

**EFEITOS TERAPÊUTICOS DE OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NA SAÚDE MENTAL E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO COM A HISTÓRIA DO TRABALHO NA PSIQUIATRIA**

Ariana Campana Rodrigues\*  
Silvio Yasui

**Introdução**

**O surgimento da psiquiatria, o tratamento moral e o trabalho**

Na Idade Média, a criação dos primeiros hospitais foi pautada na necessidade de estabelecimentos com características asilares para fazerem contenção às epidemias de doenças, aos pobres e à loucura. Neste momento, o hospital ainda não era lugar de tratamento das enfermidades, mas de limitação espacial de pessoas. No Renascimento, o hospital não era ainda um lugar destinado a curar doentes, mas sim a excluí-los de qualquer contato com o social. Sua serventia foi, inicialmente, a de limpeza das ruas das cidades européias de toda pessoa que apresentasse algum tipo de desvio da norma geral acerca da necessidade irrestrita do trabalho ao homem. O hospital era, portanto, um lugar apartado da intervenção médica. Deste mesmo modo, também não era o hospital simplesmente um lugar de loucos, mas especificamente de loucos que não podiam ou conseguiam trabalhar. A insígnia trabalho é o que designava se uma pessoa pertencia ou não aos que seriam enviados ao hospital. Com a chegada dos médicos na instituição hospitalar, seu papel social é alterado para o lugar que abriga os doentes que buscam a cura ou que devem morrer longe dos homens saudáveis (Foucault, 1997).

Aludindo ao período da Revolução Francesa em 1789, o século das luzes viu nascer, entre outras ciências, a psiquiatria de Phillipe Pinel no hospital de Bicêtre, na França. Ele inaugurou a ciência psiquiátrica literalmente com a quebra das correntes que prendiam os loucos neste estabelecimento. Sua função era rever os internamentos por demência (Pessotti, 1995).

Com a publicação de “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental” em 1801, a psiquiatria é inaugurada como especialidade médica por Pinel. Ele introduz não somente um novo pensamento científico com a classificação dos sintomas e a

psicopatologização dos comportamentos mas, mais que isso, instaura na cultura uma transformação paradigmática que indicava que os loucos eram acometidos por paixões desregradas e violentas, ocasionando os mais diversos comportamentos mensuráveis, cada qual com sua indicação de tratamento moral. O que Pinel introduz é o método clínico da observação dos loucos de maneira sistemática, ordenada e metódica para a descrição dos comportamentos e a definição de diagnósticos que podiam ser melancolia, mania, excitações, excessos alcoólicos, emoções violentas, superexcitação, entre outros. Neste cenário de observação e classificação nosográfica, Pinel cria o tratamento moral para cuidar dos loucos (Pinel, 1809).

### **O trabalho na psiquiatria**

Sendo a capacidade para o trabalho um dos principais distintivos de valor humanizador da época de Pinel e sendo os loucos tidos como inaptos ao trabalho, estes deveriam, portanto, necessariamente ser tratados para que retornassem à razão e à capacidade de trabalhar. Eis a inovação da moderna ciência: os loucos, antes considerados malfadados pela própria loucura, eram passíveis de tratamento e de cura. O hospício não mais era configurado como o lugar de segregação, asilamento ou abrigo do louco tais como as instituições asilares do período clássico, mas se apresentava como o locus por privilégio de tratamento da loucura.

Décadas mais tarde após a Revolução Francesa, o trabalho é tido na psiquiatria como recurso de tratamento. A ciência psiquiátrica considerou o trabalho enquanto elemento terapêutico na inauguração de uma prática engendrada em intenções de ocupação de tempo ocioso pela produção de atividades. O próprio tratamento moral já preconizava que ocupar o tempo do desocupado também era um modo de reconduzir o desarrazoado à normalidade. Verifica-se então que a relação entre o trabalho e a psiquiatria é antiga e envolve aspectos de posicionamentos culturais, sociais, éticos, políticos, clínicos, terapêuticos, entre outros.

