

# SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: PESQUISA CARTOGRÁFICA EM UM DISPOSITIVO CLÍNICO-POLÍTICO.

*Mental Health and Solidarity-based Economy: Cartographic Research in a Clinical-political Device.*

Ariadna Patricia Estevez Alvarez<sup>1</sup>

Cláudia Elizabeth Abbês Baêta Neves<sup>2</sup>

Claudia Osorio da Silva<sup>3</sup>

---

Artigo encaminhado: 30/11/2015

Aceito para publicação: 05/07/2017

*“Desde jovem sonhei com uma condição em que o trabalho, à semelhança daquilo que acontece com os artistas, pudesse ser um motivo de prazer. O trabalho não apenas como meio de vida, mas o trabalho como brinquedo. As crianças brincam por puro prazer. Imaginava uma situação em que os homens ao terminar o seu trabalho, sorrissem de felicidade (...)” Rubem Alves.*

**RESUMO:** Este artigo se propõe a refletir sobre o encontro entre as políticas públicas de saúde mental e de economia solidária tomando a experiência de campo de uma pesquisa de mestrado em uma oficina de trabalho e geração de renda. O método da pesquisa utilizado foi a cartografia, através da qual se acompanhou semanalmente um grupo na rede pública de saúde mental do município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, por um período de um ano. O estudo buscou investigar que processos de trabalho e produção de saúde são ativados na oficina. E neste artigo, problematizou-se se ela se configuraria como um dispositivo clínico-político. Apontou-se que a geração de renda, a produção de saúde, o processo de trabalho, a atividade e a clínica são cinco dos principais vetores que atravessam um campo comum: a oficina. Os riscos e as potências que cada um destes vetores traz, assim como algumas das intervenções da pesquisa, são apresentados neste artigo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Economia Solidária. Dispositivo Clínico-político. Oficina.

**ABSTRACT:** This article aims to reflect on the meeting between the mental health and solidarity-based economy public policies taking a field experience of a Master thesis in a workshop. The research method used was cartography by which we followed, weekly, a group in the public mental health system at Niterói, city of State of Rio de Janeiro, for a period of one year. The study sought to investigate what processes of work and health production are activated in the workshop. In addition, in this article, it is conceptualized up if it would set as a clinical-political device. It was pointed out that the generation of income, the production of health, the work process, the activity and the clinic are five of the main

---

<sup>1</sup> Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Psicóloga graduada pela UFF. [apea.fiocruz@gmail.com](mailto:apea.fiocruz@gmail.com)

<sup>2</sup> Pós-doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense. [abbes@luma.ind.br](mailto:abbes@luma.ind.br)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. [claudia.osorio.uff@gmail.com](mailto:claudia.osorio.uff@gmail.com)

vectors crossing a common field: the workshop. The risks and the potencies that each of these vectors brings, as well as some of the interventions of the research are presented in this article.

**Keywords:** Mental Health. Solidarity-Based Economy. Clinical-political Device. Workshop.

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é apresentar reflexões sobre o encontro entre os campos saúde mental e economia solidária interrogando se esse encontro se configura como a criação de um dispositivo clínico-político. Como método de construção do artigo utilizamos duas vias: 1) compilação dos conteúdos mais relevantes das políticas de saúde mental e economia solidária, publicados no contexto acadêmico (livros e artigos) e no contexto político (portarias, leis, relatórios de conferências); 2) as reflexões advindas de uma pesquisa de mestrado<sup>4</sup>. Na pesquisa de mestrado, fizemos uso dos referenciais teóricos da análise institucional, da clínica da atividade, e alguns autores da filosofia da diferença. A metodologia adotada na pesquisa de mestrado foi a cartografia, em que acompanhamos os processos de trabalho e de produção de saúde que se passavam em um dispositivo que chamamos de oficina de trabalho e geração de renda em saúde mental.

Neste artigo abordamos quatro temas: um breve percurso histórico da emergência do cooperativismo social no Brasil, a partir do encontro entre saúde mental e economia solidária; a cartografia na pesquisa-intervenção realizada na rede de saúde de Niterói; a análise das relações entre oficina, atividade e dispositivo encarnada no contexto da pesquisa; e por fim algumas considerações sobre os dispositivos clínico-políticos.

Se ao término da leitura deste texto, os leitores conseguirem reconhecer as principais forças e riscos que se passam no encontro entre economia solidária e saúde mental, mapeados por meio da pesquisa, esse artigo terá atingido o seu objetivo.

### 1.1 O encontro entre saúde mental e economia solidária: nasce o cooperativismo social no Brasil.

Singer (2014) afirma que no Brasil o cooperativismo social surgiu com a luta antimanicomial pela garantia do direito ao trabalho de pessoas com transtorno mental, pessoas com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, e que esta é a base

---

<sup>4</sup> A pesquisa intitulada “Interfaces entre saúde e trabalho: cartografias de uma oficina de geração de renda em saúde mental” foi defendida na Universidade Federal Fluminense em 27/08/2009.

da experiência brasileira do cooperativismo social. Mas como se deu este encontro? Quais os movimentos que o antecedem?

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi fundado no II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no ano de 1987, em Bauru/SP. Foi organizado a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental agregando profissionais, estudantes, técnicos, usuários e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção à saúde mental. Estas lutas afirmavam-se sob a consigna “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O movimento passa a reivindicar que a luta contra o manicômio consiste em ir além de tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico tão somente no plano técnico-assistencial. Romper com a lógica manicomial requer tanto a defesa da desospitalização da população cronificada, mantida em longa permanência, quanto um processo de desinstitucionalização (VECCHIA e MARTINS, 2009).

