

# OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REFLEXÕES SOBRE UM EQUIPAMENTO E SUAS PRODUÇÕES DE CUIDADO

*Workshops to generate work and income in psychosocial attention: considerations about a health service and its production of care*

Ariana Campana Rodrigues<sup>1</sup>

Silvio Yasui<sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 13/03/2016

Aceito para publicação: 06/09/2016

## RESUMO

O movimento da reforma psiquiátrica na atualidade está referendado por algumas insígnias, entre elas, o debate sobre modos de efetivar a inserção social do louco. No campo da saúde mental, há diversas experiências de oficinas de geração de trabalho e renda que visam criar ações viáveis nesse sentido. Neste artigo, por meio de inspirações cartográficas, problematizamos o tema pela via da produção de cuidado no Núcleo de Oficinas e Trabalho. Em nosso estudo, pela apresentação e discussão desse equipamento, verificamos que as essas oficinas se constituem na perspectiva ética da atenção psicossocial, por produzirem cuidado em liberdade e em rede, possibilitando que os oficineiros se tornem sujeitos mais autônomos e protagonistas de suas histórias e, com isso, contribuindo para ampliar a possibilidade de sua inserção social.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Oficinas. Economia solidária

## ABSTRACT

The current movement in the psychiatric field is based on different aspects, however, one of them is related to the ways mentally ill people can be part of the society. In the mental health area, there have been several experiments with workshops to promote opportunities to generate work and income. In this article, inspired by Cartography, we face this question considering the production of care in "Núcleo de Oficinas e Trabalho". Our study, in which such tool was presented, could demonstrate that these workshops are based on a psychosocial attention ethics, as they produce a community network care,

---

<sup>1</sup> Psicóloga pela UNESP (Universidade Estadual Paulista), campus de Assis-SP e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma universidade, com aprimoramento em Saúde Mental pela UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas). [arianacamparodrigues@gmail.com](mailto:arianacamparodrigues@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro-RJ. Professor Assistente Doutor do Curso de Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação da UNESP (Universidade Estadual Paulista), campus de Assis-SP. [sysuis@assis.unesp.br](mailto:sysuis@assis.unesp.br).

empowering the participants in a way they could become more autonomous and in charge of their own story, and this contributed to their participation in society.

**Keywords:** Mental health. Psychiatric reform. Workshop. Solidarity-based economy.

## 1 INTRODUÇÃO

Trabalho, renda e saúde são elementos de um mesmo assunto que parecem não se aproximar nos tempos atuais. Enquanto muito se diz a respeito de sofrimento e adoecimento relacionados ao trabalho, talvez soasse paradoxal afirmar que ele também pode produzir saúde. No campo da saúde mental, há saberes e práticas que contradizem o discurso hegemônico ao apresentarem experiências de sujeitos que vivem em seus cotidianos a valorização de suas vidas por participarem do mundo do trabalho.

Neste texto, buscaremos recortar o assunto e abordar o tema da produção de cuidado aos usuários do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), um equipamento de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Campinas-SP, que funciona por meio de oficinas de geração de trabalho e renda, na dimensão da feitura de bens e serviços artesanais. Compreendemos que tal recorte permite menos a apresentação do NOT, que será feita adiante, e mais o trânsito pelo tema, problematizando como e porque equipamentos e ferramentas necessariamente precisam ser inventados no intuito de ampliar o escopo das ações em saúde mental, especialmente no que tange à necessidade de novos e ampliados debates sobre a inserção social.

Não fazemos reflexões somente sobre o trabalho que causa desagregação, sofrimento, alienação, heteronomias, precariedades, mas, principalmente, também sobre sua faceta libertária nas oficinas. Indicamos que o que sustenta a existência dessa modalidade de oficina na esfera da saúde mental são os efeitos de cuidado produzidos para e pelos oficineiros<sup>3</sup> e na relação com outras pessoas que também compõem o NOT, efeitos esses que estão na perspectiva do trabalho includente, emancipatório e na identificação do louco não mais no lugar de segregado social, mas de pertencimento e participação social.

No entanto, destacamos que, quando a saúde mental aborda a questão do mercado de trabalho, há preocupação com uma ética que constitua trabalhadores críticos sobre os discursos impositivos de dominação e de utilitarismo ao próprio mercado. Faz-se tensão

---

<sup>3</sup> Para esclarecer, oficineiro é o sujeito que está em tratamento na saúde mental em Campinas-SP, seja pública ou privada, e que se vincula ao NOT para participar das oficinas. Ao invés de “usuário”, termo frequentemente usado na saúde para denominar aquele que se trata, a escolha por “oficineiro” carrega a opção de demarcar que ele é mais do que alguém que usa o equipamento: ele próprio faz o equipamento.

para que essa inserção aconteça buscando não apenas a geração de renda, mas também e principalmente a realização de uma atividade em que o sujeito se reinvente a si, que interfira na constante reinvenção do trabalho realizado e que construa suas obras e marcas no mundo, num contexto em que ele seja o principal responsável por seu próprio fazer (tirar), realizando efetivamente trocas sociais.

Nesse contexto, muitas experiências desse tipo são pautadas pela economia solidária, que valoriza o sujeito em seu próprio fazer – e não o contrário – e um comércio justo. Assim, essa escolha não se dá ao acaso, mas porque ela é condizente com os princípios da própria reforma psiquiátrica de oferta de tratamento digno e em liberdade.

