

ARIANA CAMPANA RODRIGUES

PRODUÇÃO DE CUIDADO EM OFICINAS  
DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Silvio Yasui

ASSIS

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

R696p Rodrigues, Ariana Campana  
Produção de cuidado em oficinas de geração de trabalho e renda na saúde mental / Ariana Campana Rodrigues. Assis, 2012  
116 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista.  
Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Sistema Único de Saúde 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental. 3.Reforma psiquiátrica. 4. Oficinas. I. Título.

CDD 362.2  
616.89

ARIANA CAMPANA RODRIGUES

PRODUÇÃO DE CUIDADO EM OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA  
NA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP – Universidade Estadual Paulista como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Pesquisa de mestrado financiada pela FAPESP-Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Orientador: Dr. Silvio Yasui

Universidade Estadual Paulista

---

Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Araújo Lima

Universidade Estadual Paulista

---

Dr. Emerson Elias Merhy

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Assis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Aos oficinairos do NOT,  
por me ensinarem tanto sobre o trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Soletramentos de gentes que conheci, desconheci, me conheci. Esta dissertação não existiria se não tivesse sido feita pelas mãos de muita gente.

À minha família, especialmente ao Beto e à Ismenia que, mais que irmão e mãe, foram sabiamente meus companheiros nestes silenciosos tempos de estudos.

Ao Silvio Yasui, a quem carinhosamente nomeei de “oriental orientador”, por me orientar neste mestrado, por me apoiar em tantos anos de militância pelo SUS e por ter me ensinado que saúde também é política.

Aos oficinairos do NOT, que me ensinaram muito sobre o trabalho.

À equipe do NOT, entre coordenadores, gerência, administrativos e monitores, que tão generosamente me acolheram em 2009.

À D. Cornélia, pelos encontros.

À Heloísa, pelas fotos.

Aos amigos, parceiros de vida, que escutaram tantas vezes que eu não estaria tão presente enquanto não findasse este texto.

À FAPESP, por conceder bolsa de estudos que me permitiu dedicação integral ao mestrado.

No processo de produção desta dissertação, houve uma noite em que sonhei que estava chovendo e, quando abri o guarda-chuva, percebi que os pingos eram letras. Era a hora de ler/escrever menos para viver mais gentes. Quando as palavras distanciam do humano, há que se pensar para que elas servem.

Agradecidíssima!

(Pesquisa de mestrado financiada pela FAPESP- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo)

Por mim os livros não deviam nem trazer o nome do autor. O autor devia ser um mistério.

*Guimarães Rosa*

**Estas mãos**

Olha para estas mãos  
de mulher roceira,  
esforçadas mãos cavouqueiras.

Pesadas, de falanges curtas,  
sem trato e sem carinho.  
Ossudas e grosseiras.

Mãos que jamais calçaram luvas.  
Nunca para elas o brilho dos anéis.  
Minha pequenina aliança.  
Um dia o chamado heróico emocionante:  
– Dei Ouro para o Bem de São Paulo.

Mãos que varreram e cozinham.  
Lavaram e estenderam  
roupas nos varais.  
Poupavam e remendaram.  
Mãos domésticas e remendonas.

Íntimas da economia,  
do arroz e do feijão  
da sua casa.  
Do tacho de cobre.  
Da panela de barro.  
Da acha de lenha.  
Da cinza da fornalha.  
Que encestavam o velho barreleiro  
e faziam sabão.

Minhas mãos doceiras...  
Jamais ociosas.  
Fecundas, imensas e ocupadas.  
Mãos laboriosas.  
Abertas sempre para dar, ajudar,  
unir e abençoar.

Mãos de semeador afeitas  
à sementeira do trabalho.  
Minhas mãos raízes  
procurando a terra.

Semeando sempre.  
Jamais para elas  
os júbilos da colheita.

Mãos tenazes e obtusas,  
feridas na remoção de pedras e tropeços,  
quebrando as arestas da vida.  
Mãos alavancas  
na escava de construções inconclusas.

Mãos pequenas e curtas de mulher  
que nunca encontrou nada na vida.  
Caminheira de uma longa estrada.  
Sempre a caminhar.  
Sozinha a procurar,  
o ângulo perdido, a pedra rejeitada.

*Cora Coralina*

RODRIGUES, A. C. **PRODUÇÃO DE CUIDADO EM OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NA SAÚDE MENTAL. 2012.** 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). –Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

## RESUMO

O Núcleo de Oficinas e Trabalho é um serviço do Sistema Único de Saúde em parceria com a Associação Cornélia Vlieg. Ele é constituído de 17 oficinas que geram trabalho e renda, feitas por cerca de trezentos usuários adultos da saúde mental de Campinas-SP. O objetivo desta pesquisa de caráter qualitativo, sustentada por inspirações cartográficas, é compreender os efeitos terapêuticos que a produção de cuidado nestas oficinas tem nos oficinairos. O processo de confecção valorizou a produção que se deu parcialmente concomitante à atuação profissional na instituição e em parte na ação deste trabalho acadêmico. Produziram-se reflexões sobre a experiência profissional em confluência com o estudo da história do trabalho na psiquiatria, passando pela própria história da psiquiatria no país até o momento atual da reforma psiquiátrica, com vistas a alcançarmos o paradigma da atenção psicossocial. O NOT está contextualizado política e ideologicamente como fruto deste movimento, além de acontecer baseado nos princípios da geração de trabalho e renda na perspectiva da economia solidária. Problematiza-se o lugar social do oficinairo, que vai de louco a trabalhador, e as implicações subjetivas desta transformação. Os oficinairos e trabalhadores estão agregados sob o signo do trabalho e promovem rupturas no modelo instituído de fazer saúde. O trabalho no NOT é produtor de valores, autoconhecimento, emancipatório e com evidentes intenções de produção de sujeitos autônomos e protagonistas de suas próprias escolhas.

Palavras Chaves: SUS, saúde mental, serviços de saúde mental, reforma psiquiátrica, oficinas.

**RODRIGUES, A. C. GENERATION SPECIFIC ATTENTION IN WORKSHOPS THAT MOTIVATE PRODUCTION IN MENTAL HEALTH** 116 p. Dissertation (Masters in Psychology). –Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

#### ABSTRACT

Work Center, Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) it is a service offered by SUS – Sistema Único de Saúde (Brazilian healthy system) along Associação Cornélia Vlieg. It is offered 17 courses to motivate production for around 300 adults from Mental Health, Saúde Mental, Campinas-SP. We aim at understanding the therapeutic aspects of this tool using the reports given by the adults who use it, workers and the author's memories. This research is made using a quality method, as we appreciate the production as a process, also the therapeutic effect it has on the workers who develop the workshops. Every therapeutic aspect was taken into account in this dissertation. It is a reflection upon professional experience and the history of the working force in psychiatry, and it also gives an overview of the history of the psychiatry in this country until the Psychiatry movement, as we aim at showing that NOT is part of this movement and we present its core aspects to promote work skills in the perspective of Solidarity Economy, which is also the police and ideology of the project. We focus on the place in society of the workshops instructor, who is seen as a crazy person as well as a worker, and the problems that were faced due to such transformation. They are all related to the meaning of work skills promoting changes in the established model of the health system. We see our job in NOT as a place that promotes values, self-awareness and autonomy and make the instructors the subject and protagonist of their own choices.

Key-words: SUS, Mental health, Mental Health Services, Psychiatry Movement, Workshop.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Imagem 1: Oficina de Vitral Artesanal (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone)	12
Imagem 2: Oficina de Velas (foto minha)	20
Imagem 3: Oficina de Velas (foto minha)	27
Imagem 4: Oficina de Velas (foto minha)	37
Imagem 5: Oficina de Velas (foto minha)	55
Imagem 6: Oficina de Vitral Artesanal (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone)	68
Planilha da vida ocupacional (FRENTE)	85
Planilha da vida ocupacional (VERSO)	86
Imagem 7: Oficina de Vitral Artesanal (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone)	104

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DSM</b>	Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais
<b>NOT</b>	Núcleo de Oficinas e Trabalho
<b>PMC</b>	Prefeitura Municipal de Campinas
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SEBRAE</b>	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
<b>SSCF</b>	Serviço de Saúde Cândido Ferreira
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA NOT	12
2. INSPIRAÇÕES CARTOGRÁFICAS DE UM PERCURSO	20
3. POR QUE LOUCO?	27
3.1 Louco porque louco	28
3.2 Sobre o uso do diagnóstico	34
4. HISTÓRIA DO TRABALHO NA PSIQUIATRIA	37
4.1 O hospital e o trabalho	37
4.2 O surgimento da psiquiatria e o tratamento moral	41
4.3 A psiquiatria e o trabalho	46
4.4 Sobre os efeitos terapêuticos	51
5. O NOT SUSTENTADO PELO SUS	55
5.1 Breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil	55
5.2 O Cândido Ferreira e a reforma psiquiátrica	59
5.3 A atenção psicossocial como proposta de um novo paradigma	60
5.4 O NOT e a integralidade	62
6. O NOT: TRABALHO E LOUCURA NA ATUALIDADE	68
6.1 Poucas linhas de muita história	69
6.2 Armazém das Oficinas	70
6.3 Mãos de muitos profissionais	71
6.3.1 Mãos de coordenadora	72
6.4 O NOT e a economia solidária	77
6.5 A tabela e os muitos sentidos do trabalho	82

	11
6.6 O que de mais valioso se produz no NOT	91
6.7 Sobre a triagem	98
7. PARA ENCERRAR PROVISORIAMENTE	104
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA NOT



1

Quando vim para a cidade grande, respirei ao ver que a gente não conhece o condutor nem o vizinho. A cidade grande desumaniza... mas, depois, humaniza num plano mais alto.

*Guimarães Rosa*

“Aqui a gente não faz terapia. Aqui é trabalho. Terapia eles fazem no CAPS e no CS. A gente não quer saber se é terapêutico, a gente só olha o trabalho deles.”

Esta foi uma das apresentações do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) que mais me impressionou e que ressoou durante meses quando lá cheguei, em julho de 2009, disparando em mim alguns questionamentos que me acompanharam ao longo do percurso no serviço e que se desdobrou em mais problematizações, as mesmas que sustentam o desejo de escrever esta dissertação: qual seria a proposta de trabalho do psicólogo neste serviço? Se não era terapêutico, por que se mantinha como um serviço de saúde? Alguns o chamavam de empresa. Poucos oficineiros<sup>2</sup> não usavam medicação psiquiátrica. Se não tinha o viés do tratamento, porque os coordenadores de oficinas tinham formação em saúde? E para que assistentes sociais se o cunho do projeto era de oficinas de trabalho? Onde encontraria parcerias para auxiliar nas dúvidas quanto às movimentações financeiras das oficinas? Com

<sup>1</sup> Oficina de Vitral Artesanal (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone, julho de 2012).

<sup>2</sup> Para esclarecer de início, “oficineiro” refere-se ao usuário da saúde mental que frequenta as oficinas do NOT. Para mais informações, vide capítulo 4: “O NOT: trabalho e loucura na atualidade”.

estes elementos, comecei a configurar como seria a constituição do serviço e qual seria a relação que eu viria a produzir com ele.

Outra impressão inicial forte e que se manteve: as oficinas, além de admiráveis em seu funcionamento e nos produtos, eram muitas e atendiam muita gente. Dialogando com uma colega que me apresentava o serviço numa manhã daquele inverno, questionei: “Como não conheci isso antes? Todo mundo de Campinas tem que saber disso aqui.”.

Quando cheguei em Campinas em 2003, soube que a cidade pertenceu à rota de comercialização de escravos para todo o país e que foi uma das que mais se posicionou contrária à Lei Áurea. A escravidão que sustentou as muitas fazendas de café da região deixou suas marcas nos costumes e hábitos relacionados ao trabalho, principalmente àquele que acontece no campo. Embora a cidade seja deveras industrializada, ainda se mantém nos arredores (principalmente nos distritos de Sousas e de Joaquim Egídio) algumas plantações que, além de contribuir para a imagem bucólica da região, empregam trabalhadores do campo e mantêm as raízes agrícolas do lugar.

Além disso, Campinas é um município bastante industrializado e tem uma das economias mais movimentadas do país, com muitos negócios e grandes movimentações financeiras. Assim, as imagens de campo e do urbano convivem e constituem a cultura da cidade.

Há também a forte presença de universidades e faculdades, que dão um tom não somente jovem e cosmopolita à cidade, mas também a faz lugar de muitas produções intelectuais, inclusive aquelas relacionadas diretamente à construção do vasto e complexo campo da saúde coletiva. Foi a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a primeira instituição que me recebeu em 2003, junto com mais quatro amigos que se formaram em psicologia na Universidade Estadual Paulista (UNESP) comigo, com quem dividi casa, comida e roupa lavada. Chegamos todos desejosos de experiências na saúde mental pela via do Aprimoramento em Saúde Mental e Planejamento e Gestão da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual Paulista(UNICAMP).

Durante um ano, fiz o Aprimoramento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Antônio da Costa Santos, popularmente conhecido como CAPS Toninho. Esse serviço atende a população do distrito de saúde sul do município e é vinculado ao Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF). Imediatamente ao final do curso, fui contratada por este mesmo CAPS e lá

trabalhei por mais cinco anos, período que vivi plenamente a opção da reforma psiquiátrica e sanitária, até chegar ao NOT em 2009.

Os primeiros anos na cidade também surpreenderam pela forte influência da cultura mineira na sua constituição, tanto pela proximidade geográfica com o sul o estado de Minas Gerais, quanto pela presença sempre constante de mineiros que foram viver lá. Com o tempo, tornou-se possível decantar ambos territórios culturais, mesmo sendo a mistura tão costumeira e feita de elementos híbridos que se confundiam o tempo todo. Embora Campinas seja uma metrópole com as virtudes, dores e tudo o mais que isso comporta, conheci paisagens habitadas por alguns movimentos dos moradores, principalmente dos bairros mais antigos, claramente parecidos com o que me desperta as pequenas cidades do interior de Minas Gerais: acolhimento, generosidade, agrado, afabilidade, jeito doce e manso de viver.

Ao chegar no NOT, mais uma surpresa e evidência da mineirice em Campinas: além da generosa acolhida, o dito popular “mineiro trabalha quieto” também cabia muito bem ali. “Mineiro trabalha quieto” porque não apresenta seus ruídos do trabalho, seja da constância da produção ou da engenhosidade necessária para se manter trabalhando. Não há algo parecido com o alarde paulista da correria, da repetição e da abundância de volume de tarefas que são marcas profundas de nosso estado no olhar do país. Não que Minas Gerais também não possa ser assim, e talvez até o seja, mas, no que tange à cultura, invariavelmente somos permeados pelo efeito de lançamentos de imagens de apressados e inquietos trabalhadores, ao passo que os vizinhos mineiros se apresentam lentos, brandos e continuamente vinculados ao trabalho. São figurações que representam os conceitos de estados que, em uma localidade de zona de fronteiras, exercem grandes influências mutuamente.

Mas, de imediato, nos primeiros contatos com o NOT, não concordei compartilhar com isto. Esta mineirice que se traduzia no modo de funcionamento discreto do serviço não deveria perdurar. Para pegar o trem da história, cogitei que, se o serviço me produziu tamanho encantamento, poderia seguir encantando outros também, a começar pela própria rede de saúde que ele integrava. Trabalhei alguns anos nesta mesma rede sem conhecer a importância que o NOT tem para o movimento da reforma psiquiátrica. Embora sem saber inicialmente como fazê-lo, o encontro com ele provocou dizer de sua grandeza aos nossos pares da saúde coletiva.

Sem que eu soubesse, nascia ali essa dissertação de mestrado, embora não houvesse antevisionado que as primeiras aproximações com o serviço seriam a inspiração para a futura invenção desta pesquisa.

A intenção desta dissertação é mais do que ser o produto que talvez me conceda um título de mestre. Intento apresentar a quem se interessar pelo tema minhas memórias sobre este equipamento de saúde, o que lá se faz, qual meu olhar sobre isto e no que acredito que ele pode contribuir para pensarmos essa vertente que conjuga saúde mental e trabalho na perspectiva da reforma psiquiátrica.

Porém, mais que um trabalho utilitarista, almejei também e principalmente operar na escrita reconstruindo meu próprio percurso para arriscar ressignificá-lo, uma vez que entrelaçar tais memórias na modalidade de narrativas também se configurou numa produção própria dos sentidos do trabalho para mim, algo que, confesso, não me são ainda tão evidentes e esclarecidos. E, se essa é uma das questões que me constituem, não posso deixar de já alertar que esse texto tem a perspectiva de um trabalho-dissertação que sou eu própria. A proposição de articular minha experiência a conceitos e escrever um texto com este viés me inscreve num processo singular, mas que, ainda assim, pode ser público.

Aqui também constam apreciações sobre a clínica que pude inventar na relação com os oficinairos e que é repleta de permeios e pontos de contágio com o próprio trabalho. Há inúmeros registros de cenas em um caderno já um tanto gasto da época em que trabalhei no NOT que usarei neste texto. De início, contarei brevemente um caso (que é como nós, matutos de Assis-SP, designamos as histórias a serem tornadas públicas) que, num lampejo, ilustra, de modo introdutório, uma das discussões dessa dissertação e que narra sobre experiência de pensar meu próprio trabalho no NOT.

Eventualmente, quando uma oficinaira da Oficina de Vela me propunha uma “conversa franca e um tanto secreta”, como costumava dizer, saíamos a caminhar e a prostrar pela fazenda, chegando invariavelmente ao lago que há ao lado de uma das muitas plantações da Oficina Agrícola e que, em certas épocas do ano, fica abarrotado de flor-de-lotus. Numa de nossas conversas na beira do lago que já florescia (e o florescer aqui é contado para sublinhar o que pode ser contido numa metáfora de florescimento, no que tange às impressões de um movimento de abertura de questionamentos que se produziam em mim há algum tempo), quando a oficinaira tentava me convencer de que seria muito difícil conseguir trabalho no

mercado formal, ela fez um apontamento em forma de questão que fez ressoar em mim uma dúvida parecida:

“Tá vendo, onde é que lá fora eu vou arrumar um emprego onde eu vou poder sair no meio do expediente pra vir com a psicóloga num lugar tão bonito conversar pra me sentir melhor?”

Ao que respondi:

“Não sei, mas você me fez pensar que também não sei onde mais há um emprego onde eu possa sair com o paciente pra um lugar tão bonito assim pra escutar.”

O efeito imediato disto nela foi a produção de um plano de cumplicidade que ressoou dois dias depois, quando novamente me procurou para contar que havia tido a ideia de perguntar a outras pessoas de seu convívio se elas poderiam lhe ajudar a procurar um lugar pra trabalhar onde existisse alguém que tivesse disponibilidade de compartilhar com ela suas dificuldades.

Este episódio mostra claramente uma das muitíssimas vezes que questionei sobre qual o sentido do trabalho na vida, não somente aos pacientes, mas a mim mesma. Além disso, diz também do brilho que pode produzir um encontro. Foi no interstício do questionamento dessa paciente que fiz também um ponto de interrogação vivaz sobre meu próprio trabalho.

As reflexões contidas aqui não são um retrato fiel do NOT, mas meu olhar de hoje sobre a experiência que vivi no serviço. São aproximações do que aprendi durante perto de dois anos no caminho ora cheio de tropeços, ora cheio de deslizares, ora com rapidez, ora com lentidão, que fiz pelo NOT. Aproximações porque cabe nestas páginas apenas uma pequenina parte do muito que vivi e do quanto esta experiência de trabalho me transformou. Aprendizagem porque concomitantemente me dispus a estar na singular condição de aprendiz e, ao mesmo tempo, de trabalhadora e também criadora do que é o NOT, do que lá se passa e da tamanha potência de vida que o serviço produz naqueles que o frequentam e que, assim, o criam cotidianamente.

A escrita desse texto se deu ao longo de dois anos. Assim, tentei costurá-lo de modo a tornar a leitura o menos enfadonha possível. Contudo, há trechos que podem parecer desagregados do texto maior, mas que não me permiti retirá-los por fazerem muito sentido na própria relação memorial e escritural que fiz com eles. Enfim, entre o engordar emocional que

as palavras me provocam e a necessidade de emagrecimento de capítulos para compor uma dissertação, optei ora pelo primeiro, ora pelo segundo e, assim, com artifícios tanto de malemolência das letras quanto da ciência produzida na academia, tentei compreender ambos.

Aliás, numa obra que tem a pretensão de ser científica e que foi feita como acabo de descrever, não posso me furtar a dizer, logo de início, que, entre outras reflexões, também questionei sobre qual método científico me apropriaria para fazer sustentação ao processo de pensamento que culminou nessa escrita. Assim, logo no segundo capítulo, esclareço que a cartografia inspirou uma escolha que aconteceu no decorrer do processo de confecção desse texto, na justa medida de sua proposta, que é a de fazer pesquisa no transbordamento do pesquisador com seu objeto. Tal proposição se anuncia diferente do modo corrente de fazer ciência, que é aquele que discorre sobre o necessário distanciamento entre sujeito e objeto com vistas a manter a neutralidade na ausência de influência de um sobre o outro. Pressupondo essa não-relação, supostamente seria garantida parte da validade da pesquisa, o que, para esse processo que vivi, não interessa. E, se a escolha foi a de produzir esse mestrado versando sobre as questões que fiz sobre minha própria experiência de relação com o trabalho e a loucura, a inspiração na cartografia foi o que melhor me sustentou nesse processo. Afinal, a intenção dessa escrita é justamente narrar algo desta relação entre trabalho e loucura, o que isso me provocou e propor que o produto dessa narrativa seja usado por quem, do modo, onde e quando quiser.

Sigo apresentando problematizações que fiz, e ainda faço, sobre usar as terminologias “loucura” e “louco” ao invés de outras comumente encontradas em trabalhos acadêmicos por se apresentarem mais polidamente adequadas, como se ferissem menos ao serem pronunciadas. No entanto, posiciono-me no sentido de defender que o desrespeito não está contido na nomenclatura, mas no como se diz e no que se faz com estes nomes. Muito embora no discurso dominante dos militantes da reforma psiquiátrica pipoquem “usuário”, “portador de transtorno mental ou psíquico”, “doente mental”, no cerne se fala da loucura em seu sentido mais concreto e, com o risco de ser pega em emboscadas conceituais, ousou apontar que também mais genuíno.

Adiante, está um texto mais propriamente histórico que, embora seja breve, não é tão leve. Há um panorama de algumas apresentações do trabalho no decorrer do tempo até os dias de hoje, com ênfase para a perspectiva de pensá-lo em sua relação com a psiquiatria. Isto

serviu para embasar discussões, sobre as quais ainda reflito, acerca do lugar social da loucura e sua relação com o trabalho na atualidade.

Apresento, então, o Cândido Ferreira, para adentrar no sumo da questão desta dissertação, que é minha experiência no NOT e o que dela ainda reverbera em mim neste processo de escrita.

E, enfim, concluo muito mais com questões do que com respostas sobre a riqueza de ter sido trabalhadora do NOT.

Estou parcialmente distante do NOT desde que pedi a demissão por ter escolhido me dedicar integralmente ao mestrado. Agora, é pela via deste estudo que a relação com ele se mantém. Reafirmo que o distanciamento é parcial porque, quando saí de lá, percebi que iria embora dali, mas que o ali não iria embora de mim enquanto não acabasse o mestrado. Agora penso que talvez não o vá jamais, pois produziu profundas mudanças em meu modo de olhar e viver o trabalho e a loucura.

Esta escrita não traz reflexões somente sobre o trabalho que produz desagregação, sofrimento, alienação, heteronomias, mas principalmente sobre a produção libertária do trabalho nas oficinas em seu sentido de ampliação da vida. Indicamos que o que sustenta a existência delas na esfera da saúde mental são os efeitos terapêuticos produzidos pelos oficinheiros em seu trabalho e na relação com outros sujeitos que também compõem o coletivo da oficina, efeitos estes que estão na perspectiva da produção de saúde e na identificação do sujeito não mais com o lugar de segregado social por ser louco, mas de pertencimento e participação social tal qual um louco e trabalhador e cidadão e sujeito político e homem e mulher e muitos outros substantivos que lhe sirvam e que lhe convierem.

Assim, muito embora este texto tenha sido escrito baseado na prática profissional vivida, ele não é de minha propriedade, mas sim de quem quiser se apropriar dele. Que quem ler possa se inspirar (ou não) para viver sua própria relação com o trabalho e com a loucura, tirar proveito dele, usar dele o que lhe convier. Que sirva para lhe provocar interferências e críticas. Que este registro possa, inclusive, se necessário, ser desertado. Qual sua finalidade? Além de ser parte constituinte de um processo de mestrado que, ao final e ao cabo, espero que me outorgue um título de mestre, que convenha também para problematizar pessoas que vivem experiências semelhantes nos âmbitos da saúde, do trabalho, da vida em si, da vida em sim, do que mais e de onde mais se desejar.

Esta dissertação também foi feita com o pensamento nos que me acompanharam no processo de fazer velas, pintar, varrer, plantar e colher, mesmo que caladamente, me ensinando que os sentidos do trabalho quem produz somos nós próprios. Eles persistiram em estar juntos comigo, mesmo nas minhas ausências. São meus generosos companheiros com quem aprendi que, mais que o fazer instrumental das oficinas que coordenei (agrícola, pintura e vela), importa a companhia e a parceria, seja do que se produz, seja com quem se produz. Estas pessoas, que são os oficinairos e a equipe toda do NOT, persistiram em estar comigo, mesmo nas minhas ausências do serviço, para que este processo de mestrado acontecesse.

## 2. INSPIRAÇÕES CARTOGRÁFICAS DE UM PERCURSO



3

Marginal é quem escreve à margem,  
deixando branca a página  
para que a paisagem passe  
e deixe tudo claro à sua passagem.

Marginal, escrever na entrelinha,  
Sem nunca saber direito  
quem veio primeiro,  
o ovo ou a galinha.

*Paulo Leminski*

Convém já de início indicar que a preferência por estudar os efeitos terapêuticos que a produção de cuidado com os oficineiros do NOT produz foi sustentada pela implicação que tive com este equipamento de saúde. Isto invariavelmente conduziu à cartografia como estratégia de pesquisa para auxiliar nesses escritos.

---

<sup>3</sup> Oficina de Velas (foto minha, março de 2011).

A ferramenta para desenvolver esta pesquisa não foi escolhida a priori para depois me dirigir a sua confecção, conforme a prática da produção científica quase sempre recomenda; ao contrário, foi a enunciação do que vivi no lugar de trabalhadora com os oficineiros, também trabalhadores, a própria indicação de que a proposta mais apropriada para respaldar o fazer deste trabalho acadêmico seria aquela que considerasse a processualidade de tal experiência. Assim, como indicam Passos e Barros (2009a), a escolha pela cartografia aconteceu durante a consecução desta dissertação:

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método \_ não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hodos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um *hódos-méta*. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (PASSOS; BARROS, 2009a, p17).

Participo inicialmente que usarei o pronome pessoal na primeira pessoa do singular, ao contrário do que usualmente concerne uma pesquisa científica tradicional quanto ao uso do pronome pessoal na primeira pessoa do plural para denotar certo distanciamento do pesquisador com o objeto de estudo na pretensa condição de neutralidade para que a pesquisa seja válida. Embora a escolha por esse pronome não tenha acontecido em primeira instância, fui convencida pelo próprio ato de escrever, posteriormente ao início da confecção do texto, de que, se narraria as relações que fiz com os participantes do NOT, invariavelmente narraria minha própria história no serviço, o que indica que também estaria escrevendo sobre mim mesma. Assim, estes escritos explicitam o NOT e a mim e, justamente por isto, é mais apropriado assumir o “eu” ao invés do “nós”.

Tal escolha também é integrante do modo de fazer pesquisa que escolhi, na tentativa de apresentar o que em mim foi modificado pelo NOT e o que do NOT foi modificado por mim. Estes polos da mesma relação se engendram para constituir o que é a produção de conhecimento e subjetividade baseados na realidade vivida. Aliás, aqui toco num ponto crucial do texto: há subjetividade envolvida. Avessamente ao que acontece na maioria das pesquisas científicas, onde se pretende excluir qualquer marca, traço ou mesmo passagens breves de envolvimento do pesquisador com seu objeto, aqui o distanciamento é veementemente negado, pois se trata de uma dissertação que narra relações. E, dentre estas relações, também importam as que travei com o NOT e vice-versa; portanto, há narrações de minha própria produção subjetiva.

