

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BEATRIZ DE OLIVEIRA ROVER

ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS PARA SUBVERTER A
LÓGICA DO TRABALHO INSTITUCIONALIZADO

CAMPINAS
2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BEATRIZ DE OLIVEIRA ROVER

ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS PARA SUBVERTER A
LÓGICA DO TRABALHO INSTITUCIONALIZADO

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof^ª. Dr^ª. Rosana T. Onocko Campos.
Orientador: Dr Bruno Ferrari Emerich.

CAMPINAS
2018

RESUMO

Quando propõe-se discutir os sentidos que a utilização do trabalho pode ter no campo da saúde mental, não se pode esquecer que, ao longo da história, o trabalho se manifestou de diversas formas e com diferentes finalidades, podendo transformar-se continuamente. Pela perspectiva marxista o trabalho no sistema capitalista se caracteriza pela alienação e exploração da mão de obra, o que reproduz um sistema de exclusão e desigualdade social. Já os trabalhos organizados na lógica cooperativista buscam romper com o processo de exclusão que submeteu não somente os loucos, mas todos aqueles que foram impedidos de vender sua força de trabalho, transformando esses sujeitos em participantes nas relações de trocas sociais, tanto materiais quanto simbólicas. Desse modo, a aproximação feita pelo campo da saúde mental com as organizações de trabalho cooperado demonstram seu posicionamento ético e político em considerar o homem e sua força de trabalho como central nessa dinâmica e não o capital. Como subverter a lógica do trabalho alienado e transformá-lo em uma estratégia de apropriação de si mesmo e de inclusão no tecido social? Este trabalho apresentará e discutirá a experiência de uma residente em saúde mental em um serviço de geração de renda, tendo como balizadores algumas perspectivas do Trabalho Protegido e da Economia Solidária na Saúde Mental.

ABSTRACT

When it is proposed to discuss the meanings that the use of work can have in the field of mental health, one can not forget that, throughout history, work has manifested itself in different forms and for different purposes, and can be transformed continuously. From the Marxist perspective the work in the capitalist system is characterized by the alienation and exploitation of labor, which reproduces a system of social exclusion and inequality. On the other hand, the work organized in the cooperative logic seeks to break with the process of exclusion that subjected not only the insane but all those who were prevented from selling their work force, transforming these subjects into participants in the relations of social exchanges, both material and symbolic. Thus, the approach of the field of mental health with cooperative work organizations demonstrates its ethical and political position in considering man and his work force as central to this dynamic and not capital. How to subvert the logic of alienated labor and transform it into a strategy of appropriation of oneself and of inclusion in the social fabric? This work will present and discuss the experience of a mental health resident in an income generation service, with some perspectives on Protected Work and the Solidarity Economy in Mental Health.

SUMÁRIO

Introdução.....	6
Perspectiva histórica do trabalho como eixo regulador da sociedade.	7
A utilização do trabalho na história da saúde mental: Do tratamento moral à reabilitação psicossocial	9
A Reforma Psiquiátrica e a aproximação com a Economia Solidária.....	13
Um breve esclarecimento sobre as propostas de inclusão social pelo trabalho.	17
A experiência no Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT	19
Perspectiva histórica e Projeto Institucional.....	19
Discussão.....	26
Conclusão.	33
Referências	34

Introdução.

Quando propõe-se discutir os sentidos que a utilização do trabalho pode ter no campo da saúde mental, não se pode esquecer que, ao longo da história, o trabalho se manifestou de diversas formas e com diferentes finalidades, desde como mediação de primeira ordem entre a natureza e o homem na intenção de gerir seus recursos até a forma como conhecemos hoje de mercadoria – trabalho abstrato, alienado e assalariado – e que de forma alguma essas maneiras de conceber o trabalho são naturais ou permanentes, podendo transformar-se continuamente.

Prova disso são os trabalhos organizados na lógica cooperativista, que buscam romper com o processo de exclusão que submeteu não somente os loucos, mas todos aqueles que foram impedidos de vender sua força de trabalho, e transformá-los em sujeitos participantes nas relações de trocas sociais, tanto materiais quanto simbólicas.

Pela perspectiva marxista o trabalho no sistema capitalista se caracteriza pela alienação e exploração da mão de obra, o que reproduz um sistema de exclusão e desigualdade social. O modo de produção capitalista assume o trabalho alienado e a transformação do trabalho em mercadoria, valendo-se da divisão social do trabalho e a exploração da força de trabalho pelo capital.

Sendo assim, a aproximação feita pelo campo da saúde mental com as organizações de trabalho cooperado demonstram seu posicionamento ético e político – e que não deve ser banalizada – em considerar o homem e sua força de trabalho como central nessa dinâmica e não o capital, a solidariedade e não a competição, a inclusão e não a exclusão social. Mas como toda força que caminha em direção contrária ao pensamento hegemônico de uma época, encontramos aí atravessamentos e algumas contradições que valem a pena serem discutidas.

Diante disso convém indagarmos: O trabalho realizado pelos usuários da saúde mental na perspectiva da Economia Solidária pode ser equiparado ao trabalho formal ou estaria ele ligado à uma proposta terapêutica? Em que essa lógica se diferencia do trabalho protegido realizado dentro da instituição psiquiátrica? Como subverter a lógica do trabalho alienado e transformá-lo em uma estratégia de apropriação de si mesmo e de inclusão no tecido social?

Sem a pretensão de esgotar tais questões, mas sim de problematizá-las e quiçá conceber outras novas, é que inicia-se a escrita desse Trabalho de Conclusão de Curso com o objetivo de apresentar e discutir a experiência de uma residente em saúde mental em um serviço de geração de renda, tendo como balizadores algumas perspectivas do Trabalho Protegido e da Economia Solidária.

Perspectiva histórica do trabalho como eixo regulador da sociedade.

