes da Associação Vida em Ação (AVA). Este projeto é relevante porque a caracterização dos integrantes da AVA pode revelar as características de usuários, familiares e profissionais de saúde de Centros de Atenção psicossocial (CAPS) e como se organizaram para serem associados, servindo de subsídio para que ações sejam avaliadas e repensadas, no sentido de melhorar a assistência prestada nos CAPS, podendo contribuir, por meio dos resultados, com sugestões para que os documentos da políticas de Saúde mental incluam ações específicas voltadas para a Reabilitação Psicossocial com enfoque na cidadania e para que os mesmos possam melhorar a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais com ações orientadas para o exercício da cidadania e para fomentar novos projetos de geração de renda e incrementar os existentes.

2. Objetivo geral

Identificar e Caracterizar dos integrantes da Associação Vida em Ação (AVA).

3. Material e Métodos.

Nesse estudo foi realizada abordagem quantitativa, descritiva e transversal. O cenário da pesquisa foi a Associação Vida em Ação (AVA) constituída por usuários de CAPS, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental.

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento (Apêndice A) com questões sobre aspectos sócio-econômico-cultural. Esses dados foram

organizados com a utilização da planilha eletrônica Excel, sendo transferidos, posteriormente, para o programa de computação Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Windows, versão 22.0, para execução da análise dos dados. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão e as variáveis categóricas por frequências absoluta e relativa.

Os dados sociais e demográficos foram analisados por meio de medidas de tendência central, e para avaliar associação existente entre variáveis qualitativas utilizamos o teste Qui-Quadrado. Para variáveis quantitativas, utilizamos o teste T, sendo adotado o valor de $P < 0,05$.

Os critérios usados naquele momento foram: todos integrantes da AVA que aceitaram participar, que tenham 18 anos ou mais; alfabetizados; capazes de compreender a língua portuguesa na sua forma escrita e falada; e que não apresentem prejuízos de comunicação percebidos pelo pesquisador como incompatíveis com o desenvolvimento da pesquisa. Os participantes foram convidados a participar do estudo por abordagem direta, dos pesquisadores, no serviço ou por telefone, após autorização institucional da AVA e foi considerada a amostragem aleatória simples com reposição.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, utilizando os descritores Saude Mental AND Economia Solidária e o filtro para artigos a partir de 2013, resultando em um total de 31 artigos, dos quais 08 artigos foram excluídos por não se adequar ao tema, 01 artigo estava indisponível e 08 excluídos por repetição, totalizando 14 artigos.

4. Revisão bibliográfica

No século XVII o trabalho começou a ser visto como instrumento da manutenção da ordem social e econômica, onde o internamento tinha a finalidade de impedir o aumento da ociosidade, mendicância e desordem nos momentos de crise econômico-social. Com a classificação de Pinel da loucura como patologia de ordem do desvio moral, no século XVIII, o trabalho foi utilizado como recurso terapêutico no tratamento moral submetido a autoridade médica,

que tinha objetivo de submeter a ordem e cercear a liberdade. Ao ser marginalizado, o louco fica incapaz de produzir não se adequando às normas da burguesia que passou a financiar a criação dos asilos para o tratamento moral da loucura (Andrade, Costa-Rosa, 2014).

No final do século XX ocorreram movimentos de resistência que romperam com o modelo manicomial e produziram novas maneiras de viver e pensar (Andrade, Costa-Rosa, 2014) e, seguindo essa nova lógica de atenção à pessoa em sofrimento mental, o SUS vem implementando nos últimos 30 anos políticas públicas pautadas na humanização do cuidado, reinserção social, resgate da cidadania que repercutiram na criação de novos serviços públicos e inovação na assistência clínica do usuário (Detomini, Bellenzani, 2015). Devido à conjuntura histórica brasileira a institucionalização resultou para a pessoa em sofrimento mental a perda de seu valor social, perdendo seu poder contratual e protagonismo como agente de sua vida, e para que fosse interrompido esse processo de alienação dos indivíduos, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial que deveriam prestar uma assistência que pudesse fomentar a reinserção na sociedade, promovesse autonomia, e estimular a criação de projetos de cultura, arte e renda. (Lima, Silva, Cruz, 2013).