Samuel Tuke, no século XIX, usou o trabalho como terapêutica nos manicômios ingleses. Hermann Simon, na Alemanha na década de 20, fundou o Tratamento Ativo, que consistia na realização de alguma atividade, útil ou não, durante

todo o tempo, para que o interno do manicômio se tornasse responsável e ativo. A estas práticas deram-se os nomes de praxiterapia, ergoterapia, laborterapia e, posteriormente, Terapia Ocupacional (Soares, 2007).

No Brasil, desde a fundação do Hospital Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro, a prática do trabalho como recurso terapêutico estava presente. Nise da Silveira iniciou sua atuação profissional nesta instituição na década de 40 fundando a Seção de Terapêutica Ocupacional com os pacientes ao propor-lhes atividades que lhes rendessem ganhos terapêuticos. Também nesta cidade, ainda na década de 10, Juliano Moreira fundou uma colônia feminina de trabalho no hospital psiquiátrico em Engenho de Dentro, onde se preconizava o trabalho com a terra com o intuito de ocupação do tempo das internas e com vistas ao tratamento (Pessotti, 1996).

Nesta perspectiva, o trabalho se tornou, no decorrer do século passado, um dos meios de proporcionar ao louco o tratamento psiquiátrico. Esta ênfase no trabalho perpetuou e mesmo inspirou modos de intervenção psicossocial na atualidade. O efeito da história do trabalho na psiquiatria na conjuntura atual da Reforma Psiquiátrica iniciada no país na década de 80 é o que manifesta a tendência de que um dos modos do louco se tornar sujeito posicionado socialmente é estar inserido no mercado de trabalho. Um dos equipamentos que tem em seu bojo este viés não convencional de tratamento psiquiátrico é o Núcleo de Oficinas e Trabalho.

### **O NOT**

O Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) é um dos muitos braços do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, localizado em Campinas-SP e situado como um dos importantes serviços que se sustenta por sua constituição pautada em um modo de produção de saúde caracterizado pelos preceitos da Atenção Psicossocial. Entendemos este paradigma como o modelo em voga que busca superar aquele manicomial, que funciona enquanto estratégia e que se compõe em um complexo campo de mudanças sociais propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, onde destacamos como principal ponto a transformação do modelo hegemônico médico-centrado e curativista em uma proposta de saúde que cria um arranjo com dimensões orgânicas, sociais e subjetivas.

Neste cenário de mudanças habita o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, que foi fundado em 1924 em Campinas-SP e funcionou como um hospital psiquiátrico até meados da década de 90, quando iniciou-se um processo de abertura realizado por protagonistas da Reforma Psiquiátrica no município. Abrir as portas deste serviço implicou também a necessidade de parcerias, e a principal delas foi a instalação do convênio de co-gestão com a prefeitura municipal de Campinas, o que possibilitou que a instituição deixasse de ser filantrópica e passasse a ser efetivamente um serviço de saúde público, sendo totalmente financiado pelo SUS (Harari e Valentini, 2001).

Ainda quando o Cândido Ferreira era fechado e seu cotidiano não fugia à clássica rotina dos manicômios, os internos compensados psiquicamente já realizavam serviços na lavanderia, rouparia, cozinha, limpeza e agropecuária em troca de doces, cigarros e objetos de higiene pessoal. Prezava-se pela ocupação do tempo ocioso desses pacientes considerados sem agressividade e aptos para tarefas que exigiam pouca reflexão e muita disposição física. Com o passar do tempo, houve um aumento da demanda desse tipo de trabalho por outros pacientes, o que teve como efeito o investimento específico do setor de Terapia Ocupacional do hospital em atividades de marcenaria, pintura e montagem de prendedores de roupas. No início da década de 90 foram propostas frentes de trabalho para atender 20 internos com evidentes intenções de instrumentalização e formação profissional. Aos poucos o projeto foi crescendo e, conseqüentemente, os investimentos de ordem profissional e financeira também. Nesta época, percebeu-se que a crescente procura pelo trabalho e pelos benefícios que este trazia exigia um redirecionamento nesta prática. Começou a se configurar na instituição a necessidade de tornar juridicamente legalizada a prática de compra e venda de bens e serviços que acontecia informalmente no hospital. Por iniciativa dos próprios funcionários envolvidos com este projeto que começava a ter um efeito interessante nos pacientes, inaugurou-se, em 1993, a Associação Cornélia Vlieg para estes fins. Na mesma época, iniciou-se o processo de abertura do manicômio até que ele se transformasse num serviço de Saúde Mental aberto. Hoje o Cândido Ferreira é constituído pelo Núcleo de Retaguarda, Serviços Residenciais Terapêuticos, 3 CAPS III