No período de transição para a organização capitalista industrial, durante os séculos XVII e XVIII, grande parte da população camponesa viu-se obrigada a migrar das corporações artesanais de ofício buscando adaptar-se nos centros recém urbanizados. Este fenômeno da urbanização, descrito por Marx (1890) como processo de acumulação primitiva, ponto de partida para o modo capitalista de produção, marca uma importante mudança nos sentidos que o trabalho possuía até então.

Esse período foi decisivo para o surgimento do capitalismo, marcado principalmente pela expropriação dos meios de produção coletiva, como por exemplo as terras, que passaram a ser controladas pela burguesia (Marx, 1890).

Aqueles que não conseguiram submeter-se às novas formas de controle e padronização das fábricas, ficaram marginalizados à sociedade, sem direitos, sem recursos materiais para sobreviver, contando senão com a mendicância ou a assistência oferecida pelo Estado – quando existente - .

As cidades estavam repletas de mendigos, ladrões de estradas e desocupados de todo tipo ao mesmo tempo em que havia escassez de mão de obra para as fábricas. A rotina artesanal passou a ser vista como carente de disciplina e incompatível com o ritmo de produção capitalista, enquanto os homens da época acostumados à outro tempo de produção mais respeitosa com suas capacidades laborais não concebiam a ideia de um trabalho controlado e vigiado se não nos presídios.

Medidas legislativas de combate à ociosidade e a mendicância foram adotadas em toda Europa e incluíam punições físicas, prisões e multas àqueles que se recusam trabalhar na indústria. Esse cenário fez surgir as primeiras casas de correção, hospitais gerais e outras instituições asilares que pretendiam “limpar as cidades de mendigos e antissociais em geral, prover trabalho aos desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral” (Resende, 1987, p. 24). Esse período foi denominado por Foucault de “grandes internações” (Barros, 1994).

Diante das constantes denúncias de precarização dos espaços e tortura praticada nas instituições asilares com ou sem justificativa terapêutica, esse modelo das grandes internações acabou sendo inviável principalmente na perspectiva econômica e deixou de existir, já que, além do alto custo de manutenção dos hospitais custeada pelo Estado, abrigar os desempregados nos ateliês obrigatórios comprometia as vendas locais e aumentava a concorrência com os produtores, gerando mais desemprego e desordem social (Foucault, 1978).

Porém, segundo Souza (2006), este mecanismo teve papel importante no estabelecimento de uma nova consciência ética, do valor do trabalho como eixo que regula a sociedade, sendo portanto exigência irrefutável para inserção social e reconhecimento dos sujeitos nesse lugar.

Ao final do século XVIII, as reformas políticas e sociais que surgiram à partir de princípios como os da Revolução Francesa ou a declaração dos direitos humanos nos Estados Unidos contribuíram para o surgimento de novos paradigmas ligados ao trabalho, trazendo novos critérios para a cena. Pela primeira vez na história ocidental a loucura foi classificada como doença, sendo discriminada do restante da população pobre também marginalizada e passando a ser controlada pelo saber médico.

No período da Idade Média, a ideia de loucura transitava pelas esferas do sagrado e sobrenatural e, apesar de serem consideradas anormalidades, não estavam ligadas à exclusão institucionalizada; a exclusão à qual estava relacionada era a da precariedade comum de vida, precariedade essa ligada à toda população pobre e marginalizada e não restrita somente à condição própria da doença mental.

Se antes a pobreza e a loucura estavam igualmente segregadas como desviantes da lógica capitalista, agora era feita uma distinção bastante clara entre a pobreza capacitada e a pobreza enferma, sendo a primeira necessária na produção de bens, enquanto à segunda, enlouquecida, coube a exclusão e o confinamento em instituições psiquiátricas para tratamento através do trabalho – baseadas no tratamento moral de Pinel.

A loucura passa a ser marcada pela estigmatização e segregação ligadas principalmente às dificuldades desses indivíduos em se inserir nos modos de produção capitalista ou de causarem perturbação à ordem social burguesa, o que trouxe ao adoecimento psíquico o status de incapacidade e periculosidade. (Rezende, 1987).

Dessa forma “as novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e de todos os valores éticos a ele ligados, determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (Foucault, 1978, p. 78)

Desse modo, a utilização do trabalho nas instituições psiquiátricas está profundamente ligada ao nascimento da psiquiatria em si mesma, sendo possível afirmar que as transformações das relações de produção que alteraram a vida humana a partir da lógica capitalista levaram ao nascimento da psiquiatria e sua função, segundo Basaglia 1971, de controle social e manutenção da ordem.

A utilização do trabalho na história da saúde mental: Do tratamento moral à reabilitação psicossocial

A partir do século XVIII, os principais teóricos e defensores do alienismo como Tuke da Inglaterra e Chiarugi na Itália passaram a construir o saber psiquiátrico e a estabelecer um modo sistematizado de cuidado à essa população, que era agora submetida à relação de tutela e ao tratamento moral proposto por Philippe Pinel, da França. (Castel, 1978)

Para Pinel (Amarante, 1996), era justamente o isolamento do doente mental proposto pelo tratamento asilar nos manicômios que poderia contribuir para sua melhora e restituir-lhe a sanidade mental, outrora subtraída pela loucura. Essa teoria se uniu a outros saberes que estavam sendo produzidos na época à respeito da loucura e foi incorporada no discurso social e médico das instituições psiquiátricas, influenciando especialmente o modo como a sociedade se relacionava com a loucura.

Como o principal fundamento terapêutico do tratamento moral era o isolamento do mundo exterior, pois acreditava-se que as causas que levavam à alienação mental estariam no meio social, pode-se dizer que ele foi o principal responsável pelo surgimento do paradigma da internação que, fundado no discurso científico, afasta o louco de sua família e da sociedade e até os dias atuais não foi totalmente superado (Amarante, 1996).