Os projetos de economia solidária sustentados no paradigma da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial propiciam o restabelecimento da contratualidade sem ter um caráter curativo e normalizador onde são oferecidos recursos materiais e imateriais para realização de trocas sociais, buscando alcançar uma cidadania social plena (Nobrega, Silva, Sena, 2018; Santiago, Yasui, 2015). Um conceito importante para a compreensão dos processos a serem desenvolvidos ou restabelecidos através da economia solidária é o da subjetividade que é “matéria-prima viva e em constante mudança com a qual se pode vivenciar, experimentar, conhecer e inventar formas de agir e de se relacionar tanto com o mundo de dentro como com o mundo de fora” (Andrade et al, 2013). Existem outros ganhos para o usuário além da geração de renda, como por exemplo, a criação e fortalecimento dos vínculos entre os usuários participantes, atribuição de novos sentidos na vida dos sujeitos que gera uma possibilidade de participação social autônoma (Barreto, Lopes, Paula, 2013), (Moraes, Castro-Silva, 2016) e (Campos et al, 2015).

Um dos princípios norteadores da Economia Solidária é a autogestão que é em uma forma de administração onde não existem patrões ou empregados, os meios de produção pertencem aos trabalhadores que devem tomar as decisões de forma coletiva, participativa e democrática sendo protagonistas das decisões da coordenação e formulação de estratégias para o empreendimento, dividindo os resultados entre todos (Lussi, Shiramizo, 2013) (Morato, Lussi, 2015).

Como observado por Moraes e Castro-Silva (2016), em sua pesquisa qualitativa realizada em uma cooperativa de reciclagem no município de Santos, onde os autores perceberam que as decisões dos trabalhadores são reduzidas e estes não se sentem donos do empreendimento. O trabalho emancipado é cooperativo, autogestionário e solidário e deve ultrapassar o caráter de ferramenta para a sobrevivência material e não ser apenas um mero reprodutor de uma lógica alienadora e manicomial (Andrade et al, 2013).

É necessário que seja estimulado a participação social dos trabalhadores assim como a necessidade de uma autogestão para que ocorra o estabelecimento de uma cultura solidária e de emancipação, a não compactuação com as consequências que o modo de produção capitalista impõe para os indivíduos em sofrimento mental, tornando assim o processo de trabalho democrático e significativo (Moraes, Castro-Silva, 2016), (Lussi, Shiramizo, 2013).

Deve-se atentar para que o desenvolvimento de uma atividade de trabalho não garante por si só a emancipação e reabilitação dos indivíduos, já que quando este é visto apenas como o desempenho de uma tarefa, pode se tornar um instrumento que contribui ou agrava o processo de adoecimento. (Bonadio, Silveira, 2013).

Outro desafio a ser superado é o desenvolvimento de uma estratégia para se contrapor a baixa geração e instabilidade de renda, onde o valor da remuneração não é suficiente para que o usuário possa se manter, o que geralmente o leva a depender de benefícios sociais e procurar formas informais de trabalho para complementar sua renda.

A Legislação brasileira prevê a existência de economias solidárias porém não existe uma descrição de estímulos financeiros que estrutrem e fomentem os projetos de economia solidária, além de não admitir que os usuários recebam benefícios previdenciários, o que dificulta a adesão dos mesmos aos projetos, já

que geralmente a renda gerada é menor e instável, diferentemente do benefício que tem o valor de um salário mínimo e é regular (Ferro, Macedo, Loureiro, 2015).