(Centros de Atenção Psicossocial), 1 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) e 3 Centros de Convivência (Alcântara, 2007).

Atualmente o NOT constitui-se de 17 oficinas. São elas: Agrícola-Horta, Agrícola-Jardinagem, Agrícola- Limpeza Ambiental, Ladrilho Hidráulico, Construção Civil, Marcenaria, Serralheria, Cerâmica, Vitral Artesanal, Costura, Culinária-Nutrição, Mosaico, Papel Artesanal, Velas (em Sousas, distrito de Campinas, no espaço da fazenda onde se encontra o antigo manicômio e hoje Serviço de Saúde Cândido Ferreira), Vitral Plano, Gráfica e Culinária-Eventos (no bairro Bosque e anexas à loja Armazém das Oficinas). O horário de funcionamento da maioria das oficinas é de 7h às 15h ou de 8h às 16h, com pausa de 1 hora para o almoço e duas pausas de aproximadamente 15 minutos para o cafezinho. O serviço oferece as refeições aos oficineiros.

Faz parte do projeto a loja Armazém das Oficinas para vendas de produtos das oficinas do NOT e de outros empreendimentos econômicos solidários do município que queiram usar o espaço e que tenham relação direta com o setor público da saúde. Confecciona-se nas oficinas produtos para abastecer a loja e para responder às demandas das encomendas. O volume da produção é variável de acordo com a época do ano, com as tendências de modismos e com a característica de cada oficina.

Embora o NOT esteja para além de ser somente um equipamento de saúde psiquiátrico, pois engloba circunstâncias de extremo cuidado com tais aspectos mercadológicos e que implica influência direta em seu funcionamento, sua preocupação maior é a do tratamento entendido como práticas que visam a estabilização do sujeito pela produção de responsabilização e autonomia. Justamente por isso as oficinas são coordenadas por profissionais que tem como prerrogativa em suas funções o tratar. São assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais coordenando oficinas, uma assistente social que lida diretamente com a orientação aos oficineiros acerca de assuntos relacionados a benefícios sociais, uma médica e uma técnica de enfermagem que fazem sustentação aos pacientes que necessitam de atenção mais próxima para a ministração de medicação diária.

O NOT compõem-se também de monitores, que são profissionais de nível médio que tem o conhecimento da técnica a ser empregada para a confecção dos produtos e que necessariamente devem ter manejo e disponibilidade de trato com pacientes psiquiátricos. São eles que acompanham, em parceria com o coordenador, o processo produtivo de um produto ou serviço, primando pela qualidade do que será posteriormente vendido.

As oficinas tentam cotidianamente funcionar inspiradas num esquema cooperativista onde todos podem, a sua maneira, participar de todo processo de produção. Busca-se potencializar aspectos de cada oficineiro na constituição de um saber acerca daquele produto/serviço, desde a ideia de criação até o resultado final e, numa constituição onde todos podem, de acordo com suas possibilidades, participar do processo de construção da oficina, buscamos produzir a responsabilização de cada um pelas escolhas que fazem.