O tratamento moral, apesar de ter sido concebido inicialmente de modo mais individualizado e considerando caso à caso, foi administrado de forma coletiva e impessoal, como uma grande prescrição que homogeneizava os pacientes. Por meio dele acreditava-se na abertura de uma possibilidade de cura para a doença mental utilizando-se o trabalho como principal ferramenta para esse fim terapêutico.

Utilizar o trabalho no tratamento moral respondeu não só à necessidade de reintroduzir os sujeitos improdutivos no sistema de produção explorando sua força de trabalho, mas também de neutralizar as possíveis desordens sociais causadas por esses, partindo do pressuposto de que lhes faltava educação para o trabalho, uma certa domesticação que se valia de técnicas disciplinares para interiorização de regras e valores que garantissem a reprodução da ordem burguesa (Castel, 1978).

Na concepção pineliana o trabalho era compreendido como uma potente estratégia terapêutica contra o delírio e o pensamento desorganizado, sintomáticos na loucura, organizando o sujeito a partir de uma rotina de atividades e horários, possibilitando trazer de volta para a realidade a consciência do louco. O trabalho no tratamento moral não possuía

nenhum valor dentro das trocas capitalistas, mas sim uma finalidade terapêutica, uma proposta de cura e de controle da ordem pública (Guerra, 2004).

É oportuno dizer que o trabalho nos jardins e oficinas de trabalho dentro da instituição psiquiátrica era prescrito apenas para os mais pobres. Aos ricos, foi necessária a criação de outras estratégias como jogos e bibliotecas (Machado, 1978).

Esquirol seguiu os passos de Pinel e manteve, apesar de duras críticas, o princípio de que a alienação mental teria como principal causa a perspectiva moral, tendo como opções de tratamento a imposição do asilamento e o tratamento moral. Essa teoria adquiriu caráter mais amplo com os estudos de Morel e a teoria da degenerescência (Amarante, 1996).

A ideia de que os loucos não teriam condições de cuidar de suas vidas se estivessem fora da instituição psiquiátrica coincide com o julgamento de que os trabalhadores das fábricas, sendo de classes sociais mais baixas, também eram incapazes de conduzir suas vidas e de pensar por si mesmos, preconceito que pouco foi superado desde então (Amarante, 1996).

Com Morel o tratamento moral deixou de ser exclusivo da instituição psiquiátrica e passou a ser aplicado no meio social e político, com a intenção de corrigir os desvios da degeneração e evitar que novas linhagens de degenerados surgissem, processo conhecido como “moralização das massas” (Castel, 1978). Novos conceitos surgiram a partir da teoria da degenerescência de Morel e influenciaram por exemplo a psiquiatria de Kraepelin, com as concepções biológicas da loucura, ligando a degenerescência à condição de pobreza, devendo então ser combatida e eliminada para que não se “contaminasse” o restante da sociedade.

O pauperismo denominado por Castel (1998, p. 287) de “racismo antioperário amplamente difundido entre a burguesia do século XIX”, diz respeito às condições de vida da população operária da época que, devido à instabilidade no trabalho e alta taxa de desempregos fez com que se aglomerassem nos subúrbios das cidades, onde a promiscuidade, a violência, a prostituição, o alcoolismo e as condições de higiene precárias representassem um tipo de imoralidade a partir do dismantelamento de seus modos de vida. Émile Chevalier em seu artigo “Pauperismo” relaciona essas condições às faculdades mentais (Castel, 1998).

Ainda no século XIX a psiquiatria também testemunhou as revolucionárias descobertas de Freud sobre o inconsciente, o que abriu a possibilidade de compreender a loucura pela teoria psicodinâmica e demais teorias psicoterápicas que derivam dessa.

Já no século XX a psiquiatria considerada marginalizadora e excludente precisou ser intensamente transformada principalmente no período pós-guerra, tendo como experiência a “psiquiatria reformada” e a consolidação da terapia ocupacional como profissão que buscava um novo olhar sobre o uso da atividade e do trabalho dentro das instituições psiquiátricas.

Teóricos de grupos, como Bion, realizaram experiências dentro do manicômio e influenciaram Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, assim como surgiram movimentos que buscavam o resgate da cidadania e inclusão social sob uma perspectiva reabilitadora como a Psicoterapia Institucional francesa e a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos (Souza, 2006). Mas foi somente com a Psiquiatria Democrática italiana que se viu uma transformação radical e superação total do paradigma psiquiátrico com a desconstrução da instituição hospitalar.

A assistência passou a ser organizada em dispositivos comunitários e abertos e as oficinas de trabalho retomaram o uso da atividade sob as bases da reabilitação (Guerra, 2004). Novos dispositivos foram criados, como por exemplo as cooperativas sociais, onde o trabalho era de fato uma possibilidade de inclusão social que ampliava o poder de contratualidade e elevava o sujeito à condição de cidadão.

Na experiência do Brasil observa-se a mesma tendência histórica comparada ao restante do mundo, a de excluir o louco dentro das instituições psiquiátricas como as Santas Casas de Misericórdia ou de seu recolhimento às cadeias quando esses apresentavam comportamento violento. A criação do hospício D. Pedro II, em 1852 inaugura a história da psiquiatria brasileira e após a proclamação da república vieram as colônias agrícolas, com sentido de reverter a ociosidade – considerada criminosa – dos brasileiros e transformá-los em trabalhadores rurais (Rezende, 1987).

A herança europeia do tratamento moral influenciou as colônias agrícolas de Franco da Rocha, onde o trabalho tinha uma dupla função: a terapêutica que seria existente por si só no trabalho e a exploração da mão de obra gratuita dos internos no sentido de manter instituição. A organização do trabalho nesses espaços também seguiam uma divisão social que considerava a classe e o gênero dos internos (Mângia, 2003).

A maioria dos estados brasileiros optou pelas colônias agrícolas como um complemento à instituição hospitalar e pretendiam reproduzir a lógica da vida no campo ao mesmo tempo em que afastavam os doentes mentais da sociedade. A noção de reabilitação estava ligada ao tratamento moral e considerava a atividade laborativa como central no tratamento.

