

IMPORTÂNCIA E BENEFÍCIOS DO DESENVOLVIMENTO DE COOPERATIVAS SOCIAIS NO TERRITÓRIO DA FRONTEIRA PARANÁ/ARGENTINA

GABRIELA BIENERT BIANCHI
INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ CAMPUS CAPANEMA

KELLERMAN AUGUSTO LEMES GODARTH
INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ

IMPORTÂNCIA E BENEFÍCIOS DO DESENVOLVIMENTO DE COOPERATIVAS SOCIAIS NO TERRITÓRIO DA FRONTEIRA PARANÁ/ARGENTINA

1. INTRODUÇÃO

A inclusão de minorias no Brasil é um processo que vem ganhando, a lentos passos, um espaço entre a sociedade ativa. Tanto jovens de famílias de baixa renda quanto pessoas com deficiência estão em uma luta constante pela conquista do seu espaço dentro do mercado de trabalho. Mesmo com leis que regulamentam a inclusão desses grupos nas empresas brasileiras, as estatísticas ainda estão aquém da necessidade do país.

As cooperativas sociais, ou especiais, são entidades ainda novas na realidade e na legislação brasileira. Elas situam-se em um campo mais amplo dos chamados “negócios sociais”, ou organizações do terceiro setor, e se constituem em importantes ferramentas para a inclusão social de pessoas em desvantagem no mercado e na sociedade, como, por exemplo, dependentes químicos, apenados em regime não fechado, ex-presidiários, pessoas com deficiência, entre outros grupos. Os princípios que regem o cooperativismo social são os mesmos que regem o cooperativismo, com o acréscimo de alguns valores: promoção de atividades educativas, capacitações e acompanhamento psicossocial, por exemplo. Por trabalhar com pessoas especialmente consideradas privadas de capacidades físicas, mentais ou sociais, as cooperativas sociais têm como ponto central a educação, e este é um diferencial com relação a outros tipos cooperativismo.

Sendo assim, este ensaio apresenta como tema a importância e benefícios que a inserção de cooperativas sociais podem trazer ao Território da Fronteira entre o estado do Paraná, no Brasil, e a província de Misiones, na Argentina. São 8 municípios, sendo eles Realeza, Capanema, Planalto, Pérola do Oeste, Pranchita, Santo Antônio do Sudoeste, Bom Jesus do Sul e Barracão. Também fazem parte do Território o município catarinense de Dionísio Cerqueira, e os misioneros Bernardo de Irigoyen, San Antonio e Comandante Andresito, porém não são objeto desse estudo. Com o objetivo de analisar condições e possibilidades da inserção de uma cooperativa social no território, segue-se alguns passos a fim de alcançar este propósito, sendo, pesquisar a literatura sobre as cooperativas sociais, caracterizar as cooperativas sociais no Brasil e no mundo e entender a realidade das pessoas que se encaixam nas características das cooperativas sociais no território.

Vemos por vezes, pessoas desempregadas ou desestabilizadas socialmente por conta de suas condições, principalmente os deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos, egressos de prisões, condenados a penas alternativas à detenção, adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

A principal motivação para sustentar o presente ensaio reside no baixo número de pesquisas acadêmicas a respeito das cooperativas sociais e seus trabalhos de inclusão e a inexistência de dados sobre pessoas vulneráveis ao mercado de trabalho no Território da Fronteira. Bem como, enseja-se que esta pesquisa trabalhe em prol da igualdade social dentro e fora das cooperativas, auxilie nas convivências e inclusões sociais de pessoas vulneráveis no mercado de trabalho, fazendo com que haja contribuições econômicas e culturais para a sociedade em questão.

O ensaio está organizado com esta introdução, o capítulo de fundamentação e discussão, a conclusão e as referências.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DISCUSSÃO

A inclusão social é o conjunto de meios e ações que combatem a exclusão aos benefícios da vida em sociedade, provocada pelas diferenças de classe social, educação, idade, deficiência, gênero, preconceito social ou preconceitos raciais. Inclusão social é oferecer oportunidades iguais de acesso a bens e serviços a todos. A inclusão de minorias no Brasil é um processo que vem ganhando, a lentos passos, um espaço entre a sociedade ativa, porém mesmo havendo leis que regulamentam a inclusão desses grupos nas empresas brasileiras, por vezes, vemos indivíduos desempregados ou desestabilizados socialmente e economicamente por causa das suas condições, por preconceito de uma sociedade gananciosa que cria barreiras e os julgam incapazes de realizar alguma atividade, os impedindo de evoluir. De acordo com levantamentos do Ministério Público do Trabalho, estima-se que no Brasil existem hoje mais de 14 milhões de pessoas com deficiência (PcD). Direcionada a esse grupo significativo da população brasileira, foi instituída em 1991 a Lei nº 8213/91, que determina que as empresas com mais de cem empregados preencham de 2 a 5% de suas vagas de trabalho com pessoas com deficiência ou beneficiários reabilitados pela Previdência Social. De acordo com estimativas do Ministério do Emprego e do Trabalho, hoje o Brasil tem 851mil vagas para portadores de necessidades especiais, porém apenas 28% delas foram preenchidas. Além disso, o Paraná é um dos estados com o menor índice de cumprimento da Lei 8213/91, assim aponta o relatório elaborado pelo Espaço da Cidadania – uma ação voluntária criada em 2001, para defender os direitos dos deficientes.

As cooperativas especiais ou sociais, são ainda novas na realidade e legislação brasileira, mas que estão pouco a pouco crescendo e promovendo o desenvolvimento social e econômico do país. Por sua vez, as cooperativas sociais têm como ponto central a educação, visam a assistência social e inclusão laboral de pessoas em situações de desvantagem e este é um diferencial com relação a outros tipos de cooperativismo, promovem a cidadania de pessoas vulneráveis, se dedicando a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho onde acaba gerando renda e conquistando a cidadania dos cooperados. Suas origens se deram a partir de um hospital psiquiátrico da Itália, que desenvolveu o movimento antimanicomial, e sob influencias do modelo italiano de empresas sociais, criou-se então a forma de organização de trabalho nos moldes cooperativos que visam a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho.