5. Resultados

Participaram deste estudo 10 associados da Associação Vida em Ação e dois trabalhadores de projetos de economia solidária, que responderam questões sobre o perfil sócio-demográfico-cultural. Por meio de uma lista de associados fornecida pela própria AVA foram realizadas tentativas de contato com os 44 membros descritos via e-mail, ligação e abordagem no Ponto Benedito de economia solidária. Dos e-mails enviados 06 destinatários não estavam ativos, 02 se recusaram a participar da pesquisa e solicitaram ajuda para se desassociar da AVA, 03 não residiam mais no estado de São Paulo e 22 não responderam o email e seus contatos telefônicos estavam desatualizados. A presidente da AVA informou que existem pessoas que são consideradas associados fundadores que não atuam mais na associação, mas seus nomes constam na lista de associados por terem participado da fundação. Sendo assim, apenas os 10 associados que responderam estavam ativos.

Em relação aos dados referentes aos associados, 01 se declarou cisgênero, 08 se disseram heterossexuais e 02 homossexuais. Referente ao estado civil 05 relataram serem solteiros, seguidos por 03 em união livre, 02 eram casados, 01 estava separado e 01 divorciado. Analisando o quesito raça/cor a maioria (10) se considerava branca, 01 se autodeclarava da cor preta e 01 da cor parda. Sobre a idade dos participantes a média foi de 47,33 anos, a mediana de 47 anos, a idade máxima de 59 e mínima de 34 anos.

No quesito moradia e habitação 06 residiam em moradia própria, 03 em imóveis alugados e 01 em ocupação. Todos os entrevistados possuíam água encanada e luz e habitavam em suas residências por vontade própria, 02 moravam com amigos, 05 com companheiro, 01 com companheiro e filhos e 04 residiam sozinhos.

No quesito escolaridade 10 possuíam pós-graduação, 01 tinham ensino médio completo e 01 ensino médio incompleto. Quando indagados sobre formação em saúde mental, 04 possuíam mestrado no tema, 03 aprimoramento,

03 não possuíam formação em saúde mental, 01 fez especialização em saúde mental e 01 possuía doutorado. Em relação à situação empregatícia 05 afirmaram ter emprego fixo, 05 estão em trabalhos temporários e 02 relataram ser autônomos.

Já em relação à renda observa-se que a maioria dos participantes (05) recebem mais de 5 salários mínimos e estes eram profissionais de saúde, já os participantes que recebiam até um salário mínimo (02) eram usuários de serviços de saúde mental.

Tabela 1 - Remuneração dos participantes da pesquisa

Renda dos associados	Nº de associados
De R\$0 até R\$998	2
De R\$999 até R\$2994	1
De R\$2995 até R\$4990	4
Acima de R\$4990	5

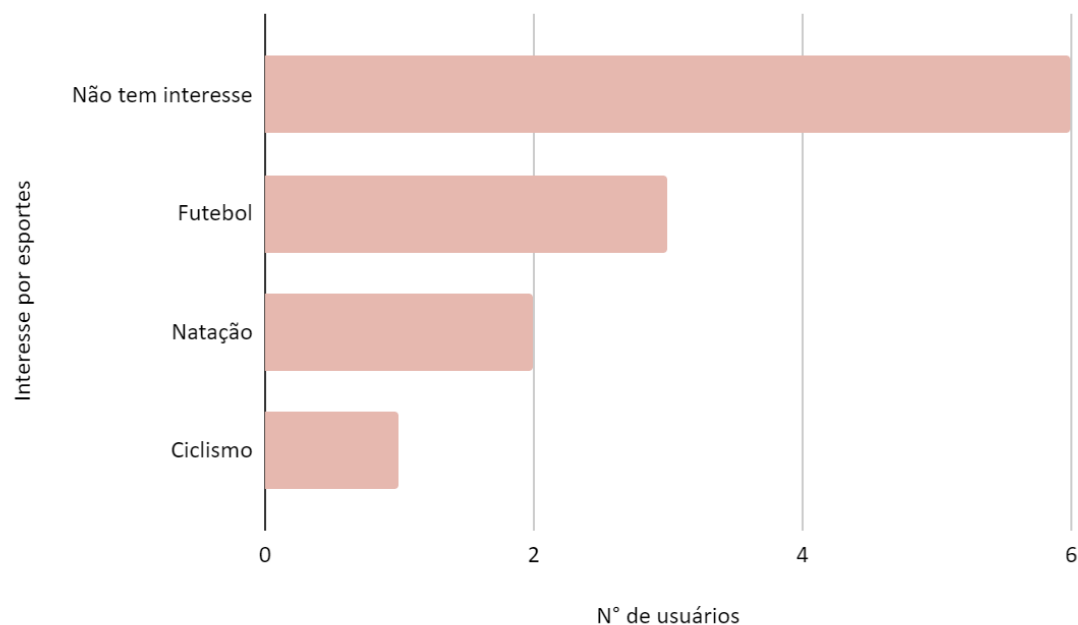
Tabela 2 – Remuneração segundo escolaridade dos participantes da pesquisa