Esse movimento teve como um de seus efeitos a Reforma Psiquiátrica, que pode ser entendida como um processo de transformação no modelo de atenção à saúde (mental). A Reforma Psiquiátrica foi definida pelo Ministério da Saúde como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes proveniências, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005a, pg.06).

A Economia Solidária, segundo Singer (2003), pode ser entendida como o conjunto de atividades econômicas – de produção, comercialização, consumo, poupança e crédito - organizadas sob a forma de autogestão, isto é, pela propriedade coletiva do capital e participação democrática (uma cabeça, um voto) nas decisões dos membros da entidade promotora da atividade. O Grupo de Trabalho Brasileiro da Economia Solidária foi criado em 2001 para articular e mediar a participação nacional e das redes internacionais da Economia Solidária. Foi no I Fórum Social Mundial que o GT Brasileiro se constituiu por organizações e redes de uma diversidade de práticas e segmentos da economia popular solidária: campo, cidade, práticas diminutas, práticas complexas, igreja, bases populares,

bases sindicais, universidades, movimentos sociais populares, práticas governamentais, práticas de apoio ao crédito, práticas de redes de informação, vínculos às bases nacionais, vínculos às redes internacionais. (BRASIL, 2005b).

Durante a I Plenária Nacional da Economia Solidária, realizada em 2002 na cidade de São Paulo/SP, foi elaborada a “Carta ao Governo Lula” propondo a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), o que aconteceu em junho de 2003. O objetivo geral do programa da SENAES, de acordo com o documento “Economia Solidária em Desenvolvimento” (2003), é fortalecer e divulgar a Economia Solidária nacional mediante políticas públicas integradas, visando a geração de trabalho e renda, a inclusão social e a promoção do desenvolvimento justo e solidário. O principal público-alvo do programa são os trabalhadores em risco de desemprego; desempregados; trabalhadores autônomos; trabalhadores informais; pequenos produtores familiares rurais e urbanos; redes de economia solidária; empreendimentos de economia solidária (cooperativas, empresas autogestionárias, associações e outros); agências de fomento da economia solidária; fóruns municipais e regionais de desenvolvimento; beneficiários dos programas governamentais de inclusão social (segurança alimentar, habitação, saneamento, reforma agrária, entre outros). (ANDRADE et al., 2008)

É importante afirmar que o movimento da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, assim como o movimento da economia solidária e o programa de economia solidária, não podem ser pensados de maneira isolada. Os movimentos sociais são constituintes às políticas e contribuem para o seu fortalecimento, assim como a política contribui para o fortalecimento dos movimentos.

Esta afirmação se faz indispensável quando entendemos que o caráter público das políticas se dá principalmente por meio da participação popular em sua potência de causar perturbações naquela face do Estado que tem, como prerrogativa, a equalização da existência através de dispositivos mediadores da experiência.

Quando falamos em “público” é possível distinguir no mínimo três sentidos. O primeiro deles é usado quando se atrela política pública com um conjunto de ações geradas e geridas em um determinado governo. Nesse caso, após o término do governo em questão, aquela política chegaria também ao seu fim. Um segundo sentido está relacionado à atribuição do público como aquilo que se refere ao Estado. Desse modo, política pública seria uma política incorporada ao Estado, para além do término de um dado governo. Política pública como equivalente à política estatal, uma política que não pode ser extinta pelo governo seguinte, pois possui uma institucionalidade mais forte que

as políticas de governo. O terceiro sentido é aquele que se refere a uma gestão comum (NEGRI e HARDT, 2005) sentido que adotamos em nossa análise. Dessa forma, a política pública não se reduz à política de governo, ou à política estatal, mas se refere também à participação popular.

Em novembro de 2004, em Brasília, foi realizada a Oficina de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, iniciando a construção de uma política pública de trabalho e saúde. Este encontro inaugurou a parceria entre a Área Técnica de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária. Estiveram reunidos participantes de 78 experiências vindas de diferentes regiões do Brasil, representadas por técnicos, coordenadores municipais e estaduais, usuários e familiares.

No ano seguinte, em 2005, foram publicadas duas portarias que são desdobramentos da Oficina de 2004. A portaria interministerial 353 (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego) de 7 de março de 2005 que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e logo em seguida foi promulgada a portaria 1.169 de 07 de julho de 2005 que destina incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tais portarias garantem institucionalidade à prática de incentivo ao trabalho uma vez que considera as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Neste mesmo ano o cooperativismo social foi incluído no acordo de cooperação entre Brasil e cinco regiões da Itália (Programa Brasil Próximo), o que possibilitou um intercâmbio com as experiências de cooperativismo italiano, mais adiante, em 2008.

Outro marco importante destas políticas é o relatório final do Grupo de Trabalho (GT) Saúde Mental e Economia Solidária. Ele instituiu um plano de trabalho com 4 eixos norteadores das ações:

Eixo 1: Mapeamento, Articulação, Redes de Comercialização e Produção;

Eixo 2: Formação, Capacitação, Assessoria e Incubagem;

Eixo 3: Financiamento;

Eixo 4: Legislação.