Desde então, a noção de cidadania no Brasil esteve fortemente associada à perspectiva do trabalho e a inserção do indivíduo em uma categoria profissional.

O modelo asilar brasileiro, assim como o europeu, não conseguiu reinserir os “loucos reabilitados” no meio social, uma vez que a produção agrícola passou a ser incompatível com a realidade urbanizada das cidades, o que transformou a atividade de trabalho

em uma proposta de ocupar o tempo ocioso dos internos, gerar renda para a manutenção da colônia e hospitais e garantir ordem social (Guerra, 2004).

No que se refere ao sentido dado pelo trabalho como proposta reabilitadora no Brasil, convém ressaltar os trabalhos feitos por Nise da Silveira, em 1940, com a terapia ocupacional. Foi nesse momento que o uso de atividades na reabilitação dos internos passou a ter um caráter terapêutico reconhecido mundialmente como uma necessidade de reabilitação psicossocial. Nise destacava a importância do respeito à produção subjetiva dos internos e a potência de uma ocupação livremente escolhida e dirigida, e denunciava os desvios da utilização do trabalho como exploração da mão de obra não remunerada (Guerra, 2004).

A partir daí surgiram as oficinas com atividades produtivas, expressivas e culturais que tinham a intenção de também expressar conflitos intrapsíquicos para além da ocupação (Guerra, 2004).

Os estragos deixados pela ditadura militar de 1964 também reverberaram na saúde mental do Brasil, que passou a ser negligenciada, dominada pela lógica da medicalização e colocando o louco novamente em uma posição de exclusão social. Na década seguinte, o discurso marca uma forte tendência de redução de gastos com a saúde mental em detrimento de outras áreas da medicina (Rezende, 1987)

A centralidade do trabalho pode ser observada não somente dentro das instituições psiquiátricas mas em toda organização social brasileira, que passou a determinar o lugar dos produtivos e dos improdutivos, tendo como balizador a capacidade laborativa da população. Dessa maneira, o trabalho determina não só o lugar de cada um na sociedade como a própria estrutura social em si, restando para a psiquiatria a função de controle dos improdutivos (Castel, 1978).

A Reforma Psiquiátrica e a aproximação com a Economia Solidária

A expressão Reforma Psiquiátrica é aqui compreendida como um conjunto de tensionamentos e discussões no campo da saúde mental, principalmente no período após a segunda guerra mundial, quando houve uma mudança de caráter técnico e administrativo no campo de intervenção psiquiátrico, originando projetos reformulados para a assistência em saúde mental (Amarante, 1996).

Em muitos países mas principalmente na Itália existiu um comprometimento de diversos atores sociais em desconstruir e criar práticas desinstitucionalizantes e antimanicomiais que se estendiam às esferas teórica, jurídica, cultural, política e assistencial em saúde mental, visando a transformação das relações de poder posta historicamente pela psiquiatria no cuidado dessa população (Amarante, 1996).

Na experiência do Brasil, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial, no bojo da reforma sanitária da década de 1970, lutavam pela redemocratização do país envolvendo muitos atores sociais como trabalhadores, usuários, familiares, sindicalistas e a comunidade em geral, fazendo surgir práticas revolucionárias no campo da saúde pública e a formulação de uma política oficial no Ministério da Saúde no que dizia respeito à saúde mental (Amarante, 1998).

Foi desse modo que surgiram os dispositivos e programas de estratégia extra-hospitalar que conhecemos hoje no Brasil, a saber: CAPS, CECOS, Serviço Residencial Terapêutico, Serviços de geração de trabalho e renda, Programa “de volta pra casa” entre outros que passaram a compor a rede de saúde mental organizada em lógica territorial e orientados pela desinstitucionalização e pela reabilitação psicossocial, bem como a participação social.

Com relação à participação social na experiência brasileira, convém ressaltar a aproximação estabelecida entre a Reforma Psiquiátrica e a Economia Solidária a partir do entendimento do direito ao trabalho, outrora negado aos usuários de saúde mental, mas compreendido como recurso reabilitador importante e o nascimento de projetos de inclusão social pelo trabalho com intenção de possibilitar um resgate e exercício da cidadania.

A noção de reabilitação surge a partir da mudança assistencial, desenvolvida no período após a segunda guerra mundial, com a implementação do Estado de Direito e o entendimento de uma cidadania para todos (Barros, 1991).

As Reformas Psiquiátricas nos Estados Unidos e Europa de modo geral estavam designadas a reabilitar as pessoas pelo trabalho com a intenção de incorporá-las futuramente na massa de operários que iria suprir as necessidades econômicas de mão de obra, bem como

diminuir os gastos com os hospitais psiquiátricos (Basaglia, 1971). Nesses modelos o processo de desinstitucionalização era simplesmente a desospitalização, a transferência de pacientes “do abandono manicomial para o abandono extra-manicomial” (Saraceno, 2001).

Já na experiência italiana, que inspirou a reforma psiquiátrica brasileira, o objetivo era a transformação real da vida dos pacientes a partir de uma rede instalada no território dos sujeitos com os dispositivos comunitários, o que implica segundo Saraceno (2001) na abertura de espaços de negociação real e simbólica e introduz a ideia de contratualidade, ou seja, a capacidade de estabelecer contratos e negociar questões que antes lhes foram subtraídas.

Ao contrário das demais experiências desenvolvidas na Europa e Estados Unidos, na experiência italiana de projetos de inclusão social pelo trabalho esse era considerado uma possibilidade real de participação dos usuários como cidadãos, pois questionavam a utilização do trabalho alienado, compreendido como fonte de adoecimento e submissão ao capitalismo, responsável pela exclusão social e determinação de incapacidade produtiva dos loucos desde então (Rotelli, 1990).