Escolaridade	Renda							
	De R\$0 até R\$998		De R\$999 até R\$2994		De R\$2995 até R\$4990		Mais de R\$4990	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ensino médio incompleto	1	100	0	0	0	0	0	0
Ensino médio completo	1	100	0	0	0	0	0	0
Pós-graduação	0	0	1	10	4	40	5	50

A tabela 2 compara a renda dos associados com o nível de escolaridade, percebe-se que quanto mais anos de estudo maior a renda do associado.

No âmbito cultural 06 relataram serem da religião católica, 01 umbandistas, 01 budista, 01 do candomblé e 03 referiram não ter religião. Ao serem indagados sobre seus interesses por esportes 06 referiram não ter interesse, 05 tem interesse em futebol, 02 por natação e 01 prefere ciclismo. Os interesses esportivos relatados pelos associados foram descritos no gráfico 1, porém a maioria referiu não ter interesse ou praticar nenhum esporte.

Gráfico 1 - Interesses por esportes dos associados da AVA



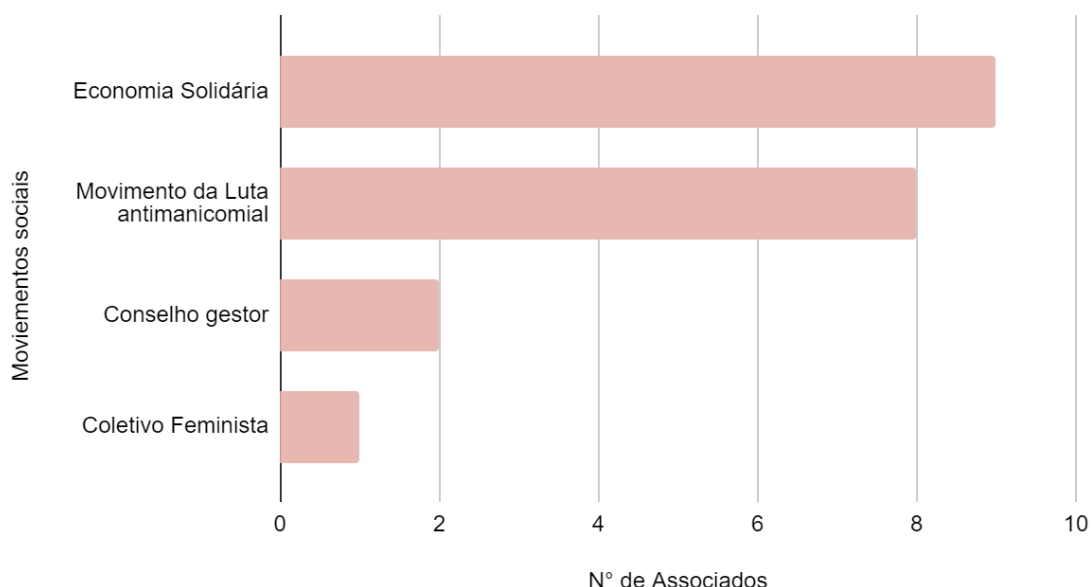
No quesito dos interesses e habilidades artísticas 04 associados demonstraram interesse pelas artes cênicas, 07 pelo cinema, já 05 referiram ter interesse em literatura, 05 em artes plásticas, 04 em dança e 05 afirmaram gostar de música como demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Interesses artísticos dos associados da Associação Vida em Ação