Cada um destes eixos define propostas que devem ser executadas pelas iniciativas de geração de trabalho e renda, pelas redes de saúde mental, pelos Gestores Estaduais e Municipais, e pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

Um avanço muito importante na integração entre as duas políticas foi a I Conferência Nacional Temática de Cooperativismo Social, no âmbito da II Conferência Nacional de Economia Solidária e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. As três Conferências aconteceram em 2010. A Conferência Nacional Temática foi convocada pela Secretaria Geral da Presidência da República, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e a Secretária Especial de Direitos Humanos e representantes da sociedade civil, visando mobilizar a sociedade e os poderes públicos para debaterem e construírem propostas concretas para o cooperativismo social no país. Inclusive esta conferência serviu para subsidiar as outras duas no que se refere a consolidação das políticas de cooperativismo. Foi organizada em três eixos - I. Marco conceitual do cooperativismo social; II. Marco Jurídico; III. Políticas públicas Intersetoriais para o Cooperativismo Social – e gerou como produto um caderno temático.<sup>5</sup>

A participação durante a I Conferência Nacional Temática de Cooperativismo Social nos ofereceu a oportunidade de perceber que existem diversos outros segmentos sociais, considerados em “situação de desvantagem”, que se beneficiam da proposta do Cooperativismo Social, quais sejam: pessoas presas ou egressas do Sistema Penitenciário; pessoas com deficiência física, mental e/ou sensorial; adolescentes e jovens, em idade adequada ao trabalho, que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade sociais, em especial aqueles que estão cumprindo medidas socioeducativas e aqueles egressos do Sistema Socioeducativo. E estas pessoas, assim como os usuários dos serviços de saúde mental, estavam lá, cada um do seu modo, participando da construção das políticas de inclusão no trabalho.

Como fruto de todos estes movimentos, foi publicado em 2013, o Decreto nº 8.163 que institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social que organiza e apoia as ações voltadas para o desenvolvimento das cooperativas sociais e empreendimentos solidários.

Esta política tem uma série de aspectos positivos como a luta contra os processos de exclusão econômica, a afirmação de um modo de produzir que se propõe a fazer resistência ao modo hegemônico preconizado pela lógica de mercado capitalista, pautando suas ações na produção de processos autogestionários, solidários e coletivos.

---

<sup>5</sup> Este caderno está disponível em:

[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad\\_tematico\\_cooperativismo.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad_tematico_cooperativismo.pdf)

Os projetos de geração de renda e trabalho no campo da saúde mental atualmente variam bastante. Hoje contamos com diferentes modalidades de iniciativas: cooperativas, emprego assistido, bolsa-trabalho, oficinas que acontecem dentro e fora dos serviços, inclusão no mercado formal, entre outras ações.

Embora saibamos que este tipo de política não atenderá a todos, pois os usuários têm desejos, interesses e necessidades diferentes - alguns recebem benefícios previdenciários, outros não, alguns se sentem em condições de enfrentar uma jornada de trabalho com carga horária mais extensa, outros não, alguns desejam retornar a atividade profissional que tinham antes de uma crise, outros não - consideramos que é preciso criar e consolidar políticas que contemplem essa diversidade.

Desse modo, em meio à construção de políticas públicas, identificamos como iniciativa de geração de trabalho e renda solidários, também nomeadas oficinas ou empreendimentos, as experiências<sup>6</sup> que:

1. Contribuam para o processo de emancipação do usuário,
2. Favoreçam a participação de pessoas da comunidade,
3. Incentivem a auto-gestão e a participação democrática,
4. Busquem o aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão, produção e/ou comercialização,
5. Participem da articulação de arranjos produtivos solidários – redes - e na implementação de estratégias para o desenvolvimento local,
6. Busquem parcerias, tanto de apoio técnico e tecnológico, como de participação na vida social e comunitária.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro tivemos aprovada a lei 4.323 de 12 de maio de 2004, conhecida como Lei NUSAMT<sup>7</sup>, que dispõe sobre política estadual para a integração, reabilitação e inserção no mercado de trabalho de pessoas com transtornos mentais. Tal lei estabelece quatro modalidades de inserção laboral: mediante **Cooperativas Sociais**; por **Colocação Competitiva**, um processo de contratação

---

<sup>6</sup> Estes 6 tópicos foram extraídos da aula Trabalho e Geração de Renda ministrada por Teresa Monerat no Curso *Temas da Reforma Psiquiátrica: A Clínica da Atenção Psicossocial* organizado pelo Instituto Franco Basaglia, em 05/07/2008.

<sup>7</sup> Núcleo de Saúde Mental e Trabalho – NUSAMT – é um programa da Secretaria de Estado de Trabalho do Rio de Janeiro iniciou suas atividades em 2000, se propõe a pensar, elaborar e implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda a partir de ações de qualificação profissional e de apoio aos projetos desenvolvidos nas redes municipais e estadual de saúde mental no Rio de Janeiro.

regular; **Colocação Seletiva**, um processo de contratação regular, mas que depende da adoção de procedimentos e apoios especiais para a sua concretização e **Contratação para Prestação de Serviços**, por entidade pública ou privada, da pessoa portadora de transtornos mentais. Cada uma dessas leis / portarias podem ser consideradas como um passo a mais no trilhar de um caminho longo rumo à afirmação do trabalho como direito dos usuários de saúde mental. O fortalecimento do debate sobre os modos de incluir no trabalho nos ajuda a dar contorno às práticas cotidianas de geração de renda que se passam nos serviços e fora deles.

Em Niterói, cidade onde realizamos a pesquisa, o Núcleo de Geração de Renda (NGR) foi criado em abril de 2006 pela Coordenação Municipal de Saúde Mental. Ele foi constituído a partir de um curso oferecido pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, realizado em Brasília, que teve a participação de 40 municípios do país. Depois do curso, Niterói ficou encarregada de criar um projeto específico para a geração de renda visando desenvolver iniciativas de inclusão social de usuários da rede de saúde mental por meio do trabalho. (BOBAID e JORGE, 2008).