### **O NOT e a Economia Solidária**

A Economia Solidária é uma das interfaces que inspiram e sustentam o NOT. Nas oficinas, não há finalidade de geração de lucro, mas de renda. Não há intenções de competição/rivalidade entre oficinas ou oficineiros, mas de cooperação/generosidade. A renda obtida com a venda dos produtos é revertida em compra de mais matéria-prima para que a produção continue, em adquirir e fazer a manutenção dos instrumentos de produção e em bolsas que variam de valor entre cada oficina e oficineiro. Este processo de distribuição da sobra tende a ser feito com o esforço de envolver todos os participantes da oficina.

Transitando entre as posições que o serviço ocupa tanto no mercado quanto na saúde, verifica-se a necessidade de profissionais com perfil clínico de tratamento, mas também com disponibilidade para conhecer e saber lidar com questões do mercado. Embora o serviço não viva a Economia Solidária em sua radicalidade, inegavelmente ela inspira e norteia muitas de suas ações. De seus princípios, incorporamos que as oficinas são de propriedade coletiva. Também valorizamos que o cuidado com as etapas do processo de confecção do produto ou de prestação de serviço seja feito de maneira

que cada oficinheiro seja respeitado em sua capacidade produtiva e em sua habilidade (Singer, 2002).

Neste viés financeiro, há oficinas que operam “no vermelho”, ou seja, que não tem saldo suficiente para se sustentar nem em bolsas, nem em instrumentos, nem em manutenção de estoque. Estas se mantêm com o caixa das oficinas que tem mais verba. Operamos com um só montante de dinheiro que é movimentado na conta da Associação e a gestão dele é feita por todos os coordenadores na intersecção de discussões com o grupo de oficinheiros e monitores.

Acreditamos que a escolha da Economia Solidária como ideologia e uma das sustentações para o NOT não é essencial para manter o serviço, pois consideramos que os princípios norteadores de tal prática são muito bem vindos no espaço da psiquiatria que hoje tenta se libertar das amarras de sua própria história. Lidamos com loucos que, muitas vezes, não tinham possibilidade de escolha sequer nas situações mais banais de seu cotidiano. Ofertar a eles um lugar onde podem escolher como se produzirão bens e serviços é muito precioso. Na tentativa cotidiana de prática de oficina auto-gestionária, os oficinheiros contemplam que também podem tomar a gestão de suas próprias vidas, se transferindo de um lugar de objeto do outro ao de sujeito de suas próprias ações.

### **Objetivos**

Os objetivos deste trabalho são o de escrever sobre o processo da experiência da pesquisadora neste estabelecimento de saúde. Enfocamos aqui como pensamos a saúde produzida no espaço do NOT, desde o passado deste equipamento de saúde apresentado para nós por relatos orais e escritos até a atualidade representada por nossas próprias memórias. A prerrogativa é a construção de um espaço onde caibam as práticas do trabalho na coletividade como recurso emancipatório, as relações solidárias no grupo e a bandeira da justiça social. Tais propostas são, em si próprias, transformadoras não apenas de modos de trabalho, mas das vidas em sua maior potência. A intenção é a de fazer registro escrito, embasado em nossas memórias, de narrativas que contam o percurso de nosso processo. Propomo-nos aqui a escrever como ato indissociável da criação de uma realidade possível tendo como suporte as reflexões que este processo de

produção de uma dissertação contém. Pensamos que o ato de pesquisar pode ser a produção de agenciamentos para viabilizar a emergência de uma potência instituinte que produza algo novo.

### **Método**

Estudar o NOT valendo-se do que ele produziu em nós invariavelmente nos conduziu à cartografia como ferramenta para nos auxiliar nesta escrita. A cartografia nos apresenta uma proposta radical no modo de pesquisar, apontando que formação acadêmica pode ser indissociável da produção subjetiva. O conhecimento se produz na relação entre o pesquisador e o que é pesquisado, ou seja, sujeito e objeto não existem a priori, mas se perpassam e assim se compõe durante o caminhar da pesquisa. No método cartográfico, realidade e pesquisador não existem a priori, mas se constituem juntos e são efeitos do próprio movimento de pesquisar (Passos e Barros, 2009).