A quebra desse paradigma de exclusão pode ser compreendida como a transformação da ideia de que a doença mental é um problema, passando a ser a possibilidade de emancipação do sujeito, concebendo a loucura não como ruptura com a normalidade mas como condição humana (Rotelli, 1990).

Na Reforma Psiquiátrica italiana, o trabalho foi instrumento de desconstrução e transformação dos aparatos institucionais, rompendo com a lógica moral e pedagógica do trabalho utilizado na instituição psiquiátrica, buscando possibilidades verdadeiras de inclusão social no território, espaço onde a vida acontece.

O trabalho entendido não apenas como prática de “normatização” e, portanto, expressão necessária da produtividade, mas como resposta a uma necessidade de reprodução subjetiva, enquanto produtividade social, enquanto meio para a reconstrução de uma identidade em relação a uma capacidade de troca. Então trabalho significa possibilidade de valorização e expressão da subjetividade de cada um e da troca entre diversas experiências que se arriscam (Del Guidice e Cogliati apud Barros, 1994, p 96).

Nesse sentido o trabalho engendra-se com a possibilidade de expressão dessa experiência em espaços sociais, o que garante o exercício da cidadania dos usuários de saúde mental que sofreram uma dupla exclusão, tanto pela questão do adoecimento psíquico como pela exclusão no mercado de trabalho.

Com a crescente crise do capital, perda de direitos trabalhistas e desemprego que atinge, não só o Brasil, mas diversos países no mundo, além dos demais processos de exclusão que o sistema capitalista produz, surgiram a partir do século XIX experiências alternativas de produção e consumo que, valendo-se de idéias como ajuda mútua, cooperação e solidariedade, possibilitaram o surgimento de organizações sociais como as cooperativas, associações mutualistas e demais organizações não governamentais. No Brasil esses princípios vêm sendo apresentados pela Economia Solidária e incorporados às estratégias de inclusão social pelo trabalho.

A Economia Solidária surge no Brasil em um processo de expansão da democracia e luta por cidadania. Ao longo do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da década de 1990 diversas experiências de empreendimentos solidários foram se desenvolvendo nas comunidades indígenas, nos assentamentos da reforma agrária, na recuperação de empresas de grande porte e por último no campo da saúde mental pelos projetos de inclusão social pelo trabalho.

Nas palavras de Paul Singer, principal representante teórico, a definição de Economia Solidária:

A Economia Solidária foi concebida como um modo de produção que tornasse impossível a divisão da sociedade em uma classe proprietária e dominante e uma classe sem propriedade e subalterna. Sua pedra de toque é a propriedade coletiva dos meios de produção (além da união em associações ou cooperativas de pequenos produtores). Na empresa solidária todos que nela trabalharam são seus donos por igual, ou seja, têm os mesmos direitos de decisão sobre o seu destino. E todos os que detêm a propriedade da empresa necessariamente trabalham nela (Singer, 2002, p.14).

No âmbito da saúde mental brasileira, as oficinas de geração de trabalho e renda tem como desafio transformar a atividade laborativa em um instrumento de reabilitação psicossocial fora do contexto hospitalocentrico. (Leal, 2004). Na experiência italiana, o dispositivo chamado empresa social defende a inserção no trabalho como intervenção reabilitadora e desinstitucionalizante:

A Empresa social é uma estratégia de transformação dos aparatos administrativos e de organização da assistência que se propõe a investir nos recursos materiais e humanos que se depositam sobre ela,

começando pelos recursos dos destinatários da assistência. Ampliando, portanto, os espaços de ação do mercado e as possibilidades do empreendimento, de trabalho e de intercambio social (Leonardis, Mauri e Rotelli, 1995, p.13)

O encontro da Economia Solidária com a Reforma Psiquiátrica brasileira denunciou a necessidade de criação de empreendimentos solidários destinados à inclusão social pelo trabalho de usuários da saúde mental, excluídos do mercado formal de trabalho seja por serem egressos de manicômios ou não. Dentre os projetos que surgiram, conforme Leal (2004) três experiências merecem especial destaque por terem sido pioneiras no tema:

- a) A Unidade de Reabilitação Psicossocial de Santos, desenvolvida pelo Programa de Saúde Mental da cidade.
- b) A Associação Franco Basaglia do Caps Luiz Cerqueira, em São Paulo
- c) O Núcleo de Oficinas e trabalho desenvolvido pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas

Conforme observado até aqui, a temática da inclusão social pelo trabalho foi e ainda é bastante discutida e apresenta divergências e contradições nas experiências existentes ao redor do mundo. No contexto brasileiro, o debate contemporâneo está no que se refere à utilização do trabalho na saúde mental: o trabalho terapêutico (protegido) ou o trabalho como forma de garantia de remuneração e contratualidade, exercício da cidadania.

No primeiro caso, no trabalho protegido, interessa somente a subjetividade e a singularidade do paciente considerando que as alterações psicopatológicas são impossíveis de serem negadas nas experiências de trabalho. Os autores dessa perspectiva defendem um uso mais clínico e menos sociopolítico do trabalho no âmbito da saúde mental (Guerra, 2004).

Já os autores que negam a utilização do trabalho como terapia discutem a vocação terapêutica do trabalho e sua relação com a manutenção do sistema social, fazendo um apontamento de que o trabalho é um direito do cidadão e não pode ser transformado em tratamento (Rotelli, 1994).

Mas existem ainda aqueles que defendem uma combinação das duas possibilidades anteriores, buscando cruzar os aspectos da dimensão psíquica do sujeito com os da dimensão política (Guerra, 2004). Esse debate está localizado de modo central na experiência da residente em saúde mental e foi decisivo na escolha da construção dos moldes desse trabalho.

Um breve esclarecimento sobre as propostas de inclusão social pelo trabalho.

A fim de esclarecer teoricamente alguns entraves que serão abordados mais a frente sobre o campo, julgou-se necessário essa breve investigação sobre as propostas de inclusão social pelo trabalho, também com o intuito de oferecer repertório teórico para tal.