## **2 Percursos metodológicos: sobre a cartografia na pesquisa-intervenção.**

Segundo Deleuze e Guattari, apud Kastrup (2007), a cartografia é um método que visa acompanhar um processo e não representar um objeto. Ao esboçar a cartografia é possível “acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo.” (BENEVIDES DE BARROS, 2007, pg. 234). Desse modo, a pesquisa se direcionou menos em busca de sentidos a serem revelados, nas verdades a serem descobertas, e mais nos sentidos a serem inventados coletivamente.

Tomamos o diário de campo como uma significativa matéria-prima na composição da cartografia. O diário nada tem de neutro nem afetivamente, nem politicamente. Segundo o analista institucional Lourau (1993) o diário de campo pode ser muito produtivo para nos auxiliar a desnaturalizar as construções científicas, em especial a já mitológica neutralidade. Usamos então o método da cartografia operacionalizado a partir de uma pesquisa-intervenção.

A pesquisa-intervenção tem suas bases na década de 1960, com o movimento institucionalista francês, e introduz uma nova relação entre teoria e prática, supondo um desmanchamento das barreiras entre sujeito que conhece e objeto pesquisado. Na

pesquisa-intervenção, as ideias de implicação e analisador da análise institucional francesa permeiam o processo de pesquisa. Sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, são criados simultaneamente, não há determinação causal de um sobre outro. Teoria e prática são vistas como práticas, e as práticas produzem os objetos assim como também produzem políticas de subjetivação. (BARROS e FONSECA, 2007).

O campo da pesquisa foi acompanhado durante o período de um ano, fazendo uso das seguintes ferramentas: participação semanal da pesquisadora na “oficina do misto quente”, confecção do diário de campo e entrevistas com os participantes. Este grupo começou sua história com encontros entre usuários da rede de saúde mental da cidade de Niterói- RJ que se reuniam em um ambulatório de saúde mental para discutir sobre trabalho. Em comum eles tinham vontade de trabalhar e dificuldades para conseguir um trabalho. Depois de algum tempo, o grupo se perguntou “por que não aproveitamos o tempo que estamos aqui e produzimos alguma coisa trabalhando?”.

Surgiu, então, a ideia de produzirem misto-quente, sanduiche de queijo e presunto, para vender na cantina do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - situado a 750 metros de distância da policlínica - e poderem gerar alguma renda para si. Os encontros semanais se transformaram de grupo de discussão em oficina de misto-quente. Quando esta pesquisa iniciou o grupo já era nomeado de oficina do misto-quente. O grupo se reunia todas as segundas-feiras das 13:00 às 14:00, era importante ser segunda-feira, pois por se tratar da produção de um perecível, o produto (sanduiche) estava na validade para consumo por cinco dias. O trabalho que acontecia numa sala do ambulatório de saúde mental em uma policlínica comunitária (SUS) posteriormente foi transferido para o Centro de Convivência Oficinas Integradas. Porém, desde que se instituiu como oficina, esteve sempre ligado ao Núcleo de Geração de Renda da Coordenação de Saúde Mental de Niterói. O grupo era composto por usuários de diferentes serviços de saúde mental da cidade e uma psicóloga que trabalhava no ambulatório. A pesquisadora conhecia o grupo, pois esteve uma vez com eles a convite de uma psicóloga para discutir o tema do trabalho e saúde mental algum tempo antes de iniciar o mestrado. A entrada no grupo para o trabalho de campo se deu após a realização de todos os trâmites exigidos pelo comitê de ética em pesquisa e anuência pelo centro de estudos da divisão de ensino e pesquisa situado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

A questão que moveu a pesquisa foi: *que processos de trabalho e produção de saúde são ativados na oficina?* Buscávamos compreender como os preceitos da

economia solidária aconteciam na prática cotidiana, como se produzia saúde a partir do trabalho naquele espaço-tempo. Mas com que noções de trabalho e saúde operamos?

A noção de trabalho, compreendida a partir de Marx como atividade humana na qual o homem transforma a realidade e é transformado por ela, é processual e indissociável dos modos de subjetivar. Pois, conforme afirma Marx, no modo de produção vigente, capitalista, as maneiras de produzir interferem nas maneiras de se relacionar, de se expressar, de existir:

O modo como os homens produzem os seus meios de vida depende, em primeiro lugar, da natureza dos próprios meios de vida encontrados e a reproduzir. Este modo de produção não deve ser considerado no seu mero aspecto de reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se já, isso sim, de uma forma determinada da atividade destes indivíduos, de uma forma determinada de exprimirem a sua vida, de um determinado modo de vida dos mesmos. **Como exprimem a sua vida, assim os indivíduos são. Aquilo que eles são, coincide, portanto, com a sua produção, com o que produzem e com o como produzem.** Aquilo que os indivíduos são, depende, portanto, das condições materiais da sua produção.(MARX, 1984, pg. 15, grifo nosso)

A noção de saúde é tomada a partir de Canguilhem como a capacidade de lidar com as variabilidades do meio. Uma vez que a vida é sempre cambiante, ao nos depararmos com as situações que variam e ao sermos convocados a criar novas normas para viver é que há produção de saúde. O autor nos diz que “a vida não é (...) uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas.” (CANGUILHEM, 2007, pg.149). Saúde se constitui como a possibilidade de “ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2007, pg.148). Portanto, ser sadio “significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais” (CANGUILHEM, 2007, pg.148).

Com esses conceitos-ferramentas, tentamos cartografar os processos de saúde e trabalho, mapeando os movimentos, as forças, as linhas que constituíam aquela oficina, aquela atividade, aquele dispositivo. E neste artigo, interrogamos: este encontro entre

saúde mental e economia solidária produz um dispositivo clínico-político? A partir da experiência desta pesquisa, buscamos tecer algumas considerações a respeito.