Na proposta cartográfica, realidade e pesquisador não existem a priori, mas se constituem juntos e são efeitos do próprio movimento de pesquisar. Desse modo, o que o NOT imprimiu em mim e o que deixei de marca no NOT só se tornam essa pesquisa enquanto conduzi o processo de escrever. Como aponta Merhy (2004), fui e sou atravessada pelo trabalho e pela loucura e é pelo contar sobre esses atravessamentos que produzo esta pesquisa de mestrado.

(...) como em situações nas quais o sujeito que propõem o que será conhecido está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos. (...) Ou seja, o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sobre análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno. (MERHY, 2004, p. 22 e 23).

Seria inviável delinear este equipamento de saúde em texto preservando as dicotomizações entre sujeito e objeto e entre teoria e prática, tal como propõe o modo hegemônico de fazer ciência previsto pela academia. Apartar estes planos, em conformidade com a proposição de alguns métodos científicos, visaria manter a neutralidade com o argumento de que assim seria garantida a validade da investigação. No entanto, tais categorias, ao serem mantidas longe uma da outra em prol da produção de um conhecimento, desconfiguraria o núcleo desta pesquisa, que é a narrativa da minha própria experiência provocada pela potência constitutiva do NOT que me afetou como trabalhadora, na intenção de discorrer sobre os efeitos da produção de cuidado no trabalho com osicineiros. Colocar-me fora do campo de investigação seria uma barbárie, pois também trato aqui justamente do contrário: narro, entre muitas contações, sobre como me constituí coordenadora de oficinas na relação com osicineiros e pautada na produção de cuidado com propostas terapêuticas. Portanto, tal impessoalidade não caberia no encontro que fiz com o serviço e, mais ainda, também inviabilizaria a produção desta escrita que é fruto de um envolvimento justamente por eu me ter feito tão misturada e afetada com a pesquisa.

Neste sentido, a escolha pela cartografia aconteceu por ela apresentar uma proposta viável e radical no modo de pesquisar ao apontar que a formação acadêmica pode ser indissociável da produção subjetiva. A marca maior é a de que sujeito e objeto não existem a priori, mas se perpassam e assim se compõe durante o caminhar da pesquisa, pois o conhecimento se produz na relação entre o pesquisador e o que é pesquisado. Assim, uso aqui a cartografia como sustentação para o trabalho de narrar a experiência que vivi no NOT.

Porém, há que se ter cuidado, pois, como aponta Romagnolli (2009):

(...) também a cartografia contém riscos. O primeiro deles, e o mais usual, é ser utilizada como um modelo, um padrão a ser seguido, usado em obediência à nossa formação dentro do paradigma moderno, fórmula que se afasta sinistramente do que esta propõe: a ousadia de rastrear a heterogeneidade, a complexidade. Nesse sentido, operaria para a reprodução e não para a criação, estancando a circulação da vida, operando cortes e recortes no processo de pesquisa, organizando de forma fascista o objeto de estudo e desqualificando de maneira transcendente outras formas de pesquisar (ROMAGNOLI, 2009, P.169).

O que entra agora em debate está profundamente conectado com a contestação de como e porquê se produz conhecimento na atualidade. Se intentasse fazer saber científico calcado em um modelo, haveria o risco de espremer a amplitude da experiência no NOT em páginas que talvez embaraçassem (ao invés de refletirem) a produção de cuidado no trabalho com o oficinairo. A vastidão de elementos que tentei conjugar para compor este texto estaria prejudicada, pois admito que há alguns deles que claramente não caberiam em qualquer método científico, por representarem muito mais impressões e sensações a partir de lembranças que só pertencem a mim do que propriamente o registro de algo da superfície da ciência. E, não cabendo, não seria o que proponho aqui, que é o narrar acontecimentos para refletir sobre eles e assim fazer esta dissertação. Portanto, reafirmo que o uso que faço da cartografia para sustentar minha escrita é pelo viés da inspiração.

Ainda, é na implicação com o próprio trabalho constitutivo da dissertação que contribuo também para o pertinente questionamento da ciência que pronuncia a neutralidade e a universalidade como condições para sua existência.

Sobre a universalidade da aplicação da pesquisa, é fundamental que se esclareça que esta é uma narrativa de uma determinada realidade local vivida num determinado contexto histórico, o que implica apontar que tal espaço-tempo também configuram a investigação. Ou seja, sua aplicabilidade pode ser facilitada a alguns contextos específicos, talvez os que sejam mais próximos das vivências em saúde vinculadas às oficinas de geração de trabalho e renda na atualidade brasileira, mas não está restrita a isto, pois pode servir de inspiração para inúmeras outras práticas humanas. Embora o NOT tenha vinte anos e funcione vinculado ao SUS, essa conformação não é necessariamente um impeditivo para que outros enunciados políticos deslocados em outras épocas não possam aproveitá-lo como mais um plano de reflexão possível, na perspectiva também de uma versão utilitarista de ciência.

E, já que uma das nuances que constituem tal dissertação são os sentidos que o homem atribui ao trabalho, se o pesquisador não se apresenta afetado e envolvido com seu próprio trabalho de pesquisa e com o objeto que escolheu investigar, não poderíamos dizer da

produção de um trabalho sem sentido para ele próprio? Como sustentar um trabalho que deveria, principalmente, envolver desejo? Sim, a pesquisa deve envolver desejo, e essa é uma das premissas desse texto. Se não há implicação, envolvimento e afetação com o trabalhar, pode haver mera execução de tarefas sem sentido, com a possibilidade disto ser sustentação para produção de sofrimento. Ao pesquisador, tenho a apontar que, seja no escrever, ler, testar experimentos, entrevistar, ou qualquer outro fazer que contenha uma investigação: ou mergulha-se na composição de um plano de conhecimento sustentado por um desejo, ou o pesquisador estará meramente executando um trabalho sem sentido, deslocado de uma proposta e de uma causa.

No primado deste desejo, a cartografia tem também como condição primeira que o próprio percurso metodológico é um ato inventivo em si. Assim, fazendo uma escolha por ela, escolho também que não há um “como fazer” ou mesmo um caminho recomendado e sinalizado a ser seguido. Ao contrário: a proposta é que o caminho da pesquisa se inventa nas próprias andanças, no durante, nos instantes mesmos de se fazer, enquanto ela estiver sendo criada, no próprio movimento de nascer e morrer das palavras. Ou ainda, para melhor ornar com a proposição da cartografia e tentar fazer esta explicação mais manifesta e evidente: o caminho se faz ao navegar. Inspirada no belíssimo e célebre poema de Fernando Pessoa, escritor que tantas vezes registrou sobre as navegações e os desbravadores portugueses, “navegar é preciso, viver não é preciso”. Não há mesmo precisão no ato desta pesquisa sobre o humano, seja tal precisão a da exatidão, seja tal precisão a da necessidade. Mais ainda: é na imprecisão provocada pelo contato com a loucura no meu próprio trabalho no NOT e no trabalho dos oficinairos que nasceu e se fez esta dissertação. Assim, o processo de pesquisa não pôde ser da ordem de uma pesquisa de cálculos exatos, nem da ordem da impessoalidade, ou sequer da ordem da objetividade, mas sim da desordem das inexatidões que contém as relações, da desordem das pessoas envolvidas e da desordem do objeto de uma ação de pesquisa que só existiu na relação mesmo com a pesquisadora, e não fora dela.

Cabe ressaltar ainda que, embora houvesse no projeto dessa pesquisa de mestrado alguns objetivos propostos, tais objetivos só tomaram forma no acontecer desse ato de narrar. Entre eles, o principal que se manteve durante toda a navegação-pesquisa foi o da investigação dos efeitos terapêuticos que produzem os cuidados ofertados aos oficinairos numa oficina de geração de trabalho e renda do NOT. Só pude chegar até a margem desse objetivo e adentrá-lo mais profundamente quando pensei e escrevi sobre minhas relações de trabalho com os oficinairos e com toda a equipe que compõe o serviço. Porém, não o fiz

impunemente: no processo de escrever, a escolha metodológica de como compôr a pesquisa me custou expor questões minhas que, a princípio, não eram tão claras e nem tão próximas de serem resolvidas, como, por exemplo, o que ou mesmo qual trabalho é produtor de sofrimento ou de alegria, porque trabalhar diretamente com a loucura me interessa tanto, que movimentos de uma oficina a faz viva e vida, quais potências de criação e de destruição contém o trabalho, entre tantas outras que aparecerão no decorrer desse texto.

Neste viés, questiono também a produção hegemônica do saber científico na atualidade pautado na impessoalidade. Tal problemática, mais próxima do campo das ciências humanas, me obriga a reafirmar a posição já aqui anunciada de que estive enlaçada com o próprio objeto de estudo, que é a produção de cuidado que tem efeito terapêutico nos oficinas. Seria inviável usar a impessoalidade neste âmbito, já que a pesquisa diz de algo que é tanto da ordem de mim mesma na relação com o trabalho nas oficinas, quanto do caráter de personalização que o NOT imprime a cada um de seus oficinas ao ofertar cuidados tão específicos e singulares.

Portanto, a pessoalidade também é uma das tônicas deste texto e consta como parte da estratégia da pesquisa. Por ter estado atada ao objeto, ele também fez parte de mim e eu dele, e foi no imbricar dessa relação que a pesquisa pôde ser inventada. Apresento essa relação na própria escrita que, verão os que lerem, se fundamenta no contar de participações em acontecimentos no NOT. Ela é essencialmente a narrativa de como operei encontros nesse equipamento de saúde.

A narrativa me interessou porque:

O ato de contar resgata a memória para infinitos encontros que se realizam nas histórias. Por isto o dizer, o contar é uma arte do fazer, do produzir e do transformar uma realidade que já existe em função do que outrora foi falado (MAIRESSE, 2003, p 227).

Deste modo, o ato de pesquisar narrando pode ser também a produção de agenciamentos para viabilizar a emergência de uma potência que produza algo novo. Este novo acontece invariavelmente durante o tempo em que narro e faço entendimentos e problematizações ao escrever. Num processo de produção que se inspira na cartografia, fazer pesquisa é também procurar produzir movimento no que está estabilizado; quebrar o que está cristalizado para com os cacos construir a novidade; rasgar o tecido do cotidiano para recosturar e imprimir outro uso. Por isso, há que se ter cuidado para que a escrita não seja ela própria um fim, pois o que está escrito e publicado se torna registro e não há mais como

alterar. Para continuar o movimento da escrita sobre aquilo que se escreveu e que não se acredita mais, só mesmo propondo caminhos ao pensar do escritor e do leitor que movimente ainda mais o que se quis ou o que não se quis escrever.

Nestas propostas de caminhos, esse texto pode parecer ter tons de manifesto. Não poderia ser diferente, pois é também um ato político de uma militante do Sistema Único de Saúde (SUS) que trabalha na perspectiva da reforma psiquiátrica, esta constantemente se construindo no prenúncio de abandonar antigos arranjos para produzir novos. Sou dada a pensamentos que me colocam no interstício dos conceitos para que deles possa aproveitar o que me couber, num desarranjar contínuo e lento para reafirmar ou refazer posições, quando a vida assim o pede. Tal vertente de condução é deveras interessante porque auxiliou nas reflexões sobre qual foi minha própria transformação subjetiva durante o tempo em que trabalhei no NOT e durante o tempo em que estou trabalhando nesta dissertação.

Inventei-me também na experiência de escrever ao derreter o conceito do terapêutico e, mais ainda, do cuidado, para melhor aproveitá-los na direção não só de tentar compreendê-los, mas de torná-los possíveis de uso para refletir sobre esta experiência de trabalho. Fiz esse movimento principalmente ao criar jeitos de contar casos que representassem a saúde produzida no NOT.

Trago ao presente por essa narrativa a conversa, versar com, com a escuta sensível aos murmúrios humanos que tomavam formas no que era produzido nas oficinas. Uso também da arbitrariedade para sintonizar o texto na combinação de pessoas que estavam vivas no ato de trabalhar, nas infindáveis e deliciosas prosas com muitos dos oficinairos para aprender que também há sofrimento e alegria na composição da loucura, compartilhando processos de subjetivações processuais em sintonia que me permitiam mover o discurso ora para mais, ora para menos elementos práticos ou subjetivos ou materiais ou móveis ou estanques ou raciocínios ou, ou, ou...

Eis a intenção: fazer registro escrito, embasado em memórias, de narrativas que contam meu próprio percurso no processo da experiência NOT. A proposta é escrever como ato indissociável não somente da descrição, mas também da criação de uma realidade possível, tendo como suporte as reflexões que este processo de produção de uma dissertação contém. E, embora estes escritos apresentem apenas minhas reflexões, eles, por vezes, também indicam inspirações em aprendizagens que se deram na experiência coletiva do NOT.

### 3 POR QUE LOUCO?



4

#### **Um homem com uma dor**

Um homem com uma dor  
é muito mais elegante  
caminha assim de lado  
como se chegando atrasado  
andasse mais adiante

Carrega o peso da dor  
como se portasse medalhas  
uma coroa de um milhão de dólares  
ou coisas que o valha  
ópios edens analgésicos  
não me toquem nessa dor  
ela é tudo que me sobra  
sofrer, vai ser minha última obra.

*Paulo Leminski*

---

<sup>4</sup> Oficina de Velas (foto minha, março de 2011).

### 3.1 Louco porque louco

Faz-se necessária uma explicação inicial sobre a escolha pelo uso do termo “louco” nesta dissertação, ao invés de, por exemplo, “doente mental” ou “portador de transtorno mental”, pois estes dois últimos termos têm presença corriqueira no discurso do movimento da reforma psiquiátrica.

Não foi sempre que a loucura esteve associada à doença, tal como é na atualidade. A cultura ocidental atribuiu historicamente ao louco diversas significações. No tarô, a carta do louco é a única que não tem numeração. Ela indica um homem à beira de um precipício, que carrega consigo uma trouxa e que é seguido por um cão. Tem a significação dos novos começos. Durante a época das Cruzadas, o bobo da corte era muitas vezes um sujeito que representava um louco a divertir as monarquias europeias com cenas de brincadeiras e ironias a respeito da corte. Na Idade Média, a loucura foi escorraçada das cidades para a nau dos loucos, transitando para nunca chegar a lugar algum. Com o advento dos primeiros asilos, ela foi resignada a ocupar seus porões. No marco histórico da Revolução Francesa, foi capturada pela medicina e tomada como desordem das paixões (FOUCAULT, 1997).

Louco e loucura, termos diferentes, mas que comumente se confundem, são usados nos mais diversos contextos sociais. Segundo Pelbart (1990), o louco afirma ao outro aquilo que aterroriza, mas que, ao mesmo tempo, atrai, justamente por espelhar em vida os elementos que são constitutivos de todo ser humano, mas que são negados, encobertos ou escondidos pela maioria. A loucura já esteve relacionada ao sagrado, a povos que cometeram revoluções culturais e políticas, a andarilhos, a artistas, entre muitos outros que carregaram consigo a insígnia de determinada diferença vivida numa certa alteridade grupal e que os distinguiam da maioria da população. Já a figura do louco pode ser compreendida como aquele ser que encarna em sua existência o que o humano apresenta de mais radical, diverso, singular, estranho:

(...) o louco, esse tipo social criado a partir do século XVII e sobre quem depois se constituiu um saber médico e psicológico, recebeu a “incumbência” de levar em seu próprio corpo uma dimensão desarrazoada que o precedeu de muito. A desrazão não nasceu com o louco nem coincide com ele (PELBART, 1990, p.133 e 134).

No contexto da reforma psiquiátrica na atualidade brasileira, alude-se principalmente a “doente mental” e “portador de transtorno mental” para referir-se ao sujeito que está ou

poderia estar em tratamento psiquiátrico. Porém, escolhi usar “louco” neste texto para escrever sobre os sujeitos nas oficinas por questões que apresento a seguir.

Esclareço que, se escolhesse o termo “doente mental” para escrever sobre os oficinairos de quem trato nesta dissertação, poderia impelir quem lê a compreender a loucura como subjetividade relacionada a uma enfermidade e que, como tal, teria como marca maior a necessidade de tratamento para a cura. Desapareceria o sujeito para aparecer o que, para a ciência, se designa de doença. Entretanto, é sabido que o louco não precisa, necessariamente, de se tratar: vide os muitos que circulam no social sem jamais terem se submetido a qualquer técnica com propósito terapêutico. Aliás, o louco não é todo sofrimento, ele é também produção de alegria e de infinitos outros afetos.

Também o uso de “transtorno mental” considerado como perturbação, desequilíbrio ou desordem da razão indica um caminho de compreensão do sujeito ainda como subjetividade que se produz fundamentalmente relacionada ao significado de patologia. Não satisfaz pensar a pessoa como uma “portadora de transtorno mental”, pois tal loucura não se porta, não é algo que lhe vem de fora para ser levado como uma exterioridade, não se transporta de um lugar a outro, não sendo tampouco um agente causador de doença (micro-organismos patogênicos como fungos, bactérias, protozoários, vírus) que se leva consigo e que deveria ser atacado para ser destruído. Sobre esta discussão, Amarante (2007) apresenta a seguinte contribuição:

A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtorno mental’. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito (AMARANTE, 2007, p.68).

Loucura é o que constitui o sujeito e não o que ele toma para carregar consigo; não é defeito, mas um dos infinitos modos de subjetivação; é o que significa a existência num dado momento; é aquilo que é sua própria constituição; o que o compõe; o que o estrutura como humano em um determinado ponto de seu percurso de vida.

Assim, por exclusão dos dois primeiros, mas não os negando como termos possíveis que permitem comunicação com nossos pares da saúde mental coletiva, escolhi usar “louco” como um agregador de múltiplas e possíveis subjetividades a serem produzidas no plano da cultura, numa ética de singularização que constitui o sujeito.

Não é proposta das oficinas a extinção de sintomas relacionados à loucura, embora esta prática perpassasse as diversas especialidades da saúde, entre elas a psicologia e a psiquiatria, ambas na prescrição de técnicas e/ou medicamentos que atenuem ou mesmo encerrem o sofrimento. Também não refiro a “louco” como adjetivo, pois a intenção não é caracterizar e/ou qualificar uma pessoa pela loucura que ela produz, mas nomear o sujeito na tentativa de compreender (embora tais tentativas beírem o incompreensível) este processo de produção de si como mais uma condição subjetiva possível entre muitos e infinitos modos de ser. A loucura nos indica um instigante caminho rumo a algo da complexidade humana, mesmo que seja a princípio irreconhecível.

Longe de conceituar a guisa de romances ou de produzir uma verdade epistemológica sobre o tema, mas na tentativa de escolher um termo que distancie da noção corrente de doença-cura (ou problema-solução), faço a aposta de que “louco” é o que mais se aproxima de como tenho refletido sobre esta experiência de “existência-sofrimento” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) que considera em sua concepção, os modos de constituição do “sujeito-sofrimento” (COSTA-ROSA; YASUI, 2008), balizando nosso fazer pela ética da vida.

Experimentar uma existência marcada pelo sofrimento aponta para eventuais tempos de desestabilização da conformação cotidiana. Mesmo sendo o sofrimento algo evocado pela própria condição do humano, há que se admitir que, ao sujeito que vive a loucura em maior intensidade e expansão que a maioria dos homens, as situações em que o insuportável da dor o paralisa podem gerar crises. Nestes momentos, aquele que sofre deve ser cuidado com as aproximações e ferramentas que couberem naquela específica produção subjetiva, na perspectiva do acolhimento de sua dor e da criação de territórios que lhe permitam dar sentido a ela.

As crises também apontam para desvelamentos rumo a compreensões sobre o louco. Em resposta a elas, as ações podem ser restritas ao enclausuramento do sujeito por um não saber lidar ou a um chamamento à relação também por um não saber lidar. Enfim, parto do princípio de que o não saber pode ser tanto a insígnia que afasta o profissional do louco quanto a que faz a solicitação à relação. A quem interessa o apelo, há a possibilidade de produção de intervenções baseadas em compreensões do que o sujeito lhe traz. A quem interessa o afastamento, pode-se produzir apenas a segregação daquele que sofre para não fazer sofrer também o profissional. Aceitar o convite de não saber o que fazer, mas ainda

assim concordar que é possível fazer algo junto, configura-se como o enfrentamento necessário de ambos envolvidos nesta relação para que possam produzir sentidos para o evento da crise. Assim, há uma chamada cotidiana constante do louco ao trabalhador da saúde e que se intensifica no momento da crise. Esta pode se produzir como marca constitutiva que reconfigurará o momento da existência do sujeito que sofre, possibilitando também que ele se repositone como um agente implicado na produção deste sofrimento.

Sobre a crise e a designação “existência-sofrimento”, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) contribuem para a reflexão problematizando que:

Para mudarmos nossa atitude asilar, reformista e tecnicista diante da pessoa com transtornos psíquicos ou mentais, e considerá-la a partir de sua **existência-sofrimento**, faz-se necessário especificar uma concepção de subjetividade e de saúde psíquica que deixem claro qual é o lugar e o estatuto das crises e dos diferentes desencadeamentos problemáticos. É necessário dar às crises um lugar estrutural (depois de extirpadas de sua porção indesejável e evitável). As crises só terão uma acolhida como efeitos estruturais e, portanto, também estruturantes, se elas forem concebidas como integrantes do modo de o sujeito se posicionar em relação às conjunturas conflitivas (subjetivas e socioculturais) que os atravessam. Apenas numa concepção de saúde psíquica assim formulada será possível considerar seriamente os indivíduos como ‘**existência-sofrimento**’ (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2001, p. 18. Grifos nossos).

Em muitas crises, são localizados também episódios de surtos. Sobre ele, uso a descrição contida no Novo Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986) para refletir acerca de tal vivência: “1. Diz-se da embarcação ancorada, amarrada à boia ou ao cais 2. Voo alto. 3. Desejo intenso. 4. Arranco, arrancada, impulso. 5. Aparecimento repentino; irrupção”. A experiência absurda de ruptura desencadeada por alguma desacomodação no modo usual de existir pode conduzir o sujeito à crise e ao processo de produção de outros modos de existir que sejam compatíveis com uma nova singularidade.

Eventualmente, num momento específico, a crise pode ser a consequência de um processo contínuo de sofrimento que conduz o sujeito ao surto, que é a produção de uma explosão abrupta, na maioria das vezes violenta, descomunal e de intensidade máxima. Eis o intrigante: qualquer um pode viver isto como um processo de se desarranjar para se rearranjar. Este desencadeamento pode se dar tomando por base um evento que produz uma perturbação e um desequilíbrio no seguimento da vida. No entanto, cabe ressaltar que não é o evento propriamente dito o causador da loucura, mas os efeitos da relação que o sujeito estabelece com aquele evento.

Em oito anos de experiência profissional na rede de saúde mental de Campinas, vivi muitos encontros que me deixaram marcas sobre os temas “crise” e “surto”. Recordo-me de

uma senhora que desencadeou o processo de enlouquecimento ao ser abandonada pelo marido e de outra que o fez ao nascer um de seus filhos. Foram eventos que produziram uma ruptura no curso da vida destas duas pessoas e que as conduziram à experiência da loucura inicialmente na vivência de um surto e depois na ressignificação da vida por inteiro a partir deste acontecimento, cada qual por sua via específica e com sua intensidade própria.

Há ainda a lembrança de um senhor que havia tido uma ruptura em sua trajetória de vida, embora ele não tivesse tido um episódio de surto. Portava-se minimamente organizado nos planos simbólicos da fala e da escrita, mas se desorganizava quase que nas entrelinhas de seu discurso e de seu modo de habitar o mundo, qual seja aquele continuamente desarranjado e desconectado, que tenta a todo custo fazer relação com o outro pela via das palavras que aparentemente não se conectariam para se fazer entender. Este era seu modo de se apresentar, numa miragem diferente do modo de vida da maioria das pessoas, mas mesmo assim possível de viver.

Para além da dicotomia saúde-doença, fazer saúde mental é subjetivar o humano, tendo como máxima a saúde como produção de vida e não como cura de doenças, pois não podemos pensar em cura quando estamos falando em modos de subjetivação que comportam todo tipo de sujeito. Tal modo de subjetivação na e pela loucura compreende o enlouquecimento como processo de ancoragem à vida, seja a partir de um surto ou não. A loucura é uma tentativa que beira o desesperado de manter-se vivo, um recurso da existência, um chamado, um berro: “esta ruptura aconteceu para a manutenção da vida”, posteriormente provocando tentativas de acomodar a existência do sujeito àquela experiência, de maneira que ele sobreviva à dor. A vida, quando é dilacerada por qualquer acontecimento que produza uma significação sofrida ao sujeito, ainda pode produzir desarrumações e rearranjos para se manter.

Nesta perspectiva, as oficinas do NOT são uma aposta do SUS pela vida ao propiciarem encontros dos oficinairos com modos possíveis de fazer o vivido da loucura significado pelo trabalho. Assim,

O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p.30).

No entanto, “louco” também carrega em si a significação de conjurações pejorativas e preconceituosas que foram produzidas ao longo da história e ainda permanecem arraigadas à

nossa cultura. Mas, embora o dizer sobre a loucura possa fazer indicação a maledicências, também é possível produzir um dizer outro que sugere uma positividade, sendo esta um reverso da concepção absurdamente relacionada ao prejuízo. Diz-se de intensidades, do incabível, do incomum, do que se destaca (“louco de alegria!”, “louco de amor!”, “louco de fé!”), produzindo, em algumas circunstâncias, a perspectiva de uma identificação social e política com algo nada enigmático: a potência dos desejos pela vida, dos afetos jubilosos, das satisfações, dos contentamentos, dos prazeres.

Somos todos repletos de senões, ondulações, nós, deformações, desarranjos em nossos propósitos humanos. Nossos enguiços impelem a nos fazermos como buscadores incessantes de tentativas de compreendermos essas imperfeições que nos constituem. O sujeito também se produz no inconformismo fecundo que intenta produzir respostas para a incômoda charada da vida: o profícuo não-saber acerca da finitude. Neste percurso entre o nascer e o morrer, muitas experiências nos arrebatam. A que me parece mais próxima do mistério do humano é a da loucura. Fascínio e medo alternadamente me aproximam e distanciam dela, oscilando em ritmos ora intensos, ora lentos, mas sempre descadenciados. Desejo sabê-lo: afinal, que experiência é essa que qualquer um de nós pode viver? Minha escolha profissional foi imbuída do desejo dessa compreensão. Uma das lembranças infantis mais antigas que me aterrorizava e encantava era a da mulher que falava sandices e andava incessantemente pelo bairro onde ambas morávamos, em Assis. Também me interessava saber quem eram guardados atrás dos muros altos dos manicômios das cidades da região que conheci ainda menina, os comportamentos insensatos de pessoas próximas, a insanidade bizarra de alguns adultos que me entusiasmava a inventar brincadeiras, as doidices dos andarilhos de Assis que me intrigam desde sempre, isso tudo que provocava admiração e receio. Questões da infância ainda incomodam: “Por que uns enlouquecem e outros não? Por que uns desenlouquecem e outros não? Quem mora dentro daquele lugar? Por que não sossego e deixo de tentar entender?”

### 3.2 Sobre o uso do diagnóstico

todo bairro tem um louco  
 que o bairro trata bem  
 só falta mais um pouco  
 pra eu ser tratado também

*Paulo Leminski*

Seria demagoga se afirmasse que jamais usei o diagnóstico psiquiátrico durante os anos de trabalho na saúde mental. Pelo contrário, considero que a terminologia psiquiátrica é comum e que ela me permitiu, em muitos momentos, dialogar com outros profissionais da área, usando também dela como um dos pontos de sustentação de minha prática. Inviável pensar a conjuntura de práticas no atual contexto da reforma psiquiátrica que não se valha do DSM e do CID<sup>5</sup>. O que saliento nesta discussão é a necessidade da reflexão do profissional da saúde sobre a experiência da loucura para além de um conjunto de sinais e sintomas passíveis de descrição e catalogação para sua posterior correção.