Ao explorar o significado do trabalho para pessoas em situação de desvantagem social, De Leonardis, Mauri e Rotelli (1994, apud Lussi, 2009), afirmam que as propostas de inclusão social pelo trabalho localizam-se no âmbito da assistência. Para esses autores, dentro do conjunto da assistência existem dois diferentes tipos de instituição e um terceiro tipo que se mostra como uma possibilidade real de romper com a lógica observado nos dois primeiros.

O primeiro tipo de assistência é aquele localizado dentro das instituições totais, fundamentado na subtração de liberdade e de subjetividade jurídica, moral e econômica das pessoas, organizado sobre a produção de dependência, das relações de subordinação pessoal e dominação. Nesse contexto o trabalho está associado à noção de ocupação, servindo para distrair a mente dos pensamentos considerados patológicos, remontando à Pinel (De Leonardis, Mauri e Rotelli, 1994).

Para Lussi (2009), a ideia de trabalho como ocupação evidencia uma tentativa humanizadora do manicômio, já que a atividade laborativa dá conta de manter afastado os pensamentos mórbidos não sendo necessário recorrer a outras formas mais duras de contenção de sintomas. Saraceno (2001) no entanto adverte que muitos dos programas atuais de reabilitação centrado no trabalho ainda estão operando dentro dessa lógica, onde o trabalho caracteriza-se como norma moral, terapia, entretenimento e até exploração da mão de obra.

O segundo tipo de assistência está ligado aos serviços, àqueles organizados sobre os princípios da atenção especializada, atenção essa prestada mediante critérios de direito e mediada por relações de contrato. Nesse segundo tipo a dependência não desaparece, mas dilui-se e transforma-se em uma dependência institucional, semelhante a uma lealdade, uma submissão à ordem do discurso dominante, às expectativas dos especialistas do serviço. A subjetividade e a liberdade da pessoa são reconhecidas por meio da atribuição de uma única categoria, a de assistido (De Leonardis, Mauri, Rotelli, 1994).

Convém ressaltar que uma característica das oficinas de geração de trabalho e renda que foram contexto para experiência e construção desse trabalho é ter como coordenadores das oficinas profissionais da saúde, bem como a instituição ser classificada como serviço de saúde mental. Com absoluta certeza foi possível reconhecer a importância desse serviço para aqueles que o utilizam, no entanto avalia-se que existe um risco importante de projetos que nascem no

contexto da saúde mental não conseguirem se desvencilhar de sua herança manicomial e continuarem mantendo os usuários na condição de assistidos, ao invés de promover o processo de reabilitação psicossocial através do trabalho, o que pode os aproximar, em alguns momentos, do contexto de trabalho protegido e afastar da proposta de Economia Solidária. Discutiremos essa questão mais profundamente a seguir.

O terceiro tipo de assistência na verdade configura-se como um rompimento da esfera da assistência, embora se inscreva à partir dela inicialmente. Configura-se em uma associação entre assistência e produção e está ligada ao conceito da empresa social já citado anteriormente nesse trabalho, que se constitui em estratégias de reconstrução de um espaço real de trocas sociais e materiais, para que os direitos de cidadania proporcionado pelo trabalho sejam concretamente construídos e praticados pelas pessoas (De Leonardis, Mauri e Rotelli, 1994).

A experiência no Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT

Perspectiva histórica e Projeto Institucional

Essa parte do trabalho pretende descrever a narrativa que a instituição conta à partir de sua história e que permanece viva na memória coletiva de um grupo tendo como função o que Enriquez (1991) entende como “sedimentar a ação dos membros da instituição, servi-lhes de sistema de legitimação e dar, sentido às práticas e às suas vidas” (p.57).

O serviço NOT surge a partir da influência da Reforma Psiquiátrica na cidade de Campinas que provocou a transformação da assistência em saúde mental do então Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira, transformando o no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - SSCF, na década de 1991, com financiamento do SUS.

A equipe da época realizou um levantamento das atividades executadas pelos pacientes dentro da instituição e constatou que esses prestavam apoio aos funcionários, bem como substituíam a mão de obra assalariada para a manutenção da instituição. Como pagamento pelo serviço prestado, os pacientes recebiam doces, cigarros e objetos de higiene pessoal comprados com o fundo de caixa do setor de Terapia Ocupacional (Cayres, et al, 2001).

A partir da Reforma Psiquiátrica e para dar conta da demanda de ocupação de aproximadamente 20 moradores da instituição que solicitavam por trabalho com intuito de reorganizar suas vidas, já que agora estariam fora do manicômio, foram propostas algumas frentes de trabalho (agrícola, artesanato e culinária) aos pacientes considerando suas experiências ocupacionais anteriores, bem como os recursos materiais e humanos disponíveis pela instituição na época (Cayres, et al, 2001).

A implantação do NOT resultou em um redirecionamento do trabalho já prestado pelos pacientes, visando uma nova dinâmica que possibilitasse a instrumentalização e a preparação para uma vida em sociedade (Cayres, et al, 2001).

Com o crescimento do NOT e a expansão dos cuidados para novos pacientes, em 1993 viu-se a necessidade de criar a Associação Cornélia Maria Elisabeth Van Hylckama Vlieg, conhecida como Associação Cornélia, com o propósito de oferecer respaldo técnico, jurídico, financeiro, organizacional e político às oficinas do NOT (Taleikis, 2009). Convém ressaltar que a iniciativa de criar a Associação Cornélia veio inteiramente dos trabalhadores da instituição e não dos usuários do NOT.

A Associação Cornélia possibilitou a obtenção de recursos financeiros e materiais ao NOT, visto que os serviços assistenciais públicos como é o caso do SSCF não permitem a

compra de materiais sem processos licitatórios, o que tornava todo o processo de compra moroso, burocratizado e limitado.