Para situar o crescente interesse dos envolvidos com a saúde em se debruçarem sobre o tema, é importante apontar que a citada reforma é um movimento de transformação radical de práticas manicomiais em um novo paradigma relacionado ao cuidar em liberdade. Esse processo foi iniciado na década de 1970 em resposta à lógica exercida pelos hospitais psiquiátricos desde o período colonial brasileiro, marcada por abandono, violação dos direitos humanos e segregação do convívio social. Seus atores – usuários e trabalhadores da saúde, familiares e acadêmicos envolvidos – iniciaram discussões e ações que permitiram que o modelo hospitalar de longas internações fosse questionado em seu cerne, desestruturando um emaranhado de técnicas que objetivavam manter o interno do hospital apartado da sociedade. O embate se fez e ainda se faz persistentemente e baseado em enfrentamentos políticos e sociais, tratando-se de uma mudança do paradigma asilar (referido ao hospital psiquiátrico como espaço privilegiado de tratamento) ao paradigma da atenção psicossocial (referido aos novos equipamentos que devem substituir o hospital psiquiátrico e produzir o cuidado em liberdade) (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Inaugura-se um campo que visa efetivar esses ideais e que tem se preocupado cada vez mais com os espaços que a loucura ocupa na sociedade. Os maiores desafios estão diretamente relacionados à transformação da segregação social em uma perspectiva baseada no acolhimento em seu próprio contexto comunitário. Portanto, seria inviável pensá-lo fora do mundo do trabalho que, por excelência, ocupa espaço, tempo e investimento consideráveis na sociedade atual.

A reforma também supõe a desconstrução da cultura manicomial pelo questionamento da redutibilidade do conceito de doença mental que desconsidera todo o entorno social. Um dos principais destaques desse movimento é que ele se tornou território em constante criação de práticas assistenciais e de gestão que problematizam como e porque o louco se tornou objeto de saber de um certo discurso científico que o

aprisionou no manicômio. A proposta é desestruturar as bases do saber-fazer manicomial, deixando a circunscrição do hospital, para a composição de práticas em outros espaços.

Desde 2011, o esforço do Estado brasileiro na saúde mental no SUS é para a efetivação das RAPS (Redes de Atenção Psicossocial) “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Portaria nº 3088/2011, p.1). A RAPS denomina de “pontos” os equipamentos de saúde que devem se articular em rede para ofertar o tratamento em saúde mental<sup>4</sup>. Dentre eles, interessa-nos especialmente os que o documento menciona como “iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais”:

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. § 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais. § 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Portaria nº 3088/2011, p.5).

Dos equipamentos descritos na RAPS, embora reconheçamos que pode haver experiências exitosas em geração de trabalho e renda em alguns deles, especialmente em CAPS, Centros de Convivência e Serviços de Atenção em Regime Residencial (incluindo as Comunidades Terapêuticas), essas experiências podem limitar, pela estrutura dos próprios serviços citados, a potencialização das ações desse tipo. Não necessariamente cabe a esses equipamentos centralizar tais ações, mas sim tecer novos agenciamentos, numa perspectiva intersetorial, nas redes já existentes – de educação, trabalho, cultura e arte, social, entre outras. O papel mais importante dos equipamentos da RAPS, no que tange à geração de trabalho e renda, seria o de promover debates e

---

<sup>4</sup> Destacamos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que propõe tratamento de base comunitária, considerando as especificidades do território em que está inserido (portaria 336/2002); Residências Terapêuticas, que são casas onde moram pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, com longo tempo de internação e sem suporte familiar (Portaria nº 106/2000); Centros de Convivência, que ofertam espaços de sociabilidade (Portaria nº 396/2005); equipes do Consultório na Rua (eCR) que lidam com questões relacionadas à necessidades da população em situação de rua (Portaria nº 122/2011); Serviço de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, que oferece atenção residencial transitória para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (Portaria nº 131/2012). A RAPS articula esses pontos com Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Atenção à Saúde da Família, Serviços de Urgência e Emergência, Hospitais Gerais.

fazer tensão para que se criassem outros equipamentos para lidar exclusivamente com atividades desse caráter. Defendemos que isso não impossibilitaria tais atividades em quaisquer outros equipamentos, mas fortaleceria as ações, ampliando a possibilidade dos usuários dos equipamentos da RAPS de viverem o mundo do trabalho intensivamente, com investimentos maiores e saberes mais especializados para estes fins.

Ainda sobre a legislação que embasa a saúde mental no país, na interface com nosso tema, destacamos que o primeiro marco legal da reforma psiquiátrica até agora se deu com a promulgação da lei 10.216, em 06 de abril de 2001. Essa lei redireciona a assistência, regulamentando os direitos e dispondo sobre a proteção do usuário da saúde mental. Suas principais expressões concernem ao tratamento em serviços comunitários e substitutivos ao manicômio e a garantir o respaldo legal para que não haja retrocessos no processo. Embora saibamos que os pilares desse movimento social são muitos, nessa lei há uma importante referência que interessa a este estudo: no que concerne à insígnia do “trabalho”, a lei o apresenta como elemento que auxiliaria no que ela menciona como “recuperação”: A pessoa deve “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” (Lei 10216, 2001, p.1, grifo nosso).

Entre as portarias que dizem respeito à geração de trabalho e renda, duas especialmente nos interessam: a Portaria Interministerial 353/2005 e a Portaria 1169/2005. A primeira institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária por aliança entre Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego para articular ações, agendas, parcerias, além de ter como proposta elaborar um marco jurídico para as políticas. Já a segunda autoriza incentivo financeiro para projetos de municípios que contemplam a inclusão social pelo trabalho na esfera da saúde mental.