O diagnóstico pode ser uma categoria que, às vezes, de modo grosseiro ou não, simplifica a experiência da loucura ao reduzi-la à doença, não somente na tentativa de torná-la compreensível, mas, mais que isso, na intenção explícita de extinguir seus sintomas com a esperança vã de que assim ela também se esvaia. Sendo a loucura na atualidade quase que completamente capturada pela noção de doença mental, ela também permite aplicar sobre si técnicas ditas curativas, essencialmente de extinção de sintomas, na diligência de que o sujeito se livre de tal male. Neste processamento concreto das idiossincrasias do sujeito a fim de torná-lo este ou aquele diagnóstico, reduzindo drasticamente sua existência a uma categoria de análise baseada muito mais na doença do que na saúde (o “esquizofrênico”, a “histérica”, o “obsessivo-compulsivo”, o “perverso”, entre outros), o caráter de humano pode ser perdido e a existência ser reduzida a um mero código.

Porém, em outro sentido, a conduta do diagnóstico pode ser usada em sua justa medida como mais uma tentativa de compreensão de um complexo fenômeno que diz algo do louco.

---

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) são manuais que contém classificações psiquiátricas empregadas a partir de critérios estatísticos. Ambos são usados como referências para fazer diagnósticos por profissionais de saúde mental no mundo inteiro.

Assim sendo, a busca por um diagnóstico pode também auxiliar na relação entre o profissional que cuida e o usuário que demanda cuidado, sendo mais uma codificação possível entre tantas outras no vasto caminho de desvelamento dos diversos signos que compõem um sujeito.

Só faz sentido no tratamento diagnosticar um sujeito se ele também se responsabiliza por este sinal que lhe é atribuído, ou seja, se isto lhe render uma questão sobre o porquê dele ter este signo conferido à sua existência. Esta corresponsabilização é um dos marcos éticos da reforma psiquiátrica, pois valoriza o saber do sujeito que sofre quando propõe que a produção de um diagnóstico se dá na relação de seu próprio saber com o saber de ferramentas tecnológicas do profissional.

Além disso, o que se denomina propriamente de sintoma (principalmente pela psicanálise e pela psiquiatria) pode ser justamente o que faz suporte ao sujeito no mundo:

Não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro. Há certos momentos em que o primeiro dever a realizar é em relação a si mesmo. (...) Para me adaptar ao que era inadapável, para vencer minhas repulsas e meus sonhos, tive que cortar meus grilhões- cortei em mim a forma que poderia fazer mal aos outros e a mim. Com isso cortei também a minha força. Ouça: respeite mesmo o que é ruim em você- não copie uma pessoa ideal, copie você mesma- é esse seu único meio de viver (LISPECTOR, 2007, p42 ).

Sendo assim, ao atribuir ao sujeito como única possibilidade de compreensão de sua condição humana de sofrimento um diagnóstico, não se estaria retirando dele toda a larga e complexa experiência de loucura que o constitui e que, principalmente, também é sua tentativa de manter-se vivo? Será que não se estaria usando da figura diagnóstica para oferecer um único significado à sua vida? Se for isso, o que mais restaria do sujeito, exceto seu diagnóstico? A proposição é a de que o sujeito não precisa compreender seu sofrimento somente em virtude de seus sintomas. Ele pode compreendê-los como puder e atribuir um ou mais sentidos para eles na medida do seu possível.

Cabe aqui uma cara exemplificação: recordo de um homem que frequentava uma oficina no NOT e que se apresentava habitando o mundo, entre outras coisas, pelo uso de drogas. Sua existência se dava na criação principalmente de territórios que perpassavam a drogadição e o trabalho na oficina. Embora aparentemente paradoxal relacionar droga e vida, muitos dos oficinairos que se intitulavam como “drogados” ou “drogaditos” estavam no NOT produzindo objetos/serviços para receber a bolsa e, com ela, poder continuar a comprar e usar

drogas. Na relação com eles era possível criar questionamentos que colocavam na pauta das discussões as controvérsias, interrogações e indagações sobre tal circuito de uso de drogas. A intenção não era romper este circuito, mas ofertar condições para que o sujeito envolvido pudesse melhor compreendê-lo com a intenção de poder escolher como estar nele. Por muitos meses, foi possível refletir sobre o uso de drogas não como o critério para definir seu diagnóstico e/ou aplicar técnicas com intenções preventivistas e/ou curativistas, mas como uma invenção possível de como o sujeito se sustentava no mundo e se mantinha vivo. Escolher estar numa oficina também era parte constituinte de sua existência, o que me impelia a pensar que o que era possível de ser feito cabia à produção com ele não de um silenciamento ao seu uso de drogas, mas de uma problematização sobre isto no âmbito do trabalho.

Isto ilustra que a modalidade de oficina de geração de trabalho e renda é executável no cenário que é a vida de todo dia, um pouco de cada vez e cada vez mais. É um projeto plenamente praticável e realizável pela criação de tentativas de vislumbrar dimensões da loucura talvez ainda não pensadas no âmbito da saúde mental. Neste tipo de oficina, é possível a compreensão do funcionamento psíquico do oficinairo muito mais pela via da loucura do que propriamente da doença, na vantajosa transposição do lugar de doente que faz prejuízo ao social para o lugar de trabalhador com valor social. Nas invenções cotidianas feitas na relação com o louco, produzi com os oficinairos campos de problemáticas em que refletimos todos sobre o que é a loucura e como ela constitui cada um de nós, num agir que se efetuou pelo desvelamento de enunciados de composição da vida.

## 4. HISTÓRIA DO TRABALHO NA PSIQUIATRIA



6

a história faz sentido  
 isso li num livro antigo  
 que de tão ambíguo  
 faz tempo se foi na mão de algum amigo

logo chegaremos à conclusão  
 tudo não passou de um somenos  
 e voltaremos  
 à costumeira confusão

*Paulo Leminski*

### 4.1 O hospital e o trabalho

Michel Foucault apresenta, em sua obra “História da Loucura”, a proposição de a loucura caminha há séculos intrínseca ao trabalho (ou o não-trabalho). Pode-se verificar que caracterizar o louco como incapaz para o trabalho não é algo da atualidade.

---

<sup>6</sup> Oficina de Velas (foto minha, março de 2011).

O autor aponta que, na Idade Média, para o sistema produtivo que começava a se firmar e que seria a base para o capitalismo, o trabalho se torna um valor fundamental. Junte-se a isso a passagem de uma economia feudal rural para a de comercializações de produtos, sobretudo, fundamentada nas pequenas manufaturas, para as quais a concentração urbana era essencial tanto para aglomerar pessoas que fariam os produtos, quanto para ter pessoas que os consumissem. Logo, houve a instauração da migração da população do campo para as cidades, o que ocasionou processos acelerados de urbanização e inchaço dos centros urbanos. Se antes o principal trabalho era diretamente com a terra, com o advento da urbanização, o trabalho passa a acontecer nas manufaturas. No entanto, estas não comportavam todo o contingente migratório, o que provocou o crescimento no número de desempregados.

Nesta obra, o autor afirma que é da Idade Média também que datam os primeiros hospitais no ocidente, que tinham como principal função não o tratamento, mas a contenção de epidemias pelo isolamento dos doentes. A lepra foi a doença que mais levou à internação neste período, por ter se alastrado na população com incrível rapidez tanto em virtude da crescente e rápida urbanização, quanto em virtude das movimentações promovidas pelo movimento das cruzadas da igreja católica. Os doentes eram internados para não contaminarem outras pessoas e porque não eram mais capazes de trabalhar, fosse produzindo artesanalmente ou comercializando. Estes lugares, em geral filantrópicos, ofertavam cuidados paliativos e quase sempre religiosos.

Desaparecida a lepra, as estruturas dos leprosários abrigaram doentes de epidemias de doenças venéreas, peste bubônica, varíola, difteria, sarampo e todos os desviantes sociais, entre eles os loucos. Estes últimos pertenciam ao cenário hospitalar não por serem possíveis propagadores de doenças, mas por serem considerados inaptos para aplicarem suas forças para fins de trabalho.

Foucault segue indicando que, nesta época, as funções dos hospitais eram a da assistência aos doentes pobres e a de um lugar para que eles morressem. Eram instituições dirigidas por leigos ou religiosos que tinham como objetivo a salvação deles próprios pela ajuda caridosa oferecida:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido

material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1998, p. 101).

Este morredouro de pobres e segregador de doentes, loucos, meliantes, prostitutas, mendigos, enfim, improditivos em geral, abrigavam as pessoas que foram diretamente das ruas ao hospital com a justificativa de que eram necessitados, acima de tudo, de caridade e, em alguns casos, de cuidado.

Ainda segundo Foucault, a medicina também não estava implicitamente relacionada à instituição hospitalar. A prática médica era individualista e direcionada à crise ou à cura de sintomas com receitas exclusivas e sua atuação se limitava aos atendimentos nas casas dos doentes, principalmente daqueles da nascente burguesia que podiam pagar pelos serviços. A experiência hospitalar só pertenceu à formação médica no século XVIII, quando a medicina começou a produzir a verdade sobre as doenças relacionada aos ideais burgueses, tentando se adequar à proposta de curar doentes para que eles pudessem ter uma vida de trabalho produtiva.

Esta nascente prática médica casa bem com o imperativo do trabalho, pois, em toda Europa, no século XVII, havia um conjunto social de medidas que impunha à população a ordem do trabalho. Os desempregados e ociosos eram banidos das cidades ou obrigados a trabalhar. Foucault nos apresenta que:

Em 1532, o parlamento de Paris decidiu mandar prender os mendigos e obrigá-los a trabalhar nos esgotos da cidade, amarrados, dois a dois, por correntes. (...) Uma decisão do parlamento datada de 1606 decide que os mendigos de Paris serão chicoteados em praça pública, marcados nos ombros, a cabeça raspada e expulsos da cidade (FOUCAULT, 1997, p. 64).

O autor segue marcando que isto aconteceu até a criação dos hospitais gerais, quando o Estado, ao invés dos filantropos e religiosos, pela primeira vez custeou e aprisionou num espaço público os que não trabalhavam, provocando uma situação de detenção. Esta modalidade de repressão teve representação de utilidade pública. Principalmente nos períodos de guerras e de crises econômicas, o internamento desempenhou um papel social decisivo ao livrar parte dos desempregados da circulação social e do policiamento. O internamento representava a assimilação dos ociosos ao mundo do trabalho pela obrigatoriedade de desempenharem algum ofício produtivo no hospital, o que, além de colaborar com as finanças do lugar e a economia da cidade, também representava uma medida de preservação de revoltas e agitações sociais. Assim, o interno representava também a mão-de-obra de baixo custo ao Estado.

Roberto Machado também contribui com esta discussão apontando que, no século XVII, as denominadas “casas de internamento” abrigavam todo tipo de desordeiros: os desempregados, os loucos, os mendigos, entre outros desvalidos. A inauguração do Hospital de Paris, em 1656, diz da necessidade de internação dos ociosos e dos desempregados em geral. Neste sentido, ele assinala que:

É moralmente que se pode apreender o principal significado desta instituição. O Grande Enclausuramento assinala uma ética de trabalho em que este é moralmente concebido como o grande antídoto contra a pobreza. Força moral, portanto, mais que força produtiva. Enfim, politicamente ele significa a incorporação de um projeto moral a um projeto político, a integração de uma exigência ética à lei civil e à administração do Estado sob forma da correção da imoralidade através da repressão física (MACHADO, 1981, p. 64).

Ainda segundo Foucault, houve diversas tentativas de estabelecer manufaturas em hospitais franceses. Na Inglaterra, os hospitais eram propositalmente construídos próximos às regiões com mais indústrias para aproveitarem o trabalho dos internos. Em Hamburgo, na Alemanha, houve um decreto que anuncia que todos os internos dos hospitais deveriam trabalhar e ganhar a quarta parte da produção. Os trabalhos nestas instituições eram principalmente os de fiação, tecelagem, fabricação de cordas, aplainamento de madeira, polimento de vidros ópticos, fabricação de roupas e lonas, moenda de farinha e na agricultura.

Foucault segue explanando que, junto do pobre e do ocioso, o louco também constituía a população de internos dos hospitais na Renascença, onde era classificado como mais um dos tipos de sujeitos improdutivos por serem incapazes de trabalhar. Como operacionalidade moral e em proveito da manutenção da ordem social e econômica, ao louco também cabia a internação e o trabalho obrigatório no hospital. A loucura era atribuída a seres que não possuíam razão: não havia ainda a relação entre loucura e doença presente no discurso moderno. Somente depois de quase dois séculos a loucura é libertada dos grilhões da característica de improdutividade no âmbito do trabalho e começa a ser olhada como desordem mental.

Ser sujeito na ação do trabalho parece ser um dos principais modos de subjetivação humana desde o início da evolução do homem como espécie. Sobre o significado da palavra trabalho, Chauí (1999) apresenta que:

(...) a palavra latina que dá origem ao nosso vocábulo “trabalho” é *tripalium*, instrumento de tortura para empalar escravos rebeldes e derivada de *palus*, estaca, poste onde se empalam os condenados. E *labor* (em latim) significa esforço penoso, dobrar-se sob o peso de uma carga, dor, sofrimento, pena e fadiga. Não é significativo, aliás, que muitas línguas modernas derivadas do latim, ou que

sofreram sua influência, recuperem a maldição divina lançada contra Eva usando a expressão “trabalho de parto”? (CHAUÍ, 1999, p.12).

Interessante notar que o trabalho também esteve, desde muito tempo, associado ao sofrimento, à dor e ao desprazer, contrariamente ao que abordaremos nesta dissertação que enfatiza o trabalho como elemento produtor de saúde.<sup>7</sup>

O trabalho, um dos elementos primordiais da constituição da sociedade tal como ela hoje se apresenta, foi produzido quando os homens começaram a se associar para garantir a sobrevivência. Desde a antiguidade, esta associação foi progressivamente se sofisticando e conformando estratificações sociais.

O trabalho hoje ainda mantém um lugar de pilar de sustentação de muitas das relações humanas. Mas, a que trabalho me refiro? Ao trabalho que emancipa, compreende criações, que por meio do fazer propicia a novidade e a invenção de homens? Ou ao trabalho que reproduz a lógica do capital, que é sem sentido, que gera sofrimento, dor e adoecimento? O que o homem produz com e pelo trabalho? O que o trabalho produz no homem? Mais ainda: qual o lugar do louco no mundo do trabalho na atualidade?

## **4.2 O surgimento da psiquiatria e o tratamento moral**

Sigo fazendo referência a Foucault e à sua obra “História da loucura”, que contribui para muitas das discussões neste texto. Para ele, o lugar social do louco durante a passagem dos séculos no ocidente se alterou conforme se modificava a própria sociedade. Seu destino na Europa durante a Idade Média eram as fogueiras da inquisição ou as estranhas naus dos loucos: navios que carregavam de lugar em lugar os loucos escorraçados de suas cidades. Estas naus continham não apenas pessoas, mas, acima de tudo, a esperança da população de que elas não voltariam mais. Eram empreendimentos navais que levavam embora aqueles que causavam tamanha estranheza e fascínio. Os moradores do lugar tinham a referência de que esses loucos fantásticos apresentavam a eles suas próprias essências: a natureza em seu estado mais bruto e hediondo. Por isto, confiavam às naus que se encarregassem de tirar das vistas da cidade aqueles que desnudavam aos moradores o que era o humano.

---

<sup>7</sup> No item deste mesmo capítulo: “4.4 Sobre os efeitos terapêuticos”, e nos capítulos subsequentes: “5 A reforma psiquiátrica e a abertura do Cândido Ferreira”, “6 O NOT: trabalho e loucura na atualidade” e “7- Conclusão”.

Ainda segundo o autor, durante o transcorrer do tempo da Renascença, a nau dos loucos cedeu lugar aos nascentes hospitais. Já não mais mandavam embora os loucos; ficavam com eles, mas em lugares específicos e, ainda, longe da cidade.

Conforme já citado no item anterior deste capítulo, 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.

Foucault aponta que, na Renascença, o hospital perpetuou esta função, pois não era ainda um lugar destinado a curar doentes, mas a afastá-los de qualquer contato com a cidade. Sua serventia foi, inicialmente, a de limpeza das ruas das cidades europeias de toda pessoa que apresentasse algum tipo de desvio da norma geral acerca da necessidade irrestrita do trabalho ao homem. Deste mesmo modo, também não era o hospital simplesmente um lugar de loucos, mas especificamente de apartar 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 o advento da intervenção médica na instituição hospitalar, o papel social do hospital é alterado para o lugar que abriga os doentes que buscam a cura longe dos homens saudáveis. Os hospitais que também recebiam, além de doentes e pobres, os loucos, eram denominados hospícios. Do esforço pela diferenciação destes com enfermos de toda ordem, nasceram os manicômios, a partir do século XIX, que consistiam em estabelecimentos destinados somente ao universo dos loucos.

Foucault segue apontando que foi no século XVIII que Samuel Tuke e Phillipe Pinel iniciaram as intervenções nos hospitais, o primeiro manifestando na Inglaterra um movimento de questionamento sobre as casas de internamento ao propor uma nova modalidade de hospital, e o último separando os loucos dos demais internos numa intervenção no Hospital de Bicêtre, na França.

Tuke, que pertencia à seita religiosa e sociedade de amigos dos Quacres, inventou o Retiro. Esta era uma casa que servia ao acolhimento dos amigos de tal sociedade que eventualmente necessitassem de apoio em momentos de perda da razão. A finalidade era proteger os sócios da internação em estabelecimentos clássicos comumente destinados aos loucos na Inglaterra do século XVIII. O Retiro era uma casa de campo onde os internos permaneciam sem as usuais correntes. A este respeito, Foucault escreve:

O exercício ao ar livre, os passeios regulares, o **trabalho no jardim e na fazenda** têm sempre um efeito benéfico (...). Todos os poderes imaginários da vida simples, da felicidade campestre e do retorno das estações são aqui invocados para presidir à cura das loucuras. É que a loucura, conforme as idéias do século XVIII, é uma doença não da natureza, nem do próprio homem, mas da sociedade; emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial, todas estas são causas de loucura admitidas por Tuke e seus contemporâneos (FOUCAULT, 1997, p.467. Grifo nosso).

Nota-se que está presente a preocupação com a inserção do trabalho na rotina do interno como “benéfico”. Data desta época a concepção de que o mesmo trabalho que o homem seria incapaz de realizar porque estava louco seria apropriado para recobrá-lo à razão, se fosse aplicado em uma modalidade terapêutica. Esta era a lógica: para Tuke, o louco era incapaz de trabalhar numa sociedade que o retirou do âmbito da razão e por isso era necessitado de um ambiente propício para que recobrasse sua razão pelo trabalho e fosse capaz de trabalhar em sociedade novamente. Assim,

O trabalho vem em primeira linha no “tratamento moral” tal como é praticado no *Retiro*. Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade (FOUCAULT, 1997, p. 480).

Aludindo a este período, quando eclodiu a Revolução Francesa, em 1789, o século das luzes viu nascer, entre outras ciências, a psiquiatria de Phillipe Pinel no hospital de Bicêtre, na França. Pinel tinha, por função, rever as internações, e acabou, literalmente, num gesto histórico, quebrando as correntes que prendiam os loucos. Roberto Machado (1978) propõe uma interessante reflexão sobre a inauguração da ciência psiquiátrica:

Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história. Transformação da loucura em doença, fenômeno patológico, mas doença diferente, exigindo, por conseguinte, um tipo específico de medicina para tratá-la, justamente a psiquiatria (MACHADO, 1978, p. 375).

Com a publicação de “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania” por Pinel, em 1801, a psiquiatria é inaugurada como especialidade médica. 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 (PINEL, 1809).

Este médico não acreditava na organicidade da maioria das causas da loucura, apontando que não havia substrato biológico de qualquer natureza que fosse sua causa. Ao contrário, enfatizava a loucura sob o aspecto de alienação da razão e afirmava que ela era produzida por eventos da vida da pessoa, sendo esta uma enfermidade mental manifestada por alterações comportamentais. Nesta direção, Isaias Pessotti, em sua obra “A loucura e as épocas”, contribui para o entendimento do pensamento de Pinel ao refletir sobre a atuação deste médico:

(...) a loucura é entendida como comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade, e se manifesta no comportamento do paciente, nos sintomas, sob as mais variadas formas. Mas formas muito diferentes entre si podem ter em comum o fato de refletirem um determinado tipo de lesão da vontade ou do juízo. As propriedades que são comuns entre elas podem servir de critério de classificação e de diagnóstico. Contudo, essa ordenação requer longa e constante observação do comportamento de numerosos pacientes. (Dessa exigência metodológica talvez derive o apego de Pinel à instituição hospitalar como condição de acerto diagnóstico) (PESSOTTI, 1995, p.146).

O autor segue explicando que o que Pinel introduziu foi 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. Nasceu, neste momento histórico, a psicopatologia. Neste cenário de observação e classificação nosográfica, Pinel propôs o tratamento moral para cuidar dos loucos. Para ele, a loucura era uma possibilidade humana, capaz de incidir sobre qualquer ser racional. Ao médico, aqui chamado de alienista, coube auxiliar o homem no caminho de reencontrar a razão.

Ainda segundo Pessotti, esta foi a primeira vez na história que se admitiu haver algo que retornaria o homem à razão alienada. O tratamento moral era feito de inserções de terapêuticas na recém inaugurada instituição psiquiátrica. Havia um direcionamento do irracional a medidas interventivas que incidiam sobre o que se chamava de doença moral e não sobre a saúde física. A intencionalidade era conduzir à cura da loucura pelas receitas do médico alienista de acordo com sua identificação a determinada teoria. Esta era uma proposta de tratamento dominadora e doutrinária aos olhos de quem a vê hoje, mas absolutamente revolucionária para a época. O tratamento era chamado de moral justamente por incidir sobre o plano das ideias pelas correções dos excessos passionais, que consistia em práticas de se dirigir ao louco de modo tolerante, caloroso, intimidador, encorajador, autoritário, violento, entre outros, com evidentes inspirações humanísticas da Revolução Francesa. Não se negava ao louco seu delírio. Ao contrário: era com base nele que se intervinha. Tais práticas eram

denominadas pelos alienistas como mais humanizadas no trato com a loucura. Por exemplo, pensava-se que a substituição das correntes que os prendiam pelo uso da camisa-de-força era menos violento. Além disso, o tratamento era denominado moral por ser contrário ao imoral que o louco apresenta. A este imoral se relacionavam os comportamentos julgados como errados e vergonhosos pelas normas sociais da época, como os excessos das paixões, o descontrole, a imprudência e outras condutas diretamente relacionadas à loucura. Pessotti esclarece que:

Por que o tratamento eletivo se chama “moral”? A palavra moral designa, segundo Pinel, um misto de fatores não-físicos, mas psíquicos, sociais e situacionais e fatores éticos. É nesse território do “moral” que as influências ambientais, as paixões da alma, os apetites e a fantasia se entrelaçam. E como a influência ambiental moral é a educação, Pinel entende que erros pedagógicos dos adultos, aos quais são submetidas as crianças, são suficientes para produzir as alienações mentais (PESSOTTI, 1996, p. 126).

O médico, autoridade moral e pedagógica, aplicava técnicas educativas para corrigir os desvios do louco no plano das ideias. Os espaços eram disciplinadores e as atuações médicas eram da ordem da franqueza, da bondade e da gentileza, empregando regras e indicando condutas ideais. Pela experiência delirante, estabelecia-se uma conexão com o louco para, posteriormente, corrigir este delírio por meio de intervenções, de acordo com seu conteúdo. Por exemplo, a um louco que acreditava não ter cabeça, dava-lhe um chapéu pesado para que ele usasse até que se sentisse desencorajado de sua conduta delirante e admitisse ter cabeça (PESSOTTI, 1995).

Assim, a este panorama de transformação da função hospitalar soma-se o cenário de valorização do homem racional e trabalhador em detrimento do homem nobre pela primeira vez na história ocidental. A ociosidade continua a ser veementemente condenada, tal como na Renascença. A internação, além de continuar impedindo que os loucos transitassem pelas ruas praticando a mendicância, agora também tem o atributo de tratamento. O hospital já não era mais configurado como o lugar de afastamento ou de abrigo do louco tais como as instituições asilares do período clássico, mas o lócus por privilégio de cura da loucura.

### 4.3 A psiquiatria e o trabalho

Com a Revolução Francesa em 1789, a civilização ocidental inicia um período de alusão à racionalidade como insígnia necessária para se caracterizar o humano. Conforme descrito acima, este período marca, entre tantos outros acontecimentos, o nascimento da ciência psiquiátrica.

As buscas por entendimentos e definições da loucura eram muitas. Para René Descartes, ela era um estado definitivo e contrário à razão, ou seja, onde houvesse desrazão não haveria razão e vice-versa. Assim, o pensamento cartesiano conclui que, se o indivíduo é acometido pela loucura, não há iluminação mental e, seguindo tal linha de raciocínio em tempos do século das luzes, não há o homem. Nesta perspectiva, temos a loucura como distintivo desumanizador. Já para Pinel, a loucura é uma possibilidade humana em qualquer época da vida; é uma passagem ou mesmo um limbo no qual o homem pode vir a se encontrar; é um desequilíbrio da razão ou dos afetos. Cabe, portanto, ao alienista, o dever de auxiliar o louco a retornar ao mundo da ordem da racionalidade pelo tratamento moral. A política é a da filantropia e a filosofia é a humanística, que tem como valor absoluto o homem livre e pensante (FOUCAULT, 1997).

Da concepção de loucura de Pinel advém também a pressuposição de que ela demanda tratamento. Sendo tratado, o louco pode retornar à razão e, mais que isso, também ao mundo do trabalho burguês. Verifica-se então que a relação entre o trabalho e a psiquiatria é antiga e envolve aspectos de posicionamentos culturais, sociais, políticos, éticos, entre outros. Portanto, o trabalho é tido então na recentemente criada psiquiatria, como recurso de tratamento. Esta ciência inaugurou uma prática engendrada em intenções de ocupação de tempo ocioso pelas atividades.

Heitor Resende, no texto “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”, também contribui para esta reflexão quando aponta que, sendo a capacidade para o trabalho um dos principais distintivos de valor humanizador da época da atuação de Tuke e 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. O tratamento moral previa que ocupar o tempo também era um modo de reconduzir à normalidade o então nominado “alienado” pela nova ciência, inserindo no contexto do tratamento o trabalho ao qual o louco

deveria se atrelar para ser curado, já que este era invalidado com a marca de improdutivo e só seria considerado novamente humano se recobrasse a racionalidade e retornasse à competência para a atividade do trabalho. Para ilustrar, Resende conta que

Pinel constatava, em uma viagem de visita a vários hospícios da Europa, que os asilos de indigentes (sobretudo na Espanha), onde os doentes deviam trabalhar para retribuir os gastos que se faziam com eles, contrastavam com o ambiente dos hospitais destinados aos mais abastados, que nada faziam ou apenas se divertiam com jogos e passatempos. Nos primeiros, os pacientes pareceram a Pinel mais ativos, menos bestificados e mais tranquilos, levando-o a concluir pelo valor terapêutico do trabalho (RESENDE, 2011, p.47).

Eis a inovação da moderna ciência: os loucos, antes considerados malfadados, eram passíveis de tratamento e de cura. O hospício não mais era configurado somente como o lugar de segregação, asilamento ou abrigo da loucura tais como as instituições asilares do período clássico, mas se apresentava como o locus por privilégio de tratamento. O trabalho também era uma entre as diversas técnicas terapêuticas aplicadas aos loucos.

Há ainda outra experiência do uso do trabalho em instituições asilares que merece ser citada: a atuação de Hermann Simon, na Alemanha da década de 20, que fundou o Tratamento Ativo. Este consistia na realização de alguma atividade, útil ou não, durante todo o tempo, para que o interno do manicômio se tornasse responsável e ativo. Estava nascendo a Terapia Ocupacional (PESSOTTI, 1996).

A Terapia Ocupacional, em sua vertente de cuidados em saúde mental, iniciou-se no Brasil vinculada ao tratamento moral. Ela foi a disciplina, por excelência, que sustentou as práticas de atividades com cunhos terapêuticos aos internos nos manicômios, inclusive as denominadas oficinas de trabalho, conforme nos aponta Soares:

No Brasil, o tratamento moral e a terapia pelo trabalho também foi nomeada ergoterapia, praxiterapia e laborterapia. Esses conceitos possuem similaridade e foram substituídos por Terapia Ocupacional na medida em que o curso e a profissão foram criados no país na segunda metade do século XX (SOARES, 2007, p.3).

Desde a fundação do Hospital Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro, o primeiro da América Latina, a prática do trabalho como recurso terapêutico esteve presente. Neste hospital, havia “oficinas de alfaiataria, sapataria, marcenaria e uma seção destinada a desfiar estopa.” (SILVA, 2009).