## **2.1 Sobre oficina, atividade e dispositivo: Debates.**

Segundo Talleberg (2005), a etimologia da palavra oficina vem de ofício (do latim *officiu*), expressa dever, onde o modo de fazer, além de transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido de compartilhamento, de experiência partilhada. Esta etimologia aponta para algumas conexões no que se refere ao papel das oficinas nos serviços de saúde, como por exemplo: a produção artesanal, o estabelecimento de uma relação de pertencimento a um determinado grupo, bem como a uma relação de cuidado e valorização da contribuição de todos no processo de trabalho.

Rauter (2000) já nos alertou para a relevância de problematizarmos as oficinas no campo da saúde mental para que sob o rótulo de oficina não se exerça a velha psiquiatria. Devemos questionar: Por que, para que e como fazemos oficinas?

Estes questionamentos nos aproximam do conceito de dispositivo, pois nos convocam a pensar à que as oficinas servem e o que elas têm colocado em ação. A concepção de dispositivo a partir de Foucault pode ser compreendida como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas (...) [de forma que] o dito e o não dito são os elementos do dispositivo” (1986, p. 244). Deleuze (1990) afirma que os dispositivos são máquinas de fazer ver e de fazer falar e chama atenção para a dupla abertura do dispositivo à história e ao devir:

“Pertencemos a dispositivos e agimos neles.[..]. Em qualquer dispositivo é mister distinguir o que nós somos (aquilo que já não somos mais), e o que estamos em vias de ser: ‘a parte da história e a parte do atual’. A história é o arquivo, o desenho do que somos e deixamos de ser, enquanto que o atual é o indício do que viremos a ser”. (DELEUZE, 1996, pg.92-93)

Mas por que as oficinas funcionariam como dispositivos? Em sua montagem, os dispositivos forjam situações articuladoras de elementos heterogêneos, acionam certos modos de funcionamento, produzindo efeitos imprevisíveis. As oficinas funcionam como dispositivos quando, abertas à história e ao devir, provocam atividade. Uma atividade que

é dialógica, uma composição em que as falas-ações respondem umas às outras, e qualquer fala é uma réplica e o discurso é sempre habitado pelo discurso de outrem (Bakhtin, 2006). Clot se alia a Bakhtin e afirma que “a atividade de linguagem é uma modalidade de atividade humana que pode servir de analisador para outras modalidades dessa atividade, aí incluído o trabalho” (Clot, 2006, pg. 43). Podemos, então, questionar: a oficina põe em cena uma provocação a deslocamentos dialógicos, fazendo então ver e falar?

A oficina de trabalho implica em uma atividade que é dirigida **pelo** usuário (quem realiza a ação), **através** dos materiais utilizados, quaisquer que sejam - ingredientes, miçangas, tecidos, etc – (objetos) e **para** alguém – familiares, consumidores, por exemplo. No fazer da oficina cada um se dirige também, em sua atividade, àqueles que compartilham a mesma experiência: há um **fazer com**: com outros usuários, com os técnicos que participam ou coordenam, com parceiros diversos, e mesmo com alguns que podem ser parceiros ‘virtuais’ com quem se estabelecem diálogos não audíveis.

Fazer **com** significa fazer junto, estar ao lado, estabelecer uma relação de acompanhamento, de parceria. O “fazer com” nos parece uma direção fundamental para o processo de produção de saúde, pois é um caminho para criarmos e sustentarmos um vínculo que é componente indispensável da realização de um trabalho imaterial, tal como o cuidado e atenção em saúde.

O modo como a atividade se organiza na oficina acompanhada varia de acordo com o número de participantes que estão presentes. É como se cada um deles tivesse encontrado a atividade que gosta mais de realizar, ou que realiza melhor e tivesse se apropriado dela. Quando alguém falta, geralmente se discute em grupo quem fará a tarefa que a pessoa ausente costuma realizar. Aqui, cabe indicar uma distinção entre tarefa e atividade. De acordo com Leplat e Hoc [19-] a tarefa indica o que se deve fazer e a atividade aquilo que se faz. A partir do acompanhamento semanal, elaboramos coletivamente um mapa do fluxo de trabalho que acontecia na oficina que está no Anexo A deste artigo.

Junto com Lopérgolo (2001) acreditamos que o que urge no contemporâneo “é reinventarmos maneiras de produzir que rompam com a ordem estabelecida e com o apelo frequente à adaptação.” Neste sentido, outro indicativo para pensarmos se a oficina está ou não funcionando como dispositivo é sua capacidade de desbloquear processos cristalizados, de tensionar, de acionar novas conexões. Se o traço primeiro do dispositivo é seu caráter ativo, nas oficinas onde prevalece uma repetição mecânica de tarefas não é

possível que a consideremos como tal. Com isso buscamos afirmar que não é porque temos uma oficina que temos um dispositivo, ela pode se tornar ou não um, de acordo com seu modo de funcionamento.

No caso da oficina que acompanhamos, mapeamos alguns desbloqueios de processos cristalizados e movimentos no sentido de acionar conexões outras, circuitos exteriores ao âmbito da saúde mental que impeliram uma maior circulação na cidade. Por exemplo, no decorrer da pesquisa o grupo passou a produzir para uma cantina de um curso de inglês, em outro bairro da cidade, além da cantina do CAPS. Corroborando a afirmativa que a atividade é sempre dirigida, a partir desta parceria que se firmou com a nova cantina foi possível notar como as mudanças de destinatário afetam os modos de produção e os sentidos do trabalho que são construídos no grupo, que passou a se ocupar mais com a qualidade da produção e das relações que surgiram.