Sendo assim, o direito ao trabalho está garantido por lei e portarias. Frente a isso, nesse artigo, que iniciamos ao expor o pano de fundo de nossa discussão pela breve apresentação dos princípios da reforma psiquiátrica e pela afirmação de que ela deve constantemente ser reinventada, trataremos dos objetivos para, posteriormente, apresentarmos o percurso metodológico e discussões de nossa pesquisa. Prosseguiremos com a exposição das considerações finais que, em si, não finalizam o debate, pois são provisórias, mas intentam produzir indagações sobre o quão profícuo e mutante é esse tema na atualidade.

## 2 OBJETIVOS

Esta pesquisa se situa no campo da atenção psicossocial, caracterizado por saberes e práticas na saúde mental que substituem o paradigma asilar e hospitalar. A ética da atenção psicossocial é a do cuidado em liberdade, de modo a garantir a produção de cidadania.

A proposta deste texto é problematizar, pela via do NOT - um equipamento de saúde mental constituído de oficinas de geração de trabalho e renda - alguns dos inúmeros modos de produzir cuidado e ampliar a possibilidade de inserção social da pessoa que se trata na saúde mental pública ou privada.

Pelo trabalho do oficineiro, defende-se 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 apenas a doença. Numa sociedade que tem como valor maior o capital ao invés da atividade do trabalho e o curativismo ao invés da saúde, devemos provocar resistência a essas lógicas.

O NOT apresenta valores de socialização pelo trabalho baseado nos princípios da economia solidária, que tem como valor maior a valorização do sujeito. Assim, buscaremos problematizar como o equipamento faz frente ao instituído de uma esfera do trabalho que provoca sofrimento e adoecimento, por ser fragmentado e destituído de sentido, para inventar um trabalho que produza saúde.

No recorte histórico pesquisado, o ponto convergente entre as oficinas é que elas devem existir em uma perspectiva que favoreça a emancipação e o surgimento de cidadãos mais autônomos e protagonistas de suas próprias vidas.

Nesse contexto, portanto, discutiremos como pensamos as ações concernentes ao cuidar no NOT, desde seu passado, apresentado para nós por relatos orais e escritos, até a atualidade, representada por nossas próprias memórias.

## 3 METODOLOGIA

Este estudo cartografa alguns dos elementos que constituem o NOT, narrando trechos que nos permitem pensar a produção de cuidado no trabalho e de inserção social. O recorte temporal usado – desde o momento da fundação do equipamento até 2011 – foi

feito por meio de pesquisa bibliográfica, de campo e de nossas próprias memórias. Analisamos, assim, qualitativamente nossos dados (MINAYO, 2005).

Na cartografia, entre outras indicações, a pesquisa é feita ao mesmo tempo em que o pesquisador se constitui no ato de pesquisar, e é justamente por nos apoiarmos nessa aposta que escolhemos cartografar a experiência de coordenação de oficinas. “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, 2009, p17).

Nessa metodologia em que objeto e pesquisador não existem a priori, mas se constituem juntos e são efeitos de seus próprios entrelaçamentos e subjetividades, contrapõe-se a pretensa condição de neutralidade científica. Além disso, ao mesmo tempo em que corroboramos a necessidade de abandonarmos a neutralidade, esclarecemos que a escolha de nos apresentarmos no plural não afirma a impessoalidade que é marca do modo hegemônico de fazer ciência. O uso o plural carrega a intenção e o efeito de pensarmos que essa experiência foi coletiva. Assumir essa postura é declarar que a potência do equipamento também está em arranjos de pluralidades, pois muitos são os atores que sustentam os saberes e práticas realizados no NOT. Esse fazer, que pertence a muitos, deve ser valorizado na escrita. “Usar o plural, dizer nós, não é mera formalidade acadêmica, tem o intuito de reafirmar uma aposta política e o caráter coletivo dessa experiência – projeto – processo” (MARTINS, 2015).

Assim, esta pesquisa é feita pelo caminho de problematizações de determinada realidade local vivida num determinado contexto histórico, o que implica apontar que tal espaço-tempo também configura a investigação. Ou seja, sua aplicabilidade pode ser facilitada a alguns contextos específicos, mas não pode ser considerada universal. Mas, o estudo pode inspirar o leitor e auxiliar a reflexão em outros enunciados políticos deslocados em outras épocas.

#### **4 ANÁLISES E DISCUSSÕES**

Apresentaremos, a partir daqui, uma breve história e descrição do NOT, com indagações que fizemos sobre nossa experiência de trabalho, conjugadas a reflexões teóricas. Após, marcaremos a escolha do NOT por basear-se na perspectiva ética da atenção psicossocial e economia solidária. Por fim, problematizaremos trechos de enunciados clínicos que nos permitem compreender as reflexões feitas ao longo do texto.

#### **4.1 Breve história e descrição do NOT**

O NOT foi nosso campo de atuação profissional entre 2009 e 2011, período em que exercemos a coordenação das Oficinas de Pintura, Vela e Agrícola. Desse nosso percurso, salientamos a necessidade inicial de situarmos o que é esse equipamento de saúde, em que contexto histórico e social estava inserido, como colaborou para a transformação da realidade da saúde mental em seu território e quais as implicações disso em sua constituição.