A Associação é reconhecida como órgão de utilidade pública municipal e estadual e está filiada à Federação de Entidades Assistenciais de Campinas e ao Conselho Municipal de Assistência Social (Cayres, et al, 2001) que tem como objetivo principal o fomento de oficinas de trabalho orientadas à reabilitação psicossocial.

O financiamento do SUS para o NOT está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde - SMS que estabelece o pagamento de um valor conforme o número de participantes nas oficinas, o que demonstra certa dependência financeira de recursos públicos.

Informações retiradas do site oficial da instituição definem o projeto do NOT como:

“ O Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) é fruto da parceria entre a Associação “Cornélia Vlieg” (que viabiliza a aquisição dos equipamentos e materiais, o pagamento do Bolsa Oficina e a comercialização dos produtos) e o SSCF (responsável pela alimentação, transporte e assistência prestada aos usuários do projeto). O Projeto NOT foi criado para atender a demanda de portadores de transtornos mentais que não conseguem espaço no mercado formal de trabalho. Oferece para essa população atividades em oficinas específicas como formas alternativas de trabalho.” (Em http://armazemoficinas.com.br/novo/nucleo-de_oficinas-e-trabalho/ acessado em outubro de 2018.)

Atualmente o NOT atende cerca de 300 pacientes que trabalham em 12 oficinas, a saber: Oficina de papel artesanal, Oficina de mosaico, Oficina de costura, Oficina gráfica, Oficina de culinária, Oficina de eventos, Oficina de doceria, Oficina agrícola, Oficina de marcenaria, Oficina de serralheria, Oficina de vitral plano e Oficina de ladrilho hidráulico. As oficinas funcionam de segunda à sexta feira, das 7:00 às 17:00 com plantões em feiras e eventos nos finais de semana e também para servir o restaurante vinculado à oficina de culinária.

A equipe do NOT é multidisciplinar, composta por profissionais de nível superior que exercem a função de coordenador das oficinas, bem como monitores, vendedores da Loja Armazém das Oficinas, administrativo, técnico de enfermagem e motorista.

Com relação à estrutura física, todas as 12 oficinas bem como a Loja Armazém das Oficinas e o restaurante estão localizados dentro da instituição SSCF em Sousas, distrito de Campinas, onde era o antigo manicômio, área de maior isolamento quando comparada ao centro

e a outras regiões da cidade. Anteriormente 4 oficinas e a Loja estavam alocadas próximo ao centro da cidade de Campinas no bairro Cambuí, e lá estiveram por aproximadamente 13 anos desde a sua inauguração.

Segundo a instituição SSCF e por indicação do NOT, por motivos de crise financeira não foi possível manter a Loja e as 4 oficinas alocadas no centro da cidade, sendo realizada a mudança do espaço em 2017, o que representou economia de 27 mil reais para a instituição. Foram feitas algumas reformas para acolher as oficinas e a Loja, atualmente situada em um dos prédios onde eram feitas as internações dos pacientes, o antigo NAC ou Núcleo de Retaguarda.

Sobre a vinda da Loja Armazém das Oficinas para o interior da instituição SSCF, sem desconsiderar o complexo contexto financeiro e político do município e para dialogar com ele, cabe recordar a problematização feita por Gil, (2016):

“Nesse sentido, considerando esses elementos e à luz do referencial da desinstitucionalização, o retorno da Loja e das oficinas para dentro do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Sousas, representa um retrocesso.” (p. 27)

Embora as oficinas do NOT estejam alocadas no interior do SSCF, todos os maquinários e demais materiais utilizados no cotidiano pertencem às oficinas, seja porque foram doados ou comprados com os recursos próprios das oficinas ou da Associação Cornélia. Assim, eventuais necessidades de manutenção, reparos ou gastos extras também são de responsabilidade da Associação e ou das oficinas.

No interior das oficinas, os recursos financeiros são administrados de forma autônoma, ou seja, cada oficina apresenta uma forma de trabalho independente umas das outras, que varia de acordo com o desejo e necessidade de cada grupo de trabalho.

As decisões são tomadas em conjunto com todos os participantes nas chamadas “rodas das oficinas” que acontecem semanalmente com intenção de tornar a gestão o mais democrática possível. Essa característica aproxima o funcionamento do NOT com a organização das Cooperativas, onde o capital deve ser controlado por todos os sócios democraticamente por meio de decisões e discussões coletivas (Taleikis, 2009).

A forma de pagamento das oficinas do NOT é denominada “bolsa-oficina”, cujo valor é definido de acordo com a quantidade de horas trabalhadas no mês e considerando ainda o “cargo” que o oficinheiro ocupa dentro da oficina, podendo variar entre aprendiz - cargo mais baixo - até cargos mais elevados de acordo com a capacidade produtiva de cada oficinheiro.

Geralmente o valor dividido para pagamento da bolsa-oficina é variável, dependendo da quantidade de horas trabalhadas considerando horas extras na produção de grandes pedidos, recursos obtidos com a venda dos produtos em feiras e ou na Loja.

Cada oficina repassa o valor de 10% das vendas dos produtos, ou seja, do lucro bruto para um caixa geral da Associação, o que permite um fundo financeiro comum que cobre gastos administrativos mensais.

Existe também uma proposta de desconto de uma certa porcentagem da bolsa-oficina, valor à ser combinado com cada grupo, para pagar aos oficinairos no final do ano uma quantia em dinheiro que representaria o 13º salário. Funcionaria como uma poupança ou fundo de reserva que guarda parte do dinheiro da bolsa-oficina e realiza o repasse no mês de dezembro. Em algumas Oficinas essa estratégia já está em prática e é realizada com autonomia pelos oficinairos mas em outras essa proposta ainda está em discussão e não é consenso.