As oficinas terapêuticas e as cooperativas sociais, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, objetivam se diferenciar das práticas antecessoras, práticas decorrentes da ideia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como ‘tratamento moral’. (VALLADARES, 2003, pg. 4, artigo de revisão)

Reconhece-se o trabalho como uma forma de tratamento “moral”, não apenas para pacientes psiquiátricos, mas de maneira geral é uma forma de desenvolvimento pessoal para qualquer pessoa. Ainda mais para as minorias excluídas das sociedades como os deficientes, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos, egressos de prisões, condenados a penas alternativas à detenção, adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

As características que norteiam as atividades da economia solidária, tais como a cooperação, a auto-gestão, a solidariedade e a viabilidade econômica, são imprescindíveis a um processo de inserção laboral e inclusão social que envolva a

participação democrática dos indivíduos [...] as cooperativas sociais agregam esses quatro elementos da economia solidária e mais um, que é seu objetivo principal: a inserção no trabalho de pessoas em situação de desvantagem por condição física, mental ou social. (MARTINS, Rita de Cassia, 2009, pg. 18)

Os ramos cooperativos em si, seguem um padrão, seguem os mesmos princípios, porém o ramo social traz como princípio e missão a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, isso por sua vez acaba por incentivar o desenvolvimento pessoal e econômico dos seus cooperados. Fazendo com que haja uma interação social, movimentando a economia do país, tendo em vista que de acordo com as estatísticas do IBGE do ano de 2010, cerca de 23,9% da população brasileira alega ter algum tipo de deficiência e isso equivale a 45,6 milhões de brasileiros. Se todos tivessem acesso a uma cooperativa especial, mediante isso os índices de exclusão social diminuiriam e a economia do país aumentaria.

2.1 O Cooperativismo

As Cooperativas segundo Polis (2005), são um bom exemplo de iniciativas locais de desenvolvimento econômico. Nelas, as pessoas se organizam, com direitos iguais, para realizar uma atividade econômica ou prestar serviços. Esta estratégia tem sido encarada como uma saída para o desemprego. Mas a principal vantagem do cooperativismo não é esta. A conscientização para a ação coletiva e para a possibilidade de criar formas mais solidárias e participativas no trabalho são suas grandes vantagens. (PÓLIS, 2005).

Em outras palavras, Reis (2017), cita o cooperativismo como uma doutrina que preconiza a associação de pessoas com os mesmos interesses, afim de obter vantagens comuns em suas atividades econômicas. Tendo por fundamento o progresso social da cooperação e do auxílio mútuo, segundo qual aqueles que se encontram na mesma situação desvantajosa de competição consegue, pela soma de esforços, garantir a sobrevivência.

O modelo de cooperativa moderna começou em 1844, na cidade de Rochdale-Manchester, no interior da Inglaterra. Sem conseguir comprar o básico para sobreviver nos mercadinhos da região, um grupo de 28 trabalhadores se uniram para montar seu próprio armazém. A proposta era simples, mas engenhosa: comprar alimentos em grande quantidade, para conseguir preços melhores. Tudo o que fosse adquirido seria dividido igualmente entre o grupo. Nascia, então, a “Sociedade dos Probos de Rochdale” (OCB, 2018).

Segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB (1996), a evolução da identidade cooperativa chegou ao Brasil no fim do século XIX, com a criação da Associação Cooperativa dos Empregados, em 1891 e da Cooperativa de Consumo de Camaragibe, em 1894:

As primeiras experiências do cooperativismo brasileiro remontam ao final do século XIX, com a criação da Associação Cooperativa dos Empregados, em 1891, na cidade de Limeira-SP, e da Cooperativa de Consumo de Camaragibe – Estado de Pernambuco, em 1894. A partir de 1902, surgem as primeiras experiências das caixas rurais do modelo Raiffeisen, no Rio Grande do Sul e, em 1907, são criadas as primeiras cooperativas agropecuárias no Estado de Minas Gerais.

Em 2 de dezembro de 1969 o cooperativismo Brasileiro ganhou sua própria entidade de representação. Naquele dia foi criada a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) e no ano seguinte, a entidade foi registrada em cartório. Nascia então uma das defensoras do cooperativismo (OCB, 2018).

Dois anos depois, a Lei 5.764/71 disciplinou a criação de cooperativas com a instituição de um regime jurídico próprio, destacando o papel de representação da OCB, mas trazendo ainda alguns pontos que restringiam, em parte, a autonomia dos associados. Essa limitação foi superada pela Constituição de 1988, que proibiu a interferência do Estado nas associações, dando início efetivamente à autogestão do cooperativismo. (OCB, 2018).

2.1.1 Princípios do Cooperativismo

O cooperativismo é orientado por linhas que levam a prática de seus valores. Baseados no estatuto da cooperativa de consumo de Rochdale (1844), que continha sete artigos, os primeiros princípios designados de “regras de ouro” tinham o seguinte enunciado, em 1885: 1 – Adesão livre; 2 – Controle democrático: “um homem, um voto”; 3 – Devolução do excedente ou retorno sobre as compras; 4 – Juros limitados ao capital; 5 – Neutralidade política, religiosa e racial; 6 – Vendas a dinheiro e à vista; 7 – Fomento do ensino em todos os graus (PORTAL, 2014).

E para que se mantivesse adepto à dinâmica social, os princípios foram revisados em 1937, 1966 e 1995, em congressos coordenados pela Aliança Cooperativa Internacional – ACI. Sendo vigente até hoje, deve orientar-se pelas seguintes diretrizes fundamentais:

Quadro 1 - Princípios do Cooperativismo

PRINCÍPIOS DO COOPERATIVISMO
Adesão Livre e Voluntária - As cooperativas são abertas para todas as pessoas que queiram participar, estejam alinhadas ao seu objetivo econômico, e dispostas a assumir suas responsabilidades como membro. Não existe qualquer discriminação por sexo, raça, classe, crença ou ideologia.
Gestão Democrática - As cooperativas são organizações democráticas controladas por todos os seus membros, que participam ativamente na formulação de suas políticas e na tomada de decisões. E os representantes oficiais são eleitos por todo o grupo.
Participação Econômica dos Associados - Em uma cooperativa, os membros contribuem equitativamente para o capital da organização. Parte do montante é, normalmente, propriedade comum da cooperativa e os membros recebem remuneração limitada ao capital integralizado, quando há. Os excedentes da cooperativa podem ser destinados às seguintes finalidades: benefícios aos membros, apoio a outras atividades aprovadas pelos cooperados ou para o desenvolvimento da própria cooperativa. Tudo sempre decidido democraticamente.
Autonomia e Independência - As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas por seus membros, e nada deve mudar isso. Se uma cooperativa firmar acordos com outras organizações, públicas ou privadas, deve fazer em condições de assegurar o controle democrático pelos membros e a sua autonomia.
Educação, Formação e Informação - Ser cooperativista é se comprometer com o futuro dos cooperados, do movimento e das comunidades. As cooperativas promovem a educação e a formação para que seus membros e trabalhadores possam contribuir para o desenvolvimento dos negócios e, conseqüentemente, dos lugares onde estão presentes. Além disso, oferece informações para o público em geral, especialmente jovens, sobre a natureza e vantagens do cooperativismo.
Intercooperação - Cooperativismo é trabalhar em conjunto. É assim, atuando juntas, que as cooperativas dão mais força ao movimento e servem de forma mais eficaz aos cooperados. Sejam unidas em estruturas locais, regionais, nacionais ou até mesmo internacionais, o objetivo é sempre se juntar em torno de um bem comum.
Interesse pela Comunidade - Contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades é algo natural ao cooperativismo. As cooperativas fazem isso por meio de políticas aprovadas pelos membros.

Fonte: adaptado de OCB (2020)

2.2 Cooperativismo Social

Historicamente, a principal atuação dessas cooperativas tem sido no sentido de desenvolver cidadania das pessoas com deficiência. Essas instituições esforçam-se para colocar seus cooperados em condições de igualdade em relação aos outros cidadãos. Nesse ramo, também estão as cooperativas constituídas por adolescentes ou por pessoas incapazes de assumir plenamente suas responsabilidades como cidadão (OCB, 2020).

Segundo Reis (2017) as cooperativas sociais são constituídas por pessoas que precisam ser tuteladas ou que se encontram em situação de desvantagem. Contemplando as seguintes pessoas: deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais, dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, dependentes químicos, pessoas egressas de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo. Essas cooperativas organizam o seu trabalho, especialmente no que diz respeito às dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem, e desenvolvem e executam programas especiais de treinamento, com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social (REIS, 2017).

O objetivo primeiro da Lei 9.867/99 que permitiu a criação de cooperativas para a organização e gestão de serviços sociais e educativos para pessoas em situação de desvantagem, conforme apresentado no quadro 2, foi derivado do trabalho com pacientes psiquiátricos, mas estendeu seu alcance a outras pessoas em desvantagem. Cooperativas sociais são pessoas jurídicas de direito privado com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio de trabalho autônomo. Como sócios das cooperativas sociais, não podem executar trabalho subordinado a terceiros. Podem realizar somente serviços autônomos ligados à atividade-meio da empresa beneficiada com a prestação dos serviços. (DAMIANO, 2007).

Elas podem ser divididas em três tipos, de acordo com Pinho (2020), são eles:

Tipo A: tem como características principais promover serviços educativos e de assistência social à população em situação de desvantagem.

Tipo B: tem por objetivos investir na inserção laboral e na reinserção social por meio do trabalho.

Tipo AB: são cooperativas sociais que mesclam o tipo A e B, prestando assistência à comunidade e incluindo entre seus membros pessoas consideradas em desvantagem social.

O pontapé inicial para a criação do ramo especial do cooperativismo se deu a partir do movimento antimanicomial da Itália conhecido também como psiquiatria democrática, que foi um processo organizado para transformações nos serviços psiquiátricos derivados de uma série de eventos políticos, baseado no discurso do médico italiano Franco Basaglia (AMARANTE, 1996).

Depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova, ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia (AMARANTE, 1996).

Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização deste não seria suficiente. Ele notou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura (AMARANTE, 1996).

Quadro 2 – Legislação específica brasileira, Lei 9.867/1999

Art. 1º - As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades: I – A organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e II – O desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços. (BRASIL, 1999).
Art. 2º - Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-se-lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetivos desta Lei. (BRASIL, 1999).
Art. 3º - Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei: I – os deficientes físicos e sensoriais; II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; III – os dependentes químicos; IV – os egressos de prisões; V – (VETADO) VI – os condenados a penas alternativas à detenção; VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo. § 1º (VETADO) § 2º - As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social. § 3º - A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressaltando-se o direito à privacidade. (BRASIL, 1999).
Art. 4º - O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem. (BRASIL, 1999).
Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 1999).

Fonte: (BRASIL, 1999)

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto, excludente e repressora (AMARANTE, 1996).

Após a leitura da obra do filósofo francês Michel Foucault "História da Loucura na Idade Clássica", Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura. Ele não pretendia acabar com a psiquiatria, mas considerava que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. O sujeito acometido da loucura, para ele, possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta (AMARANTE, 1996).

A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos (AMARANTE, 1996).

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado

oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia", conforme os destaques do quadro 3. (AMARANTE, 1996).

Diante do movimento de Franco Basaglia, o modelo do cooperativismo social se espalhou por diversos países, de acordo com dados de 2019 da COOPEAVI Afirma-se que existem na Itália cerca de seis mil cooperativas com 160 mil adeptos, dentre os quais 15 mil desfavorecidos. A ideia está se difundindo também na Espanha, França e Suécia. Normalmente são cooperativas pequenas, com no máximo 22 adeptos. Os profissionais que trabalham internamente têm alto nível técnico (COOPEAVI, 2020)

No Brasil, diante dessa tendência, no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi aprovado a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos e são constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades (Art. 1º): I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços (COOPEAVI, 2020).

O marco histórico para o cooperativismo social no Brasil, foi efetivado durante a IV Confederação Nacional de Saúde Mental – Inter setorial e a II Conferência Nacional da ECOSOL, que foram realizados no mês de maio de 2010 onde foi decidido o conceito do cooperativismo social, elaborado um conjunto de propostas e subsidiado a elaboração de políticas públicas (PINHO, 2020).

Para apoiar o cooperativismo e o associativismo social, o governo através do Decreto nº 8.163 de 16 de dezembro de 2013, instituiu o Programa Nacional de Associativismo e Cooperativismo Social (PRONACOOOP) com a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, formados por pessoas em situação de desvantagem, conforme a Lei nº 9.867/1999 apresentada de forma adaptada no quadro 2 (SECRETARIA, 2020).