O trabalho também era proposta terapêutica no Hospício Nacional de Alienados, também no Rio de Janeiro, como indica Facchinetti:

No pavilhão de mulheres indigentes (Esquirol), instalaram-se oficinas de costura, com a dupla função de atender à demanda de roupas para os internos e de ocupar as mulheres com atividades laborais (...). O Pavilhão de Oficinas, denominado Pavilhão Seabra em homenagem ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, foi construído para abrigar oficinas em que internos do sexo masculino realizariam trabalhos metódicos, entendidos como ferramenta de disciplinarização e tratamento, além de oferecerem serviços de manutenção do Hospício a custo reduzido. O espaço abrigou oficinas de ferraria e bombeiro; mecânica elétrica; carpintaria e marcenaria; tipografia e encadernação; sapataria; colchoaria, vassouraria e pintura. Para as mulheres foram criadas oficinas de tapeçaria, fabricação de flores e costura. Às crianças destinou-se uma oficina de empalhação (FACCHINETTI et.al., 2010).

Nesta mesma perspectiva de indicação de trabalho aos internos, surgiram as colônias agrícolas no século XIX, que se multiplicaram consideravelmente no país no século XX. Estas colônias eram grandes hospitais psiquiátricos localizados na zona rural, que tinham em sua constituição não somente os prédios com as respectivas alas que separavam os loucos por sexo e idade, mas também uma grande área a ser cultivada por eles próprios na produção de uma cultura agrária. Os internos trabalhavam em lavouras, numa clara alusão à reprodução da vida em comunidades rurais. O hospital tinha o intuito de ofertar a eles atividades que não somente lhe ocupassem o tempo, mas que rendessem dinheiro à colônia. Além disso, estas colônias eram localizadas distantes das cidades para dificultar a fuga dos internos para a área urbana.

Por exemplo, “a experiência de São Paulo, onde Franco da Rocha fez construir um hospital-colônia, em Juqueri, (...) pretendia tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à sociedade como cidadão útil” (SOARES, 2001).

O trabalho como indicação aos internos de manicômios aparece na literatura tanto como tratamento quanto punição, se fazendo presente adjunto a termos como “disciplina”, “ordem”, “regularidade”. Neste sentido, há grande influência, para o fortalecimento da psiquiatria, da relevância do trabalho na estruturação econômica e social dos últimos dois séculos, como nos aponta Resende:

(...) a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinha nas concepções e atividade em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ao “normal” a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos. (...) a ideia de implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira (RESENDE, 2001, p. 47).

Ainda no Rio de Janeiro, na década de 10, Juliano Moreira fundou uma ala feminina de trabalho no hospital psiquiátrico em Engenho de Dentro, onde era oferecido o trabalho com a terra com o intuito de ocupação do tempo das internas e com vistas ao tratamento (PESSOTTI, 1996).

Enfim, o trabalho como indicação de instrumento com fins terapêuticos tem raízes históricas que em nada condizem com a proposta das oficinas de geração de trabalho e renda na atualidade. As primeiras oficinas na psiquiatria tinham o caráter claramente de ocupação do tempo ocioso do interno e de geração de dinheiro para o próprio hospital, maquiadas em um discurso falacioso de intenções terapêuticas. Destaco estas duas características para pensar as origens das oficinas comparativamente com o modo como as oficinas acontecem na atualidade, justamente para que não se repita a proposta de exploração do trabalho do louco disfarçada na promessa de tratamento.

Nos manicômios, não havia produção de saúde pela via da expressão subjetiva ou mesmo algum ganho em dinheiro para os que trabalhavam nestas oficinas: ao contrário, a intenção destas atividades monitoradas era a disciplinarização dos internos em proveito do controle desta população para a manutenção da ordem do hospital. As oficinas também contribuíram para afirmar a ciência médica psiquiátrica da modernidade como poder incontestável, pois elas próprias eram apresentadas como indicativos dos métodos científicos hospitalares eficazes.

Faz-se relevante este breve histórico da fundação da psiquiatria, do tratamento moral e suas relações com as oficinas no passado para problematizar como o trabalho é indicado aos loucos na atualidade. É preciso que se conheça algo sobre as origens das oficinas para que estas práticas não ressurgam com uma nova roupagem.

Atualmente, as oficinas são utilizadas, no contexto da reforma psiquiátrica, como mais uma das muitas ferramentas de produção de cuidados na intervenção com usuários do SUS. A maior inspiração brasileira neste aspecto está relacionada às cooperativas sociais na Itália, que surgiram como um dos pilares da reforma psiquiátrica italiana ao proporem que o louco, para ter de volta o estatuto de cidadão que o manicômio lhe retirou, deveria, entre outros lugares, ocupar o do mercado de trabalho, tal como qualquer outro trabalhador, para com isso não somente ser reinserido no contexto social mais amplo, como também para desconstruir o asilo. Esta proposta é chamada de “desinstitucionalização” e sua principal marca é a do fim dos manicômios na Itália (BASAGLIA, 1979).

Porém, nesta dissertação, a defesa é de que, mais que ocupar o lugar negado de cidadão pela entrada no mercado, o oficinairo pode, em sua prática de trabalho nas oficinas de geração de trabalho e renda, criar sua existência, tanto pela via do trabalho instrumental em si, quanto pelas relações de convivência com outros oficinairos, monitores e coordenadores no cotidiano das oficinas. O trabalho pode ser vivido em seu caráter de invenção do cotidiano. Neste sentido, a função principal das oficinas é não apenas a de gerar renda, mas a de proporcionar uma superfície de registro onde caiba o híbrido do trabalho e da saúde.

Este campo não é fixo, mas funciona na plasticidade dos próprios acontecimentos, com a mobilidade necessária para que ele se refaça em consequência das criações do oficinairo, o que caracteriza a oficina como um lugar produtor de subjetividade. Embora a identidade da oficina nesta modalidade seja a da geração do trabalho e da renda, a possibilidade do oficinairo viver múltiplas experimentações quanto ao encontro com outros oficinairos e a produção, a partir deste encontro, entre outros efeitos, de seu próprio universo do trabalho, faz com que a oficina seja um lugar clínico que permite ao oficinairo produzir a si mesmo, ficando livre do modelo em saúde que visa o terapêutico em prol da normatização dos sujeitos. Ao contrário, este terapêutico existe num regime de visibilidade da produção de cuidados. Como indica Cristina Rauter:

No trabalho com os usuários de psiquiatria (terminologia empregada na atual reforma psiquiátrica) trata-se de reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos, pois é do cotidiano, principalmente, que se encontram privados os chamados doentes mentais. (...) Do mesmo modo, uma subjetividade voltada unicamente para a utilidade, para a adaptação é, na maioria das vezes, a demanda de instituições, de famílias, de clientes. No entanto, trata-se, também nesse contexto, de 'estabelecer o primado da criação sobre todos os outros aspectos da vida', compatibilizando ou subordinando os aspectos pragmáticos e utilitários a esse princípio fundamental. Isto, se se deseja que as oficinas, o trabalho e a arte possam funcionar como catalisadores da construção de territórios existenciais, ou de 'mundos' nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano (RAUTER, 2000, p. 217).

Na coordenação de três oficinas no NOT, pude experimentar invenções clínicas sem precedentes nos trabalhos anteriores que vivi no CAPS, no Centro de Convivência e na parceria com os Centros de Saúde. Ainda que tenha sido na participação da composição destas duas primeiras equipes que eu tenha aprendido infinitos modos de lidar com a loucura, ainda estive, naqueles tempos, vinculada a cotidianos em que, muitas vezes, os imperativos da necessidade e da falta que o usuário trazia balizavam o trabalho. Houve, sim, muitos momentos em que, em parceria com colegas de trabalho, conseguimos criar experiências clínicas libertárias no interior destes equipamentos e de seus respectivos territórios, mas esta não era uma constante. Já no NOT, embora também houvesse mandados que amarrassem as

criações, principalmente no que tange às movimentações financeiras, participei, com maior intensidade, de propostas que subvertiam a clínica tradicional no evidente comprometimento de inventar, dia-a-dia, as relações da loucura com o trabalho, que eram refletidas nas produções subjetivas dos oficinairos.

Sobre isto, Galletti, apresentando sua própria experiência com oficinas, faz uma indicação que interessa a esta dissertação pela proximidade com a temática:

As oficinas são dispositivos que, ao não se fixarem no terreno de saúde mental, invadem e transitam por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua e a cidade, colocando a clínica em contato com a sua exterioridade. Esses projetos tornaram-se mais do que projetos de saúde; foram projetos de vida, entendendo a vida para além da simples ausência de doença, mas vida como pluralidade, como inauguração de novas possibilidades, como impossibilidade de se totalizar em modelos (GALLETTI, 2004, p. 123).

Neste sentido, os efeitos terapêuticos produzidos nas oficinas de geração de trabalho e renda na atualidade diferem da proposta terapêutica das oficinas dos séculos XIX e XX que aconteciam nos hospitais psiquiátricos. Nestas, as intencionalidades eram principalmente a de ocupação do tempo ocioso do interno e a de geração de lucro para o equipamento. Já hoje, se pratica uma clínica que se expande a processos de singularização do oficinairo pela produção de subjetividade.

#### **4.4 Sobre os efeitos terapêuticos**

Marginalizando o inespecífico que é o fazer-contar-escrever que comporta uma narrativa, intento aqui expor com palavras a clínica que se faz no NOT e que não é tão visível ou sequer nominada no dia-a-dia. Narro sobre componentes que representavam fazeres relacionados ao trabalho e que se entrelaçavam com práticas que visavam emergir o terapêutico.

Foi possível inventar a clínica nas relações com os oficinairos com múltiplos e distintos instrumentos, não só materiais, mas também conceituais, e com os afetos que circulavam nas oficinas. Este agir se fazia presente quando eu era convocada pelo coletivo a atuar no âmbito da produção de cuidado pelas situações de trabalho, que me serviam de base para acontecimentos clínicos ao contemplarem tanto o experimentalmente vivido no trabalho quanto na saúde.

O “terapêutico” é um termo de muitas definições em diversas esferas profissionais, mas o uso que fiz neste (con)texto foi na especificidade de ser aquilo que produz saúde, para refletir sobre uma produção a mais na imensidão de produções das oficinas. Este termo é impregnado de significação daquilo que também se impunha como o cerne da intencionalidade de ações no NOT, que era a produção do trabalho confundido, misturado e em consonância com aquilo encaminhava o sujeito ao conhecimento de si.

A definição do termo “terapêutica” no dicionário Novo Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986) apresenta uma possibilidade de reflexão que conduz ao inverso destas significações: “Terapêutica: [Do grego *therapeutiké*, pelo lat. *therapeutica*] *S.f.* Parte da medicina que estuda em põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes; terapia”.

Não usei “terapêutico” com a proposta de apresentar o que se faz nas oficinas para “curar” ou “aliviar” os “doentes”, nem tampouco relacionado ao saber médico. Primeiro, porque não pode haver cura ou alívio, já que não há doença, mas constituição subjetiva. Talvez se pudesse dizer de alívio ao sofrimento que algumas condições próprias da loucura produzem, mas, mesmo assim, seria reduzir a amplitude de possibilidades de ações e efeitos destas oficinas. Como apresentei no início da dissertação<sup>8</sup>, sobre a escolha pelo uso do “louco” para designar os sujeitos com quem trabalhei no NOT, falo em modos de subjetividades loucas, e não em doentes, enfermos, portadores de transtornos ou quaisquer outros termos que aproximem o louco de alguém que se encontra acometido por alguma moléstia.

O que sustentou a vertente terapêutica na oficina foi tanto o lugar de psicóloga quanto o interesse pelo humano. Mas, mais que isso, o fascínio por modos de produzir saúde que se engendram em quaisquer outros lugares que não o tradicionalmente ensinado na academia, este se referindo ao consultório, às consultas e ao consultar. A proposição é a de que há algo da especificidade da saúde que deriva das relações do trabalho. Enfim, que há clínica em sua versão potente e criadora de mundos.

Há nas oficinas um potencial ao terapêutico, mas não a obrigatoriedade de um fazer terapêutico. É justamente neste território da não-obrigatoriedade que vi acontecer processos que identifico como terapêuticos.

---

<sup>8</sup> No capítulo 3: “Por que louco?”

Olho para o termo “terapêutico” pelo viés clínico que indica muitas possibilidades de ação: como o que produz vibração em corpos já um tanto estagnados de movimentos; aos afetos que produzam potências na direção do prazer e da alegria; ao que indica a direção para que o sujeito se apodere do que ele próprio produziu na relação com o outro; ao que transforma; ao que pretende provocar um estar no mundo mais afetado pelos acontecimentos; ao que propõe sentido aos sofrimentos; ao que não dispõe do germe da cura, mas do sentido de um melhor aproveitamento pelo sujeito de suas próprias e melhores potencialidades; às vibrações em conformação com o que se faz na relação com o outro na oficina, enfim, à produção de alteridade. São pulsações da clínica em um lugar que, a princípio, é da ordem (ou mesmo da desordem) do trabalho.

O sofrimento pode endurecer o sujeito numa posição estática, fazendo-o permanecer em constante angústia, dor, aflição, amargura. Entretanto, este sofrimento, quando minimamente diluído por algo que afete o sujeito (e a este algo é que se dá o ato terapêutico em si, seja ele com intenções de sê-lo ou que aconteça não necessariamente com esta proposta), pode ser questionado em tentativas de compreensão. A afetação é o indicativo de um processo que pode ser decisivamente terapêutico por ser o vislumbre de uma movimentação rumo à produção de sentidos que engendram o sujeito numa posição subjetiva de conhecer e transformar a si mesmo. O sujeito precisa se apoderar do que lhe causou o sofrimento, sabendo distinguir o que ele próprio produziu na relação com este sofrimento e o que lhe induziram a produzir enquanto ser social pela sua condição de louco.

O ato terapêutico também comporta o contágio da experiência que o sujeito produz perante o sofrimento do outro. Assim, quando um oficinheiro é afetado pelo seu parceiro de trabalho, ele pode questionar a si próprio e também aos seus próprios companheiros nas relações com os acontecimentos. Estas podem se constituir em forças intensas que perpassam a todos, inclusive coordenadores e monitores, sobre os sentidos do trabalho e da vida em si. Recordo de uma ocasião (entre tantas outras parecidas) da morte de um oficinheiro muito estimado pela Oficina Agrícola. Entre tantos espasmos de emoção, o que mais chamou a atenção foi o intenso sofrimento apresentado por um monitor que, nesta posição, protocolarmente deveria estar acolhendo os oficinheiros que também viviam a perda do colega. No entanto, ele visivelmente era o mais afetado de todos os que viveram esta experiência de perda, chorando muito e se lamentando pelo rapaz que havia falecido em virtude de sua relação com o álcool. Quem poderia moralmente condená-lo nesta situação? Sua dor era o arsenal de muitas outras dores não visíveis, não aparentes, não reveladas. Ele chorava a dor de

uma oficina. O sofrimento manifesto na contração da pele vivificava o de muitos outros companheiros que estavam no velório. Não houve contenção possível para seu desgosto que inundou o evento desta morte. E nem deveria haver, porque a oficina é também o tempo e o espaço que permitem a apresentação de sentimentos entre todos seus participantes. Esta é uma representação do que pode ser o fluxo dos afetos, quando possíveis, num lugar subjetivo permeado por experiências relacionais.

Outro evento marcante foi uma das muitas vezes que fiz a distribuição das bolsas aos oficinairos e um deles anunciou que estava com receio de levar seu dinheiro. Ele dizia do receio de usar toda a bolsa para comprar drogas e destruir o que havia conseguido construir lentamente no seu primeiro mês de trabalho: havia deixado a rua para ocupar um quarto de pensão que seria pago pela bolsa. Era sexta-feira e, mesmo temeroso de não ter o aporte da oficina no final de semana, levou o dinheiro. Sabendo do risco que corria, preparei-me para que, nos próximos dias, ele pudesse dizer o que havia feito. Na segunda-feira, o oficinairo contou que havia usado todo o dinheiro na compra de drogas e, além disso, provocou uma situação em que quase foi expulso da pensão. Ele próprio nomeou a situação como “auto-boicote porque estava dando tudo muito certo”. E, numa inédita possibilidade de pensar sobre seus últimos anos, concluiu que foi importante ficar com seu próprio dinheiro e se responsabilizar por tudo o que viveu naqueles dias, pois anteriormente responsabilizava outros pelos acontecimentos de sua vida. Alguns colegas oficinairos, numa afinação sem precedentes e sem intervenções da coordenação ou da monitoria, quiseram fazer uma roda para falar sobre o que o oficinairo tinha vivido, o que continuou lhe produzindo efeitos terapêuticos, pois o grupo o posicionou e ele próprio compreendeu que estava numa condição em que estava sendo acolhido e cuidado numa movimentação cúmplice, já que a maioria dos oficinairos também tinham questões com o uso do dinheiro e das drogas. Todos puderam participar da produção de sentido que houve para aqueles acontecimentos.

A narrativa deste caso aponta que este encontro de muitas vidas diluiu a relação clássica que há entre “terapeuta” e “paciente”, ou entre “coordenador” e “oficinairo”, possibilitando que aquela conversa partilhada tão profícua do ponto de vista do cuidado tivesse sido traduzida em muitas vozes de diferentes amplitudes para o outro e para eles próprios. Afinal, ao dizer do outro, foi possível também pensar e dizer de si, num borramento discursivo. Foi possível dizer destes acontecimentos sem morrer deles. Aliás, foi possível vida produzir vida. Isto são efeitos terapêuticos de uma oficina na saúde mental que se propõe a ser de geração de trabalho e renda.

## 5. O NOT SUSTENTADO PELO SUS



9

en la lucha de clases  
todas las armas son buenas  
pedras  
noches  
poemas

*Paulo Leminski*

### 5.1 Breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica é um movimento de muitos e é constituída por internos e ex-internos de manicômios, suas famílias, seus amigos, os profissionais dos serviços de saúde mental (ainda fechados ou já abertos), os que se tratam e que nunca foram internados, os estudantes que começam a conhecer modos de fazer saúde, os pesquisadores, os professores universitários e simpatizantes da causa. Todos eles não só sustentam a reforma, como também

---

<sup>9</sup> Oficina de Velas (foto minha, março de 2011).

a ampliam, compreendendo este movimento como ação política transformadora que faz valer ao país o lugar de inspirador para propostas antimanicomiais em outros países.

Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica é um movimento social que se inicia no final da década de 70, durante o período de ditadura militar no Brasil, e é vivido politicamente até hoje por diversos atores envolvidos com a proposta crítica ao modelo manicomial que tem o louco como figura que necessita ser aprisionada. Uma das principais insígnias é que este movimento é território em constante criação de práticas assistenciais e de gestão que questionam como e porquê o louco se tornou objeto de saber da medicina, foi inserido no discurso científico e encarcerado nos manicômios. Desterritorializa-se o saber-fazer manicomial, deixando a circunscrição do hospital, para reterritorializar o saber-fazer outras práticas de cuidados em espaços abertos, o que implica múltiplas invenções cotidianas capazes de nos provocar a viver a experiência da loucura com maior potência de vida.

Isto não acontece sem maiores dificuldades, pois a estrutura de leitos em hospitais psiquiátricos é colossal, tal como o lucro financeiro envolvido nestas internações, o que mantém forças contrárias que intentam em manter a loucura aprisionada nos manicômios. Entretanto, a reforma psiquiátrica segue seu curso, apresentando ao social a questão da loucura que circula e não mais a que era escondida.

Sobre esta questão, entre alguns bordões usualmente empregados por agentes da reforma psiquiátrica, interrogo o uso corrente da expressão “excluído socialmente”. Houve um esforço imenso da própria sociedade, com o amplo e interessado apoio do aparato de hospitais psiquiátricos, de excluir a loucura do convívio social. Isto, de fato, aconteceu durante séculos. No entanto, marco: ela esteve excluída do *convívio* social, e não propriamente do social. A loucura sempre esteve presente no mundo, embora às margens, silenciosamente escondida atrás dos muros dos hospitais, violada em seu direito de existir. A única oferta de um lugar social dado à loucura foi a do enclausuramento que a configurou como segregada, mas não extinta ou eliminada. Embora o manicômio seja um lugar de controle da vida, de afastamento da cidade, de apartamento do convívio, de potencial esquecimento, de exercício de inúmeras e imensas violências, de violação de direitos humanos, ele não deixou de se configurar como um lugar social. Mesmo sendo o pior lugar, ele se constituiu como uma resposta social à loucura por séculos. A loucura sempre esteve presente, embora não estivesse tão visível.

Em terras tupiniquins, esta tentativa explícita de apagar a loucura perpetuou desde a fundação do Hospital Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro em 1853, o primeiro da América Latina, até o início do movimento da reforma psiquiátrica, nos anos 70.

Nos primórdios da psiquiatria no Brasil, paralelo ao surgimento dos manicômios, independente da desordem, fosse ela psiquiátrica ou moral, como, por exemplo, nos casos de internações de prostitutas, imigrantes, desempregados, para todos os desviantes havia uma mesma internação em um mesmo lugar e com a mesma supressão de direitos: a alguns por medo e compaixão, a outros por punição e a todos para a vigilância e com propostas de invisibilidade social (CUNHA, 1986).

Conforme aponta Amarante (1995), a construção de mais hospícios Brasil afora perpetuou o modelo de internação como única oferta de lugar social ao louco e seguiu inexoravelmente até o final de 1970, quando os primeiros sinais de alerta com relação à internação psiquiátrica desmedida e desnecessária foram dados. Nesta perspectiva, iniciaram-se questionamentos sobre a verdadeira função dos hospitais psiquiátricos não só pelos intelectuais e profissionais da época, mas também pela população de internos e seus familiares. O autor segue propondo uma análise do período histórico brasileiro do início da reforma psiquiátrica em confluência com experiências inovadoras no campo da saúde mental no mundo. Na maré do processo de redemocratização do Brasil, a psiquiatria também entrou em discussão.

Propusera-se inicialmente um movimento de reforma interna dos manicômios, com a humanização das práticas, na tentativa de resgatar a função terapêutica que supostamente teria o estabelecimento, tal como o fez a corrente da psicoterapia institucional francesa. Além disso, pensou-se também na prevenção dos distúrbios mentais como o fez as comunidades terapêuticas inglesas. O próximo passo seria o de estender ao público a psiquiatria, com intenções de prevenção e promoção da saúde mental coletivamente, não restringindo sua ação apenas ao indivíduo, mas expandindo a toda comunidade, com a psiquiatria comunitária e preventivista. Também houve um movimento de promoção de uma ruptura com a psiquiatria clássica, propondo a desconstrução de seus saberes e práticas com base no questionamento da redutibilidade do conceito de doença mental atribuído a um sujeito e desconsiderando todo seu entorno social e, principalmente, familiar. Esta vertente de pensamento foi, em parte, inspirada na antipsiquiatria inglesa (FLEMING, 1976). Como se vê, a saúde mental brasileira também tem nuances de muitos movimentos da psiquiatria do mundo todo.

Embora haja um tanto de cada um dos movimentos citados acima na mistura que compôs o movimento, a maior inspiração da reforma psiquiátrica brasileira foi a psiquiatria democrática italiana, pois a crítica à estrutura hospitalar asilar que internava e à psiquiatria como saber somente acontecia, neste momento, na experiência de Trieste e Gorizia. Podemos destacar este como o principal inspirador do movimento brasileiro, pois possibilitou que os loucos habitassem a cidade e ocupassem lugares outros que não mais o do detrás dos muros dos manicômios. A experiência italiana foi a primeira a questionar as internações (AMARANTE, 1995). Assim, o que hoje se pretende produzir está na relação da loucura com outro lugar social que não o do hospital psiquiátrico. Franco Basaglia, maior expoente do movimento italiano, bradava: “contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, 1979), usando esse refrão para fazer sustentação ao movimento que propunha em parceria com outros profissionais insatisfeitos com a assistência oferecida.

Ainda segundo Amarante, no Brasil, entre os anos de 1978 e 1980, institui-se o MTSM (Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental). Sua principal característica era ser composto não como uma entidade, mas como um movimento em saúde essencialmente de participação popular. Como aponta Amarante, a partir daí, a trajetória da saúde mental brasileira começa a se transformar com fervilhares de acontecimentos:

Essa trajetória\_ marcada pela noção de desinstitucionalização\_ tem seu início na segunda metade da década de 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde destacam-se a realização da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o ‘Congresso de Bauru’, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri) (AMARANTE, 2001, p. 52).

Neste caminho, um dos acontecimentos que marcou o início movimento da reforma psiquiátrica e que merece ser apontado é o surgimento da luta antimanicomial, comemorado em 18 de maio, e que até hoje tem, entre algumas de suas funções, a interessante tarefa de agregar interessados pela causa antimanicomial num agir coletivo que potencializa práticas de cuidados pautados pela ética da vida. Para uma breve exposição de seu nascimento e discussão do que pode ser entendido acerca desta luta, Lobosque aponta que:

esta data foi escolhida no Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru-SP (...), em 1987; e este congresso consiste, justamente, no ato pelo qual se inaugura o *movimento nacional da luta antimanicomial*. Analisemos os termos em causa. *Movimento*: não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa. *Nacional*: não algo que ocorre isoladamente nem determinado ponto do país, e sim um conjunto de

práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território. *Luta*: não uma solicitação, mas um enfrentamento; não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios. Antimanicomial: uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS (LOBOSQUE, 2001, p.102. Grifos do autor).

Neste movimento, os militantes se fortalecem uns aos outros no constante enfrentamento a ofertas de lugares sociais mortíferos, de segregação e de enfraquecimento de sujeitos para produzir lugares, com e para a loucura, de vidas potentes.

O marco jurídico da reforma psiquiátrica no Brasil se deu com a promulgação da Lei 10.216 em 06 de abril de 2001. Esta lei redireciona a assistência, regulamentando os direitos e dispendo sobre a proteção dos loucos, priorizando o tratamento em liberdade em serviços comunitários e substitutivos ao manicômio. Embora bastante conservadora no que concerne à extinção dos manicômios, ela garante o respaldo legal para que não haja retrocessos no processo da reforma psiquiátrica.

Além disto, interessa na discussão deste mestrado o registro de que a lei também diz sobre a questão do trabalho ao louco. No parágrafo único do artigo 2º, item II, a lei indica que:

são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: (...) II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no *trabalho* e na comunidade (BRASIL, 2001. Grifo nosso).

Pode-se, portanto, proferir que o trabalho é um dos pilares da proposta legal da reforma psiquiátrica.

## **5.2 O Cândido Ferreira e a reforma psiquiátrica**

Em Campinas, o marco do processo da reforma foi a abertura do hospital psiquiátrico Cândido Ferreira, em 1991. Ele foi fundado em 24 de abril de 1924 e funcionou nos moldes clássicos de um manicômio até a assinatura de um convênio de co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas, no início da década de 90, tornando-se serviço financiado totalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, como tal, assumindo seu caráter público. Deste período, Onocko e Amaral apontam que:

Uma das especificidades do serviço é o fato de ser uma organização que está promovendo a transformação do modelo assistencial no próprio espaço do velho. Até 1990, a realidade instalada era a de uma instituição de caráter manicomial com 131 pacientes, a maioria internados havia mais de dez anos, com um número inexpressivo de vagas ofertadas para novas internações. Em função de uma grave crise financeira, foi realizado um convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com o objetivo de resgatar o caráter público deste serviço filantrópico, aumentar a oferta e exercer maior controle público sobre a demanda de internações. Com a co-gestão iniciou-se um processo de transformação do modelo para uma nova proposta de atenção a pacientes com uma grande diversidade de necessidades na área de reabilitação psicossocial (ONOCKO e AMARAL, 2002, p. 355 e 356).

Desde então, ele é reportado como Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF). Este equipamento de saúde não apenas se transformou de seu principal caráter manicomial para um serviço que opera em caráter aberto, como hoje se configura como um dispositivo político que opera um marco simbólico na atualidade da reforma psiquiátrica brasileira (VALENTINI, 2001).

Hoje o SSCF é constituído pelo Núcleo de Retaguarda, Núcleo de Oficinas de Trabalho, 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. Estes serviços compõem e estão articulados aos demais serviços da rede do SUS do município.

Esta transformação do caráter estrutural e do funcionamento do SSCF foi protagonizada por diversos atores da saúde coletiva do município e é respaldada nos princípios da reforma psiquiátrica, sendo este um movimento que comporta em si a aposta da complexidade de sua própria criação em novos modos de fazer saúde.