Ao serem indagados sobre envolvimento com movimentos sociais, nem todos associados apontaram sua atuação na Associação Vida em Ação como um movimento social.

Gráfico 3 - Atuação em movimentos sociais do associados da AVA



Três associados foram internados em hospitais psiquiátricos, 02 permaneceram reclusos por um mês e 01 ficou institucionalizado durante 48 meses. Foi identificado que o álcool foi a substância mais utilizada sendo referida por 09 associados, seguido pelo tabaco com 05 associados e da maconha que 02 associados afirmaram utilizar. Por fim, quando questionados sobre passagens por delegacias, 04 afirmaram positivamente e 01 associado chegou a cumprir pena de reclusão.

6. Discussão

As associações civis têm grande valor para sociedade, pois ao realizarem suas ações, mobilizam no cenário social formas alternativas de defesa de direitos, interesses e ações políticas. Ao congrega usuários, familiares, profissionais e amigos as associações propiciam reflexões críticas sobre o modelo de assistência, e protagonizam a reivindicação por novas formas de cuidado (Waldir, 2001).

Em uma pesquisa realizada para identificar o perfil de associações, grupos e projetos de usuários de serviços de saúde mental e familiares da região sudeste do Brasil, Vasconcelos (2011) encontrou que o perfil mais recorrente é de associações que congregam usuários, técnicos e familiares, fundadas após 1992, embasada nos princípios da reforma psiquiátrica, que afirmam sua missão em defesa dos direitos humanos e atuam desenvolvendo oficinas, projetos ou atividades de geração de renda. Nota-se que este perfil também se repete na AVA (Vasconcelos, 2011).

Foi percebido que a lista dos associados formais a AVA continha, em sua maioria, profissionais de saúde mental vinculados a universidades, CAPs, CECCO e outros equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. Ao analisarmos a história do movimento da Reforma Psiquiátrica percebemos que ele foi marcado por uma importante atuação dos profissionais de saúde mental que se contrapunham ao modelo de assistência biomédico (Barbosa, Costa, Moreno, 2012), o que se pode notar na composição dos membros atuantes da Associação Vida em Ação onde 09 dos 11 membros exerciam cargos ou eram formados como profissionais de saúde mental e, que atuavam em movimentos sociais.

Observa-se que as decisões apesar de serem tomadas em grupo, existe um protagonismo maior dos profissionais de saúde em detrimento dos usuários, já que a maioria dos associados formais são profissionais que atuam na saúde mental. Esse perfil de liderança concentrado nos técnicos também foi encontrado por Almeida, Dimenstein e Severo (2010) em sua pesquisa com uma associação que agregava usuários de serviços de saúde mental, familiares e profissionais (Almeida, Dimenstein, Severo, 2010).

A população que apresenta transtornos mentais, vivencia uma “herança cultural, que estabelece o conceito de que as pessoas com transtornos mentais devem ser temidas e excluídas”(Salles; Barros, 2013), e este fator associado ao racismo institucional faz com que essa população tenha um menor acesso à informação, menor participação social e escassez de recursos. (Werneck, 2016). Na cidade de São Paulo, segundo o relatório de igualdade racial da prefeitura, a renda média domiciliar população negra é aproximadamente 2,5 vezes menor do que a população branca.