2.2.1 Ramo das Cooperativas Sociais

Até o ano de 2019, o Brasil contava com 13 ramos do cooperativismo, porém houveram mudanças e foram reorganizados e agrupados em um novo modelo de organização dos ramos, que a partir do ano de 2020 passou ao total de 7 ramos.

Em 2018, começamos um processo de reflexão sobre a reorganização dos ramos do cooperativismo. Montamos um grupo de trabalho técnico, formado por representantes indicados pela Diretoria da OCB. Depois de vários debates, foi formulada a proposta, amplamente debatida pelas Unidades Estaduais e Nacional da OCB. A reorganização dos ramos levou em consideração a legislação societária e específica, a regulação própria, o regime tributário, o enquadramento sindical e a quantidade das cooperativas por ramo. Nossas quase sete mil cooperativas, agora, passam a integrar sete ramos (OCB, 2019).

No intento de formar ramos mais fortes e com mais representatividade, tornar-se uma organização mais simples e flexível, capaz de se adaptar às rápidas mudanças de mercado e inovação, alinhar o discurso e realizar uma comunicação mais assertiva, melhorar o

atendimento do SESCOOP, que hoje encontra dificuldade em organizar ações para ramos muito específicos e com poucas cooperativas (OCB, 2019).

O gerente de desenvolvimento técnico da Organização das Cooperativas do Paraná (OCEPAR), Flávio Turra, relata que com esse rearranjo, o Paraná conta agora com 62 cooperativas de agro, 56 ligadas ao crédito, 9 de produção de bens e serviços, 33 de saúde, 13 de infraestrutura, 34 no ramo de transporte e 4 inseridas em consumo (FOLHA, 2019).

Com esse novo enquadramento, para efeito prático não muda nada para a cooperativa, mas simplifica até o entendimento para as pessoas. O cooperativismo nada mais é do que uma sociedade de pessoas que tem a função de buscar a solução de problemas que um determinado grupo enfrenta. Nesse sentido elas (atuam em conjunto) tendo mais força para encontrar soluções e saídas para determinada dificuldade econômica (TURRA 2019).

Hoje o cooperativismo social faz parte do ramo de Trabalho, Produção de bens e Serviços que é composto por: cooperativas de trabalho, produção, mineral, turismo e lazer, social, educacional. Foram agrupados neste ramo pelo fato de serem compostos por cooperativas que se destinam, precipuamente, a organizar, por meio da mutualidade, a prestação de serviços especializados a terceiros ou a produção em comum de bens. (CARTILHA, 2019).

No ano de 2018, pelo site da OCB, estimava-se haver o total de 10 cooperativas, 337 associados e 8 empregados espalhadas por todo o território brasileiro e em sua maioria localizadas na região sul do país.

2.3 Movimento Psiquiátrico no Brasil

Embora baseado em modelos internacionais, marcadamente a Psiquiatria Democrática Italiana, conforme quadro 3, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento, conforme destaca-se no quadro 2 (DELGADO, 2007). A desinstitucionalização psiquiátrica brasileira se iniciou cerca de duas décadas após os países europeus, tendo início no fim da década de 1970, e não se deveu apenas às manifestações sociais ou aos avanços científicos (ANDREOLI, 2007; LOUGON, 2006).

Quadro 3 – Legislação Específica Italiana, Lei 180/78

<p>Quanto aos controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios</p>	<p>Art. 1º - §1 Os controles e os tratamentos sanitários são voluntários. §2 Nos casos desta lei e naqueles expressamente previstos por leis do Estado, podem ser dispostos pela autoridade sanitária controles e tratamentos sanitários obrigatórios (TSO's), respeitando-se a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de tratamento. §5 Os controles e os TSO's citados nos parágrafos precedentes devem ser acompanhadas de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem é a estes submetido. §6 Os controles e os TSO's são estabelecidos por decreto do prefeito, na sua qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um médico.</p>
<p>Quanto aos controles e TSO's para doença mental</p>	<p>Art. 2º - §1 As medidas citadas no 2º parágrafo do artigo precedente pode ser estabelecidas para as pessoas acometidas de doenças mentais. §2 Nos casos mencionados no parágrafo precedente, a proposta de TSO pode prever que os cuidados sejam prestados em regime de internação hospitalar somente se existirem alterações psíquicas tais que requeiram intervenções terapêuticas urgentes, se as mesmas não forem aceitas pelo enfermo e se não existirem as condições e as circunstâncias que permitam adotar medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e apropriadas.</p>