### **5.3 A atenção psicossocial como proposta de um novo paradigma**

O paradigma da atenção psicossocial é a proposta em voga que busca superar o modelo manicomial, no caminho de romper radical e definitivamente com as práticas hegemônicas hospitalocêntricas, médico-centradas, medicalizadoras e curativistas praticadas no modo asilar, substituindo este paradigma pela produção de um cuidado fundamentalmente centrado no usuário da saúde. Tal estratégia sugere a criação de um arranjo com dimensões que contemplam práticas de saberes compostos por muitos, também e principalmente pelo usuário, fazendo supor que há multiplicidades de ações que produzem instrumentos para a

produção de novas práticas de cuidados. A este respeito, Costa-Rosa, Luzio e Yasui propõem que:

(...) é possível indicar que a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congregar e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003, p. 18).

A intenção não é a proposta de alternatividade do modo asilar e do modo psicossocial, mas sim de um rompimento definitivo com aquele para a produção deste, principalmente negando a psiquiatria clássica como ideologia e enfatizando o tratamento apropriado pelo sujeito-sofrimento como uma clínica de produção de sentidos.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) caracterizam o modo psicossocial embasados em quatro parâmetros básicos:

- 1- Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos para lidar com ela: desloca-se aqui a noção de doença-cura para a de existência-sofrimento, o que implica uma clínica da escuta e da produção do cuidado de si. A noção de enlouquecimento é processual, sendo social, psíquica e orgânica, exigindo para o tratamento a atuação nessas três esferas;
- 2- Concepções da organização das relações interinstitucionais: há a necessidade da horizontalização das relações dos trabalhadores para que elas também possam se dar nas relações entre equipe e usuário, desmistificando que o saber sobre o sujeito em sofrimento está somente na equipe, abrindo possibilidades para que o sujeito também se responsabilize por seu tratamento, e buscando ferramentas para o trabalho transdisciplinar;
- 3- Concepções das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral: pretende-se um processo de desinstitucionalização para além do fenômeno da desospitalização, produzindo um serviço que esteja em porosidade com seu território de atuação e que aconteça com base em ações das complexidades das demandas da população, agindo a partir do conceito de integralidade;
- 4- Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: a ética é a da singularização, da implicação subjetiva e da contratualidade social, e não a da supressão dos sintomas e da produção serializada de subjetividades.

Quanto à cara noção de desinstitucionalização proposta por Franco Basaglia em sua visita ao Brasil em 1978 e 1979, os autores citados apontam que:

(...) a desinstitucionalização supõe a desconstrução e transformação dos elementos explícitos e implícitos do Modo Manicomial. Essa desconstrução e transformação devem ter como uma das estratégias de ação a negação da psiquiatria enquanto ideologia. Enfim, a desinstitucionalização é um processo ético-estético-político, que transcende as reformulações técnicas dos serviços e das ações terapêuticas. A desinstitucionalização supõe a renúncia da vocação terapêutica insitufida, por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. Isto significa negar a instituição manicomial; o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da Loucura; o poder do psiquiatra em relação ao paciente; o seu mandato social de custódia. Implica também a denúncia da violência a que o doente está submetido dentro e fora da instituição. (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003, p. 13)

Assim, a proposta da atenção psicossocial busca superar a prática de cuidados ao louco exclusivamente pela psiquiatria, rompendo definitivamente com o modo asilar e propondo outra ética de cuidado, com a evidente proposta de produzir a clínica em seu espectro mais amplo de criação de sentidos. Portanto, não se restringe o sujeito a um emaranhado de sintomas a serem desvelados, mas se considera este em seu maior potencial de vida em expansão.

Na atenção psicossocial, a transformação das práticas de cuidados segue produzindo mudanças profundas e, desejamos, ininterruptas e sem retorno na política, assistência e gestão.

#### **5.4 O NOT e a integralidade**

Ao me atualizar como pesquisadora que escreve de um lugar peculiar feito, entre outros elementos, de um percurso na saúde coletiva e, especialmente, de lembranças de trabalhadora do NOT, faço reconhecer a mim nessas palavras todas como alguém que, na academia, se apresenta tão implicada com o SUS quanto fronteira com a ampla esfera do trabalho. Aproveito o ensejo para também aqui me posicionar como quem largamente deseja, acredita e trabalha para que esse sistema aconteça.

A saúde neste texto é compreendida tal como se apresenta na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Ela é direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo garantida pela amplitude das políticas sociais e econômicas que ofertem ao cidadão promoção, proteção

e recuperação da saúde pelo acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços. Dessa concepção de saúde e das diretrizes e princípios do SUS, incorporei principalmente a integralidade como sustentação para viver e pensar a experiência nas oficinas.

A integralidade é composta da agregação de ações de atenção à saúde em seu próprio âmbito de atuação conjugadas com ações de outras áreas da esfera pública (educação, habitação, lazer, alimentação, transporte, trabalho e renda, entre outras) que devem operar em rede. Essas ações são realizadas na perspectiva da criação de tecnologias que contribuam para que o usuário do SUS seja contemplado em suas variadas necessidades, sem jamais reduzir e/ou fragmentar o usuário a um ou outro imperativo a ser suprido por este ou aquele setor. A aposta não é o direcionamento para uma regulação dos usuários em corpos que tem prejuízos a serem sanados, mas é a invenção de práticas de cuidados com e para sujeitos pertencentes ao social, na mesclagem de sua própria constituição com características de sua cultura. Tal representação diz de um modo do setor público se organizar intersetorialmente para que a vertente da saúde da população seja abrangida em sua maior extensão, criando-se práticas pautadas na integralidade embasadas no acolhimento e vínculo do usuário para com o serviço de saúde.

Sendo o NOT um equipamento do SUS na modalidade de atendimento usualmente denominada “oficina de geração de trabalho e renda”, sua pretensão maior é abarcar as questões de saúde do usuário, e não a renda tão somente, mesmo sendo a renda um dos aspectos da vida do sujeito que reflete diretamente em sua saúde. Para gerar renda, há que se contar, entre muitas instâncias intersetoriais, com a Secretaria Municipal de Trabalho e Renda, com o Ministério do Trabalho, com agentes do meio social em que vive o oficineiro, com instâncias públicas e privadas de direcionamento ao mercado de trabalho, com as universidades em suas especialidades de capacitação e formação, com escolas técnicas, entre tantas outras. A renda advinda do trabalho no NOT é mais uma entre várias gerações que esse serviço pode fazer, que compreendem desde a ampliação do convívio e da circulação sociais até a imersão em um cotidiano de trabalho. A marca maior do serviço é que essas gerações e muitas outras constituem a saúde pela produção de subjetividade do oficineiro.

Essa é uma posição própria que não reflete todo o serviço, pois há dissidências sobre a função principal do NOT. A equipe é heterogênea em suas opiniões e isso também compõe a riqueza de posições e atuações que engrandecem o serviço. As ofertas do trabalho e da renda também são sustentadoras das oficinas, aliadas ao mote da produção de subjetividade no

âmbito das relações de trabalho. Essa vertente de modalidade de tratamento é conjugada com diversas outras e só acontece na interlocução de todas elas.

É preciso ter cuidado para não centralizar todas as ações de cuidados com o louco na esfera do SUS. Pode-se pensar equivocadamente que, se ele precisa de trabalho e dinheiro, criamos oficinas de geração de trabalho e renda; se ele precisa de moradia, criamos as residências terapêuticas; se ele precisa de tratamento, criamos os CAPS; se ele precisa de lazer e convívio, criamos os centros de convivência, entre outros equipamentos. Evidente que estes quatro lugares de saúde abrangem muitíssimo mais que a simples caracterização propositalmente reducionista que fiz. Trabalhei em todos eles e sei do esforço que fiz com meus companheiros de cada equipe para que o cuidado que se inventava cotidianamente estivesse espelhado nos usuários. Mas, somente para provocar a pensar, arrisquei assim escrever para que nós, profissionais da saúde mental, atentemos ao perigo de nos responsabilizarmos de modo único e exclusivo por ofertar absolutamente todos os lugares sociais aos loucos. O manicômio já fez esta aposta e não vingou também por ser totalizador das ações, segregando o louco na condição de reclusão e o afastando de qualquer outra possibilidade de vida que não compreendesse somente uma única instituição.

A integralidade, ao ser vivida como aposta radical de um modo de atuar, indica que operar em rede é também contar com outros setores para além da saúde que se vivifiquem na proposta de um mundo possível para todos e não somente para os que pouco diferem entre si. Correndo o risco de parecer ingênua, mas acreditando não sê-la justamente pela experiência na saúde mental da qual meu corpo guarda marcas, levanto a já gasta bandeira militante para registrar que é preciso que a diferença possa acontecer baseada na aposta de que a imensidão de possibilidades humanas não cabe em poucos tipos de homens.

Na escolha da integralidade como uma das sustentações da prática profissional e também desta pesquisa, lanço a reflexão: o NOT pode ser trabalho inoculado de saúde e vice-versa? Afinal, por que e para que o louco trabalha no NOT se não for para que se produza saúde? Se não fosse assim, ele não poderia trabalhar no mercado formal, que também produz subjetividade, mas não necessariamente produz saúde? Contudo, como o louco se manteria num mercado que rapidamente não o aceita, justamente por sua inadequação aos ritmos, horários, dificuldades de adaptação às pressões, rotinas, entre outras diferenças que ele apresenta? Se o NOT fosse tão somente restrito à esfera do trabalho, esta não seria a

proposição de um lugar de trabalho protegido de todas as vicissitudes que a vida em si implica?

Não, o NOT definitivamente não é um lugar protegido. Ele também está inscrito no mundo do trabalho e no que de mais cruel isso sugere: rigidez nas regras, dificuldades nas relações entre os trabalhadores, hierarquização marcada que indica posições duras, entre outros imperativos. Por mais que haja desejo e investimento para que este modo de trabalho não constitua o NOT, inevitavelmente ele também foi emoldurado por ela. Afinal, os bens/serviços são feitos para competir nas vendas com qualquer outra produção do mercado formal. E competem! E vendem muito bem! E são de excelente qualidade!

Quando era coordenadora, refletia com meus pares da equipe sobre “objeto vendável com valor social agregado”, sendo este valor a apropriação do louco de um lugar que não o de segregado, mas de pertencente ao circuito social cada vez mais alargado. Desassossegava quando escutava alguns poucos clientes dizerem que comprariam algo “para ajudar o projeto”. Que desalento! Não precisávamos de ajuda, bondade, caridade, mas do reconhecimento de que aquilo que fazíamos era interessante o suficiente para despertar no consumidor a vontade de tê-lo/usá-lo. Ainda bem que a grande maioria dos clientes comprava porque os bens/produtos tinham durabilidade grande, eram belíssimos, criados com bom gosto, agradáveis de usar. Aliás, ousa apontar que só o são assim porque são feitos em um ambiente de trabalho que prima pela saúde de quem os faz.

É fundamental esclarecer que o que se faz no NOT não é adaptar loucos ao mundo do trabalho. Ao contrário: cria-se um mundo de trabalho onde caiba também a experiência da loucura e, mais ainda, onde o trabalho proposto pelas oficinas propicie que o louco se crie como sujeito que deseja, que se inventa no cotidiano, que vive multiplicidades existenciais nos acontecimentos das relações. A oficina é constituída como um lugar de produção de subjetividade num vitalismo que opera num campo preocupado com a prática de cuidados, pois a marca maior de serviço de saúde instala o NOT em um registro de produção de subjetividade pela via do ato do trabalho. Isso são quase piruetas de pensamentos, pois subverte a ideia usual do mundo do trabalho que adoce para a do mundo do trabalho que possibilita a criação de processos de subjetivações que visam à saúde. A proposta é a de refletir sobre um lugar inédito da loucura que pode ser vivida também no âmbito do trabalho.

Nesse sentido, corro o risco de induzir o leitor a uma conclusão equivocada de que defendo o louco-espetáculo, que é aquele que deve ser exibido em praça pública como o belo

resultado da reforma psiquiátrica brasileira, ou a propor que o modelo do NOT seja repetido país afora na boa intencionalidade de fabricarmos uma linha de produção de loucos felizes e satisfeitos com seu trabalho. Não! O que proponho é um questionamento sobre que lugar o louco quer para si e que o trabalhador da saúde mental quer para o louco. Tal assunto é espinhoso e diz de complexidades que envolvem desde os lugares sociais que o louco teve no decorrer da história da humanidade até o que respeitosamente se declara produzir na atualidade brasileira.

O que desejo é que o oficinairo seja um sujeito perigosamente pensador, crítico de sua realidade para que possa transformá-la, dizendo não ao silenciamento que lhe foi imposto por séculos e propondo uma dimensão política ao se posicionar como cidadão.

Sigo a refletir (e, admito, são reflexões provisórias, que se constituíram no decorrer do percurso como profissional da saúde mental e que se atualizam nesta escrita em constantes movimentos de revisão e transformação) que as oficinas conseguem superar o paradigma hegemônico de produção de subjetividade serializada que frequentemente acontece no mundo do trabalho capitalista, em que cada trabalhador ou se subjetiva de modo a se parecer em absoluto com o outro ou se posiciona numa postura de competitividade para ocupar o cargo que lhe convier. Ambas as posições acontecem com o objetivo destes trabalhadores se manterem no mercado. As oficinas subvertem as regras do capitalismo dentro dele próprio e sem negá-lo ao sugerir, tal como propõe a economia solidária, que cada oficinairo pode trabalhar como quiser/conseguir. Este é um lugar propício para que haja um movimento de produção de subjetividade com a intenção de que o trabalhador se apresente com suas características e modo de trabalhar próprios, sendo que estas devem ser respeitadas pelos companheiros de trabalho e valorizadas como marcas do sujeito.

O trabalho pode desatar o sujeito das amarras de sua própria existência de sofrimento para que ele possa, na arena de intervenção cotidiana que é uma oficina, produzir significações que o desenlace da dor. Além disso, a oficina também pode ser um dos elementos que questiona, no próprio ato de trabalho, a segregação social do louco, propondo um lugar a ser alicerçado na alteridade ao acolher os desatinos do oficinairo para que ele possa constituir sentidos para a vida pela via do trabalho.

A oficina é um lugar de cuidado que produz valor de emancipação ao ofertar ao oficinairo a possibilidade da travessia de um corpo marcado pela segregação para o sujeito que se apresenta como cidadão, no seu processo singular de empoderamento de suas próprias

ações. Assim, o trabalho nas oficinas não é aprisionador como o do capitalismo, em que o trabalhador deve se moldar para caber no mercado, mas é libertário ao operar na perspectiva da economia solidária ao criar um campo aberto para a produção de sentidos que engendram o oficineiro em sua constituição cidadã.

É possível ainda afirmar que o NOT funciona pautado na integralidade em saúde quando miro os movimentos de funcionamentos das oficinas e as vejo acontecerem pelas mãos de sujeitos que outrora, em sua maioria, estavam confinados a viverem suas existências reduzidamente à esfera de suas próprias casas e das visitas regulares ao equipamento de saúde onde se tratam, quando não a viverem encarcerados nos manicômios da região. Vi sujeitos progressivamente experimentando acontecimentos que os vivificavam em suas inscrições no social, compreendendo desde novas relações com os monitores, oficineiros e coordenadores, até o desejo despertado de voltar (ou mesmo começar) a estudar, frequentar eventos na cidade e fora dela, circular em espaços públicos e privados, se relacionar com mais pessoas, enfim, realizar planos em mais largas perspectivas de vida.

Conjugando as vertentes trabalho, saúde, renda, subjetividade, é possível soletrar a integralidade nas oficinas com todas as letras, numa fiação ininterrupta de redes que se constituem territórios mutáveis para cada usuário do SUS. Território porque a rede se faz no tecer fios de reconhecimento de si próprio na condição de pertencimento a determinado lugar social que não necessariamente é material, mas que pode ser subjetivo. Mutável porque a única certeza possível de uma rede é que ela se desfaz continuamente para se refazer no encontro com cada nova possibilidade na vida do sujeito. Em registros permanentemente inventados, cada nova rede se funde com outra para dar corpo a muitas sustentações do usuário na vida.

## 6. O NOT: TRABALHO E LOUCURA NA ATUALIDADE



10

das coisas  
que fiz a metro  
todos saberão  
quantos quilômetros  
são

aquelas  
em centímetros  
sentimentos mínimos  
ímpetos infinitos  
não?

*Paulo Leminski*

Esta pesquisa trata da produção de cuidado que tem efeitos terapêuticos nos oficinas do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), que é um representante de um novo tipo de equipamento de saúde mental, tendo um viés não convencional de tratamento que caminha

---

<sup>10</sup> Oficina de Mosaico (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone, julho de 2012).

rumo à atenção psicossocial. Enfocarei, neste capítulo, como acontece a saúde produzida neste espaço, além de abordar seu passado apresentado por relatos orais e escritos até a atualidade representada por nossas próprias memórias.

O NOT, tal como propõe a atenção psicossocial, busca romper com a produção de cuidados exclusivamente vinculada à aplicação de técnicas do núcleo de cada profissional da saúde, pois é constituído essencialmente de trabalhadores que fazem de suas práticas o transbordamento de propostas de cuidados na oferta do lugar do trabalho ao louco.

### **6.1 Poucas linhas de muita história**

Ainda quando o Cândido Ferreira era fechado e seu cotidiano não fugia à clássica rotina dos manicômios, alguns dos internos considerados 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 destes 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 (CAYRES et. al., 2001).

No início da década de 90 foram propostas frentes de trabalho para atender vinte 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 dos internos pelo trabalho exigia um redirecionamento no oferecimento destas atividades. Começou a se configurar no SSCF 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. Contemporaneamente, acontecia o processo de abertura do manicômio para que ele se transformasse num serviço aberto. O projeto cresceu paulatinamente, exigindo que se

investisse na contratação de mais profissionais de saúde e monitores para coordenar as oficinas que estavam sendo criadas no novo braço do SSCF: o NOT (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, Vela (em Sousas, distrito de Campinas, no espaço da fazenda onde se encontra o antigo manicômio e hoje SSCF), 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.

Hoje o NOT é reconhecido como um dos importantes serviços de saúde brasileiros que tem sua constituição pautada em um modo de produção de saúde caracterizado pelos preceitos da reforma psiquiátrica e que caminha rumo à atenção psicossocial.

## **6.2 Armazém das Oficinas**

Faz parte do NOT a loja Armazém das Oficinas, que atualmente está localizada em uma casa do bairro Bosque, numa rua de comércio com intensa movimentação de pessoas. É uma loja que impressiona não somente pelos produtos expostos que são de qualidade excelente, mas também pela beleza de sua estrutura e pelo clima acolhedor.

Há duas profissionais 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, sendo uma funcionária do Cândido Ferreira e outra contratada com recursos das próprias oficinas. Elas têm como atribuições de suas funções, além das vendas na loja, a ligação com possíveis compradores por pedidos e encomendas. Portanto, 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. Por exemplo, a Oficina de Vela mantém a venda pouco variável durante quase todos os meses do ano, exceto no período que antecede o natal, quando o volume aumenta significativamente, chegando a atingir 10 vezes mais do que nos meses de janeiro a outubro. Além disto, o NOT participa de três grandes feiras paulistanas durante o ano, que faz as vendas aumentarem e, em consequência, a produção também oscilar para o alto. Neste sentido, há que se ter o cuidado constante do serviço de se manter afastado da lógica de comercialização própria da valorização somente do capital e tender a se aproximar da produção de relações comerciais solidárias.

### **6.3 Mãos de muitos profissionais**

Embora o NOT esteja para além de ser somente um equipamento de saúde mental, pois engloba circunstâncias de extremo zelo com aspectos mercadológicos e que implica influência direta em seu funcionamento, sua preocupação maior é a do tratamento entendido como práticas que visam a produção de responsabilização, protagonismo e autonomia no sujeito, na perspectiva da criação de si. Justamente por isso as oficinas são coordenadas por profissionais que têm como proposta 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, monitores que tem conhecimento da técnica artesanal a ser aplicada, uma médica e uma técnica de enfermagem que fazem a função de auxiliar os pacientes que necessitam de atenção para a ministração de medicação diária.

A presença da figura médica no serviço é um ponto nevrálgico, pois é condição para participar das oficinas que todos os oficineiros necessariamente devem estar em tratamento em saúde mental na rede pública ou privada, inclusive com médico, se houver necessidade. Porém, dos cerca de trezentos oficineiros, há cerca de dez que não conseguem se vincular ao seu serviço de referência por relações estremecidas com a unidade de saúde. Estes são atendidos por um médico do NOT. Há divergências de posturas na equipe sobre este tema, pois parte pensa que é preciso um médico no serviço para fazer discussões de casos e parte acredita que, quando essas discussões exigirem também uma posição da medicina, elas devem

ser feitas necessariamente com o médico de referência do caso na unidade de saúde em que ele também se trata.

Além disso, o médico do NOT atende urgências dosicineiros que são caracterizadas por intoxicação por uso de álcool e outras drogas, alterações de pressão arterial, de glicemia, entre outros, e assina documentos para a solicitação de passe de ônibus gratuito. Entretanto, se não houvesse furos na rede de saúde, o próprio médico de referência do território doicineiro poderia atendê-lo em suas demandas burocráticas de assinaturas e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e Prontos-Socorros cobririam as urgências e emergências do serviço. Acredito na potência do serviço em produzir tensão para que tal rede se refaça constantemente de acordo com as necessidades de seus usuários, para que eles sejam atendidos por médicos em seu próprio território.

Como se constata, o NOT é um serviço em constante produção de si e que também comporta em sua composição divergências de opiniões que enriquecem o cotidiano de trabalho. O ponto de convergência da equipe neste assunto é a unanimidade quanto à compreensão de que não é a presença médica que configura o serviço como de saúde mental, mas sua própria constituição de oficinas que produzem cuidado.

O NOT compõe-se também de monitores, que são profissionais de nível médio que têm o conhecimento da técnica a ser empregada para a confecção dos produtos e que necessariamente devem ter manejo e disponibilidade de produzir cuidado com osicineiros. São os monitores que acompanham, em parceria com o coordenador, o processo de produção de um produto ou serviço, primando pela qualidade do que será posteriormente vendido.

Há ainda uma gerente que faz a gestão da equipe do NOT, dois assistentes administrativos que cuidam da burocracia relativa ao funcionamento do serviço e um recepcionista que articula a entrada e saída de pessoas nas oficinas. Estas funções são todas exercidas em correlação com os coordenadores e monitores das oficinas.

### **6.3.1 Mãos de coordenadora**

Definitivamente, ser psicóloga e coordenadora de oficinas ao mesmo tempo foi um desafio. Ocupei este cargo por aproximadamente dois anos e isto me produziu uma

implicação de tal modo que me conduziu a fazer alguns questionamentos a este respeito. Era necessário e impreciso o trabalho de fazer a intersecção de uma área de formação em psicologia com a acomodação de novas funções ao cotidiano de trabalho muito próprias de outras áreas de conhecimento, como, por exemplo, da economia e da matemática.

Logo nos primeiros dias, estive em uma situação em que era preciso calcular os preços dos produtos conforme o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) havia ensinado ao serviço, com a tabela do excell numa mão e a calculadora em outra. Isto se deu imediatamente após um atendimento em que escutei um oficineiro em intenso sofrimento por ter produzido um delírio com elementos que lhe trouxe seu parceiro. Este seria um anúncio do que estaria por vir: tempos de muita aprendizagem e crescimento, quando pude finalmente compreender que o lugar de um coordenador de oficina no NOT exige maleabilidade para lidar com circunstâncias diversas quase que consecutivamente em um mesmo dia de trabalho.

Ter um faro para bons negócios pode ser tão importante para a oficina num período de poucas vendas quanto a imprescindível escuta clínica, bem como acolher um sujeito em crise pode ser tão importante quanto conhecer qual a tendência de cores que os arquitetos mais têm usado ultimamente. A conjuntura financeira da oficina inevitavelmente desinquieta a todos, já que ocorrências como a diminuição das vendas por um período pode resultar na diminuição do valor da bolsa dos oficineiros.

Também é função do coordenador trabalhar para que a oficina vingue financeiramente. O manejo do dinheiro que entra e que gira é primordial para sua existência. Há um grande desafio cotidiano em manter as finanças no mínimo equilibradas, embora a proposta seja sempre a de apostar no aumento de entrada de dinheiro pela ampliação da produção e venda dos bens e serviços. Sim, oficina também é negócio do mundo do capital e, como tal, exige que se aprenda deste assunto. Ela é constituída, entre tantos outros elementos, também da vertente comercial.

Na atualidade, onde o trabalho é frequentemente associado ao sofrimento e ao adoecimento, o NOT nos apresenta outro trabalho, que pode ser produtor de alegria e cuidado. Gerar renda e ao mesmo tempo gerar saúde é o diferencial das oficinas nestes moldes. Isto só é possível porque a proposta é a de que o trabalho seja produtor de oficineiros responsáveis por si e pelos companheiros nas relações, inventivos nas ações da oficina e em outras esferas de sua vida, progressivamente mais autônomos no aumento de seus enlaçamentos com

quantas mais instituições quiserem/puderem, mais cuidadosos consigo próprios, enfim, sujeitos protagonistas de suas histórias e situados na atualidade do tempo histórico que vivemos.

Entretanto, não é possível ser otimista com ingenuidade. Há muitas dificuldades e o trabalho nas oficinas não produz somente alegria e saúde. Ora o coordenador pende para a vertente financeira, ora para a do tratamento em saúde mental, e assim a oficina prossegue nesta corda bamba difícilíssima de se equilibrar.

Há um elemento importante na relação do oficinairo com o trabalho que é o pagamento de bolsa em dinheiro que se recebe por ele. Este pagamento é feito de acordo com as sobras do montante de dinheiro que entra e que sai da oficina, dividido entre todos de modo não igualitário, mas de acordo com a capacidade produtiva de cada um, entre outros fatores que cada oficina discute coletivamente se devem ou não ter influência no cálculo da bolsa. Em virtude da oscilação nas vendas, embora haja um esforço constante para manter o mesmo valor da bolsa todo mês, há alterações e isso pode descompensar psiquicamente os oficinairos. Não poder contar com um valor fixo a cada mês eventualmente contribui para que o oficinairo produza ansiedade. Ter o valor diminuído pode produzir angústia. Receber menos do que gostaria talvez cause desgosto. Tudo isto reflete na implicação do oficinairo com o seu fazer e pode produzir dificuldade para prosseguir com o trabalho.

Sobre a bolsa, Alcântara (2007) explica que:

Nas oficinas a renda é gerada através dos produtos e da prestação de serviços. Estes propiciam aos oficinairos remuneração mensal, chamada bolsa-oficina, que é definida pelos resultados econômicos (entradas e saídas) e por critérios de avaliação de função, de desempenho, de frequência, responsabilização do oficinairo com seu tratamento, entre outros. O valor da bolsa-oficina é variável. Pode atingir, de acordo com a receita mensal de cada oficina, valores que variam entre R\$30,00 e R\$500,00 por oficinairo. Sobre o uso da renda mensal obtida, a equipe do NOT fez um levantamento junto aos grupos e identificou que: para 36% dos oficinairos o dinheiro da bolsa é destinado a ajudar a família e à manutenção da casa e alimentação (21,1%), e pagamento de contas diversas (21%), além de ser usado com vestuário (34%) e outros bens de consumo próprio (25%) (ALCÂNTARA, 2007, p.169).

Estes são mais alguns dos muitos elementos que o funcionamento financeiro da oficina suscita e que podem ser disparadores de conteúdos para serem trabalhados na vertente terapêutica. São desafios que o coordenador enfrenta e que contribuem com o crescimento não apenas econômico da oficina, mas, mais que isso, com o trabalho de intervenção numa perspectiva coletiva, pois, no modo de funcionamento cooperado da oficina, pressupõe-se que todos são responsáveis pelos rumos dela.

O coordenador deve ainda operar com uma tecnologia que lhe permita perceber que a implicação do oficinairo com a oficina apontam para como a oficina se constituirá. Com uma escuta clínica refinada, é possível atuar na ética que reordena os processos de trabalho sempre que isto se faz necessário, pelas necessidades operacionais, logísticas e materiais da oficina casadas com o fluxo subjetivo que também a compõe. Assim, vislumbra-se que a estética da oficina possa se reconfigurar a cada movimento.