Esse equipamento contribuiu na construção da história da saúde mental em Campinas-SP. Lá, um dos principais eventos foi a abertura do hospital psiquiátrico Cândido Ferreira, em 1991. Esse foi fundado em 24 de abril de 1924 e funcionou como instituição filantrópica e nos moldes clássicos de um manicômio até a assinatura de um convênio de co-gestão com a prefeitura municipal, no início da década de 90, tornando-se financiado totalmente pelo SUS e, como tal, assumindo seu caráter público. Desde então, atua em co-gestão com a prefeitura (ONOCKO e AMARAL, 2002, p.355 e 356) e se chama Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF). Ele hoje se configura como um dispositivo político que opera um marco simbólico na atualidade da reforma psiquiátrica (VALENTINI, 2001). Até 2012, período final da realização dessa pesquisa, o SSCF era constituído por alguns braços: o NOT, Serviços Residenciais Terapêuticos, três CAPS III, dois CAPS AD (Álcool e outras Drogas), três Centros de Convivência, o Núcleo de Retaguarda. Eles compõem e estão articulados à rede do SUS do município.

Inicialmente, o fazer artesanal associado a algo que poderia ser denominado como trabalho já acontecia no SSCF antes do NOT. Ainda quando aquele era fechado e seu cotidiano não fugia à clássica rotina dos manicômios, alguns de seus pacientes já atuavam na lavanderia, rouparia, cozinha, limpeza e agropecuária em troca de doces, cigarros e objetos de higiene pessoal. Prezava-se pela ocupação do tempo ocioso dos internos tidos como aptos para tarefas que exigiam pouca reflexão e muita disposição física. Com o passar dos anos, houve um aumento na demanda por esse tipo de atividades, o que teve como efeito o investimento específico do setor de terapia ocupacional em marcenaria, pintura e montagem de prendedores de roupas (CAYRES et. al., 2001).

No início da década de 90, foram propostos grupos para atender vinte internos com intenções de instrumentalização e formação profissional. Aos poucos, o projeto foi

crescendo e, consequentemente, os investimentos de ordem financeira também. Nessa época, percebeu-se que a crescente procura dos internos por essas atividades exigia um redirecionamento na oferta. Assim, começou a se configurar no SSCF a necessidade de tornar juridicamente possível a prática de compra e venda que já acontecia informalmente no hospital. Por iniciativa dos próprios funcionários e internos, inaugurou-se em 1993 a Associação Cornélia Vlieg para esses fins, o que marca o nascimento do NOT. Concomitante a isso, acontecia a abertura do manicômio. O projeto cresceu paulatinamente, exigindo que se investisse na contratação de mais profissionais para coordenar as oficinas que estavam sendo criadas (ALCÂNTARA, 2007).

Com o passar do tempo e dos investimentos, o NOT constituía-se, em 2011, de dezessete oficinas que atendiam cerca de trezentos oficineiros: 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 SSCF), Vitral Plano, Gráfica e Culinária-Eventos (no bairro Bosque e anexas à loja Armazém das Oficinas). Elas funcionavam 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. Ofereciam-se as refeições aos oficineiros. É importante salientar que o NOT é financiado pelo SUS<sup>5</sup>.

O NOT contava, ainda, com a loja Armazém das Oficinas, que expunha e comercializava os produtos artesanais. No momento da realização da pesquisa, ela estava localizada em uma casa numa rua comercial com intensa movimentação de pessoas. Nela, além de funcionarem as três oficinas descritas acima, havia produtos artesanais do NOT e de outros empreendimentos econômicos solidários do setor público do município. Além das vendas na loja, eram feitas transações com compradores por pedidos na própria loja ou pela internet, além de solicitações em geral, incluindo feiras, eventos e exposições.

Ainda que o NOT não fosse somente um equipamento de saúde mental, pois englobava aspectos do mercado que implicavam diretamente em seu funcionamento, havia concomitante preocupação com práticas de cuidado, no cenário do trabalho includente. Por isso, as oficinas eram coordenadas por profissionais que tinham como proposta o cuidar.

---

<sup>5</sup> O custeamento se refere aos contratos, manutenção do espaço físico, aluguel do prédio, custos de água, luz, telefone.

A equipe era constituída pelos coordenadores (assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais), duas assistentes sociais que lidavam diretamente com orientações sobre assuntos relacionados a benefícios sociais para todos os oficineiros, monitores<sup>6</sup>, técnico de enfermagem, médico<sup>7</sup>, uma gerente que fazia a gestão de toda a equipe, dois assistentes administrativos que cuidavam da burocracia em geral e um recepcionista que articulava cadastramentos, acolhimento e orientação iniciais aos recém-chegados, entrada e saída de pessoas nas oficinas.

O NOT propunha não somente romper com o modelo médico-centrado, que é uma das marcas do paradigma asilar, mas também com o corporativismo, já que a dureza da categoria profissional implicaria em pouca ou nenhuma contribuição a um equipamento que se propõe ser fluido e inventivo. Por isso, com essa diversidade de profissionais, buscava-se desestruturar a aplicação de técnicas do núcleo de cada categoria. Ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou nutricionista implicava também ter disponibilidade para dirigir a perua para levar pessoas e produtos à feira, pesquisar tendências de mercado, criar novos produtos, fazer arranjos de flores, acolher o oficineiro em crise, acompanhar a moda, discutir em parceria o projeto de tratamento do oficineiro com a equipe de seu equipamento de origem, serrar madeira, contribuir com a inspeção da qualidade dos produtos, escutar o oficineiro e os movimentos da oficina, quebrar azulejo, cuidar da administração da medicação dos participantes, cortar vidro, promover debates, tecer fios, embalar produtos, auxiliar o grupo a atribuir preço ao que era feito, fazer compras, agenciar consertos de máquinas, entre muitíssimas outras atribuições que lhe cabiam.