Desse modo, o que o NOT imprimiu em nós e o que deixamos de marca no NOT só se tornam esta pesquisa enquanto conduzimos este processo de escrita. Estes polos da mesma relação se engendram para constituir o que é a produção de conhecimento baseado na realidade vivida. Refletimos nesta escrita não sobre o trabalho que produz desagregação, sofrimento, alienação, heteronomias, mas sobre a produção libertária do trabalho em seu sentido de ampliação da vida. Indicamos que o que sustenta a existência destas oficinas na esfera da Saúde Mental são os efeitos terapêuticos produzidos pelos oficinairos em seu trabalho e na relação com outros sujeitos que também compõem o coletivo da oficina, efeitos estes que podem ser produzidos na perspectiva da produção de saúde, numa identificação do sujeito não mais com o lugar de segregado social por ser louco, mas de pertencimento e participação e social.

### **Resultados e discussão**

O limite entre a geração de trabalho e renda e a geração de sentido para cada oficinairo é produzido paralelamente no mesmo espaço da oficina. Não há demarcação

entre tais produções, mas consideramos que todas estão presentes. Os sentidos que cada um produz na oficina, até mesmo os monitores e coordenadores, são as forças motrizes que mantém viva a proposta.

Situamos nossa temática entre o campo da Saúde Coletiva e o fazer cotidiano do oficinheiro no ato de trabalhar. Acreditamos e defendemos o conceito ampliado de saúde, que não se restringe à ausência de doenças, mas se expande à produção de saúde; que não tem mais como campo de atuação o corpo biológico, mas o corpo em produção subjetiva, social e orgânica; que contextualiza o ser humano doente e não a doença. Esta discussão de saúde tem seu respaldo no Sistema Único de Saúde (SUS) da Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/92 e 8142/92, que enfatizam a saúde como direito de todos e dever do Estado. A saúde é por nós pautada como direito e não na cultura da dádiva, como necessidade do homem e obrigação do Estado e não como mercadoria a ser consumida no mercado da saúde privada.

Também apontamos aqui nossa escolha pela tentativa de superação do paradigma biomédico clássico que considera unicamente o aspecto da doença biológica e sintomática que deve ser curada. Temos a constante preocupação em nos conduzirmos no processo de uma produção jamais acabada de concepção de saúde que considere outros aspectos para além dos especialistas, mecanicistas e curativistas. Neste sentido, o NOT é inovador por ser é um desvio no modo instituído de se fazer saúde, pois sua concepção de saúde ultrapassa a racionalidade hegemônica e o modelo biomédico na medida em que desestabiliza muitos dos lugares instituídos pelos métodos tradicionais curativistas de doenças. Não há uma proposta técnica ou mesmo teórico-metodológica única a todos os profissionais, pois ali também é possível criar seu jeito próprio de trabalhar. A invenção deve ser primazia, pois é ela que sustenta a vastidão de modos de produção de saúde no serviço. Sem uma receita clássica de como se fazer oficina com os oficinheiros, é preciso sempre construir um caminho tendo como fundamento a ética do cuidado humanizado em Saúde Mental que deve circular por todas as oficinas. Fazer oficina no NOT é um modo de intervir na práxis corrente e hegemônica das concepções de saúde e doença, pois é conduzir um fazer processual diferente do que se entende classicamente por tratamento psiquiátrico.

Quando um oficineiro dispõe seu pensar aos outros e com eles consegue compartilhar e traçar um indicativo de uma invenção de como deve funcionar a oficina, ele se apropria desta construção coletiva e pode produzir um sentido para aquilo que se cria. Se um oficineiro é envolvido nas decisões sobre a oficina, ele pode se apropriar de seu trabalho. Apostamos nestes diversos agenciamentos de falas (e, por vezes, de silêncios) para inventar a unicidade da oficina. Num movimento processual de construção das diretrizes da oficina, emergem também sujeitos com um grau maior de autonomia. É um fazer enquanto produção coletiva que problematiza o próprio fazer.