Narro aqui um caso que vale como contribuição para refletir sobre este lugar de coordenação da oficina. Em um momento do percurso no NOT, negocie para a Oficina de Vela uma sala mais adequada para seu funcionamento. No processo de mudança de espaço, avaliamos coletivamente que era preciso uma reforma no banheiro que seria usado por nós. Decidiu-se, em comum acordo, contratar os serviços da Oficina de Construção Civil para a reforma. Na negociação com a coordenadora desta oficina, ela me perguntava sobre a estrutura do local para que pensássemos na viabilidade do serviço em curto prazo:

“Tem portas?”

“Tem.”

“E pia?”

“Tem também. Tem até chuveiro!”

“Ah, então já tem encanamento adequado?”

“Encanamento? Como assim? Tem um buraco no chão com um ralo, será que é isso?”

Pensamos, olhamo-nos e ela respondeu: “Não sei, não sou pedreira!”

Rimos muito imediatamente e ainda depois durante algum tempo desta história que ilustra muito bem a essência do trabalho no NOT: aprender sobre áreas técnicas que não são as nossas e contar com parcerias. Só os monitores, que são pedreiros, poderiam responder a esta questão que nós, ambas psicólogas, não conseguimos.

Ambas vínhamos de experiências de trabalho durante anos em CAPS III, o que nos afinou a escuta clínica de um modo profícuo e vantajoso, mas, realmente, não tínhamos o conhecimento de oficinas de geração de trabalho e renda nem tampouco das técnicas específicas de nossas oficinas. Aceitei o desafio e produzi meu lugar com tempo, dedicação e

implicação com as oficinas. Também aprendi que há outros modos de abordagem ao sujeito que não prioritariamente conexo à sua loucura, mas também aqueles relacionados a invenções que consideram o oficinairo como alguém que fez de sua própria condição de louco um dos instrumentos que produzem o chamamento à vida.

O NOT propõe, mais do que romper com o modelo médico-centrado, como pressupõe o movimento da reforma psiquiátrica, romper com o modelo corporativo-centrado, pois não há categoria profissional clássica, dura e fechada que sobreviva na coordenação de qualquer uma das oficinas do serviço. Ser coordenador é ser psicólogo dirigindo perua Kombi para levar os produtos à feira de exposições, é terapeuta ocupacional pesquisando a tendência da moda em tecidos, é assistente social ensinando a esmerilhar pecinhas de cerâmica, é nutricionista escutando o sofrimento humano. São todas tarefas de tamanha importância que compõem o cotidiano de fazer as funções da coordenação. Cada momento demanda um posicionamento: há que se ter versatilidade para existir nesta posição de constante criação de múltiplos sentidos do lugar do coordenador. A intensidade desta transição de papéis implica em aprendizagens de caminhos de idas e vindas que promovem mutações constantes. O coordenador é o mesmo sujeito que escuta o oficinairo em seu sofrimento, calcula a bolsa, faz e refaz o preço de um produto, acolhe o usuário em crise, verifica a qualidade do que será vendido, instiga encontros e conversas, questiona, promove debates, sugere e/ou apazigua conflitos, embala e etiqueta produtos, faz compras, cria novos produtos, entre muitas outras funções que lhe cabem.

Para além dos tecnicismos e dos instrumentais de profissional da saúde, é preciso ao coordenador a humanidade na relação. Deve-se usar o saber tecnológico em sua justa medida para que ele possa ser superado em alguns encontros em prol da relação. Neste sentido, compartilho a expressão de alguns colegas de que não é possível fazer psicoterapia no NOT, mas provoco a pensar que os efeitos terapêuticos que podem ser produzidos pelo coordenador na relação com o oficinairo estão muito além das práticas de uma psicoterapia. O que comporta esta relação instiga a pensar que a clínica possível ao NOT é muito mais potente, em alguns momentos, do que a clínica restrita contida num consultório clássico. A ação é cotidiana, dá-se em um fazer que incomoda por não ser balizado por nenhuma teoria a priori, está localizada nas ocorrências do que nos reserva aquele dia de trabalho, nas provocações que a loucura nos propõe e que foge rapidamente de qualquer técnica aprendida.

Isto não quer dizer que não há necessidade de formação para atuar no NOT. Sim, há, mas também é preciso se despir dela quando a ocasião pedir para criar outra que seja cabível. A tecnologia clínica usada é inventada e por isso tão difícil de ser descrita, mas sinalizo aqui que o que baliza esta invenção é uma ética pautada na escuta clínica elaborada, que aconteça mais do que na intervenção com um só sujeito (embora esta também seja uma de suas funções). O coordenador, ao se apresentar como um operador clínico institucional no coletivo da oficina e do próprio NOT como um todo, pode reordenar constantemente os processos de trabalho.

É matéria de seu trabalho produzir um campo propício a mudanças ao sujeito que se apresenta na oficina. Ele se transforma imerso nas condições de existência do grupo, decifrando seu próprio funcionamento enquanto se permite realizar encontros com o outro. É no encontro que ele pode se desvelar ao outro e produzir com este seu próprio modo de existir, na medida em que esse modo é atravessado pelo modo de existir do outro. A vida é feita em conectividades.

#### **6.4 O NOT e a economia solidária**

Transitando entre as posições que o serviço ocupa tanto no mercado quanto na saúde, verifica-se a necessidade de trabalho de profissionais com perfil clínico de tratamento, mas também com disponibilidade para conhecer e lidar com questões de comércio, especialmente na perspectiva da economia solidária, que inspira muitas das práticas do NOT. Embora o serviço não viva a economia solidária em sua radicalidade, inegavelmente o NOT se baseia nela para nortear muitas de suas ações.

A economia solidária como proposta de atuação tem alguns princípios que orientam sua teoria e prática. Neste texto, a intenção não é aprofundar no conceito ou mesmo no tema, mas usar algumas considerações sobre esta proposta econômica e política em que o NOT se inspira para funcionar.

Para brevemente apontar como ela surgiu, Paul Singer, maior expoente brasileiro desta vertente, relata: “A economia solidária nasceu pouco depois do capitalismo industrial, como reação ao espantoso empobrecimento dos artesãos provocado pela difusão das máquinas

e da organização fabril da produção” (SINGER, 2002, p.24). Seu surgimento marca uma aposta de resistência ao capitalismo que ainda hoje perdura nos empreendimentos de economia solidária.

As influências de diversas insígnias na geração de trabalho e renda no NOT faz valer ressalvas quanto à condição pura e única de empreendimento de economia solidária. De seus princípios, o de maior importância é a relevância que se dá às pessoas e não ao mercado. Valoriza-se que o cuidado com as etapas do processo de confecção do produto ou da prestação de serviço seja feito de maneira que cada oficinairo possa ser respeitado em sua capacidade produtiva e em sua habilidade. Também é incorporado que as oficinas são de propriedade coletiva, ou seja, que a posse dos meios de produção é de todos os oficinairos. Além disso, as decisões sobre a repartição dos ganhos de dinheiro tendem a acontecer de modo democrático, procurando envolver todos os participantes neste processo de gerenciamento. Neste sentido, o NOT se assemelha ao funcionamento de uma cooperativa, embora não seja constituído como tal, pois:

A gestão empreendida pela cooperativa busca descentralizar o controle das decisões políticas, econômicas e sociais, no intuito de pulverizar as responsabilidades entre todos os associados. Esse mecanismo democrático exige dos cooperados uma participação acentuada nos assuntos cotidianos e nas assembleias (GODOY, 2011, p. 78).

Assim, é possível destacar que há nas oficinas um modo de operar muito parecido com o de uma cooperativa, pois a autonomia do oficinairo é valorizada justamente na aposta de que ele pode se responsabilizar pelo que acontece no âmbito do trabalho, desde decisões sobre investimentos financeiros como o que comprar, produzir e vender até decisões sobre a participação deles próprios nas produções, na atribuição de flexibilidades maiores para uns e menores para outros, de acordo com suas possibilidades, entre muitos outros aspectos.

Além disto, a associação como um todo opera de modo peculiar no que tange ao gerenciamento do dinheiro. As oficinas funcionam em rede: uma dá sustentação financeira à outra, já que há oficinas que operam “no vermelho”, ou seja, que não tem saldo suficiente para se sustentar nem em bolsas, nem em equipamentos, nem em manutenção de estoque de matéria-prima. O dinheiro de uma oficina faz o pilar da outra que não gera dinheiro suficiente para funcionar, para que esta se mantenha ativa com o caixa daquela, como num “empréstimo”, mas sem cobrança de juros. Portanto, opera-se com um só montante de dinheiro que é depositado na conta bancária da associação e o gerenciamento dele é feito por todos os coordenadores, na intersecção de discussões com o grupo de oficinairos e monitores.

A renda obtida com a venda dos produtos é usada em compras de mais matéria-prima, 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 tende a ser feito no esforço de envolver todos os participantes da oficina na discussão, no caminho de responsabilização e de apropriação do espaço de trabalho como um lugar dos próprios oficineiros.

Pretende-se chegar o mais próximo possível da autogestão, embora seja inegável que esta seja uma prática ainda distante do cotidiano de trabalho. O quanto uma oficina se aproxima de ser autogerida pode ser um indicativo interessante da produção de autonomia dos oficineiros. É um contingente de processos lentos, complexos, truncados, que se dão no interstício entre a produção do oficineiro e as produções do coordenador e do monitor. Da produção do oficineiro porque a autogestão depende diretamente do grau de autonomia conquistado e das produções do coordenador e monitor porque também é característica de suas funções estrategicamente sair do seus papéis na maioria das situações que puder para permitir que o oficineiro se aproprie deste lugar. Este é um movimento cotidiano de enfrentamento do desafio de fazer oficinas autogeridas por oficineiros que têm seus poderes contratuais quase anulados em muitas das situações cotidianas de suas existências.

Há na memória o registro de uma situação que figura a descrição acima: ao recebermos uma grande encomenda na Oficina de Vela, propositalmente não organizei o início da produção das velas, solicitando aos oficineiros que pensássemos juntos o que fazer. Atribuí a eles as escolhas sobre como começaríamos este processo. Uns mais, outros menos, mas todos opinaram sobre o que fazer primeiro: comprar a matéria-prima. Houve falas no seguinte sentido: “Onde vende mais barato?” “É de boa qualidade?” “Dá pra pedir desconto?” “Eles entregam no prazo?” “Eu não gosto dessa cor que pediram.” “Mas tem que fazer, o cliente gosta.” “Podemos comprar a mais pra fazer estoque?” “Só que não tem dinheiro em caixa nem pra comprar o que precisa.” “O que fazer agora?” “Eu não quero mais trabalhar aqui.” “Por quê?” “Dá muito trabalho trabalhar aqui.” “Eu quero que ela decida.” “Mas o dinheiro é nosso e quem vai ganhar é a gente!”

Esta lembrança apresenta o porquê de insistir nesta posição: é desta relação que se produz a demanda para a criação subjetiva e política de sujeitos capazes de fazer e sustentar escolhas, inicialmente relacionadas ao trabalho e, posteriormente, em outras esferas da vida. Esta é uma das principais propostas do NOT.

Como já foi explicitado, embora as oficinas não constituam uma cooperativa, elas tentam cotidianamente funcionar inspiradas num esquema cooperativista em que todos podem, a sua maneira, participar de todo processo de produção do que se venderá. Busca-se potencializar aspectos de cada oficineiro na constituição de um saber acerca daquele produto/serviço, desde a criação até o resultado final. Por isto é possível afirmar que a oficina pertence a um plano de constituição que privilegia a participação de todos no processo de sua constituição constante.

Quanto ao processo produtivo dos bens/serviços, embora quase todos os oficineiros só consigam produzir uma parte do que deve ser feito, a proposta é que todos tenham conhecimento sobre todas as etapas deste processo. Isto é primordial para que seja possível uma relação com o fazer que articule o sujeito que faz com o que é feito. Se assim não fosse, não estaríamos, contrariamente à proposta da economia solidária, fomentando trabalhadores alienados no sentido de não se apropriarem do que produzem? É preciso que o oficineiro conceba aquele produto/serviço como sua própria produção, e não como algo exterior a si. É o que ele faz para ser comercializado, mas não é somente objeto de comércio. Para além de estar disponível para venda, trabalha-se no sentido de que o oficineiro se aproprie daquilo que suas mãos produzem e concebam o produto final como algo relacionado a si próprio.

A economia solidária é uma das interfaces que inspiram e amparam o NOT em seu funcionamento. Nas oficinas, não há finalidade de geração de lucro, mas de renda. Não há intenções de competição/rivalidade entre oficinas e/ou oficineiros, mas de cooperação/generosidade. Sim, há problemas como todo lugar constituído por coletivos que se preze e gerido por pessoas que se apresentam como sujeitos desejantes. Mas há também coerência nas discussões dentro e fora das oficinas.

A escolha da economia solidária como ideologia política do NOT não é ao acaso. Os princípios norteadores de tal prática são muito bem-vindos no universo 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 simples de seu cotidiano, muitas vezes não podendo sequer olhar para além dos muros dos manicômios onde muitos estiveram encarcerados por décadas. Por isto, ofertar um lugar onde podem eleger como produzirão bens e serviços é muito precioso. Na tentativa cotidiana de prática de oficina autogerida, os oficineiros contemplam que também podem tomar a gestão de suas próprias

vidas, se transferindo de um lugar de objeto do outro ao de sujeito protagonista de suas próprias ações.

Este não é um processo simples e sem dor, pois mudanças sempre carregam em si alguma resistência. Porém, é possível verificar no cotidiano das oficinas que tais transformações são viáveis. Intenta-se a produção de um espaço em que 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 amplitude.

A geração de trabalho e renda é misturada com a geração de sentido para cadaicineiro, no mesmo espaço-tempo da oficina. Não há demarcação entre tais produções, mas 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.

No entanto, há que se ter muito cuidado nesta dobradinha tratamento e trabalho. Como vimos anteriormente, esta é uma relação que data da Idade Média, quando o trabalho no hospital tinha funções de controle dos corpos pelo aprisionamento da loucura nos hospitais. Dominava-se a população de loucos pela internação conjugada com condutas regidas na ordenação dada pela rotina de trabalho. Assim, neste contexto, o trabalho era mais um elemento constitutivo de confirmação do aprisionamento.

Ao contrário disto, o trabalho que se pretende produzir no contexto do NOT tem intenções libertárias, no sentido de que oicineiro pode produzir vida em sua maior potência e nas possibilidades de ampliar suas relações com mais pessoas e com mais instituições. O trabalho nestas oficinas se baliza na criação de vínculos em uma interação entre os participantes e destes com seu entorno social pelo aumento das possibilidades de ações de cada um deles.

Portanto, mais que uma atividade remunerada, é o feitiço da produção de cuidado que configura o NOT. As oficinas apresentam, cada uma ao seu modo e com seu próprio perfil, planos de produção de saúde que acontecem paralelamente às operações econômicas.

Se desde a Idade Média até a atualidade os loucos eram internados por serem inaptos ao trabalho, hoje o trabalho na saúde mental pode aparecer com outra roupagem para ocupar um lugar falacioso de salvação dos loucos. Será mesmo verdade o ditado popular inspirado em São Mateus de que o trabalho dignifica o homem? Diz-se equivocadamente que louco que

trabalha é muito mais adaptado ao social do que aquele que não trabalha. Questiono esta afirmação. Mesmo os que não são loucos estão fora do ajuste social quando não trabalham, justamente porque o lugar do trabalho hoje é tão central na vida do homem. Não é o trabalho em si, mas a produção de sentidos (ao invés da reprodução) no trabalho que contribui para a produção da identidade do humano. Por outro lado, embora não seja a salvação do louco, são inegáveis os efeitos terapêuticos que o trabalho faz nele e em seu entorno, sempre em vias de produção de mais saúde.

O raciocínio do modelo hegemônico capitalista conduz o louco a um lugar social de quem não tem potência produtiva. Contrariamente a isto, a proposta do movimento da reforma psiquiátrica tem a intenção de produzir o desabrochamento da potência de pessoas que foram, durante séculos, consideradas incapazes e improdutivas. Paradigmas tão antagônicos se entrecruzam, se deslocam, se misturam e se atravessam em diversos momentos na atualidade. É preciso a afirmação da transformação nos dois sistemas: o psiquiátrico e o capitalista. A proposta da economia solidária vinculada à saúde mental parece ser um vislumbre possível entre outros a serem inventados para tantas e tamanhas questões de ambas dimensões.

### **6.5 A tabela e os muitos sentidos do trabalho**

Em 2010, o NOT foi interpelado pela gestão da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) a responder à seguinte questão sobre a efetiva utilidade e funcionamento do serviço: quantos são os usuários da saúde mental inseridos ou reinscritos no mercado formal de trabalho? Neste momento, todos da equipe nos debruçamos a refletir o porquê sermos vistos pela gestão municipal como um serviço que deveria acontecer sendo canal de inserção quantitativa do louco no mercado. Nas entrelinhas desta pergunta, compreendemos que também havia um questionamento sobre a eficácia do serviço, ao que nos dispomos a responder afirmativamente e justificarmos nossa resposta com dados facilmente visualizáveis a quem quisesse conhecer o NOT.

Porque a função do NOT era compreendida como a de ser uma ponte para que o usuário fosse pela primeira vez ou mesmo para que retornasse ao mundo de trabalho? Parece que estávamos visíveis não como um lugar que tinha por finalidade gerar saúde, mas como serviço que deveria oferecer condições propícias para que o louco se tornasse um trabalhador

do mercado formal de trabalho. Se respondêssemos neste sentido, admitiríamos algo dotado de inverdade: que nossa oferta principal não seria, portanto, a da saúde, mas a de reabilitação para o trabalho.

Nossas compreensões deste apontamento foram muitas e, entre tantas que fiz sobre isto que denomino hoje como “uma intervenção no NOT”, houve um produto criado por nós todos da equipe para responder à questão endereçada e, mais ainda, para problematizarmos a nós próprios sobre quem éramos e para quê servíamos. Pudemos pensar que lidávamos com pessoas com dificuldades de existir produtivamente no conjunto social hegemônico capitalista e sobre o que estávamos propondo a elas.

Hoje compreendo que o principal arremate que costuramos foi o de que não fazíamos tão somente oficinas de geração de trabalho e renda, mas que estas oficinas seriam elas próprias lugares de criação de outros modos de trabalhar que fosse inventivo no sentido mais amplo do termo, abrigo a possibilidade do louco poder produzir o bem/serviço a ser vendido, ao mesmo tempo em que se produzia como sujeito. Sem ponderações, atribuo a este período como um dos mais profícuos de minha passagem pelo NOT, pois experimentei o que é produzir coletivamente um sentido não apenas para o lugar do louco nas oficinas, mas para meu próprio trabalho.

Produzir no e com o coletivo o funcionamento do serviço supõe também se despir de posições pré-estabelecidas pelo modo de pensar a saúde que priorizam os especialismos em detrimento da criação de lugares outros mais amplos de atuação profissional. Tais especialismos se vivificam em posturas próprias corporativistas que privilegiam a técnica, escondendo o trabalhador da saúde e o amparando para que cada vez mais se sedimente nas suposições prontas e aparentemente seguras das especialidades. Tende-se a se estratificar o profissional para priorizar um saber que seja o mais absoluto e específico em relação ao seu objeto de trabalho. Com isso estratifica-se também o sujeito do trabalho, esfarelado o desejo de modo que ele se torne cada vez menos potente.

Mas, para atuar profissionalmente na coordenação de uma oficina de geração de trabalho e renda na saúde mental, há que se produzir cuidado mais que tudo centrado no oficineiro e estar maleável para lidar com situações que a relação lhe impõe, com elementos que podem ou não ser específicos de seu núcleo profissional. Ainda, deve-se romper com o que tradicionalmente acontece nas atuações dos trabalhadores de saúde que ainda se mantém no confortável arranjo nuclear duro de sua profissão que oferta ao usuário nada mais do que

aquilo que manda o figurino: tão somente o psicólogo oferta a escuta e os testes, o médico oferta as receitas e os exames, o terapeuta ocupacional oferta o fazer de atividades, o assistente social oferta os pareceres para benefícios, entre outras ações restritas e simplificadas.

Todavia, em outra direção, não nos permitimos endurecer na posição do núcleo profissional de cada integrante da equipe para responder ao que a gestão nos impôs, mas transcendemos a questão apresentada pela PMC quando produzimos algo com o desconforto que ela nos provocou. Quando a coordenação de uma oficina debateu com as coordenações de outras oficinas o que fazer com a questão da inserção do louco no mercado, pudemos pensar nosso próprio trabalho no plano do nosso próprio desejo.

Isto se tornou matéria quando escrevemos e dinamizamos os efeitos do nosso investimento de cuidado com osicineiros em uma tabela que tentou apresentar a evolução ou involução do usuário da saúde mental quando ele se tornava tambémicineiro do NOT. Não sabíamos bem o que desejávamos para e sobre aquilo tudo, mas havia algo da ordem (ou mesmo da desordem) do desejo e de tudo o que isso implicava.

Assim, o produto que gestamos desta intervenção foi esta tabela que nos propomos a alimentar com dados a cada seis meses, para que quem a lesse pudesse visualizar o que determinadoicineiro produziu ao frequentar alguma oficina. Seria a apresentação em números de algo que, a princípio, parecia inegociavelmente quantificável. A tarefa foi árdua. Muito embora lidássemos cotidianamente com cálculos para cuidar do viés financeiro da oficina, atribuir números à produção de saúde doicineiro para apresentarmos nosso fazer à PMC e a nós próprios foi uma tarefa desafiadora.

Depois de algumas reuniões onde debatemos com entusiasmo a produção item a item da tabela, notamos que trabalhávamos muito mais na tentativa de dar visibilidade política ao serviço e de atribuirmos a nós mesmos sentido para nosso trabalho do que para responder prontamente à PMC. Neste sentido, a gestão nos foi providencial, já que, a partir de um questionamento aparentemente provocativo, conseguimos criar um processo de discussão coletiva que envolveu diretamente todos os coordenadores das oficinas, a psiquiatra, a assistente social e a coordenação do NOT. Fizemos da intervenção da PMC um dispositivo que nos permitiu problematizarmos nós próprios no entre do nosso fazer.

O resultado visível desta jornada de trabalho é a tabela que apresento a seguir e que, no coletivo, denominamos de “Planilha da Vida Ocupacional”. Nela, há uma mesclagem riquíssima de itens que podem ser percebidos como contribuições de diversos núcleos profissionais. Para cada item há uma breve descrição para nos auxiliar a sermos o mais claro possível na avaliação.

*Associação Cornélia Vlieg/SSCF - Núcleo de Oficinas e Trabalho*  
**Planilha da Vida Ocupacional**

Usuário: \_\_\_\_\_  
 Oficina: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data de inclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CUIDADOS PESSOAIS	Alimentação	
	Higiene pessoal	
	Medicação	
	Adequação na percepção da aparência	
	Afazer domésticos	
MANEJO DE DINHEIRO	Reconhecimento do valor	
	Administração da renda	
CIRCULAÇÃO	Trabalho	
	Tratamento	
	Lazer	
COMUNICAÇÃO	Leitura	
	Escrita	
	Uso do telefone	
TRABALHO E CONVIVÊNCIA	Pontualidade	
	Assiduidade	
	Responsabilidade	
	Iniciativa	
	Produtividade	
	Capacidade de aprendizado	
	Habilidade de lidar com frustrações	
	Capacidade de negociação e diálogo	
	Cooperação	
Capacidade de respeitar as decisões grupais		
Relacionamento interpessoal		
		ESCORE

TRATAMENTO	CID:
Local:	
Frequência (mensal):	
Segue o indicado PTI ( ) SIM ( ) NÃO	
Leito Noite (nº de dias):	
Internação (nº de dias):	

ASPECTOS SOCIAIS	
Situação de moradia:	
Benefícios ( ) SIM ( ) NÃO	
Pagamento de previdência ( ) SIM ( ) NÃO	
Retomada dos estudos/capacitação ( ) SIM ( ) NÃO	

AValiação	GRADUAÇÃO
Independência (autonomia)	5 (91 - 100%)
Orientação (pontual)	4 (81 - 90%)
Estimulação (diária)	3 (61 - 80%)
Supervisão (acompanhamento)	2 (41 - 60%)
Depende de ajuda (fazer com)	1 (20 - 40%)

11

<sup>11</sup> Planilha da vida ocupacional (FRENTE)

*Orientações de preenchimento:*

CUIDADOS PESSOAIS	Alimentação: como é alimentação (qualidade, quantidade, frequência, dieta, noite e finais de semana)
	Higiene pessoal: banho, dentes, unhas, barba
	Medicação: assistida ou não (uso regular conforme prescrição, como é noite e final de semana)
	Adequação na percepção da aparência: vestes adequadas, percepção da sua condição de higiene
	Afazeres domésticos: lavar, passar, cozinhar, organizar casa
MANEJO DE DINHEIRO	Reconhecimento do valor: sabe reconhecer o valor da bolsa oficina/benefício, sabe reconhecer o valor das notas
	Administração da renda: sabe o que fazer com o dinheiro, consegue pagar as contas ou realizar compras
CIRCULAÇÃO	Trabalho: se vai sozinho ao trabalho, se consegue utilizar meio transporte
	Tratamento: se consegue ir as consultas, se tem iniciativa de se deslocar para atendimentos/exames, etc
	Lazer: se tem e consegue circular para atividades de lazer
COMUNICAÇÃO	Leitura: alfabetização
	Escrita: alfabetização
	Uso do telefone: consegue atender e fazer ligações, anotar recados
TRABALHO E CONVIVÊNCIA	Pontualidade: cumprimento dos horários
	Assiduidade: frequência
	Responsabilidade: com as atividades propostas, com cobranças, em relação aos outros
	Iniciativa: se há disponibilidade para outras atividades quando está ocioso ou quando há demandas
	Produtividade: produz o que é proposto? com qualidade e quantidade a contento?
	Capacidade de aprendizado: facilidade para aprender
	Habilidade de lidar com frustrações:
	Capacidade de negociação e diálogo:
	Cooperação: há disponibilidade de cooperar com grupo ou atividades
	Capacidade de respeitar as decisões grupais:
Relacionamento interpessoal: relacionamento no trabalho, família, tratamento, convivência	

## 12

Éramos treze coordenadores para preenchermos as tabelas de cerca de trezentos oficineiros. Cada item foi decomposto em alguns subitens, descritos de modo breve e objetivo, aos quais atribuiríamos os valores de 1 a 5. Compreendia-se, ao final do preenchimento, determinada graduação que indicaria o grau de independência do oficineiro em relação ao que apresentava quando foi inserido nas oficinas. Finalmente, começava a se esclarecer para nós que este era o ponto chave da problematização: pensamos e defendemos que nossa principal função enquanto coordenadores de oficina era produzir cuidado com o oficineiro para que ele pudesse aumentar qualitativamente sua autonomia e seu protagonismo na vida.

Embora não tivéssemos feito o clássico o caminho das pedras que muito provavelmente indicaria um profissional da ciência estatística, que seria composto de aplicação prévia do questionário para que ele fosse validado e para que os valores se tornassem o mais fidedignos possíveis do ponto de vista quantitativo, acreditamos que a tabela, que seria preenchida pelo coordenador com o próprio oficineiro, produziria dados que

<sup>12</sup> Planilha da vida ocupacional (VERSO)

tornariam visíveis nosso trabalho. Sim, ela não foi validada com o rigor necessário, afinal, a promessa não era a da seguridade numérica, mas a proposta de visibilidade geral de algo talvez intratável do ponto de vista matemático. No NOT, esta ciência nos acompanha para dar suporte diário ao nosso trabalho de coordenadores nos cálculos das finanças das oficinas, mas não a utilizamos, naquela época, para calcularmos moda, média, mediana, tendência central... Sim, hoje reflito que talvez houvesse a necessidade de rever esta tabela para que ela fosse regularizada do ponto de vista estatístico. Porém, esta não foi nossa preocupação inicial.

A maior riqueza deste processo foi que conseguimos dinamizar o conflito na própria equipe sobre qual era o sentido que dávamos ao nosso próprio trabalho. Enfatizo o signo dinamizar porque a intenção nunca foi resolvê-lo, mas, ao contrário, foi a de realçar as diferenças de olhares e posturas dos coordenadores quanto ao trabalho. Estas diversidades tornam o NOT muito mais interessante no processo contínuo de sua constituição, além das discussões enriquecerem com tantas e distintas alteridades o pensar sobre o modo de coordenar. Resolver o conflito poderia, inclusive, apagar diferenças fundamentais que sustentam o serviço.