Para que o coletivo das oficinas fosse constituído, era preciso que se abrisse mão das suposições prontas e aparentemente seguras das especialidades para rever constantemente seus fazeres e o próprio NOT como um todo. Portanto, o que havia em comum entre os saberes e práticas dos coordenadores era a afinidade com os princípios da economia solidária e da ética da atenção psicossocial. Tudo o mais era inventado de acordo com a singularidade de cada oficina e oficineiro.

---

<sup>6</sup> Monitores são profissionais com formação escolar de nível médio que dominam a prática e a técnica empregada na confecção dos bens e serviços artesanais a serem comercializados. Por exemplo: a Oficina de Construção Civil contava com pedreiros, a Oficina de Culinária contava com cozinheiros, etc.

<sup>7</sup> Apenas cerca de 10 oficineiros eram atendidos pelo médico. Esses tinham pouca ou nenhuma adesão aos serviços de saúde de origem, pois identificavam seu local de tratamento no NOT. Não abordaremos com profundidade a questão nesse artigo, embora admitamos que esse era um ponto polêmico no NOT.

#### 4.2 Sobre a economia solidária no NOT

Nesse contexto de afastamento da lógica das especialidades e aproximação de invenções de outros papéis que possibilissem ao NOT funcionar pautado na coletividade, é compreensível sua escolha pela economia solidária<sup>8</sup>, já que esta faz uma aliança ética com os princípios da reforma psiquiátrica de solidariedade, justiça social, relevância da subjetividade daqueles implicados com um fazer imbuído de sentido para si e para seus pares. Ao mesmo tempo, questionavam-se fragmentos dos fundamentos e valores do mercado capitalista que valorizavam a competitividade, o utilitarismo, a configuração do fazer como algo destituído de sentido, intransigente com as singularidades dos trabalhadores.

(...) a importância alcançada pela ECOSOL nos espaços teóricos e práticos da saúde mental pode ser atribuída ao fato de, conjuntamente, elas se fortalecerem como alternativas possíveis às formas antes hegemônicas: para a ECOSOL, a desconstrução da lógica produtivista e alienada como única relação possível no mundo do trabalho; para a saúde mental, a oportunidade de arquitetar a inclusão social de sujeitos com vivências de sofrimento psíquico para além de espaços e ações de trabalho terapêuticos, de ocupação do tempo livre, cercados e protegidos, ou seja, de inserção social artificial (SANTIAGO; YASUI, 2015, p.709)

Dos princípios da economia solidária, o de maior importância ao NOT era a relevância que se dava mais às pessoas que ao mercado. Valorizava-se que as etapas do processo de confecção do produto ou da prestação de serviço artesanal fossem feitas de maneira que cada um fosse respeitado em suas capacidade e habilidade.

Quando o participante se apropriava de seu trabalho, ele se tornava menos dependente das orientações do coordenador e/ou do monitor e mais autônomo quanto à sua própria maneira de exercer a atividade. Ele se colocava no que estava fazendo e surgia sua marca no produto final. A esse procedimento nomeamos como invenção de si no trabalho, ou seja, quando algo próprio daquele sujeito aparece na peça pronta e quando essa 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 partindo de um mesmo molde; dois jardineiros capinam diferentemente o mesmo terreno com as mesmas instruções e a mesma enxada.

Esses são enfrentamentos de desafios cotidianos dos que têm seus poderes contratuais quase anulados em muitas das situações cotidianas por serem usuários da saúde mental e, como tal, estigmatizados como incapazes.

---

<sup>8</sup> Também é bastante usado por diversos autores em publicações do gênero a abreviação de ECOSOL.

Também era incorporado pelo discurso e prática do NOT que as oficinas eram autogeridas e de propriedade coletiva, ou seja, que a gestão da oficina era feita por todos – incluindo coordenador e monitor – e que a posse dos meios de produção era de todos os oficineiros. Além disso, as decisões sobre a repartição dos ganhos de dinheiro, que a economia solidária denomina “sobras” (SINGER, 2006), tendiam a acontecer democraticamente, procurando envolver todos os participantes no gerenciamento e decisões grupais.

O NOT como um todo, pela Associação Cornélia Vlieg, operava de modo peculiar no que tange ao gerenciamento do dinheiro. Operava-se com um só montante de dinheiro, que era depositado na conta bancária da Associação, e o gerenciamento dele era feito na intersecção de discussões com o grupo de oficineiros, coordenadores, monitores e gerência.

As oficinas funcionavam em rede: uma dava sustentação financeira à outra, já que algumas eventualmente podiam operar “no vermelho”, ou seja, não tinham saldo suficiente para se sustentar nem em bolsas, nem em aparelhos, nem em manutenção de estoque de matéria-prima. Acontecia algo parecido com um “empréstimo”, mas sem cobrança de juros.

A renda obtida com a comercialização era usada em compras de mais matéria-prima, em adquirir e fazer a manutenção dos instrumentos de produção e em bolsas que variavam de valor entre cada oficina e cada participante, de acordo com suas habilidades, assiduidade, entre outros critérios sempre escolhidos em debates democráticos.

Apresentamos o registro de uma situação que figura a descrição acima: ao recebermos uma grande encomenda na Oficina de Vela, propositalmente não organizamos o início da feitura das velas, solicitando que pensássemos juntos como fazer. Uns mais, outros menos, mas todos opinaram sobre o que fazer primeiro: comprar a matéria-prima. Houve falas como as seguintes: “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!”.