<p>Quanto ao procedimento relativo aos controles e TSO's em regime de internação hospitalar por doença mental e a revogação e modificação</p>	<p>Art. 3º - §1 O decreto citado no artigo 2, com o qual o prefeito determina o TSO em regime de internação hospitalar, acompanhado do parecer médico referido no último parágrafo do artigo 1 e da ratificação citada no último parágrafo do artigo 2, dever ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal. §2 O juiz tutelar, dentro das sucessivas 48 horas, obtidas as informações e determinados os eventuais controles, dispõe com decreto motivado a ratificar ou não a medida, comunicando-a ao prefeito. Em caso de decisão contrária à ratificação, o prefeito determina a suspensão do TSO em regime de internação hospitalar. §5 O médico citado no parágrafo precedente é obrigado a comunicar ao prefeito, tanto no caso de alta quanto no caso da continuidade da internação, a cessação das condições que requeiram a obrigatoriedade do tratamento sanitário; comunica, além disso, a eventual impossibilidade de prosseguimento do próprio tratamento. O prefeito, no prazo de 48 horas a partir do recebimento da comunicação do médico, deve comunicá-la ao juiz tutelar. §6 Sempre que for necessário, o juiz tutelar adotará as providências urgentes que possam ser indispensáveis para conservar e administrar o patrimônio do doente. §7 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos 1º, 4º e 5º deste artigo determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, salvo se não subsistirem os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício. Art. 4º - §1 Qualquer um pode encaminhar ao prefeito pedido de revogação ou modificação da medida através da qual foi determinado ou prolongado o TSO.</p>
<p>Quanto a tutela jurisdicional</p>	<p>Art. 5º §1 Quem é submetido ao TSO, ou qualquer pessoa que tenha interesse, pode propor ao tribunal competente da comarca um recurso contra a medida ratificada pelo juiz tutelar. §5 O presidente do tribunal uma vez obtida a medida que determinou o TSO e depois de ouvir o Ministério Público, pode suspender o tratamento em questão, antes mesmo que se dê a audiência de comparecimento. §6 A respeito do pedido de suspensão, o presidente do tribunal decide no prazo de dez dias. §8 Os recursos e os sucessivos procedimentos são isentos de taxas. A decisão do processo não é sujeita a registro.</p>
<p>Quanto as modalidades relativas aos controles e TSO's em regime de internação hospitalar por doença mental</p>	<p>Art. 6º - §1 As intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relativas às doenças mentais são realizadas normalmente pelos serviços psiquiátricos extra-hospitalares. §2 A partir da entrada em vigor desta lei, os tratamentos sanitários para doenças mentais que comportem a necessidade de internação hospitalar e que estejam a cargo do Estado ou de órgãos e instituições públicas, serão efetuados, com exceção do disposto no artigo 8, nos serviços psiquiátricos mencionados nos próximos parágrafos. §6 Em relação às exigências assistenciais, as províncias poderão estipular convênios com as instituições citadas no parágrafo precedente, em conformidade com o próximo artigo.</p>
<p>Quanto a transferência às regiões das funções concernentes à assistência hospitalar psiquiátrica</p>	<p>Art. 7 - §3 A partir da entrada em vigor desta lei, as regiões exercerão, também em relação aos hospitais psiquiátricos, as funções que desenvolvem em relação aos outros hospitais. §5 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano programarão e coordenarão a organização dos serviços psiquiátricos e de higiene mental com as outras estruturas sanitárias operantes no território e realizarão a gradual superação dos hospitais psiquiátricos e a utilização diferente das estruturas existentes ou em vias de conclusão. Tais iniciativas não podem comportar maiores ônus para os orçamentos das administrações provinciais.</p>
<p>Quanto aos enfermos já internados nos hospitais psiquiátricos</p>	<p>Art. 8 - §1 As normas mencionadas nesta lei aplicam-se também aos enfermos internados nos hospitais psiquiátricos no momento da sua entrada em vigor. §3 O prefeito determina a medida do TSO em regime de internação hospitalar segundo as normas citadas no último parágrafo do artigo 2 e a comunica ao juiz tutelar de acordo com o artigo 3. §4 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos precedentes determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, a não ser que subsistam os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.</p>

Fonte: Itália (1978)

Contudo, o país enfrentava uma recessão econômica. Nessa conjuntura, o modelo previdenciário entrou em crise (SOARES, 1997). A necessidade de cortar despesas fez com que os altos custos com pagamento dos manicômios particulares contribuíssem para motivar a reforma psiquiátrica brasileira (ANDREOLI, et al, 2007).

No contexto brasileiro, tal como em outros países, houve relatos frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, as condições precárias de trabalho nos manicômios, a ineficácia do tratamento, o elevado custo e a maciça privatização da assistência psiquiátrica (COGA; VIZZOTTO, 2003).

Este processo exerce influência direta na assistência em saúde oferecida ao sujeito em sofrimento psíquico e contribui para a construção de um novo lugar social para o “sujeito louco”. O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade (MELO, 2012).

Dois pontos são de importância para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil: a centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos (MELO, 2012).

No final dos anos 80 alguns acontecimentos marcaram a trajetória desse processo no Brasil, dentre os quais se destacam: a 8ª Conferência Nacional em Saúde; o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como o congresso de Bauru-SP, cuja bandeira de luta foi “Por uma Sociedade sem Manicômios” (MELO, 2012)

No bojo dos anos 90 o movimento pela Reforma Psiquiátrica obteve seus grandes avanços políticos e estratégicos na luta por serviços substitutivos em saúde mental e na construção de experiências de tratamento e assistência aos usuários dessa política, que vem sendo pautada nos princípios do SUS (MELO, 2012).

O primeiro serviço substitutivo modelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foi criado no Brasil em 1987, na cidade de São Paulo, sendo fruto de uma intervenção política e social da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção produziu repercussão nacional, que demonstrou a real possibilidade de tratamento fora dos muros do manicômio. Nesse mesmo período foi implantado em Santos o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), um serviço substitutivo aberto 24 horas todos os dias da semana com característica especial de acolhimento em crise. Foram criadas as residências terapêuticas, moradias para os egressos dos hospitais psiquiátricos sem vínculos familiares. Também foram criadas cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares nesse contexto. As experiências iniciadas em Santos (SP), em 1987, foram de grande importância para a difusão nacional dos princípios da Reforma Psiquiátrica e apontaram à necessidade de abertura de novos serviços substitutivos nos países (MELO, 2012).

Em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Paralelamente, começou-se a implantação dos chamados serviços

substitutivos de atendimento psiquiátrico, visando atender as pessoas com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação (SILVA; BARROSO, 2011).

Entretanto, é no decorrer dos anos 1990 e dos primeiros anos do século XXI que o campo da saúde mental, diferentemente das outras políticas sociais, incorpora seus maiores investimentos em termos legais como: a resolução 336/99 do Ministério da Saúde que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial, a portaria 106/00 do Ministério Público que regulamenta a construção de serviços tipo Residências Terapêuticas, a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa, a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008, assim como outras orientações que deram corpo a essa dimensão (MELO, 2012).

Além das dimensões socioculturais que traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade, essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomiais (MELO, 2012).

Bezerra (2007), afirma que o processo da Reforma Psiquiátrica não é apenas um complexo processo que busca desfazer o aparato e a cultura manicomial que ainda se mantém hegemônica, mas, sobretudo construir uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida.

No decorrer da reforma psiquiátrica foram encontrados desafios, dentre eles a atenção aos familiares sempre foi uma preocupação central ao campo das ações e estratégias no âmbito da saúde mental. No núcleo familiar o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico, em crise ou não, se constitui uma tarefa dispendiosa para todos os membros da família, onde em sua maioria esses cuidados são colocados sob a obrigação das mulheres que acabam por assumir, sozinhas, o cuidado integral do mesmo (MELO, 2012).