Por isso esta dissertação, embora fruto de uma prática produzida coletivamente, só se refere ao meu olhar, ainda que ele seja inevitavelmente e até mesmo desejosamente contaminado por outros modos de olhar dos meus doze parceiros coordenadores de oficinas da época em que estive no NOT. Meu trabalho também foi feito do trabalho deles, pois foi com eles que aprendi cotidianamente como compor minha própria postura profissional de coordenadora. Com alguns aprendi a ser ora mais, ora menos acolhedora, com outros a ser extremamente cuidadosa com as finanças, com outros a arriscar nos negócios, com outros a não levar tão a sério o trabalho, com outros a ser concisa quando discutia o NOT fora do NOT, com outros a ser polida nas expressões, com outros a desbocar quando a angústia do trabalho transbordava o peito, com outros a admitir a preguiça como momento importante do trabalho, com outros a trabalhar até quase a exaustão em alguns momentos, e é muito provável que em todos eles me inspirei inclusive para pensar e escrever esta dissertação.

Na discussão da confecção desta tabela, nos questionamos principalmente sobre o porquê estávamos ali fazendo aquelas oficinas e sobre qual era a importância de cada profissional na contribuição para o desvelamento daquele fazer. Invariavelmente concluímos que estávamos todos implicados com as respectivas coordenações e posições no serviço e deseantes de que aquele fosse um serviço que produzisse cuidado com os oficineiros. E, mais

ainda, estávamos implicados não somente com o trabalho cotidiano de fazer a oficina, mas com desejos de que a reforma psiquiátrica acontecesse de fato.

Algo do nosso movimento de equipe na tentativa de trabalhar como coletivo que se sustenta se tornou visível neste processo. A este algo denomino como sendo o próprio desejo de compor o serviço. Interessante ressaltar que ninguém se apresentou como trabalhador cindido ou fora do pertencimento de toda discussão e problematização do nosso próprio trabalho. Por isso, ressalto que esse foi um momento muito precioso na minha própria constituição profissional, já que pude experimentar o que é um trabalho coletivo em que decisões são tomadas e sustentadas no grupo por pessoas com modos de trabalhar, por vezes, muito distintos.

Claramente, após o processo de produção desta tabela, produziu-se também e mais ainda o amadurecimento da equipe em rede. Rede no sentido mais amplo do termo, que se realiza pelo entrelaçamento colaborativo de modos de trabalhar que se fazem em conexões fortes com todos que a compõe.

Deste modo, o desejo foi liquefeito no sentido de se diluir e se espalhar para alcançar a muitos. Esta diluição não o enfraqueceu; ao contrário, o intensificou por engrandecê-lo no encontro com outros desejos, constituindo assim um circuito conectado de pessoas que produzem cotidianamente trabalho e saúde no serviço. Quando o desejo é elemento de comunicação, ele contamina e se produz mais e mais no outro desejo; ele se torna mais potente ao dar as mãos a outro também tão potente, o que cria um plano sustentador de novos modos de atuação profissional.

Neste processo, diversos núcleos profissionais se misturaram em uma proposta maior que foi a da produção de sentido para nosso próprio trabalho. Enquanto o discurso científico hegemônico qualifica o profissional como incapaz e/ ou inferior quanto mais amplo é seu campo de atuação, caminhamos em outro sentido ao propormos que deveríamos compor a nós próprios como equipe com saberes diferentes para que pudéssemos produzir potentemente toda a amplitude da capacidade de transformação que o fazer comporta. Cada núcleo profissional de diferentes especialidades dialogou com seus pares, produzindo algo que se propõe transdisciplinar.

Por exemplo, o item que trata dos “cuidados pessoais” tem como subitens a “alimentação/ higiene pessoal/ medicação” que, classicamente, pertenceriam ao âmbito de

atuação direta dos núcleos médico e de enfermagem. Contudo, no fazer cotidiano das oficinas, sabemos que estes três subitens são cuidados pelos coordenadores, monitores e pelo próprio oficinheiro que também cuida de si com maior ou menor grau de autonomia e, mais que isso, pelos oficinheiros que se cuidam entre si.

Também apontamos como interessante de apreciação o item “trabalho e convivência”, que trata de alguns subitens próprios do mundo das tarefas práticas, como “pontualidade/ assiduidade/ responsabilidade/ iniciativa/ produtividade”. O trabalho contemporâneo no sistema capitalista hegemônico anuncia em colossais palavras de ordem que o trabalhador deve ter estes atributos para que se mantenha empregado. Aos que falham em qualquer um desses subitens, o risco do desemprego é maior. A própria competição abre possibilidades para a demissão, pois se há um trabalhador com descompasso em alguma dessas esferas, outro com menos descompasso pode assumir seu lugar ao se apresentar à empresa como melhor adaptado a estes planos de comportamentos de trabalho.

Na atualidade, é exigido do trabalhador que ele invariavelmente não se atrase para começar a jornada de trabalho; que não falte (mesmo com justificativa); que seja responsável pelo que sua função exige, preferencialmente sem necessidade de auxílio; que tenha iniciativa, sendo o mais autônomo que puder; que tenha o maior nível de produtividade possível para um profissional naquela função, de modo que produza mais, melhor e em menos tempo.

Assim, claramente estes subitens da tabela foram inspirados no modo capitalista de trabalho. Entretanto, eles não apontam que o NOT seja um lugar de adestramento de corpos para que estes sejam inseridos ou reinseridos no mercado; ao contrário, estes subitens estão propositalmente mesclados com outros subitens que compreendem circunstâncias próprias da constituição subjetiva do sujeito que trabalha para apontar ao leitor da tabela preenchida um caminho de compreensão de que nossa preocupação é com o cuidado em saúde na vertente de geração de trabalho e renda.

Eles estão computados conjuntamente porque acreditávamos, no processo de fazer este instrumento, que, no NOT, os valores relacionados ao trabalho também são relacionados à convivência no trabalho, entre pessoas, todas diferentes, condizendo também com o slogan do próprio Cândido Ferreira: “Convivendo com o diferente”. Aponto aqui diferenças não somente relacionadas à própria loucura, mas aos diferentes modos de trabalhar. No espaço da oficina, era interessante e bonito ver que ela funcionava pelo trabalho de muitos sujeitos

envolvidos com todo o fazer e com todas as relações que isso portava, cada um com seu tempo, ritmo, compasso, fazendo das oficinas lugares que necessitavam de regência pra funcionarem afinadas, mas respeitando também a desafinação que ora ou outra surgia. Interessante apontar que não necessariamente essa regência era realizada pelo coordenador, pois os próprios oficinairos em muitos momentos percebiam a desafinação e se esforçavam para reacomodarem seus fazeres cotidianos com o intuito de que novamente a oficina afinasse.

Por isso, o item é denominado como “trabalho e convivência”, o que aponta que o NOT deve produzir ambos, justamente por uma escolha de funcionamento. Os dois acontecem conjunta e concomitantemente porque acreditamos que o sentido do trabalho também se dá nas relações entre as pessoas. Lembro-me um tanto saudosa de muitas manhãs a caminho da fazenda onde está parte do NOT, perto de seis e meia, quando via o sol nascer e pensava em quem gostaria de encontrar para prosear sobre alguma ideia que tinha tido de um novo produto, ou de uma proposta de intervenção com algum oficinairo, ou para contar que havia lido algo que poderia auxiliar no manejo com algum grupo. Recordo ainda das longas prosas que tinha com muitos colegas da equipe depois do almoço, sentados preguiçosamente no banco embaixo da grande e acolhedora sombra das árvores, matutando sobre os caminhos das oficinas. Também há lembranças das comilanças na cozinha (pois, como bem dizem os sábios, “a cozinha é o coração da casa”), quando matutávamos sobre os rumos do NOT, a desejar que muitos bons negócios acontecessem, torcendo para que um cliente fechasse uma grande encomenda que geraria muito trabalho (e os clientes eram generosos, pois nunca faltavam encomendas de bens/serviços), discutindo casos clínicos e tomando café e chá com bolo quentinho. Esses foram tempos de muitas boas novas ideias de como melhorar o serviço. Aos poucos realizei que o sentido do trabalho também se dá em momentos de encontros informais e na convivência entre as pessoas da equipe.

Havia também os encontros com os oficinairos, tão caros quanto os que aconteciam com a equipe, e que me emocionavam e me ensinavam sempre de modo diverso sobre a loucura. A loucura, que é território repleto de sons, políticas, dores, prosas, ousadias, alegrias, brutalidades, fascínios, caminhos, repulsas, delicadezas, violências, enfrentamentos, suspiros, trânsitos, rebeldias, tropeços, timidez, doçuras, afinidades, sofrimentos, encantamentos, entre infinitos outros signos, me tocava invariavelmente. Não é possível trabalhar com loucos sem suportar a loucura que é produzida em si por este encontro, exceto aos que a teorizam não para tentar compreendê-la, mas para tentar livrar-se dela. Cada proposta delirante de

compreensão do mundo, cada sentido louco que atribuíam a determinada experiência, cada insanidade nos gestos e atitudes e cada palavra ou silêncio trocados me apresentavam suas loucuras e me tocavam na minha própria. Assim se constituem as pessoas: ressoando umas nas outras.

## **6.6 O que de mais valioso se produz no NOT**

A intenção primeira das oficinas é a de proporcionar aoicineiro um ambiente onde ele seja capaz de caminhar no sentido de sua autonomia e de ser protagonista de sua história. A oficina é um dos seus lugares no mundo; é onde ele pode, à vontade e de acordo com suas possibilidades e desejos, produzir e atribuir a si esta produção, em consonância com sua própria implicação subjetiva, relacionada ou não ao trabalho.

No cuidado cotidiano com oicineiro, há diversas insígnias de sua história de vida que devem ser consideradas. Se há conflito com a família, dificuldade em pagar contas, medo de estudar, brigas, problemas em usar a medicação, opressão social de todo tipo, na oficina ele pode finalmente respirar distante de tanto caos e se fortalecer para desvendá-los e enfrentá-los. Vi pessoas chegarem para a entrevista inicial caladas, receosas, concordando com o que seu acompanhante dizia mesmo sem necessariamente concordar e, depois da entrada, vinculação e de algum tempo variável de investimento delas próprias na atividade de trabalho e nosso em acreditar que ela seria capaz de fazer algo, essas mesmas pessoas se tornarem mais audaciosas, sorridentes, expressivas de suas opiniões e, mais que isso, argumentativas e responsáveis por elas.

Isto só é possível porque, para além do diagnóstico psiquiátrico, cada novoicineiro chega com sua própria diversidade subjetiva para compor o coletivo da oficina. É com esta diversidade que se produz um arranjo de pessoas que se entendem como aquelas que buscam, cada qual a sua maneira, um reposicionamento de sua existência no mundo. O que há de mais importante numa oficina não é o que dela se vende, mas o esforço pela produção de saúde dosicineiros e tudo o que disso advém.

O tema desta dissertação se situa no campo da saúde coletiva e no fazer cotidiano doicineiro no ato de trabalhar, defendendo o conceito ampliado de saúde, que não se restringe

à ausência de doenças, mas que se expande à produção de saúde; que não tem mais como locus de atuação somente o corpo biológico, mas também o corpo em produção subjetiva e social; que contextualiza o ser humano e não a doença. Esta discussão de saúde tem seu respaldo no SUS da Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90. A saúde é aqui pautada na esfera do direito, como necessidade do homem e dever do Estado.

Há aqui uma escolha pela tentativa de superação do paradigma biomédico clássico que considera no ser humano unicamente o aspecto da doença biológica e sintomática que deve ser curada, na constante preocupação em conduzir o trabalho no processo de uma produção jamais acabada de concepção de saúde que considere outros aspectos para além dos que contém os das especialidades. Nesta perspectiva, o NOT é inovador por ser um desvio no modo de fazer saúde, já que sua concepção de saúde ultrapassa a racionalidade hegemônica das especialidades, pois desestabiliza muitos dos lugares instituídos pelos métodos tradicionais curativistas de doenças.

A aposta coletiva é a de produzir tantos agenciamentos quantos forem necessários para inventar coletivamente outras saídas possíveis para a produção de saúde. Numa sociedade que tem como valor maior o capital ao invés do trabalho e o curativismo ao invés da saúde, há uma persistência no sentido inverso, na tentativa de fazer resistência a estas lógicas.

O NOT faz frente ao instituído daquela esfera do trabalho que fragmenta grupos, burocratiza demasiadamente, adocece, 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 oficinheiro, o técnico também deve estar disponível para problematizações constantes acerca de seu próprio fazer, pois elas também conduzem à transformação das práticas no campo da saúde coletiva. Isto acontece na aprendizagem cotidiana sobre qual é o trabalho de um coordenador, já que não há um modelo pré-estabelecido no qual se basear para fundamentar a prática. Não há uma única proposta técnica ou mesmo teórico-metodológica a todos os profissionais, pois ali também é necessário que cada um possa criar seu jeito próprio de trabalhar. A criação deve ser primazia, pois é ela que ampara a vastidão de modos de produção de saúde no serviço.

O principal ponto convergente entre todas as oficinas é que elas devem existir na perspectiva ética da produção de sujeitos autônomos e protagonistas, devendo este fundamento circular entre todos os espaços do NOT. Sem uma receita de como se operar

nesta modalidade de oficina, é preciso sempre construir um caminho tendo como alicerce o cuidado humanizado em saúde mental. Fazer oficina no NOT é um modo de intervir na prática corrente e hegemônica das concepções de saúde e doença, pois é conduzir um fazer processual diferente do que se entende classicamente por tratamento psiquiátrico.

Seguindo estas diretrizes que balizam todas as oficinas, é possível trabalhar na riqueza do fazer processual de funcionamento da oficina. Entre os muitos modos de funcionar que poderia descrever, aponto sortidamente para alguns que me soam de imensa potência: a possibilidade de dar voz a cadaicineiro; problematizar os conflitos; transformar desacordos em acordos na condução de um processo; improvisar um cotidiano de trabalho que poderia ser desgastante em prazeroso; enfim, produzir arranjos participativos sobre quais são as normas de funcionamento daquele grupo.

Quando umicineiro 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. Apostamos todos nestes diversos agenciamentos de falas (e, por vezes, de silêncios) para inventar a unicidade da oficina. Num movimento de construção das diretrizes, emergem também sujeitos com grau maior de autonomia. É um fazer coletivo e que problematiza o próprio fazer.

A administração das questões de modo a contemplar que todos se posicionem permite uma reorganização coletiva para solucioná-los, o que conduz à apropriação de todos os participantes do processo de trabalho, emergindo daí a potência para fazer pactos que a negociação e o envolvimento nas decisões comportam.

Entretanto, em alguns momentos, o coordenador também deve se apresentar como alguém que, mais que mediar os conflitos, coloca neles um ponto final para que a oficina continue a acontecer. Por isso, há fagulhas do exercício de descentralização e compartilhamento de poder na gestão, mas não é possível prontamente afirmar que as oficinas do NOT sejam caracterizadas como de autogestão.

As instâncias de tomadas de decisão e de poder são parciais e relativas, sendo demarcadas pelo funcionamento constante da oficina. Há que se contemplar no coletivo que cadaicineiro possa se apresentar com seu modo diverso de trabalhar e de enfrentar os problemas. Neste modo de atuar, é preciso estar além da relação profissional de saúde x

paciente. Deve-se cotidianamente reinventar a relação coordenador-oficineiro, que transita entre diversos signos comuns à sociedade, beirando em alguns momentos o estabelecido entre empregado e patrão, chefe e subordinado, paciente e terapeuta, reivindicante e reivindicador. Perpassando por todos esses papéis sociais e tantos outros quantos existirem, o coordenador e o oficineiro criam relações em que se reconhecem em tantos outros papéis quantos forem necessários para estarem juntos na mesma oficina. Estão todos agregados sob o signo do trabalho promovendo rupturas no modo instituído de fazer saúde.

Estas relações também são marcadas por pulsações das intransigentes exigências sociais que indicam ao oficineiro que ele deve se portar tal ou qual o modelo de trabalhador contemporâneo: apressado, pontual, exigente, competitivo, entre diversos outros signos que o constituem. É interessante discutir especificamente a estas designações de tempo, pois nas oficinas o que se produz em um determinado período se torna um elemento importante para pensar o trabalho.

Neste sentido, no cotidiano de trabalho das oficinas, sempre se está na corda bamba entre o tempo do sujeito que produz e a necessidade de acelerar ou desacelerar a produção, tanto para cumprir o prazo contratado previamente com o cliente (quando se trata de produção para responder a uma encomenda), quanto para colocar produtos/serviços a venda no mercado. Esta velocidade que ora é apressada, ora é tênue, baliza o movimento do grupo na criação das relações que parecem muitas vezes se espelharem nestes prazos. Observamos, na maioria das vezes, que a necessidade de rapidez no processo de produção de um produto realiza relações frágeis, frouxas e superficiais e que, quando há mais tempo, alarga-se a possibilidade de se produzir relações próximas da robustez e de laços mais fortalecidos.

Quando há mais tempo para se gerar o produto, há também maior aproveitamento deste tempo para investimento não apenas nesta produção específica, mas também e principalmente na produção de relações marcadas pelo aprofundamento. A intensidade do tempo vivida por cada oficineiro também nos diz algo sobre como aquele sujeito se apresenta na oficina.

Os oficineiros, em sua grande maioria, jamais puderam sequer fazer escolhas em situações cotidianas como, por exemplo, sobre o que comer, vestir ou mesmo dizer. O que aparentemente pode ser solucionado com rapidez, muitas vezes leva horas ou mesmo dias para que todos se posicionem. Mesmo que todos respeitemos este tempo, há situações em que se faz necessário um direcionamento por parte do coordenador, e é neste momento que o

profissional precisa ter cautela e delicadeza de ponderar como e quando fazê-lo. Por exemplo, não é possível levar horas para decidir se o fogão deve ser instalado mais à direita ou à esquerda da janela, pois isto implicaria parar toda a produção e as refeições não seriam servidas aos clientes no horário de abertura do restaurante. Neste momento, quando não há um acordo no debate, deve haver uma intervenção do coordenador para que o processo seja acelerado. Há perigo de fragmentarmos o grupo ao invés de compô-lo, mas o risco precisa ser corrido por uma questão prática de organização instrumental.

A proposta de viver o tempo do coletivo em harmonia com o tempo de cada sujeito é fundamental numa oficina de geração de trabalho e renda na saúde mental. Não nos espelhamos no funcionamento dos estabelecimentos do mercado de trabalho capitalista onde ainda não é viável esta experimentação criativa do tempo, mas também não a rechaçamos, pois sabemos que alguns oficineiros se propõem a iniciar ou a retornar a este mercado. Além do mais, o próprio NOT está imerso neste mercado, pois, ao dispor seus produtos para a venda, compete na comercialização igualmente com os demais produtos semelhantes que estão a venda em qualquer outro lugar. É difícil a empreitada de conciliar mutuamente diversas gestões próprias e singulares de tempos diferentes em um mesmo coletivo. Assim, é possível refletir sobre como o NOT também se constitui da coexistência de práticas contemporâneas da economia solidária e de algumas embasadas no modo de produção capitalista.

Estas reflexões sobre o tempo exemplifica algo da compreensão sobre o que se produz nos interstícios de uma oficina da saúde mental que funciona no parâmetro da geração de trabalho e renda. Interstício porque é no intervalo entre os paradigma da atenção psicossocial e da economia solidária que se produz uma infinidade de elementos que compõem a oficina, inclusive o cuidado essencialmente inventado cotidianamente e que também sustenta este trabalho. Este cuidado se dá quase no lapso entre uma proposta e outra, acontecendo muito pelo investimento de desejo de quem compõe a oficina, seja o oficineiro ou o profissional. Tal fenda é frouxa e elástica, permitindo assim que ora se produza mais clínica, ora se produza mais renda, ora se produza tantos permeios quantos forem possíveis e necessários para evidenciarem os encontros e as relações que aí se dão. Entre os muitos produtos das oficinas, o que nos interessa nesta dissertação é a produção de saúde via efeitos terapêuticos que se dão no âmbito do cuidado.

Este cuidado compõe a clínica no NOT, que é feita de invenções constantes de vias de acesso ao sujeito pela experimentação de relações que podem resultar em transformações. Estas relações são constituídas de códigos que não tem definição a priori e que, quando postos em cena, se conectam ou se desconectam para se configurarem. Os códigos funcionam para balizar as trocas relacionais e, como proposta clínica, devem estar sempre em vias de produção de mutações. A clínica se dá na intensidade da potência que o sujeito produz com esta relação, potência esta que deve sustentar seu modo de existir não somente na oficina, mas no mundo.

São produzidas no NOT práticas de saúde que se dão nas relações entre equipe técnica e oficinairos e não entre profissionais de saúde e doentes. Estes posicionamentos permitem que se produza uma instância maior que é a própria oficina. Todos trabalham em proveito deste projeto. Desconstrói-se o modelo clássico do doente que está a mercê do saber do profissional da saúde de que o doente está posicionado como alguém despótico que necessita da potência do outro para se restabelecer (FOUCAULT, 2006). Ao contrário, valoriza-se o potencial inventivo do oficinairo e do profissional para refazerem estes papéis tantas vezes e maneiras quanto sejam possíveis e necessárias. Para ser coordenador, é preciso 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 verticais de fazer trabalho e 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 oficinairo pode desempenhar, acima de tudo é respeitado o singular. Um exemplo instrumental de funções auxilia na compreensão desta questão: para se produzir uma vela, é preciso minimamente separar a parafina a ser utilizada, levá-la ao fogo até que ela atinja a temperatura de 90°C, tingi-la com certo corante e perfumá-la com certa essência em determinada quantidade, a depender da proporção de parafina derretida, despejá-la em fôrma própria já untada, acompanhar o resfriamento preenchendo com mais parafina derretida as sobras que se formam até o completo endurecimento da parafina para depois de fria conseguir desenformar a vela e então destiná-la aos próximos processos de artesanato, que podem ser de entalhe, decalque, decoupage, pintura, embalagem, etiquetagem, entre outros. Destina-se um ou mais oficinairos para desempenhar cada um desses processos. 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 para nenhuma. Entendemos aqui habilidade como

aptidão, destreza, agilidade e desenvoltura para a realização da atividade. Esta destinação é feita com base na 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 de produção de uma vela. É de muita riqueza perceber que cada oficineiro se autoriza a ocupar um lugar por conseguir desempenhar as atividades que nela 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. Esta permissão não é encontrada no mercado formal de trabalho e este é um dos motivos que me faz acreditar que este caráter de oficinas de trabalho na saúde mental produz saúde ao permitir que o oficineiro invente seu lugar.

Quando 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 oficineiro começa a se colocar no que está fazendo e aparece um tanto dele no produto final. A este processo nomeio como invenção de si no trabalho, que é quando algo singular daquele sujeito aparece na peça feita e quando esta singularidade 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 com um mesmo molde; dois jardineiros capinam diferentemente o mesmo terreno com as mesmas instruções e a mesma enxada. Mire a beleza do processo: é o sujeito se apresentando em seu fazer.

Há ainda a invenção de si no trabalho mais propriamente quando o oficineiro incorpora algo da atividade em outras esferas de seu cotidiano. Não se trata apenas da técnica que ele aprende e que pode aplicar em situações outras que não apenas a do trabalho, mas principalmente do que incorpora das relações na oficina que pode ser transposto para outras relações. Vi pessoas que chegavam ao NOT sem conseguirem dizer se preferiam tomar café ou chá durante os intervalos das atividades e que, após um tempo de investimento nas relações que estabeleciam nas oficinas, opinavam sobre como deveria ser preparada sua bebida preferida em sua casa. Pode parecer pequeno e até mesmo ingênuo o exemplo citado. Mas, para os que estiveram décadas encarcerados em manicômios, estas vivências práticas do cotidiano são como que o início de novas possibilidades de experiências no mundo, no caminho de se constituírem como sujeitos autônomos e responsáveis por escolhas cada vez maiores e mais complexas.

Assim, o oficinairo amplia seu próprio fazer e o transborda para além do NOT. Durante seu processo de trabalho, ele também produz conhecimento sobre si na relação com a tarefa a ele atribuída. Não se quer que haja oficinairo que se identifique meramente com a execução de seus afazeres, mas que eles se façam sujeitos de suas próprias histórias.

### **6.7 Sobre a triagem**

A etapa de entrada do usuário da saúde mental no serviço também auxilia na compreensão de como acontece o funcionamento das oficinas. A triagem era o primeiro passo para iniciar no serviço. Vi usuários que já se principiavam oficinairos neste processo e outros que, já nos primeiros contatos com o serviço, não se viam ali.

A triagem era feita semanalmente por um coordenador de oficina a cada vez. Ela servia para que os usuários que apresentassem desejo de participar das oficinas fossem recebidos no NOT, a fim de que os conheçêssemos e para que eles também nos conhecessem. Era como uma temporada semanal de boas-vindas. Lembrar-me destes momentos muito agrada, pois era onde se via com literalidade o olhar de algumas pessoas que pertenciam ao signo da segregação social brilhar quando se apeteçiam trabalhadores. O lugar da oficina cativa pela potência de produzir vida em quem se aproxima.

Quem quisesse fazer triagem necessariamente deveria estar em tratamento na saúde mental no município, fosse pública ou privada, e ser encaminhado por escrito pelo profissional de saúde para este processo. Não havia um protocolo sobre o encaminhamento, e em sua maioria constavam apenas o CID e a medicação em uso no momento. Eram documentos que pareciam poder valer tanto para uma triagem no NOT quanto para atestar sua significação psiquiátrica em qualquer outro lugar. Raríssimos eram os encaminhamentos que contavam algo da história de trabalho do usuário. Todavia, embora não fosse por registro escrito, quase todos os profissionais estavam disponíveis por telefone ou pessoalmente para discutir o caso em profundidades que fossem além do diagnóstico e da medicação.

No processo de triagem, havia uma ficha do NOT a ser preenchida pelo coordenador responsável pela recepção dos potenciais oficinairos naquela semana que, além dos dados pessoais do usuário, como seu nome, endereço, números de documentos, continham também

campos sobre seus percursos na saúde mental e no trabalho. Mas, se o usuário quisesse, poderia contar sua história de vida em outros planos que não somente estes.

Invariavelmente, quando escutava biografias de loucos, me encontrava com relatos de resistências. Embora na recente história do movimento da reforma psiquiátrica brasileira se operem transformações consideráveis no modo de produção de cuidados, estas transformações ainda são demasiadas novidades no cenário da vida dos loucos. A maioria deles carrega consigo marcas de maus-tratos, abandonos, tristezas, dores, crueldades, corrupções, massacres subjetivos, entre muitos outros substantivos relativos ao sofrimento. Não é ao acaso que o movimento antimanicomial no Brasil tenha a característica de luta. Numa só frente, os loucos e seus pares (família, amigos e profissionais) enfrentam as mais variadas opressões em prol de cuidados humanizados em equipamentos de saúde, na tentativa de superar os manicômios, que são lugares mortíferos de propagação de práticas violentas de segregação e exterminação de sujeitos.

Contudo, mesmo em serviços cujas práticas são pautadas nos princípios da reforma psiquiátrica, paradoxalmente há manicomializações de discursos. Há ainda nestes lugares a forte presença da posição inibitória de subjetividades loucas da psiquiatria clássica. Tais discursos seguem em zigue-zague, pois ora prescinde-se desta psiquiatria, ora novamente subordina-se a ela. Afinal, duzentos e vinte anos de manicômios não se desconstroem magicamente em trinta anos de reforma psiquiátrica.

Ainda que já tenhamos nos adiantado no caminho de melhores ações de cuidados, há resquícios de práticas manicomiais mortíferas nas atual saúde mental e, embora seja um contrassenso, elas convivem. Ambas são forças constitutivas do que se conhece como serviços substitutivos ao manicômio. Neste movimento, a força antimanicomial produz enfrentamentos e outras ações que não estejam balizadas pelo extermínio de subjetividades, mas, ao contrário, para que sua principal produção seja o humano em sua potência de vida.

Os usuários chegam para participar da experiência de viver o trabalho no NOT vindos destes muitos serviços de práticas ainda mistas. Na triagem, eles narram, cada um à sua maneira, um pequeno tanto de suas histórias, apresentando um pouco do que são e do porquê desejam participar do NOT. São pessoas que, pelo exercício da resistência e por um imenso vigor, ainda estão vivas e, entre muitos desejos, apresentam aquele de ocupar o lugar social de trabalhador.