É importante destacar que dentre os investigados, os que relataram não ter ensino médio completo e receber até um salário mínimo eram usuários de serviço de saúde mental e, no quesito raça cor, se declaram negros, o que corrobora com o perfil médio dos mesmos encontrados em outros trabalhos (Santos, Carnut, 2018), (Ribeiro,Santos,Barbosa, 2018), com predomínio de usuários com ensino fundamental incompleto, e quando falamos de atividade principal, a maioria não trabalhava ou estudava.

A educação influencia grandemente nas ocupações profissionais e aumenta as escolhas na vida (Moraes,Castro-Silva, 2016), consequentemente uma população que teve pouco ou nenhum acesso à educação, possui pouca qualificação profissional, o que implica no desemprego ou nos trabalhos informais com baixos salários, refletindo diretamente nas condições socioeconômicas dessa população.

Para que as iniciativas de economia solidária consigam superar os desafios existentes, foram instituídas políticas públicas que fomentam, subsidiam e oferecem apoio para essas atividades, porém cria-se uma dependência regular do Estado, além disso por estar inserido em uma conjuntura neoliberal, a atuação e espaço para conquistas dentro do aparelho de estado fica enfraquecida (Vasconcelos, 2011).

Tentando oferecer uma nova forma de suporte e minimizar a dependência, foram criadas organizações corporativas de profissionais de saúde que visam dar mais empoderamento e autonomia para as iniciativas populares, porém existe a possibilidade (principalmente se as organizações são centradas em poucas categorias profissionais) de ocorrer a centralização e continuidade do poder nas mãos dos profissionais (Magalhães, 2018).

Mesmo sendo pequena a parcela de associados com transtorno mental o perfil socioeconômico dos usuários reflete as injustiças sociais sofridas pela população estudada, eles vivenciam uma vulnerabilidade social evidenciada pela sua baixa escolaridade, pelo não acesso ao trabalho e educação e pela sua baixa renda familiar.

Apesar dos entraves e desafios essas iniciativas, sejam governamentais ou civis tem em seu bojo o objetivo de devolver a governança que é um conceito que se refere ao processo de mobilização de recursos para a consolidação das relações de poder e confiança alcançando os objetivos propostos,

restabelecendo a contratualidade dos envolvidos e favorecendo um processo decisório mais democrático (Magalhães, 2018).

É necessário que os princípios de cooperação com interesses e objetivos comuns, o compartilhamento das responsabilidades, o desempenho das práticas participativas em todos os âmbito do processo de trabalho, da solidariedade e da distribuição do resultados de uma forma justa sejam incentivados.

Em uma sociedade com identidade de coletivo centrada no trabalho, o desemprego afeta o sentido de pertencimento social, sobre a subjetividade do indivíduo (Fernández, Gaviglio, Adur, 2012), portanto a atividade econômica deve viabilizar as iniciativas coletivas de prestação de serviços, produção, consumo e comercialização (Silva, 2012).

Iniciativas como a Associação Vida em ação são imprescindíveis para propiciar que os projetos de geração de renda e economia solidária possam atuar, uma vez que o mercado de trabalho no modo de produção capitalista é injusto e desigual para os indivíduos em sofrimento mental e as políticas públicas intersetoriais vigentes ainda não conseguem suprir as demandas que esse setor necessita (Pedroza, 2012).

Os projetos de economia solidária reconhecem a saúde como dimensão que extrapola a configuração dos serviços de cuidado em saúde, e abrange as complexas questões culturais, políticas e sociais atuando para contribuir com uma atenção integral aos indivíduos em sofrimento mental.

7. Conclusão

Conclui-se que apesar dos desafios enfrentados no estabelecimento de uma rede solidária de geração de renda, a atuação da AVA promove o fortalecimento desses empreendimentos, propiciando para os indivíduos em sofrimento mental o restabelecimento de seu poder contratual, corroborando com os princípios da reforma psiquiátrica, estando interligados pela Reabilitação psicossocial, propiciando a inclusão social e o exercício da cidadania dos indivíduos em sofrimento mental.