O quadro de cuidados no cenário familiar se torna ainda mais delicado quando se trata de estruturas familiares diversificadas, nas quais as mulheres se configuram como as chefes de família e estão fortemente inseridas no mercado de trabalho, ou seja, já não estão mais restritas ao lar, às tarefas domésticas. Nesse sentido aponta-se um grande desafio para os serviços que assistem essa população, quando cada vez mais os profissionais recebem demandas dos familiares no que diz respeito aos cuidados domésticos e familiares e as dificuldades desse processo (MELO, 2012).

De meu ponto de vista, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles (Vasconcelos, 2010, p.35).

As ações desse campo devem oferecer condições concretas para o processo de desinstitucionalização, onde o primeiro passo e também um potente desafio é a constituição de equipes multiprofissionais, cujo objetivo é de acompanhar esse processo de saída do manicômio e de construção de uma nova rotina de vida, uma nova existência de vida concreta para além dos muros do hospício. Essas equipes possuem papel fundamental no processo de constituição de laços sociais e elaboração das autonomias individuais de cada sujeito. Em muitas situações se faz necessário que os serviços tipo residências terapêuticas sejam assistidas ou supervisionadas por profissionais, isso irá depender do grau de autonomia e independência ou dependência dos moradores (MELO, 2012).

A política brasileira de estratégias de residencialidades ainda está restrita aos sujeitos egressos de instituições nas quais estiveram por mais de dois anos

internados. É nossa expectativa que a proposta seja extensiva a todos aqueles que também tenham dificuldades de moradia ou convívio familiar. (AMARANTE, 2008)

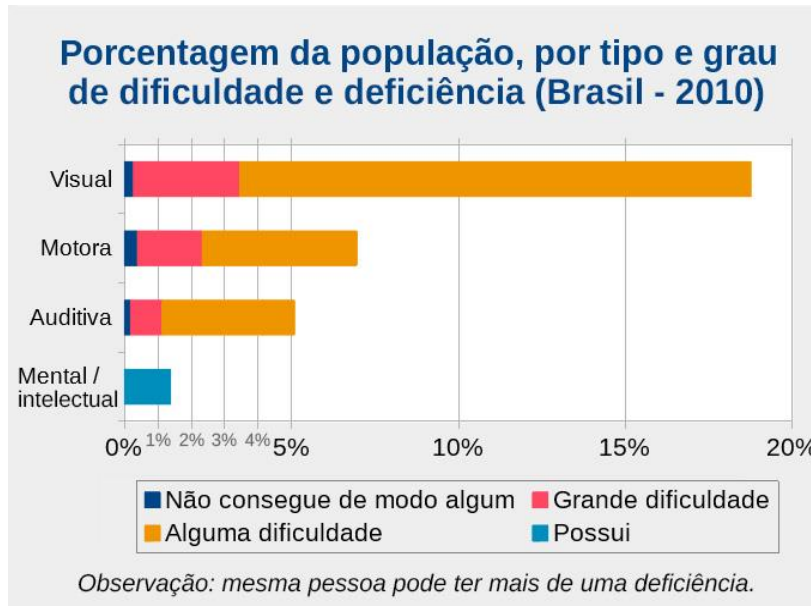
Outro grande desafio apontado por Amarante (2008) se concentra no campo das cooperativas, centros de convivências e empresas sociais, voltadas para as ações de trabalho protegido e geração de renda, em sua maioria constituídas e vinculadas aos serviços substitutivo tipo CAPS. É nesse sentido que foi aprovada a Lei 9.867/99 no Brasil, que regulamenta as cooperativas sociais, que possuem o objetivo de inserir pessoas que estão em desvantagem econômica no mercado de trabalho, pautando suas ações na perspectiva da economia solidária (MELO, 2012).

2.3.1 A Inclusão Social no Mercado de Trabalho

De acordo com o Censo 2010, quase 46 milhões de brasileiros, cerca de 24% da população, declarou ter algum grau de dificuldade em pelo menos uma das habilidades investigadas (enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus), ou possuir deficiência mental / intelectual (IBGE EDUCA, 2020)

Considerando somente os que possuem grande ou total dificuldade para enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus (ou seja, pessoas com deficiência nessas habilidades), além dos que declararam ter deficiência mental ou intelectual, temos mais de 12,5 milhões de brasileiros com deficiência, o que corresponde a 6,7% da população (IBGE EDUCA, 2020).

Gráfico 1 – Porcentagem da população, por tipo e grau de dificuldade e deficiência (Brasil – 2010)



IBGE
educa

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

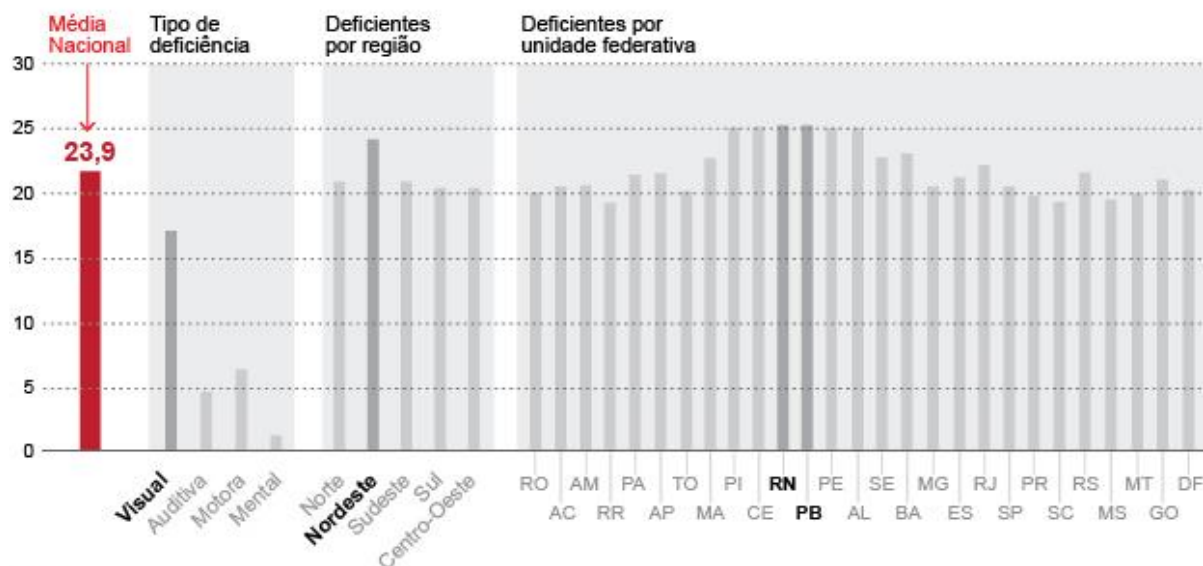
Fonte: IBGE Educa (2020)

Como pode ser visto no gráfico 1, em 2010, a deficiência visual estava presente em 3,4% da população brasileira; a deficiência motora em 2,3%; deficiência auditiva em 1,1%; e a deficiência mental/intelectual em 1,4% (IBGE EDUCA, 2020).