Portanto, as oficinas de trabalho e geração de renda no campo da saúde mental podem funcionar como dispositivos - arranjos concretos - que atualizam diretrizes e princípios organizados nas políticas públicas, fundados nos regimes de visibilidade e dizibilidade, sendo dirigidas (por, através, para e com) e podendo constituir linhas de subjetivação.

## **2.2 Algumas considerações sobre dispositivos clínico-políticos**

Problematizar se o encontro entre saúde mental e economia solidária configura um dispositivo clínico-político é problematizar, também, as clínicas e as políticas, que atravessam tais oficinas/empreendimentos. Onocko Campos (2001) ao analisar as modelagens clínicas nos serviços públicos de saúde afirma que uma clínica ampliada se opõe tanto a uma clínica degradada, quanto a uma clínica tradicional. A degradada é a clínica queixa-conduta, onde não se avalia riscos, não se trata doença, se trata sintomas. Esta é a clínica da eficiência que produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia de fato, ou seja, sobre que produção de saúde acontece nessas consultas? A clínica tradicional trata das doenças enquanto ontologia, na sua serialidade, do que há de comum nos casos. Está focada no curar, no sentido de eliminar sintomas, não na prevenção, nem na reabilitação, entendendo um sujeito restrito à doença. É a clínica dos especialismos técnico-científicos que se encerram em suas fronteiras produzindo práticas isoladas.

O ato de abordar a inseparabilidade entre clínica e política já foi feito por outros autores em relação a outros dispositivos no campo da saúde mental. Palombini (2006) nos fala do acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo clínico-político. A autora elenca quatro âmbitos em que o AT funcionaria como em sua dimensão clínico-política: quanto à presença da reforma psiquiátrica nos discursos e leis; quanto à construção de um espaço de pertença dos acompanhantes terapêuticos; quanto à teoria como caixa de ferramentas e quanto à disponibilidade para o encontro com o outro.

No contexto da saúde mental e economia solidária se torna imprescindível afirmar a clínica como um dispositivo clínico-político, pois se pensamos a “inseparabilidade entre o individual e o coletivo, entre o pessoal e o político, entre o privado e o público é porque entendemos a subjetividade atravessada por estes múltiplos vetores e, conseqüentemente, sendo ela mesma múltipla” (PASSOS, 2000). As diretrizes que constituem o dispositivo “oficina de trabalho e geração de renda” requerem uma clínica que coloque a doença entre parêntesis, conforme a proposta basagliana na contramão da psiquiatria que se ocupa com a doença mental.

Com este entendimento, nos interessa afirmar a clínica como dispositivo potencializador de outras políticas de produção de si, ou seja, um novo modo de estar no mundo surge daí, pois não existiria uma separação entre o que pertence a um indivíduo e o que pertence ao mundo, pois é na relação, e somente nela, que existimos. Para Guattari (1992, p. 19), em *Caosmose*, a subjetividade é definida como “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial, autoreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva”

A economia solidária pode operar como um dispositivo clínico-político no sentido de que ela tem o compromisso com a emancipação dos sujeitos cooperados ao dispositivo. Quando afirmamos o dispositivo clínico como político estamos nos referindo a sua disposição para transversalizar os elementos que compõem as formas, sejam essas o sujeito ou o próprio dispositivo, com intuito, não de prescindir das formas, mas de desestabilizá-las. Ela converge com o pressuposto da autonomia, que é defendido tanto pela luta por uma sociedade sem manicômios como pela luta por um mundo do trabalho sem patrão.

A lógica da autonomia aqui se opõe a uma lógica da tutela, que coloca o outro em uma condição de alguém privado de vontade e de razão, e da ação individual apartada do mundo que a constitui. Quando os princípios da economia solidária como autogestão e

participação democrática, organização do trabalho em rede, formação de parcerias locais, entram em ação, é possível experimentar a produção de saúde. Porque acreditamos que a saúde é também produzida nos bons encontros, nos encontros que aumentam nossa potência de pensar e agir no mundo.

Apresentamos um trecho, extraído do diário de campo, que exemplifica como a singularidade pode ser acolhida e faz ver e dizer em em um dispositivo clínico-político.

*Uma participante que estava responsável por comprar o material, um dia se atrasa. Até então, nunca havíamos visto ela se atrasar. Ela chega com a respiração ofegante de quem veio andando rápido, carrega duas sacolas de supermercado com pacotes de pão de forma, entra na sala pedindo desculpas pelo atraso e com uma voz quase sem som diz: “gente, desculpa, mas me atrasei porque tive uns problemas lá em casa, levei bronca porque fiz besteira, nem ia vir hoje aqui, mas falei que tinha o grupo me esperando, que precisava vir encontrar vocês e trazer as coisas, aí deixaram eu vir, eu vim”. Alguém pergunta que besteira ela fez, e ela responde que bebeu um copo de cloro, por isso está sem voz. O grupo se surpreende com aquela fala quase sem voz, mas que dizia muita coisa, e uma colega fala: “menina, mas você tá maluca, você foi beber um copo de cloro...você tá maluca?”. O grupo todo ri, diante do inusitado da pergunta, inclusive a que bebeu o cloro, conversam um pouco e logo em seguida começam a trabalhar.*

Em meio à especificidade da situação, a usuária agiu, ela negociou com as pessoas da residência terapêutica onde vivia, lançou mão de argumentos que justificassem sua saída naquela hora “falei que tinha o grupo me esperando, que precisava vir encontrar vocês e trazer as coisas” e veio. Ela estava ativa, viva, rompeu com a tutela dos “técnicos”, se transformando em protagonista de sua própria vida, de sua própria história. É preciso destacar, ainda, que “a ação não é apenas uma realização da tarefa. A tarefa é também uma realização das atividades que o sujeito procura realizar através dela, do mesmo modo como pode ser a ocasião de descartar aquelas atividades que ele recusa”. (CLOT, 2006, pg. 139)