Com esses diálogos, buscamos potencializar aspectos de cada um na constituição de um saber acerca daquele bem/serviço, desde a concepção até o resultado final, pois é assim que se demanda a criação subjetiva e política de sujeitos capazes de fazer e

sustentar escolhas, inicialmente relacionadas ao trabalho e, posteriormente, ampliadas para outras esferas da vida.

No entanto, sejamos cautelosos na apreciação da dobradinha tratamento e trabalho. Essa é uma relação que data da Idade Média, quando o trabalho no hospital tinha funções de controle dos corpos (FOUCAULT, 1997). Dominava-se pela internação conjugada com condutas regidas na ordenação dada pela rotina de trabalho, com a finalidade de banir a ociosidade dos internos e diminuir os gastos de manutenção dos hospitais. Assim, nesse contexto, o trabalho era mais um elemento constitutivo de confirmação do aprisionamento.

Além disso, uma das justificativas da internação era que, supostamente, os internos eram inaptos ao trabalho na sociedade; mas, paradoxalmente, eles eram usados como mão-de-obra nos hospitais.

Por essa referência histórica, é preciso prudência ao abordar o tema. Hoje o trabalho na esfera da saúde mental pode aparecer com outra roupagem para ocupar um lugar falacioso de proteção e, até mesmo, de salvação dos loucos. No entanto, questionamos esse lugar, pois compreendemos que não é o trabalho em si, mas a produção de sentidos no trabalho que contribui para a construção da identidade do sujeito.

#### **4.3 Fragmentos de enunciados clínicos de composições de vidas**

No cuidado com o oficineiro, há diversas marcas de sua história que devem ser consideradas. Se há conflito com a família, dificuldade em pagar contas, medo de estudar, problemas em usar a medicação, opressão social de qualquer tipo, entre muitas outras frações de seu cotidiano, no NOT ele pode finalmente se fortalecer e enfrentar essas questões. Vimos pessoas iniciarem as atividades caladas, receosas, concordando mesmo sem necessariamente concordar e, depois de algum tempo variável de investimento no vínculo, essas mesmas pessoas se tornarem mais audaciosas, expressivas de suas opiniões, argumentativas e responsáveis por elas. Isso só acontece porque todo novo participante chega com sua própria narrativa de vida para compor o grupo da oficina. “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). É com essa diversidade que se faz um arranjo daqueles que buscam, cada um a sua maneira, um reposicionamento de sua existência no mundo.

Nessa convivência, sempre havia acordo, mas antes sobravam conflitos. A ação que mais vingava nos grupos era o debate. Primávamos pelo respeito de escutar todas as opiniões a respeito de um mesmo tema, sempre focados na importância de garantir múltiplas vozes sobre o assunto a quem quisesse se expressar. Afinal, não importava apenas a produção do bem ou serviço artesanal a que o NOT se propunha, mas, concomitante, importavam os oficineiros.

Por esse motivo, na intenção de inspirar o leitor a refletir sobre esses processos, cabe aqui o relato de três situações.

Na Oficina Agrícola, cuidávamos do grupo que se intitulava “Varreção”, que operacionalmente consistia em varrer as áreas comuns do SSCF, dar destino ao lixo e manter as lixeiras organizadas. Os confrontos eram poucos, pois aquele era, provavelmente, o fazer mais simples de todos os realizados pelas oficinas do NOT. Por isso, o grupo era composto por sujeitos que apresentavam dificuldades em realizar tarefas artesanais mais complexas – como, por exemplo, a produção de um vitral ou de um mosaico –, incluindo alguns egressos de longas internações psiquiátricas e que, justamente por isso, tinham perdido muitas das habilidades sociais que tentávamos resgatar. Recordamo-nos de um oficineiro que constantemente nos dizia que gostaria de terminar rapidamente de varrer a área que lhe era designada, pois logo seria a hora de se deitar. Ao fortalecermos nosso vínculo, ele se permitiu contar ao grupo que havia passado décadas de sua vida deitado durante quase o tempo todo no pátio do manicômio em que esteve internado, e que isso era o que ele melhor sabia fazer. Com a coragem que era marca daqueles oficineiros, o grupo deu um sentido àquilo que nos havia sido apresentado: ele seria o responsável por “testar o chão”, segundo os dizeres deles mesmos, para averiguar se havia sido bem limpo. A intenção, na pluralidade de sujeitos que era a oficina, não era a de adaptar o oficineiro à demanda de trabalho, mas o contrário: aproveitar a singularidade de cada participante para realizar a atividade. Além disso, havia a aposta de que ele se transformaria pelas relações grupais e sentido que produziria em seu trabalho. Acreditávamos que esse comportamento comum da cultura manicomial seria questionado por ele. Surpreendemo-nos quando, numa manhã, ele nos disse que queria “subir de posto”, segundo ele próprio, porque já sabia realizar bem ofício de se deitar e agora gostaria de aprender a realizar os ofícios que se faziam em pé. Da horizontalidade à verticalidade, da posição de observador à de agente de suas ações, o oficineiro começava um longo processo de se reposicionar no mundo. Daí para a frente, o acolhimento do grupo foi para ensiná-lo a varrer.