Gráfico 2 – População com deficiência no Brasil

População com deficiência no Brasil

EM PORCENTAGEM



G1.com.br

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)

Fonte: g1.com.br (2019)

O emprego das pessoas com deficiência no Brasil está amparado pela Lei 8.213/91, conhecida como lei de cotas. Segundo Art. 93 a empresa que conta com 100 ou mais empregados está obrigada a reservar vaga de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos para beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. As proporções variam de acordo com o número de empregados: de 100 a 200, a reserva legal é de 2% de 201 a 500, de 3%, de 501 a 1.000, de 4% e acima de 1.001, de 5%. (G1, 2019).

As razões para a criação da lei de cotas, historicamente têm-se por décadas uma visão excludente, segregadora e preconceituosa sobre as pessoas com deficiência. Conceitos esses enraizados que em muitas situações perduram até os dias atuais. Os indivíduos com deficiência viviam a margem da sociedade, com pouco ou nenhum direito reconhecido (GIMENES, Et al, 2014).

Segundo Bahia (2002) no Brasil, com o governo Getúlio Vargas (1930/1945) começou-se considerar uma participação mais efetiva das pessoas com deficiência na sociedade, no que tange a educação, reabilitação, profissionalização e inserção no mercado de trabalho.

Na década de 90 surge o paradigma da “inclusão”, dando início à conscientização da sociedade da necessidade de uma comunidade acessível em toda sua amplitude, permitindo assim, que todos possam exercer seus direitos e deveres com a maior autonomia possível, transformando a vida das pessoas com deficiência aumentando suas possibilidades (GIMENES, et al, 2014).

A inclusão de minorias no Brasil é um processo que vem ganhado, em pequenos passos, espaço dentro da sociedade ativa. Tanto jovens de famílias de baixa renda quanto pessoas com deficiência estão em uma luta constante pela conquista do seu espaço dentro do mercado de trabalho. Mesmo com leis que regulamentam a inclusão desses grupos nas empresas brasileiras, as estatísticas ainda estão aquém da necessidade do país (MARTINELLI, 2015).

A inclusão no mercado de trabalho é um direito, independentemente do tipo de deficiência e do grau de comprometimento que sejam apresentados. Porém, pela falta de informação e conhecimento de que as pessoas com deficiência têm direito à convivência não-segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos, ainda nos faz presenciar inúmeros casos de discriminação e exclusão (GIMENES, et al, 2014).

Uma sociedade inclusiva é aquela capaz de contemplar, sempre, todas as condições humanas, encontrando meios para que cada cidadão, do mais privilegiado ao mais comprometido, exerça o direito de contribuir com seu melhor talento para o bem comum. (WERNECK, 2003).

"Os problemas das pessoas com deficiência não estão tanto nelas quanto estão na sociedade" (SASSAKI, 1997). A própria sociedade cria problemas e barreiras para as pessoas com deficiência, causando-lhes incapacidades ou desvantagens no desempenho de papéis sociais. Essas barreiras consistem em: políticas discriminatórias e atitudes preconceituosas que rejeitam as minorias e as suas diferenças, desconhecimento das necessidades especiais e direitos das pessoas com deficiência, entre outros. E é no mercado de trabalho que essas barreiras se tornam ainda mais contundentes (BAHIA, 2006). "O princípio da inclusão se baseia na aceitação das diferenças individuais e na valorização do indivíduo, sabendo aceitar a diversidade, num processo de cooperação e conhecimento" (BAHIA, 2006).

2.4 O Território da Fronteira

A zona fronteira localizada no conjunto do extremo-oeste de Santa Catarina, extremo sudoeste do Paraná e nordeste de Misiones emerge da instituição da fronteira linear. Antes disso, tal espaço não poderia ser caracterizado como tal, pois era território de grupos indígenas, área que fazia parte do imaginado projeto para a criação da República Guaranítica (XVII e XVIII). A linearidade desse segmento de fronteira é relativamente recente – data de 1895 – e como todas as linhas limites, essa também só tem materialidade corpórea na cartografia. (FERRARI, 2011)

Outra característica que distingue essa zona fronteira são as cidades gêmeas conurbadas, inexistentes nos demais segmentos ao longo da zona de fronteira Brasil-Argentina, são elas: Dionísio Cerqueira (Santa Catarina, BR) \Barracão (Paraná, BR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones, ARG) até as proximidades das cidades gêmeas de Santo Antônio do Sudoeste (Paraná, BR) e San Antonio (Misiones., ARG.). a linha limite é ali formada por dois “fios” de água corrente mais uma linha seca, diferentemente de outros segmentos fronteiros entre Brasil e Argentina, que são constituídas por apenas um rio, como o Uruguai e o Paraná. Embora a linha seca já figurasse em mapas desde 1895, no terreno ela seria demarcada somente em 1903, com traçado representado por marcos de fronteira. (FERRARI, 2011).

Sebrae (2019), destaca que as cidades fronteiriças favorecem um compartilhamento de numerosas interações como malhas conurbadas:

Sujeitos fronteiros com interesses diversos e múltiplas identidades, relações econômico comerciais, relações de interdependência econômica entre si, bem como as interações imateriais, a saber, relações sociais de amizade, compadrio, parentesco entre outras. Enfim, as cidades gêmeas “são vistas, em parte, como resultado de aglomerados populacionais difusos organizados pela própria racionalidade dos fronteiros, que foram concentrando comércio, serviços, moradias e outros equipamentos próximos ou junto à fronteira linear”. (SEBRAE, 2019).