Outra consideração que precisa ser tecida é a respeito da questão da contratualidade. O poder contratual está associado ao valor pressuposto que intermedia as trocas sociais: trocas de bens, mensagens e afetos. No caso de alguém que recebe o atributo de doente mental anula-se seu poder de contrato, pois os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados.(TIKANORY, 2001). Na experimentação da pesquisa, foi possível perceber que o exercício da contratualidade com o grupo - ter assumido a responsabilidade de

trazer o material para a oficina - possibilitou um desvio no percurso, pois a direção que estava sendo dada era dela não sair da residência, e somente após a explicação de que ela havia assumido um compromisso com o grupo de trabalho é que a saída foi possível. A própria etimologia da palavra “contrato” remete ao participio passado do latim *contraer*, que significa engajar, ligar. Este dispositivo clínico-político colocaria em cena, então, a possibilidade de engajamento, de ligação entre os atores que dele participam, e o acionamento de outras redes afetivas.

Cartografamos na pesquisa **a produção de saúde, processo de trabalho, geração de renda, atividade e clínica** como múltiplos vetores que atravessam um mesmo campo, um campo comum: o dispositivo clínico-político oficina. Potencializar cada um desses vetores é o grande desafio.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### **Afinal, de que se trata?**

Afirmar que o grande desafio é potencializar cada um destes vetores significa que em determinadas situações há uma predominância na força de uns vetores em relação aos outros, resultando em que a oficina ganhe diferentes expressões. O dispositivo-oficina pode se expressar pelo vetor trabalho e ganhar um tom de empresa social; pode se expressar pelo vetor saúde e se configurar enquanto espaço de cuidado; ou pelo vetor geração de renda e ter como foco a produção de capital.

Cada um desses modos de expressão traz consigo alguns riscos e algumas potências. O risco de se tornar um espaço pouco reflexivo, mecânico, centrado apenas na tarefa ou a potência de disparar processos de invenção no trabalho; risco de ser um caminho para o exercício da tutela (assistencialismo) ou a potência de promover o protagonismo na criação de normas para a própria vida (autonomia); risco de enfraquecer as relações visando exclusivamente o capital ou criar condições para a construção de novos laços fora do circuito da saúde mental, enunciando outros modos de subjetivação.

A pesquisa de campo nos mostrou que assim como as subjetividades são produzidas no registro do social, não existindo uma essência, uma natureza inerente aos sujeitos, mas que somos todos produtos das infinitas relações que estabelecemos, não é possível afirmar que existe uma natureza no que é clínico, no que é político, no que é terapêutico. Um usuário ao ser perguntado sobre o que achava do trabalho que realizava,

certa vez, disse: *“o simples fato de sair e ver gente, já me faz sentir melhor, aquilo ali funciona para mim como uma terapia”*. Não queremos dizer com isso que o trabalho em si mesmo é clínico, ou que a participação em uma oficina é em si mesma terapêutica. Pelo contrário, recorreremos a Saraceno (2001) para lembrar que o trabalho no manicômio é antigo como o manicômio e que ao longo da história foi usado como terapia, ordem moral, entretenimento e exploração. E acrescentamos que o fato das oficinas / empreendimentos / cooperativas acontecerem fora dos manicômios, sejam nos novos serviços de atenção psicossocial, ou em espaços próprios para o trabalho, não existe garantia de que o trabalho vai funcionar a favor da ampliação da vida, pois o que se faz necessário é romper efetivamente com a reprodução de uma lógica manicomial.

Rotelli (2000) afirma que o manicômio é o lugar-zero das trocas sociais, lugar da produção da improdutividade, da destruição total das produções subjetivas. E que a empresa social é sair do mundo da improdutividade, onde produzir não é apenas trabalhar, mas transformar socialmente. Produzir significa ter status, é estar incluído na grande sociedade do mercado humano, do trabalho, da produção, da relação entre os homens.

Porém, se por um lado negamos a naturalização do clínico-político que pode haver no encontro saúde mental e economia solidária, por outro lado, a partir da experiência da pesquisa, se é possível supor que algo seja "terapêutico", arriscaríamos dizer que são as relações. Mas que relações seriam “terapêuticas”?

A restituição da pesquisa<sup>8</sup> com o grupo nos possibilitou perceber que o fundamental é a substituição de uma relação de tutela por uma relação de contrato, conforme propôs Basaglia (2005). Pois, quando foi pedido que eles escolhessem uma situação que expressasse o tempo que passamos juntos no fazer da pesquisa, todos trouxeram situações em que o contrato estava em jogo e a tutela diminuída. Trouxeram cenas, por exemplo, de situações da participação do grupo em eventos, situações que envolviam a criação e fortalecimento de parcerias, situações que aconteciam a partir da ocupação no território.

Trata-se, portanto, de reconhecer os riscos e os perigos existentes a fim de enfrenta-los, assim como mapear as forças e as potências que se passam no encontro saúde mental e economia solidária, a fim de favorecer que cada um dos vetores possa funcionar a favor da vida.

---

<sup>8</sup> Restituição da pesquisa na perspectiva da análise institucional se difere de uma “devolução da pesquisa”, no sentido de que a população estudada escapa de uma condição de objeto quando se promove uma análise coletiva da situação presente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. *Variações sobre o Prazer*. São Paulo: Planeta, 2014.