A segunda também se refere a um oficineiro da Oficina Agrícola, mas agora da área da “Horta”, que se apresentava habitando o mundo, entre outros eventos, pelo uso de drogas. Sua existência se dava na criação principalmente de territórios que perpassavam pela droga e pelo trabalho na oficina. Embora aparentemente paradoxal relacionar droga e vida, muitos dos que se intitulavam a si próprios como “drogados” ou “drogaditos” estavam nas oficinas produzindo bens e serviços para receber a bolsa e, com ela, poder continuar a comprar e usar drogas lícitas e/ou ilícitas. Fomentávamos, com eles, questionamentos que colocavam na pauta das discussões as controvérsias e indagações sobre o circuito de uso de drogas. Não queríamos necessariamente romper esse circuito, mas ofertar condições para que o oficineiro pudesse se interrogar e se compreender mais, podendo escolher como estar nele. Por muitos meses, refletimos sobre o uso de drogas não como o critério para definir seu diagnóstico e/ou aplicar técnicas com intenções preventivistas e curativistas, mas no ensaio de entendimento sobre como ele se sustentava no mundo e se mantinha vivo. Escolher estar no NOT também era parte constituinte de sua existência, o que nos impelia a pensar que deveriam ser feitas problematizações sobre isso no âmbito do trabalho e não um silenciamento no uso de drogas. Numa bonita metáfora, certa vez ele nos disse estar plantando sementes de saúde, regando com saúde, podando com saúde para poder colher saúde. Perguntei por quantos reais ele venderia suas plantas, ao que prontamente me respondeu que não venderia, “porque saúde não tem preço”, e que estava plantando para matar sua própria fome de saúde. Ele lentamente deixou de se propor a ficar abstinente – o que provocava uma sucessão de períodos de abstinência, retorno ao uso de drogas, culpa pelo uso, episódios de autoagressão e novamente abstinência – e começou a elucidar críticas sobre o que aquilo significava. Ao longo do tempo, ele rompeu essa sequência de acontecimentos durante um longo período. Até o momento em que nos desvinculamos do NOT, o oficineiro fazia arranjos em sua vida de modo a reinscrevê-la no campo do que ele considerava saudável para si.

A terceira é sobre quando uma oficineira da Oficina de Vela eventualmente me propunha uma “conversa franca e um tanto secreta”, como costumava dizer, e saímos a caminhar e a prosear pela fazenda do SSCF, chegando invariavelmente ao lago com flores de lótus que há ao lado de uma das muitas plantações da Oficina Agrícola. Numa de nossas conversas à beira do lago que já florescia – e o florescer aqui é contado para sublinhar o que pode ser contido numa metáfora que diz respeito ao movimento de abertura de questionamentos que se produziam em nós duas –, ela fez um apontamento

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 nela foi a composição 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 local para trabalhar em que existisse alguém que tivesse disponibilidade de partilhar com ela suas dificuldades. Foi no interstício do questionamento dessa paciente que fizemos também um ponto de interrogação vivaz sobre nosso próprio trabalho.

Essas três situações ilustram a delicadeza dos encontros entre nós todos que compúnhamos o NOT e a arte de reinventar cotidianamente nosso trabalho. Afinal, sustentar um serviço de saúde mental que se propõe a cuidar em liberdade exige olhares atentos e constantes a cada novo desafio que nos é apresentado, seja ele de ordem clínica, financeira, relacional, de mercado, de singularidades que compõem vidas, entre outros.

Ao mesmo tempo em que o coordenador devia estar atento às mais variadas demandas do oficineiro, a ele cabia gerenciar o método do grupo em lidar com as praticidades. Isso acontecia cotidianamente nas infindáveis discussões sobre cálculo de preços, horários flexíveis e condizentes com a demanda de cada um, acolhimento em momentos de maior angústia ou mesmo de crise, custos de bolsas, compreensão da influência direta dos efeitos colaterais de medicações na realização de atividades, entre muitos outros eventos que solicitavam uma escuta cada vez mais afinada.

Alguns participantes, especialmente os que tinham história de longas internações em hospitais psiquiátricos, pouco ou nunca puderam sequer fazer escolhas em situações cotidianas como, por exemplo, o que comer, vestir ou mesmo dizer. O que aparentemente poderia ser solucionado com rapidez, muitas vezes levava horas ou mesmo dias para que todos se posicionassem. Mesmo que se respeitasse esse tempo, havia situações em que se fazia necessário um direcionamento, e era nesse momento que o profissional precisava ter cautela de ponderar como e quando fazê-lo. Por exemplo, não era possível levar horas para decidir se o fogão deveria ser instalado mais à direita ou à esquerda da janela, pois a demora implicaria parar a preparação das velas e a encomenda não seria enviada ao cliente no prazo estabelecido. Quando não havia um acordo, era preciso

arriscar uma intervenção para que a discussão fosse resolvida, com o perigo de fragmentar o grupo ao invés de compô-lo e sabendo que o risco precisava ser corrido por questões práticas de organização instrumental. Assim, o fazer do coordenador deve implicar delicadeza nas interferências para direcionar o grupo.

Ainda sobre a escuta, uma das diretrizes que balizavam o funcionamento de todas as oficinas do NOT era a necessidade de garantir a expressão de todos; problematizar os conflitos; transformar desacordos em acordos possíveis na condução das relações; modificar um cotidiano de trabalho que poderia ser desgastante em prazeroso; enfim, inventar arranjos participativos sobre como se constituía aquele grupo. Quando alguém dispunha seu pensar aos outros e com eles conseguia traçar um indicativo de como o grupo deveria operar, ele se apropriava dessa construção coletiva e podia atribuir um sentido para o que fazia.