A administração das questões de modo a contemplar que todos se posicionem permite uma reorganização coletiva para solucioná-las, o que conduz à apropriação de todos os participantes do processo de trabalho. Acreditamos na potência que a negociação comporta para produzir pactos. Mas, em muitos momentos, o coordenador também se apresenta enquanto alguém que, mais que mediar os conflitos, coloca neles um ponto final para que a oficina continue a acontecer. Por isso pensamos que há fagulhas do exercício de descentralização e compartilhamento de poder na gestão, mas não é possível afirmar que as oficinas do NOT sejam caracterizadas como de gestão participativa.

São produzidos no NOT práticas de saúde que se dão nas relações entre equipe técnica e oficineiros e não entre profissionais de saúde e doentes. São posicionamentos que permitem a interação entre ambos para produzir uma instância maior que é a própria oficina. Todos trabalham em proveito do projeto maior. Desconstrói-se o modelo clássico em que o doente está a mercê do saber do profissional da saúde, onde o doente está posicionado como alguém despotente que necessita da potência do outro para se restabelecer. Ao contrário, valoriza-se o potencial inventivo de oficineiro e técnico para refazer estes papéis tantas vezes e maneiras quanto sejam possíveis e necessários. Para ser coordenador é necessário balizar e acompanhar as relações, fazendo a gestão dos movimentos e situações que perpassam o funcionar do grupo para possibilitar um ambiente que propicie a transformação dos modos instituídos e verticais de fazer saúde.

Criam-se processos em que os lugares na oficina são produzidos e ocupados por cada um de acordo com seu desejo e sua possibilidade. Embora sejam pré-definidas

as funções que cada oficineiro pode desempenhar, acima de tudo é respeitado o singular de cada um. Há quem tenha habilidade mais para uma ou para outra etapa, há quem tenha habilidade para todas ou quase todas as etapas, há quem quase não tem habilidade nenhuma. Entendemos aqui habilidade como aptidão, destreza, agilidade e desenvoltura para a realização da atividade. Esta destinação é feita a partir da avaliação do coletivo sobre quem deseja e pode desenvolver esta ou aquela função. Tal avaliação exige delicadeza e é inventada a cada necessária circulação do oficineiro nas etapas do processo produtivo. É de muita riqueza perceber que cada oficineiro se autoriza a ocupar um lugar por conseguir desempenhar as atividades que nele são exigidas, mas que ele pode desenvolver a mesma atividade de modo diferente, em tempo diferente e com habilidades diferentes se comparado a outro oficineiro exercendo a mesma função.

A aposta coletiva é de se produzir tantos agenciamentos quantos forem possíveis para inventarmos coletivamente outras saídas possíveis. Numa sociedade que tem como valor maior o capital ao invés do trabalho e o curativismo ao invés da saúde, persistimos no sentido inverso na tentativa de fazer resistência a estas lógicas. Intentamos possibilitar a produção do cuidado que contemple sujeitos autônomos e protagonistas de suas próprias histórias.

### **Conclusão**

Há que se ter muito cuidado nesta dobradinha tratamento e trabalho. Como vimos anteriormente, esta é uma relação que data da Idade Média e que hoje pode reaparecer com outra roupagem. Se naquela época os loucos eram internados por serem inaptos ao trabalho, hoje o trabalho na psiquiatria pode ocupar um lugar de salvação dos loucos. Diz-se equivocadamente que louco que trabalha é muito mais adaptado ao social do que aquele que não trabalha. Questionamos esta afirmação. Ousamos pensar que é justamente porque o lugar do trabalho na atualidade é tão central na vida do homem que, mesmo os que não são loucos, ao não trabalharem estão desajustados. É mesmo o trabalho em si ou seria a produção de sentidos (ao invés da reprodução) no trabalho que contribui na produção da identidade do homem?