ANDRADE, M.C. et al. Saúde Mental e Economia Solidária - Relato de Experiência de um Projeto de Inclusão de Social pelo Trabalho. In: Encontro Internacional de Economia Solidária: Economia Solidária e Modelo de Desenvolvimento IV NESOL – USP em julho de 2008, São Paulo. *Anais*. São Paulo.

BASAGLIA, F. O circuito do controle: do manicômio a descentralização psiquiátrica. Comunicação ao III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, Trieste, 1977. In: AMARANTE, P. (org). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BARROS, M. E. B; FONSECA, T. M. G., Novos intercessores no plano da psicologia do trabalho: problematizações conceituais. In: *Práticas Psi Inventando a Vida*. Niterói: EdUFF, 2007.

BENEVIDES DE BARROS, R. D. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BOABAID, F. P; JORGE, M. S. Gerar renda: mais um caminho possível para o tratamento da psicose? In: *Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas*. Niterói: EdUFF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.169/GM de 7 de julho de 2005, Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho. Pedro Gabriel Delgado, In: *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 353 de 7 de março de 2005, Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária*. Brasília, Março 2006.

BRASIL, *Conferência Temática de Cooperativismo Social. Caderno Temático*. Brasília, Maio de 2010. Disponível

em:[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad\\_tematico\\_cooperativismo.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad_tematico_cooperativismo.pdf) Acessado em: 28/01/2015

BRASIL, Presidência da República. DECRETO 8163 de 20 de dezembro de 2013, Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 03. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

DELEUZE, G. *O mistério de Ariana*. Tradução de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Vega, Passagens, 1996.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*. 19(1):15-22, jan/abr.2007.

LEPLAT, J.; HOC, J. Tarea y actividad en el análisis psicológico de situaciones. In: *Ergonomia: conceptos e métodos*. \_\_\_\_\_.

LOURAU, R. *René Lourau na Uerj: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Uerj, 1993

LOPÉRGULO, A. C. D. *Cozinhar a Clínica*. São Paulo: Dissertação de Mestrado, PUC – SP, 2001.

MARX, K. Teses sobre Feuerbach. In: MARX, K., ENGELS, F. *A ideologia alemã: 1º capítulo seguido das teses sobre Feuerbach*. Tradução Álvaro Pina. São Paulo: Moraes, 1984.

NEGRI, A., HARDT, M. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago, 2001.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico político. *Psychê*. São Paulo, v. 10, n.18, setembro 2006.

PASSOS, E. Os dispositivos clínico-políticos e as redes no contemporâneo. *EntreLinhas do Conselho Regional de Psicologia CRP-07*, Porto Alegre, p. 8-9, 2000.

RAUTER, C. M, Oficinas pra quê: uma proposta ético-estética- política para as oficinas terapêuticas, In: Amarante (org), *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RIO DE JANEIRO (Estado) LEI 4.323 de 12 de maio de 2004, dispõe sobre política estadual para a integração, reabilitação e inserção no mercado de trabalho do portador de transtornos mentais. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2004.

ROTELLI, F. Empresa Social: Construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (org), *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SARACENO, B. *Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Corá / IFB, 2001.

SINGER, P; SCHIOCHET, R. Economia solidária e saúde mental. A construção da política nacional de cooperativismo social. In: PINHO, L. P. (Org.) *Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde*. São Carlos: Compacta, 2014.

SINGER, P. Economia Solidária. In: CATTANI, A. D (Org.). *A Outra Economia*. Porto Alegre: Veraz, 2003.

TALLEMBERG, C. Fazendo da Clínica uma Oficina: modos de experimentação e produção social em Saúde Mental. *Revista Eletrônica Academus: Revista Científica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, jan./mar, 2005.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2ª edição, 2001.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação de ações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. São Paulo, v.13, n.28, jan./mar. 2009.

### **ANEXO A – Fluxo do trabalho na oficina**

- 1-Comprar o material alimentício semanalmente, verificando a validade (pão, queijo e presunto);
- 2-Verificar disponibilidade de material não-alimentício (luvas, embalagem, etiqueta, tesoura, pratos, faca, sabão, esponja, papel-toalha, caderno de contabilidade e presença e recibo);
- 3-Lavar as mãos e colocar luvas;
- 4-Contar fatias de queijo e presunto;
- 5-Calcular nº de mistos e queijos-quentes com material disponível;
- 6-Montar sanduíches (abrir fatias de pão, colocar queijo e presunto e fechar os sanduíches);
- 7-Destacar plástico de embalagem;

- 8-Embalar sanduíches;
- 9-Preparar etiquetas com tipo (misto ou queijo-quente), data de fabricação e de validade;
- 10-Etiquetar;
- 11-Guardar sanduíche embalado no saco do pão;
- 12-Escrever no saco o nº de mistos e queijos que há em cada saco;
- 13-Limpar a mesa e pratos;
- 14-Entregar sanduíches em diferentes destinos;
- 15-Pegar dinheiro para compra do material da semana seguinte;
- 16-Levar o troco;
- 17-Decidir sobre o lucro.

Esta “lista”, mais próxima do polo da tarefa, ou do trabalho prescrito, é resultado de um exercício no grupo ao falar sobre o trabalho realizado. Está bem simplificada e é um artifício, pois cada item implica em uma grande variabilidade do meio, da qual descrição nenhuma pode dar conta. Nem mesmo se fosse constantemente atualizada, a lista seria exata. Sempre faltaria ou sobraria algo, pois o trabalho prescrito nunca corresponde completamente ao trabalho real. A atividade é viva e a vida está sempre sujeita à transformação.