É preciso que sejam desenvolvidas e implementadas políticas públicas para estimular e assegurar a participação de indivíduos em sofrimento mental em associações e movimentos sociais propiciando a inclusão social e o exercício

da cidadania Promover espaços como conselhos, fóruns e outras instâncias participativas são estratégias para que os usuários tenham voz ativa na construção dessas políticas públicas.

Deve-se estimular a participação dos usuários e familiares para uma maior representatividade, e convidar os trabalhadores de todos os projetos de economia solidária apoiados pela AVA a participarem das assembleias e se associarem para que possam contribuir ativamente na construção dos processos decisórios, trazendo suas demandas e ideias, tornando assim a Associação Vida em Ação um local de trocas e produção do exercício da cidadania.

Agradecimentos

Dedico esta monografia a minha mãe, Maria Lucia de Lima, mulher negra, nordestina e empregada doméstica que veio para São Paulo lutar contra muitas adversidades para que eu pudesse um dia ingressar em um curso superior. Toda resiliência e força que demonstrou me inspiraram a seguir mesmo nos dias mais difíceis e moldaram a mulher que me tornei.

Agradeço a minha querida tia Stella que sem o apoio eu não conseguiria percorrer essa caminhada. Espero que a senhora esteja observando de Aruanda essa conquista que foi tão sonhada por nós duas.

A meu grande amigo Glauber, que demonstrou o quão poderoso os laços de uma amizade sincera são, e que esteve ao meu lado nos momentos de tristeza e alegria, compartilhou comigo as ansiedades, incertezas, descobertas, e desejos, e me ofereceu apoio incondicional durante as reviravoltas da vida. Sem você eu não seria capaz de encontrar a doçura no percurso rumo ao tão sonhado diploma. Com toda certeza, o maior presente que esta graduação me proporcionou foi essa linda amizade, que perdurará por toda nossa vida.

A Helena e Vanessa que me cercaram de amor e cuidado, auxiliando os caminhos a seguir para que meu sonho pudesse ser concretizado e me ajudando a manter a esperança de dias melhores.

Ao meu namorado Rafael, que embora tenhamos nos conhecido no último ano

de graduação, foi crucial para que eu conseguisse finalizá-la. Obrigada por me permitir experienciar um sentimento tão sublime e por cuidar de mim com tanta delicadeza, mesmo quando eu não sabia que precisava ser cuidada.

Aos meus amigos Victor, Camila, Ana e Gabriel que tornaram a graduação mais leve e divertida, estando presentes em todos os momentos.

A Fluffy, Alecrim e Salvador Dalí que demonstraram apoio e lealdade como apenas felinos sabem fazer.

Agradeço a professora Sônia Barros e a co-orientadora Laís que me auxiliaram durante o desenvolvimento deste trabalho, me acalmaram durante minhas crises de ansiedade e que tiveram paciência comigo quando as intempéries da vida começaram a surgir. Por fim agradeço a Deus, ao preto velho pai Marcelo e a todos que contribuíram com minha formação.

8. Referências bibliográficas

Almeida, KS, DIMENSTEIN, M, SEVERO, AK. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface , Botucatu , 2010;14(34):577-592.

Alves, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. Neurobiologia. 2009; 72(1):85-96.

Amarante, PDC. Loucos pela vida - A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

Amarante, PDC; Torre, EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, 2018;52,(6): 1090-1107.

Andrade, MC. et al . Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. Psicol. cienc. prof., Brasília , 2013;33(1):174-191.

Andrade, MC; Costa-Rosa, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de Fora 2014; 7(1):27-41.

Associação Vida em Ação. Estatuto da vida em ação. 2004

Ballan, C. O livro das receitas d'O Bar Bibitantã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de

atenção à saúde mental no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010

Barbosa,G, Costa,T, Moreno, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios/ The anti-asylum fight movement: trajectory, progress and challenges. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, Rio de Janeiro, 2012;4(8):45-50.

Barreto, R, Lopes, F, Paula, A. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em Minas Gerais e São Paulo. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2013;16(1):41-56.