Por outro lado, embora não seja a salvação do louco, são inegáveis os benefícios que o trabalho produz nele e em seu entorno. O oficinairo do NOT é um sujeito que está sempre em vias de produção de mais e mais saúde, de ser capaz de caminhar no sentido de fazer sua autonomia e de ser protagonista de sua história. A oficina é um dos seus lugares no mundo; é um lugar onde ele pode, à vontade e a partir de suas possibilidades e desejos, produzir e atribuir a si esta produção.

O NOT faz frente ao instituído da esfera do trabalho que fragmenta grupos, burocratiza demasiadamente, adoce, produz desgosto. A novidade que este equipamento apresenta é a do mundo do trabalho que produz saúde. Partindo desta dimensão, podemos pensar que, além do oficinairo, o técnico também deve estar disponível para problematizações constantes acerca de seu próprio trabalho, pois são elas que conduzem à transformação das práticas do próprio campo da Saúde Coletiva.

Na medida em que o sujeito se apropria de seu trabalho, ele se torna menos dependente das orientações do coordenador e/ou do monitor e mais autônomo quanto à criação de seu modo próprio de exercer a atividade. O oficinairo começa a se colocar no que está fazendo e aparece um tanto dele no produto final. A este processo dou o nome de “invenção de si no trabalho”, que é quando algo daquele sujeito aparece na peça feita que a diferencia de qualquer outra peça. Dois cozinheiros confeccionam bolos diferentes usando a exatidão de uma mesma receita; dois vitralistas fazem dois abajures com brilhos diferentes a partir de um mesmo molde; dois jardineiros capinam diferente o mesmo terreno com as mesmas instruções e a mesma enxada. Mira a beleza do processo: é o sujeito se apresentando em seu fazer.

Há ainda a “invenção de si no trabalho” mais propriamente quando o oficinairo incorpora algo da atividade em outras esferas de seu cotidiano. Não se trata apenas da técnica que ele aprende e pode aplicar em situações outras que não apenas a do trabalho, mas principalmente do que se incorpora das relações na oficina que pode ser transposto para outras relações. Vimos pessoas que chegavam às oficinas sem conseguirem dizer se preferiam tomar café ou chá durante os intervalos das atividades e que, após um tempo e a partir das relações que estabeleciam nas oficinas, opinavam sobre como deveria ser preparada sua bebida preferida em sua casa. Temos a lembrança de um

oficineiro que dizia ter começado a arrumar seu quarto porque descobriu que conseguia organizar o material na mesa da oficina.

O oficinairo amplia seu próprio fazer e o transborda para além da oficina. Durante seu processo de trabalho, ele produz conhecimento sobre si na relação com a tarefa a ele atribuída. Não desejamos que haja oficinairo que se identifique meramente com a execução de seus afazeres, mas que eles se realizem enquanto sujeitos de suas próprias histórias.

A composição ética, estética e política do NOT balizam seu funcionamento. A dimensão ética aponta para a perspectiva do pensamento crítico sobre o mundo do trabalho atual produtor de sofrimento e o que de diferente o serviço pode produzir num processo com o oficinairo. A dimensão estética supõe a invenção de uma concepção de saúde vinculada à produção de sujeitos autônomos e protagonistas de sua história, questionando o modo de se fazer saúde na atualidade e estando intrinsecamente vinculada à criação de novos modos de viver. A dimensão política supõe que o oficinairo é constituído por um campo complexo de relações, na qual se encontram dialogando indissociavelmente seus direitos e deveres enquanto cidadão. Estão todos agregados sob o signo do trabalho promovendo rupturas no modelo instituído de fazer saúde.

### **Referências**

Alcântara, L. C. (2007). Economia solidária e oficinas de trabalho na saúde mental. (pp.151-181). In: Mehry, E.E. e Amaral, H. (Orgs.) *Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo : Hucitec.

Andrade, M.C. (2010). O trabalho como interlocutor entre a saúde mental e a Economia Solidária no Brasil. (pp. 241-265). In: *Psicologia e trabalho- desafios e perspectivas*. Assis: Editora UNESP.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Antunes, R. (2000). *Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7º Ed. Campinas: Cortez Editora.

Arendt, H. (1987). *A condição humana*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. 2 ed. São Paulo: Brasil debates.