Após a coleta de dados, levava os usuários para uma andança pelas oficinas, com a intenção de que eles as conhecessem e tivessem suas primeiras impressões, mesmo que de modo breve e pouco profundamente. Este era um momento especialmente rico, pois me relacionava com o que eles produziam no primeiro encontro com o serviço. Tradicionalmente, algum oficineiro apresentava o que se fazia na oficina aos potenciais novos oficineiros. Em geral, eram apresentações que prezavam por mostrar a técnica que se empregava no ofício, o espaço físico da oficina, as etapas do processo de produção de um bem/serviço, o grupo, os monitores, o coordenador e mais o que o apresentador quisesse, além de responder a eventuais dúvidas e questionamentos sobre a referida oficina.

Há muitas lembranças que mereceriam registro nesta dissertação, mas a que aleatoriamente me apraz agora é a do encontro de um usuário com a lindíssima Oficina de Vitral Artesanal. Havia muita agilidade na apresentação do lugar e na preparação dos abajures porque, na ocasião, os oficineiros respondiam a uma encomenda. Entre espelhos, vidros, pés de abajures, cafés, cadeiras, epóxi, alicates, havia nas mesas desarrumações e muitas mãos de artesãos trabalhando ali. Nesta oficina, como em todas as outras, há movimentos de produção de, por exemplo, abajures de pedaços de vidro para serem vendidos e, ao mesmo tempo, produção de encontros de pessoas com pessoas e de pessoas com abajures. Entre muitos relances de olhares, o brilho do vidro e o brilho do próprio olhar do usuário se confundiram em uma cena inesquecível e difícil de ser descrita. Era algo que encantava um olhar anterior lusco-fusco daquela pessoa que estava a conhecer as oficinas. “Nesse NOT dá pra ser louco que brilha?”, ele grave e seriamente me perguntou. “Dá, sim!”, respondi de imediato. Sua escolha foi pelo brilho que a oficina lhe produziu no olhar. Brilhantismos de pedacinhos de vidros que refletiram a (ainda) pouca luz do rapaz. Salvo engano da memória agora já um tanto falha, ele escolheu a Oficina Agrícola para trabalhar.

Na triagem, há as pessoas que vêm, contam suas histórias, conhecem as oficinas, mas vão embora porque não se encontram ali, não encontram motivos, não olham para aquilo como um espaço possível para conviver e trabalhar, não produzem quereres. Vão não sem deixar rastros, sendo os principais apontamentos: “Aqui se ganha pouco dinheiro”. “Eu não queria trabalhar, só vim porque me mandaram”. “Eu gosto de ficar em casa”. “Eu não quero ficar nesse lugar onde só tem louco”. Oras, não gostou. É assim que acontece: não é preciso gostar, no sentido da precisão-necessidade e da precisão-exatidão.

Estes vestígios de impressões em formato de falas me produziam questionamentos que ecoaram durante todo o percurso que fiz no serviço. Não os tenho respondidos, mas eles dirigem o pensamento para constelações do não-trabalho, da convivência com a loucura, da importância do dinheiro, entre outras. Justamente o que muito faz sentido para alguns no NOT são os motivos que afastam outros.

É possível refletir sobre isso tudo em diversas perspectivas, entre elas a de que o serviço não necessariamente serviria a uma só destas vertentes. Cada oficinairo encontra e/ou inventa o seu próprio motivo para estar ali. O caráter do trabalho parece ser o que interliga a todos, mas, em cada um, encontra-se um porquê singular de ser oficinairo. Este porquê até pode contaminar o porquê do outro, mas não o faz necessariamente e, muito menos, impunemente.

Mas, as pessoas que querem ficar, que por algum motivo desejam também participar de uma oficina, me são muito valiosas, porque sempre me soou precioso quem quis trabalhar pelo encontro que teve com os movimentos da oficina.

Durante a triagem, eu passeava na história dos candidatos a oficinairos que vieram para conhecer o NOT e os convidava a falar sobre suas expectativas e desejos de entrar numa oficina para retornar ou mesmo se inaugurar no mundo do trabalho. Neste passeio, que era feito de momentos interessantes e desinteressantes aleatoriamente, algo que despertava o interesse do provável oficinairo que estava a conhecer as oficinas era colhido como dado para que ele posteriormente ou mesmo imediatamente começasse seu processo de entrada numa oficina. Se houvesse vagas disponíveis e desejo para começar, ele já começaria; se não houvesse vagas nas oficinas que ele escolheu, ele aguardaria surgir alguma. Neste tempo de aguardo, uns desistiam, outros arrumavam empregos formais ou informais e alguns persistiam na espera, no intuito de participar do projeto.

Quando iniciavam, ocasião deveras valiosa, por um ou outro caminho, o próprio aprendiz de oficinairo nos apresentava como deveríamos balizá-lo em sua entrada. Sim, era importante estar ao seu lado, em sua companhia, mas somente o tanto que ele precisasse e quisesse. Como saber que tanto é esse? Não havia outro meio, exceto pela escuta clínica. Apenas me parecia provável que pretender ser um oficinairo era o único viés que tínhamos de intervenção sobre isso. E que a intervenção fosse mínima. Aspirar a ser um trabalhador nos unia, coordenador e possível oficinairo, num movimento que, desejava, fosse partilhado no coletivo da oficina.

Quase sempre os usuários da saúde mental que chegavam às oficinas tinham um circuito social pequeno, com relações poucas e frágeis com algumas pessoas, principalmente do âmbito familiar, e a oficina se mostrava como um atraente lugar de novas possibilidades de relações. É possível pensar que eles se tornavam oficinairos enquanto conheciam pessoas e aumentavam suas redes de relações, muito mais do que quando começavam a aprender a técnica de produção do que se fazia na oficina para ser vendido. Brotavam oficinairos quando eles estreitavam laços com alguns e afrouxavam com outros, além de estabelecerem o início irrevogável e sem volta de circularem por mais instituições do que aquelas que cotidianamente participavam.

Em muitos momentos, os encontros entre os oficinairos passavam inicialmente pelas conversas sobre as medicações que usavam: “Você toma o quê?”, denotava não só a importância dos remédios nas existências deles, mas reconhecia que este elo comum poderia ser um elemento de identificação e de aproximação entre eles. A semelhança daqueles corpos que se drogavam os tornavam menos solitários na quase sempre medida substancial de engolir comprimidos para se manterem minimamente afastados de tanto sofrimento.

Realizo que a generosidade de uma oficina estava em acolher gente que vinha trazer novidade, porque quem entrava sempre trazia um novo modo de viver o trabalho. Esta era a marca comum a todas as oficinas: receber alguém em um espaço que invariavelmente se alteraria com sua presença. Era uma movimentação constante de gente que entrava e que saía, que imprimia seu modo de trabalhar no grupo e que era marcado pelo modo como o grupo já trabalhava. Sempre se mudava o compasso do tempo de produção para acolher alguém que era novo num ambiente que era constituído de pessoas, maquinário, matéria-prima e tudo o que isso implicava.

Mais me interessavam as pessoas e o que as aproximava e as distanciava de um provável lugar-oficina do que o maquinário e a matéria-prima, embora estes tivessem importância vital nas relações mesmas que estas pessoas estabeleciam umas com as outras. O ritmo de cada corpo no coletivo da oficina revelava uma movimentação singular, feita de tantos ensaios cotidianos quanto coubessem ali.

As oficinas eram povoadas e partilhadas de agudas companhias e do vivaz dos acontecimentos. Essencialmente o terreno era esse, somado a infinitas insígnias que com ele faziam composições. Eram oficinas povoadas por pessoas que se encontravam em infinitas

práticas cotidianas de trabalho e de cuidados, nos modos de relações alargados pela produção de subjetividade que ali acontecia.

## 7. PARA ENCERRAR PROVISORIAMENTE



13

completa a obra

o vento sopra

e o tempo sobra

*Paulo Leminski*

A gente pensa numa coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa... e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita.

*Mario Quintana*

Concluo como um suspiro: o mais breve e profundo possível, o que expressa certo cansaço, mas ainda algum apaixonamento por escrever sobre algo que me tocou. O ponto final aqui se transforma em reticências pela clara proposta que tem este texto de não ser o encerramento da questão do que se produz nas oficinas. Aliás, o que se produz nelas está infinitamente além do que pude narrar nesta dissertação. Aliás ainda, é bom que se explicita, isto que se leu contém apenas meu olhar. Aliás também, avalio que esta escrita cristaliza o

---

<sup>13</sup> Oficina de Vitral Artesanal (foto de Heloísa Maria Heradão Rogone, julho de 2012).

assunto num documento e só marca o tempo presente. Afinal, escrever é uma estratégia de alcançar no agora algo que já aconteceu para refletir sobre isto.

Muito provavelmente (e desejo que assim o seja), daqui um tempo esta será uma dissertação ultrapassada, que só terá valia por ser memória registrada, pois as questões serão outras. Tomara que eu viva para ver o dia em que o louco não mais precise viver o trabalho em oficinas e o faça em qualquer lugar e com qualquer pessoa. Tomara também que eu viva para ver o dia em que o trabalho que produz saúde se expanda a todos e não seja privilégio, como é hoje. E isto só acontecerá se for em processo, e não em evento.

Mas, por enquanto, o NOT é vanguarda. O que narrei aqui é extensivo somente aos oficinairos deste equipamento de saúde. E, aos outros serviços, que o NOT seja inspirador e não modelo, pois o que deu certo nele não necessariamente dará certo em todo lugar. Porque lugares, como gentes, diferem. Além de cada serviço ser único, este é um relato de uma experiência que é só minha, porque foi fruto do encontro do que eu fui com o que o NOT foi de 2009 a 2011.

Escrever para concluir é tarefa árdua e tem soado como o fim de algo que ainda não deveria ser findado. Afinal, é o imperativo do tempo que está a me colocar o momento de acabar, e não a sensação de estar satisfeita com o que apresentei neste texto. Nem mesmo o pedido de demissão do NOT para me dedicar integralmente ao mestrado me apontou o encerramento com o serviço, como já mencionei em algum momento da dissertação. Misturados aos desejos de academia estavam as lembranças da riquíssima experiência que vivi no serviço, estas mesmas que constituíram as marcas que tenho como vestígio de um bom período de aprendizagens.

O ato de concluir é precário e também me parece de pouco valor, pois o que pode conter a conclusão de um trabalho acadêmico é apenas a tentativa de arremate de discussões que já se fizeram amarradas no corpo do texto inteiro. Aqui, só o que sobra é a necessidade de aspirar um fim possível para a infundável discussão que qualquer trabalho de mestrado deve disparar.

E como é amplo pensar nos cuidados que são produzidos em oficinas! Nesta dissertação, fiz reflexões que são passíveis de transformações e que por isto só marcam o tempo presente. Assim, pode ser que um dia, se eu for convencida de outros caminhos, já não pense mais assim. Por isto, estas são conclusões provisórias, já que comportam o efêmero e

transitório modo de olhar o mundo que, desejo, sempre (me) mude. O olhar que apresentei operou num recorte específico, que foi dos cuidados que vi sendo produzidos e que eu própria produzi com os oficinairos nas oficinas de geração de trabalho e renda do NOT, no restrito tempo de perto de dois anos em que trabalhei nelas.

Ao fim, enfim.

A intenção desta dissertação foi apresentar questões sobre os efeitos terapêuticos que os oficinairos produzem pela oferta de cuidados nas oficinas. Expus reflexões sobre estes efeitos pela narrativa da minha própria experiência com o trabalho e a loucura no NOT, contando sobre o que ela me provocou, principalmente no que concerne à aprendizagem de que quem produz os sentidos do trabalho somos nós próprios. Escrevi, com minhas memórias conjugadas a problematizações que fiz no processo do mestrado, sobre questões que são, em seus cerne, clínicas, já que operam transformações nos sujeitos que participam das oficinas. Além disto, também abordei que a proposta clínica do NOT se mescla com os imperativos do mercado e que, por isto, é preciso constantemente atenção para que, no movimento da clínica estar sobressalente ao mercado e vice-versa, o sujeito oficinairo, principal produção do NOT, não se perca.

Ao dar visibilidade a práticas que portam em seu cerne intencionalidades de cuidado, escrevi também sobre o comprometimento necessário do coordenador de oficina de geração de trabalho e renda na saúde mental com o humano em sua potência de loucura e com tudo o que isto implica. Expliquei cenas que exemplificavam o contato cotidiano com a loucura, que é comum a todo profissional da saúde mental e coletiva, mas que poderiam desaparecer no turbilhão de cálculos, prazos, números, horários, produtos vendáveis, entre outros movimentos que também constituem uma oficina desta modalidade.

Foi especialmente interessante apontar os impasses que experimenta um coordenador, pois este tem que lidar, sem conhecer o ponto de equilíbrio, com materiais das ordens e desordens do financeiro e da loucura e vice-versa, num mesmo espaço de oficina e com os mesmo sujeitos. Este lidar é cotidiano e não se aprende somente na academia. Aliás, muito do saber da saúde mental é produzido pelo fazer, num agir clínico com intenções de cuidado que pode não estar contido no âmbito da ciência clássica acadêmica. Tal saber é produzido na relação com o oficinairo em consonância com a prática e a sensibilidade do profissional. Assim, quanto mais disponibilidade e envolvimento do trabalhador com seu trabalho, mais implicação ele gera para a constituição de saberes.

Trabalhar nestes rumos necessariamente é operar conectado com a reforma psiquiátrica, já que esta atuação é constituída fortemente pelo ato político contrário às práticas manicomialistas. O profissional tem como base a complexidade da invenção cotidiana do cuidado no limite com a técnica aprendida em sua formação tradicional. Esta invenção deve se dar na intenção de fazer saúde com o outro, e não para o outro, o que só pode acontecer numa relação o mais horizontal possível e num compartilhar de conhecimentos de ambos.

Neste sentido, as inspirações na economia solidária e nos princípios cooperativistas contribuem com esta ética, pois ambos propõem responsabilizações de todos os participantes das oficinas em todas as decisões que concernem a elas, o que colabora na produção de sujeitos progressivamente mais autônomos e protagonistas. Tal processo envolve reposicionamentos de todos os participantes das oficinas, pois, neste horizonte de possibilidades, papéis são mexidos para que o oficinheiro possa, também, ocupar o lugar decisório e fazer a gestão de sua própria existência. Nesta perspectiva, há também implicações com os outros oficinheiros; portanto, se trata de um agir implicado com corresponsabilidades. Igualmente, além de cuidador de si, ele também pode ser do outro.

Assim, fiz reflexões sobre o trabalho que aposta na potência do coletivo de superar a racionalidade hegemônica de saúde que se liga à ausência de doenças para ampliar o conceito de saúde a, entre outras acepções, ser produzida também pelo viés do trabalho. Enfim, é o trabalho como lugar de afirmação da vida.

O trabalho constitui um dos princípios fundantes do sujeito. Não sem confusão, a escolha profissional o identifica desde sempre na vida. Quando criança, responde-se da maneira mais inventiva possível à questão: “o que você quer ser quando crescer?”, no ato da brincadeira e do sonhar. Quando jovem, experimentando os primeiros passos na profissão (escolhida ou nem tanto). No momento adulto, seja sustentando tal posição, seja mudando, segue-se fundamentando e dando sentido à existência também pelas direções do trabalho. Na aposentadoria, o descontorno do não-trabalho novamente singulariza o sujeito, produzindo subjetividades atreladas à noções de sabedoria acumulada pelos anos de experiência profissional, mas também de desvalimento por não mais trabalhar. A trajetória do ser humano também pode ser narrada pelo seu percurso de trabalho, até mesmo com o risco de o sujeito destituir de si quase que qualquer outra característica que não o do seu fazer-trabalho para se designar.

A cidadania, que deveria pertencer ao homem desde seu nascimento, parece hoje estar amarrada também ao lugar de trabalho. Estar desempregado é mais do que não ter um emprego: é a impositação imediata de rótulos como os de incapaz e inútil. Por estes motivos, inúmeras vezes escutei dos participantes do NOT que finalmente eles eram algo mais que somente loucos, já que tinham um trabalho, fosse ele o primeiro ou não, e poderiam ser chamados de trabalhadores. Eram oficineiros e, como tais, transitavam no fluxo do lugar social de trabalhador.

O cálculo da impregnação deste discurso dominante do não-trabalho na vida dos loucos, sujeitos que historicamente sempre foram tidos como improdutivos, beiram o mortífero. E não estamos nos referindo ao dinheiro que se ganha com o trabalho, mas, mais que isso, ao trabalho que se faz ou que não se faz e que subjetiva suas vidas.

Recordo de uma mulher que fez triagem no NOT e que dizia repetidamente que nunca tinha trabalhado porque não conseguia, justificando que tinha problemas mentais. Quando questionada a respeito, não soube se explicar melhor, somente repetia esta mesma fala. Meses depois de se inserir no NOT, me encontrei com ela na cantina do SSCF e ela veio responder à questão da triagem: disse que nunca havia trabalhado porque não sabia que conseguiria, mesmo tendo problemas mentais. Eis o marco: agora ela compreendia que era capaz de trabalhar. Esta fala fez valer todo o investimento de diversos profissionais nela.

A pertinência da desconstrução deste discurso da oficineira de que o louco não pode/consegue trabalhar também compõe a ética que baliza a afirmação deste texto sobre o louco que trabalha. A aposta é de que há ações possíveis da esfera do trabalho que se produzem na relação do oficineiro com o NOT que podem ser ampliadas e transpostas para outras esferas da vida do oficineiro, constituindo assim a vertente de produção de cuidados que têm efeitos terapêuticos. Refletindo nesta direção, a proposta do trabalho nas oficinas tem caráter libertário, já que a potência da prática cotidiana pode reverberar para a produção de saúde na vida em sua maior amplitude. Isto pode até mesmo colocar em xeque discursos correntes considerados verdades substanciais de que o trabalho só produz dor e sofrimento.

No entanto, há que se ter cautela com o uso do trabalho em instituições psiquiátricas. Historicamente, o trabalho foi usado nos estabelecimentos psiquiátricos para ocupar o tempo ocioso dos loucos, como castigo, para gerar dinheiro aos hospitais com as vendas do que ali era produzido, para disciplinar os internos em uma rotina dominadora, para doutriná-los a permanecerem em hábitos que respondiam às demandas de organização do hospital. O próprio

tratamento moral proposto por Pinel tinha intenções de reconduzir o louco à normalidade para que este recuperasse a capacidade de trabalhar. No Brasil, com a máscara de tratamento, oficinas de artesanato e agricultura foram criadas e sustentadas em hospitais psiquiátricos para conferir cientificidade às internações. Como se constata, a inserção do trabalho no cotidiano dos internos de hospitais tinha diversas propostas, exceto a de produção de saúde.

A aposta das oficinas na atualidade é que o oficinheiro pode, além de ocupar o lugar de trabalhador anteriormente negado ao louco, criar sua existência e, neste ato criador, ser fecundo no que ele desejar, não apenas no âmbito do trabalho, mas na extensão de toda sua vida: no esmero do fazer, no trânsito de afetos, no cotidiano do visível e do invisível das experiências, nos corpos tocados pelos instantes possíveis de convivências, na mistura das intensidades dos encontros, na potência do acolhimento, na sutileza de reconhecer a dor do outro, na afinação dos participantes das oficinas, no lisonjeiro e gratificante reconhecimento do trabalho. Tudo isto são pulsações de vida que sustentam a produção de cuidado feita na oficina e que tem efeitos terapêuticos de progressivo aumento de autonomia e protagonismo do oficinheiro.

Neste campo híbrido de trabalho e saúde, a clínica que sustentou o plano da produção de cuidados nas oficinas foi inventada na plasticidade dos acontecimentos e conjugada a movimentos de vida dos oficinheiros. Em constantes mobilidades de criações, a oficina também foi um lugar produtor de subjetividade, pois condensou em seu território possibilidades de ações do participante no ato de produzir a si mesmo, contrariamente ao modo de fazer saúde que induz à normatização de comportamentos para a adaptação de sujeitos aos mais diversos contextos sociais.

Esta clínica foi inventada com diversos instrumentos e nas diversas relações. Foram usados conceitos trazidos da academia e outros saberes produzidos na relação anterior com usuários da saúde mental e com os profissionais parceiros. Desta riqueza pregressa ao NOT pude buscar ferramentas que me permitiram configurar intervenções de cuidado com os oficinheiros pautadas na perspectiva terapêutica.

Usei o termo “terapêutico” nesta dissertação para permitir reflexões sobre os atos de cuidados nas oficinas que intencionavam a saúde. A saúde foi compreendida aqui como um conceito amplo que abarcou, entre outros elementos, a produção de subjetividade do oficinheiro pelo viés do trabalho. Nas oficinas, trabalho e loucura se mesclavam e foram aqui ilustrados com casos que contaram um pouco do fazer na mistura destes elementos. Deste

modo, a oficina foi narrada como lugar aberto de invenções baseadas em pulsações clínicas constantes, no sentido de modos de cuidar que ativam saúdes.

Neste agir vinculado ao cuidado, cada oficinairo era um plural. Plural de afetos, desafetos, tropeços, violências, alegrias, enfrentamentos, júbilos, aprendizagens, políticas, rebeldias, paixões, inquietudes, contentamentos, brutalidades, tristezas, enfim, de encontros, e era neste plural que se davam as intervenções. Intervir entre muitos “vir”, no vir-a-ser outro louco, virar trabalhador, vir do verbo ver pra se ver transformações acontecendo dia-a-dia com e nos oficinairos.

As composições ética, estética e política do NOT pautadas na produção de cuidado balizam seu funcionamento. A dimensão ética aponta para o pensamento crítico sobre o mundo do trabalho atual produtor de sofrimento e o que de diferente a oficina pode produzir num processo com o oficinairo, no que concerne ao cuidado com intencionalidade terapêutica para a produção de saúde. A dimensão estética supõe a invenção das oficinas em diversos territórios permeados por uma concepção de saúde vinculada à produção de sujeitos autônomos e protagonistas, questionando o modo de se fazer saúde na atualidade e estando intrinsecamente vinculado à criação de novas subjetividades. A dimensão política propõe que a oficina é constituída de oficinairos que transitam por um campo complexo de forças, no qual se encontram dialogando indissociavelmente seus direitos e deveres como cidadão, além da possibilidade de um lugar de sujeito militante no processo da reforma psiquiátrica.

E, sabendo que o trabalho de refletir é interminável por si só e que ele também me constitui, encerro esta dissertação com a pertinência de fazê-lo provisoriamente, reafirmando que as questões que ainda faço sobre o trabalho e a loucura não puderam ser respondidas. Porque, mais que responder, naveguei no interstício das dúvidas sobre elas para compor este texto que, enfim, finda aqui.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, L. C. Economia solidária e oficinas de trabalho na saúde mental. In: MERHY, E.E. e AMARAL, H. (Orgs.) *Reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 151-161.

ANDRADE, M.C. O trabalho como interlocutor entre a saúde mental e a economia solidária no Brasil. In: *Psicologia e trabalho- desafios e perspectivas*. Assis: Editora UNESP, 2010, p. 241-265.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BRASIL. *Constituição Federal*. Título VIII, Capítulo II, Seção II: Da Saúde. Brasília, 1988.

BRASIL. Constituição Federal. *Lei n° 8080*, 19/09/1990. Lei orgânica da saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acessado em 15/07/2012.

BRASIL. Constituição Federal. *Lei n° 8142*, 28/12/1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acessado em 15/07/2012.

BRASIL. Constituição Federal. *Lei n.° 10216*, 06/04/01. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acessado em 22/08/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n.° 1169*. Brasília, 2005. Disponível em: [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). Acessado em 22/08/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde mental e Economia Solidária*. Brasília, 2006. Disponível em: [https://docs.google.com/Doc?id=dfvtp3jk\\_20df5q83n7](https://docs.google.com/Doc?id=dfvtp3jk_20df5q83n7). Acessado em 22/08/2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

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

\_\_\_\_\_. 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*. Brasília, 2010. Disponível em: [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). Acessado em 22/08/2011.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma. Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde paidéia*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

CAYRES et. al. O desafio da reabilitação profissional. In: HARARI, A. e VALENTINI, W. (Orgs.) *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 105 a 112.

CONSTANTINO, E.P. (Org) *Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Arte e Ciência, 2007.

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

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde mental. *Saúde em Debate*. Vol 32, n. 78/79/80, jan./dez. 2008, p 27- 37.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001, p. 12-25. Disponível em: [www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc](http://www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc).

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.13-44.

COSTA ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-169.

CUNHA, M.C.P. *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

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

FACCHINETTI, C. et. al. *No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados*. In: Revista História, Ciências, Saúde. v. 17, supl.2, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600031). Acessado em 12/08/2011.

- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLEMING, M. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2006.
- GALLETTI, M.C. *Oficina em saúde mental. Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: editora da UCG, 2004.
- GIACOMEL, A.E. et al. Trabalho e contemporaneidade: o trabalho tornado vida. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
- GUATTARRI, F; ROLNIK, S. *Cartografias do desejo*. 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- KINKER, F.S. *Trabalho como produção de vida*. In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, v.8, jan-abri, 1997, p. 42-48.
- LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- LIMA, E.A. *Arte, clínica e loucura: território em mutação*. São Paulo: Editora Fapesp/Summus, 2009.
- LISPECTOR, C. *Minhas queridas*. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.
- LOBOSQUE, A.M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- LUSSI, I.A.O. *Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral*. Ribeirão Preto, 2009. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica.
- MACHADO, R. *Danação da norma- medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 375-493.
- MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
- MERHY, E.E. *A loucura e a cidade: outros mapas*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-21.pdf>. Acessado em 17/07/2012.
- MERHY, E.E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?* Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. Acessado em 17/07/2012.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E.E. *Trabalho em saúde*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acessado em 05/01/2012

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.

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

MOTTA, A.A. *A ponte de madeira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

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

NOGUEIRA, F. *O direito ao trabalho- um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo*. In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, v.8, jan-abri, 1997, p. 53-56.

OGAWA, R. *Trabalho: liberdade versus exclusão*. In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, v.8, jan-abri, 1997, p. 49-52.

OLIVEIRA, G.N. Breve percurso para a produção de uma cartografia: devir, intervir, durar, cuidar, narrar, agenciar\_ ou devir cartógrafo e algumas interfaces com a saúde coletiva. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (Orgs) *Conexões-saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde- um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo; Hucitec, 2002, p. 353-371.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Meridional, 2009a.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Meridional, 2009b.

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

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. *Saudeloucura 2*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1990, p.131-138.

PEREIRA, M.E.C. Pinel- a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*. Ano VII, n.3, set./2004, p. 113-116.

PERRUSI, A. *Imagens da loucura. Representação social da doença mental na psiquiatria*. Recife: Cortez, 1995.

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

PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

PINEL, P. *Traité médico- philosophique sur la aliénation mental ou la manie*. 2 ed. Paris: JA.Brosson, 1809. Disponível em <http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-76576&M=notice>. Acessado em 10/08/2011.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 267-277.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7º Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

ROMAGNOLI, R.C. *A cartografia e a relação pesquisa e vida*. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 2, n. 21, 2009 p 169-173. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>. Acessado em 19/07/2012.

ROTTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização- uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990, p.17-59.

SILVA, A.C.P. *A proteção aos insanos no Segundo Reinado*. In: *Revista de psiquiatria Clínica*, v.36, n.5, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500007). Acessado em 08/08/2012.

SINGER, P. Economia solidária. In: CATTANI, A.D. (Org) *A outra economia*. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.

\_\_\_\_\_, P. *Introdução à economia solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

SINGER, P; SOUZA, A.R. *A economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego*. São Paulo: Contexto, 2000.

SOARES, L.B.T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, C., GALVÃO, F. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 03-10.

TOSQUELLES, F. *Le travail thérapeutique em psyquiatry*. 3 ed. Toulouse: Érès, 2009.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A; VALENTINI, W. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-24.

VALLADARES, A. C. A. et al. *Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/pdf/reabili.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf). Acessado em 12/08/2011.

VASCONCELOS, E.M. et al. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VERONESE, M.V. A contribuição da Psicologia na potencialização do coletivo em empreendimentos econômicos solidários. In: CORTEGOSO, A.L., LUCAS, M. G. (Orgs) *Psicologia e economia solidária: interfaces e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.