Barros, S; Egry, EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. São Paulo: Cabral; 2001.

Bonadio, AN, Silveira, C. Economia solidária e reabilitação vocacional no campo da drogadição: possibilidades e limites das práticas atuais. Saude soc., São Paulo , 2013;22(1):99-108 .

Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 WHO.Resource book on mental health,human rights and legislation.2005.149 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Outras Drogas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov 2005.

Campos, et al. Saúde mental e economia solidária: a experiência de usuários e trabalhadores de um CAPS II. Cad. Ter. Ocup. São Carlos, 2015;23(2):411-415.

Detomini, VC, Bellenzani, R. Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Cad. Ter. Ocup.,2015;(3):661-672.

Fernández, MM, Gaviglio GA, Adur, SG. Un análisis sobre la participación en emprendimientos productivos en salud mental en el marco de la economía social en ciudad de Buenos Aires, Argentina. Revista Chilena de Terapia Ocupacional., 2012;12(2).

Ferro, LF, Macedo, M, Loureiro, MB. Economia Solidária, Saúde Mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2015;23(1):101-116.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Os novos dados do mapeamento de economia solidária no Brasil: Nota metodológica e análise das dimensões socioestruturais dos empreendimentos. IPEA, 2016.

Kinoshita, RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-9.

Leao, A.; Barros, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2011;15(36):137-152.

Lima, IB, Silva JE, Cruz, SS. Políticas públicas de saúde mental e economia solidária: construção de uma nova concepção. *Rev. Enferm. UFPE on line.*, Recife, 2013;7:1008-1015.

Lima, MT, Nogueira, FMD. O modelo brasileiro de assistências a pessoas com transtornos mentais: Uma revisão sistemática de literatura. *Rev. Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 2013;26(1):128-138.

Lussi I, Shiramizo C. Oficina integrada de geração de trabalho e renda: estratégia para formação de empreendimento econômico solidário. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2013 ;24(1):28-7.

Magalhães, R. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(10):3143-3150.

Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006; 9(1):63-80.

Monteiro, RL, Loyola, CMD. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, 2009;18(3):436-442.

Moraes, RCP, Castro-Silva, CR. Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 2016;36(3):748-762.

Morato, GG, Lussi, IAO. Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, 2015;23(4):733-745.

Nobrega, MPSS, Silva, GBF, Sena, AC. A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2018;39:2017- 2031.

Pedroza, AP, Oliveira, FB, Fortunato, ML, Soares, PFC. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. *Rev. Rene.*, 2012;13(2):454-62.

Pinho, ES, Souza, ACS, Esperidiao, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(1):141-152.

Ribeiro, DMNF, Santos, HL, Barbosa, CP. Caracterização socioeconômica e demográfica de usuários com transtornos mentais em um centro de atenção psicossocial. *HumanÆ*, 2018;12(1).

Salles, MM, Barros, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde soc.*, 2013;22(4):1059-1071.

Saraceno, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

Saraceno, B. Libertando identidades da Reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2º Edição. Rio de Janeiro. TeCorá Editora/Instituto Franco Basaglia. 2001. 178.

Santiago, E, Yasui, S. Saúde Mental e Economia Solidária: Cartografias do seu discurso Político. *Psicol. Soc.*, 2015;27(3):700-711.

Santos, SA, Carnut, L. Trabalho, sentidos e saúde mental: percepção de participantes em um projeto para geração de renda. *Semin., Ciênc. Soc. Hum., Londrina*, 2018;39(2):159-180.

Secretaria de Municipal de desenvolvimento. Relatório municipal: Igualdade racial em São Paulo: Avanços e Desafios. São Paulo.

Silva, ALA. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária. (Tese) Livre-docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

Singer. Introdução à economia solidária. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2002.

Vasconcelos, E. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafio e propostas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 2011;1(1):55-66.

Souza, WS. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4):933-939
 WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde soc.*, 2016;25(3):535-549.