Brasil. Constituição Federal. *Lei n.º 10216* (2001). Retirado em 22/08/2011, de World Wide Web: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1169*. (2005). Brasília. Retirado em 22/08/2011, de World Wide Web: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/polit\\_mental\\_econ\\_soli.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/polit_mental_econ_soli.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. (2006). Brasília. Retirado em 22/08/2011, de World Wide Web: [https://docs.google.com/Doc?id=dfvtp3jk\\_20df5q83n7](https://docs.google.com/Doc?id=dfvtp3jk_20df5q83n7).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM. (2001) *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de saúde/Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. 1º ed. Série D. Reuniões e Conferências. (2005) Brasília-DF, Editora MS.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. *Documento final da II CONAES-Conferência Nacional de Economia Solidária: pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável*. (2010). Brasília. Retirado em 22/08/2011, de World Wide Web: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_conferencia\\_economia\\_solidaria\\_documento\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_economia_solidaria_documento_final.pdf).

Campos, G.W.S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3 ed. São Paulo: Hucitec.

Costa, C.M.; Figueiredo, A.C. (2008). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Costa-Rosa, A.; Yasui, S. A (2008). Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. Vol 32, n. 78/79/80, pp. 27- 37.

Costa-Rosa, A.; Luzio, C.A.; Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 13-44) Rio de Janeiro: Nau.

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org) *Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. (pp. 141-169). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Engelman, S. (2006). *Trabalho e loucura. Uma biopolítica dos afetos*. Porto Alegre: Sulina.

Foucault, M. (1997). *História da Loucura*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Galletti, M.C. (2004). *Oficina em saúde mental. Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: editora da UCG.

Giacomel, A.E.; Ghisleni, A.P.; Amazarray, M.R.; Engelman, S. (2003) Trabalho e contemporaneidade: o trabalho tornado vida. In: Fonseca, T.M.G.; Kirst, P.G. *Cartografias e devires: a construção do presente*. (pp. 137-148). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Harari, A. e Valentini, W. (Orgs.) (2001). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.

Lussi, I.A.O. (2009) *Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral*. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo- Faculdade de Enfermagem, Ribeirão Preto.

Machado, R. (1978). *Danação da norma- medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Mairesse, D. (2003). Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Fonseca, T.M.G.; Kirst, P.G. *Cartografias e devires: a construção do presente*. (pp. 259-272). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Mehry, E.E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Merhry, E.E. e Amaral, H. (Orgs.) (2007). *Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo : Hucitec.

Montezuma, M.A. (Org) (1994). *Rumo às oficinas*. Belo Horizonte: Gráfica da Fhemig.

Minayo, M.C.S. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M.C.S. (Org) (1993). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petropolis: Vozes.

Passos, E.; Barros, R.B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. *Pistas do método cartográfico*. (pp.17-31). Porto Alegre: Meridional.

Pelbart, P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense.

Pessotti, I. (1995). *A loucura e as épocas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora 34.

Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Pinel, P. (2011). *Traité médico- philosophique sur la aliénation mental*. (1809). 2 ed. Paris: JA.Brosson, Retirado em 10/08/2011, de World Wide Web: <http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76576&M=notice>.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização- uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. (pp.17-59). São Paulo: Ed. Hucitec.

Singer, P. (2002). *Introdução à Economia Solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Singer, P; Souza, A.R. (2000). *A Economia Solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego*. São Paulo: Contexto.

Soares, L.B.T. (2007) História da Terapia Ocupacional. In: avalcantiI, C., Galvão, F. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. (pp.03-10). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia**

*Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?*

Universidade Estadual de Maringá

ISSN 1679-558X

---

Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique em psyquiatrie*. 3 ed. Toulouse: Érès.

Valladares, A. C. A.; Lappann-Botti, N. C.; Mello, R.; Kantorski, L. P.;

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro, 2006. Rio de Janeiro: Fiocruz.

**Eixo temático: Psicologia, saúde e processos clínicos**