Apostávamos nesses diversos agenciamentos de falas (e, por vezes, de silêncios) para propiciar a coesão do grupo, num processo de formação de um coletivo de seres singulares que inventavam sentidos para suas vidas. A administração das questões para contemplar que todos se posicionassem permitia uma reorganização para solucioná-los, o que conduzia à apropriação do processo pelos participantes, emergindo daí a potência para fazer pactos que a negociação e o envolvimento nas decisões comportavam. Na composição dessas diretrizes, insurgiam também sujeitos com grau maior de autonomia. Era um fazer de todos e que problematizava o próprio fazer.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizarmos esse artigo, mas considerando que a discussão na sociedade não pode findar, reafirmamos que esta pesquisa se circunscreveu à abordagem do tema tendo como ator principal o NOT, que se pauta nos princípios da reforma psiquiátrica e na ética da atenção psicossocial.

Precavemos o leitor que nossas análises foram feitas sobre esse equipamento de saúde mental em um determinado período histórico, sem pretender, portanto, ser universal ou atemporal. Assim, as investigações concernem a uma dada realidade local e a um determinado recorte de tempo e, por isso, podem servir de inspiração, mas não de modelo, para outras realidades e em outros tempos.

O presente estudo pretendeu apresentar perspectivas que hoje permeiam o cenário nacional na ampla discussão sobre a produção de cuidado pela via da geração de trabalho e renda na saúde mental, mas admite que a abrangência dessas discussões

extrapolas as possibilidades e objetivos dessa investigação, até mesmo por eles estarem restritos a um único equipamento. Portanto, ressaltamos que nossa proposta foi contribuir com reflexões e incitar o leitor à busca de mais produções sobre o tema.

Pensamos que fazer bens e serviços artesanais no NOT pretende fomentar um lugar em que circulem sujeitos desejantes de existências mais potentes e largamente investidas de transformações. Privilegia-se o plano de constituição de um espaço em que caibam as práticas de trabalho como recurso emancipatório na coletividade, as relações solidárias no grupo, a bandeira da justiça social em um trabalho que seja libertário. Por isso, a constituição das oficinas se baliza na criação de vínculos, em uma interação entre os oficineiros e desses com seu entorno social. A geração de trabalho e renda é misturada com a geração de sentido para cada um, no mesmo espaço-tempo da oficina, na intenção de que os participantes sejam cada vez mais autônomos e protagonistas de suas histórias.

Destarte, o que há de mais importante numa oficina não é somente o que dela se vende, mas o esforço pela produção de saúde e tudo o que disso advém. Tal aposta se apresenta viável com a escolha da economia solidária para balizar seu funcionamento.

Espera-se que cada participante se apresente com suas próprias singularidades no fazer da oficina. Nessa maneira de atuar, é preciso estar além da relação profissional de saúde x paciente, pois ambos devem se reconhecer em tantos outros papéis quantos forem necessários para estarem juntos na mesma oficina, todos agregados sob o signo do trabalho promovendo rupturas no modo instituído de fazer saúde.

A modalidade de oficina de geração de trabalho e renda é executável na vida de todo dia, um pouco de cada vez e cada vez mais. Consideramos ser um projeto plenamente realizável por vislumbres de dimensões talvez ainda pouco pensadas e investidas no âmbito da saúde mental. Acreditamos que é possível a transposição do lugar de doente que faz prejuízo ao social para o lugar de trabalhador com valor social.

O que compõe esse exercício cotidiano de intersecção entre trabalho, renda e cuidado são invenções constantes de relações que podem resultar em transformações sensíveis ao que o oficineiro solicita. Tais relações são constituídas sem definição, a princípio, de como se faz, mas, quando são postas em cena, se conectam para se configurarem, balizando as trocas relacionais e estando sempre fundadas em mutações. Isso acontece na intensidade da potência que o sujeito cria para sustentar sua existência não somente no NOT, mas no mundo. Por isso, a oficina pode ser laboratório de transformação e ampliação da vida.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. C. Economia solidária e oficinas de trabalho na saúde mental. In: MERHY, E.E. e AMARAL, H. (Orgs.) *Reforma psiquiárica 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. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Constituição Federal. *Lei n.º 10216*, de 06 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 106*, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_106.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 122*, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 131*, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 396*, de 08 de julho de 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTRARIAS/Port2005/PT-396.htm>. Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1169*, de 07 de julho de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169\\_07\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html) Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3088*, de 30 de dezembro de 2011. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html). Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial n° 353*, de 07 de março de 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTRARIAS/Port2005/GM/GM-353.htm>. Acesso em 28/02/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde mental e Economia Solidária*. Brasilia, 2006. Disponível em [https://docs.google.com/document/d/1vSpRcsxT7CfyY2CAMprE4RVqgHtg\\_B62amo3PiqbFhw/edit?pref=2&pli=1](https://docs.google.com/document/d/1vSpRcsxT7CfyY2CAMprE4RVqgHtg_B62amo3PiqbFhw/edit?pref=2&pli=1). Acessado em 01/03/2016.

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

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.

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.; 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.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

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

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. 168f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Pós-graduação em enfermagem psiquiátrica, 2009.

MARTINS, C.P. *A política nacional de humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo*. Assis, 2015. 192f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Pós-graduação em psicologia, 2015.

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

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.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Meridional, 2009.

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

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

SANTIAGO, E.; YASUI, S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v.27, n.3, p.700-711, dez. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822015000300700&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300700&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em 03/03/2016.

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.

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