O processo de integração é delineado como um processo aberto e a fronteira como uma mera realidade física, que não pode servir de obstáculo a integração regional. A promoção do desenvolvimento do território da Fronteira Brasil x Argentina, pauta-se na busca pelo compartilhamento de esforços que reflitam o alinhamento estratégico entre os líderes públicos e privados. Essa integração deve ser fruto de um planejamento que tem como objetivo convergir ações, e otimizar recursos provenientes dos ativos locais para o desenvolvimento de projetos estruturantes. (SEBRAE, 2019).

O território da Fronteira é formado por doze municípios. Destes, oito são municípios do estado do Paraná, sendo eles: Barracão, Bom Jesus do Sul, Capanema, Pérola do Oeste, Planalto, Pranchita, Realeza, Santo Antônio do Sudoeste, um município de Santa Catarina: Dionísio Cerqueira, e três municípios da Argentina: Bernardo de Irigoyen, San Antônio e Comandante Andresito. Em conjunto tem uma população de 192.748 habitantes. (SEBRAE, 2019).

A fronteira é composta por populações oriundas de várias nacionalidades, etnias e culturas próprias e caracterizam-se por pequenos centros urbanos pouco industrializados. Tanto o comércio como a indústria são constituídos, em sua grande maioria, por micro e pequenas empresas e, conseqüentemente o poder aquisitivo da população é baixo, em função dos níveis salariais (remuneração) praticados pelas mesmas. A agricultura caracteriza-se por pequenas propriedades e tem como base a produção de grãos, leite e fumo. A região é grande exportador de mão-de-obra para churrascarias e restaurantes das regiões Centro Oeste e Sudeste do país e para as indústrias têxteis de Santa Catarina. A pecuária extensiva e produção de grãos em escalas maiores, a exemplo de outras regiões estão concentradas.

2.4.1 Consórcio Intermunicipal da Fronteira – CIF

Devido as características de que a fronteira seca é única no Brasil, pois une os limites entre dois países, três estados e três cidades de municípios diferentes. Há uma preocupação dos estados do Paraná e de Santa Catarina com a integração e o desenvolvimento da região que faz fronteira com a Argentina, no sentido de construir alternativas para a dinamização dessa área. Ou seja, com os processos de integração regional em curso, a fronteira tornou-se um foco interessante para a agenda econômica e política. (SEBRAE, 2019).

Aliada a este fator, encontra-se a retomada das relações institucionais no atual momento do Estado, por meio do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), gerenciado pelo Ministério da Integração Nacional (MIN), que fornece uma nova perspectiva para o desenvolvimento de projetos visando à integração entre as fronteiras do Brasil e da Argentina, considerando a complexidade das relações que se observam nesses espaços. Assim, um dos objetivos centrais do poder público municipal e estadual visa à distribuição de oportunidades de desenvolvimento, por meio da alavancagem de economias de aglomeração que favoreçam a dinamização do espaço regional transfronteiriço como um todo. (SEBRAE, 2019).

Para tanto, visando à integração na fronteira foi que, em abril de 2009, surgiu o Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF) como uma associação pública, de direito público, criado com o objetivo de desenvolver propostas ou projetos de desenvolvimento voltados para os municípios do Oeste Catarinense, Sudoeste do Paraná e Extremo Oriente de Misiones na Argentina. Esta união entre os municípios de Barracão (PR), Bom Jesus do Sul (PR), Dionísio Cerqueira (SC) e Bernardo de Irigoyen (Misiones) da Argentina como parceiro informal foi motivada pela revitalização dessas regiões, cuja meta principal era promover o desenvolvimento regional (CIF,2011). (SEBRAE, 2019).

3. CONCLUSÃO

A inclusão no mercado de trabalho é um direito, independentemente do tipo de deficiência ou dificuldade, porém com a falta de informação e conhecimento de que as pessoas nessas situações têm direito a convivência e aos recursos disponíveis aos demais cidadãos, ainda presenciamos muitos casos de exclusão social. E para tentar mudar isso, o ramo cooperativo social vem crescendo cada vez mais, fazendo a inserção de pessoas no mercado de trabalho.

De acordo com a discussão propiciada neste ensaio, pudemos perceber que esse tema ainda é algo novo na legislação brasileira, sente-se a falta de uma legislação eficaz e mobilização em torno da noção de cooperativas sociais. Este é um campo ainda em desenvolvimento, mas com grandes possibilidades de mudar muitas vidas e ainda, a economia do país. Espera-se de alguma forma que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento de uma instituição social na região em um futuro não muito distante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 9.867. **Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.** 10 de novembro de 1999.

DA SILVA, Luzia F. **Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho: desafios e superações no ambiente de trabalho.** Monografias brasil escola, 2015. Disponível em: <<https://monografias.brasilecola.uol.com.br/administracao-financas/a-inclusao-pessoa-com-deficiencia-no-mercado-trabalho.htm>> [acesso em: 16 out. 2019.](#)

GIMENES, Antônia maria. **A dificuldade da inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.** Inesul. 2014. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_33_1426199840.pdf > [acesso em: 22 out. 2019.](#)

GUGEL, Maria Aparecida. **Cooperativas sociais e as pessoas com deficiência.** AMPID. 2004. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/MGugel_Cooperativas_Ppd.pdf> [acesso em: 22 out. 2019.](#)

ITÁLIA. Lei 180. **Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios.** 13 de maio de 1978.

LOPES, Victor. **Cooperativismo: suporte econômico das pequenas cidades.** Folha de Londrina, Londrina, maio/2019. Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/folha-rural/cooperativismo-suporte-economico-das-pequenas-cidades-2940461e.html>> [acesso em: 16 out. 2019.](#)

MARTINS, Rita de Cassia. **Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tessitura de um campo em construção.** Brasília 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4276/1/2009_RitadeCassiaAndradeMartins.pdf> [acesso em: 22 out. 2019.](#)

MAXWELL, **inclusão social e sua estratégia.** PUC-RIO. 2010. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11420/11420_4.PDF>. [acesso em: 22 out. 2019.](#)

SAFANELE, Arcângelo, KLAES, Luís, WOLFF, Andrea, CERQUEIRA, Raquel. **Educação cooperativa: valorização do ser humano.** Repositório UFSC. Dezembro, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/32873/8.21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [acesso em: 16 out. 2019.](#)

VALLADARES, Ana Claudia. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais.** Revistas UFG. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/768/851>> [acesso em: 22 out. 2019.](#)