Essa forma de organização financeira do NOT também o aproxima do trabalho cooperado, porém é importante ressaltar que o controle financeiro, na lógica cooperada, deve ser definido em assembléias onde todos os sócios participam e decidem democraticamente, já que todo o capital de uma cooperativa origina-se pela participação igualitária dos sócios e é entendido como propriedade comum.

Caso as decisões sejam tomadas de forma unilateral e sem a participação democrática dos sócios, essa pode ser considerada uma falsa cooperativa, também nomeada de cooperato, onde os lucros não são divididos igualmente entre os sócios criando um cooperativismo vantajoso apenas àqueles que detém o poder, perpetuando a exploração da força de trabalho e o desvirtuamento da lógica da Economia Solidária (Taleikis, 2009).

A questão dos descontos na bolsa-oficina, sejam aqueles destinados ao fundo financeiro comum ou ao repasse financeiro em dezembro são pautas constantemente discutidas nas oficinas do NOT e de grande preocupação dentro de uma cooperativa, pois dizem respeito não apenas sobre o valor que cada oficinairo irá receber mas também sobre o futuro da oficina no sentido do planejamento dos gastos. Por isso a importância em se garantir a circulação das informações dentro da oficina e a participação de cada um nas decisões do grupo.

Ainda com relação à remuneração dos oficinairos, o NOT estabeleceu uma parceria em 2015 com uma empresa de prestação de serviços, a Manserv, que passou a contratar oficinairos em contrato CLT, portanto registrados em carteira e com salário mensal.

A parceria se sustenta na ideia da inclusão social, considerando essa uma possibilidade real de contratação de usuários da saúde mental pelo mercado formal de trabalho; o NOT inclusive incentiva essa parceria e a justifica com a melhora na condição financeira

desses usuários, que passam a receber salário maior do que a bolsa-oficina além dos benefícios dos contratos CLT e o acesso aos direitos trabalhistas. Porém, a locação dos oficineiros contratados pela Manserv não se dá no interior da empresa como o restante dos trabalhadores, mas sim no próprio NOT, seguindo nas mesmas atividades das oficinas, apresentando ganho questionável do ponto de vista da inclusão real no tecido social, podendo ser considerada uma parceria controversa na perspectiva da inclusão.

Parcerias como essa precisam ser constantemente avaliadas em sua função e viabilidade para que não se caia no que chamamos de inclusão marginal:

“Convém indagarmos se muitas práticas denominadas como sendo voltada ao combate a exclusão, de caráter governamental ou não governamental, não estariam de acordo com aquilo que é definido por Martins como inclusão marginal, ou seja, como simples formas de amenizar os efeitos daquilo que se entende por exclusão. Essa é uma pergunta indispensável quando estamos no campo da saúde mental (Scarcelli, 2001, p49).

Com relação à gestão, o modelo cooperado é entendido como referência da auto-gestão, haja visto que os princípios que orientam o cooperativismo caracterizam uma gestão democrática e livre, com tomada de decisão coletiva dos sócios. (Taleikis, 2009).

No entanto, a forma de gestão do NOT não corresponde totalmente à forma da auto-gestão como seria em uma cooperativa. Isso se deve principalmente à estrutura organizacional da instituição, que se configura como uma instituição filantrópica associada à SMS que presta assistência de saúde mental à usuários da rede. O papel de controle e gerenciamento de todas as etapas do processo de trabalho é do coordenador, que por sua vez é um técnico de saúde, figura que também não apareceria em uma cooperativa.

Essa configuração própria do NOT demonstra uma preocupação com as questões sociais que o aproximam do conceito da Economia Solidária mas que não corresponde integralmente à realidade de uma cooperativa ou de um trabalho formal, estando bastante marcada a perspectiva do tratamento em saúde mental e da tutela, herança de um serviço que nasceu dentro do hospital psiquiátrico, onde a lógica do assistido e o trabalho de caráter protegido se faz intensamente presente.

Na perspectiva descrita por De Leonardis, Mauri e Rotelli (1994, apud Lussi, 2009) das propostas de inclusão social pelo trabalho localizarem-se no âmbito da assistência, o NOT se enquadraria no segundo tipo, aquele onde pode-se observar uma submissão à ordem do discurso dominante e às expectativas dos especialistas do serviço, o que corrobora para a leitura

de trabalho protegido aqui identificada. O fragmento do texto abaixo também aponta para inserção que o NOT possui no campo assistencial cuja função do trabalho se apresenta como intervenção terapêutica necessariamente:

Nesse sentido o NOT desempenha duas funções correlatas, de um lado persegue a profissionalização e de outro, não se furta a atender as necessidades terapêuticas dos usuários. Faz a opção por abordar as duas vertentes, terapêutica e profissionalizante, entendendo que valorizar um aspecto em detrimento do outro traria perdas reais aos usuários (Domitti, Carnevalli, Bianchini, 2001, p.3)

Informações retiradas do site oficial do Armazém das Oficinas na aba “visão institucional” confirmam o entendimento de que as oficinas do NOT são oficinas de trabalho protegido:

“Possibilitar a melhoria da qualidade de vida, resgate da autoestima, dignidade e reconquista da cidadania, de pessoas com sofrimento psíquico, proporcionando oportunidades de trabalho protegido.” Em http://armazemoficinas.com.br/novo/nucleo-de_oficinas-e-trabalho/ acessado em outubro de 2018.)

Na dissertação de mestrado feita por Taleikis, (2009) trabalhadores do NOT foram entrevistados e relatam dificuldade em romper com a lógica do assistido, produto da instituição:

E1.23 – É, partindo pra questão, por exemplo, da cooperativa, já fizemos cursos, várias capacitações pro pessoal, com relação à cooperativa, então essa é sempre uma questão que pega. É de até essas pessoas conseguirem se organizar autonomamente pra fazer isso, assim pra montar e se virar entendeu?

E.124 – É cabem muitas questões aí, até o medo de assumir alguma coisa... Então o que tem funcionado bem é esse modelo que a gente tem: tem um coordenador que lida com as relações, que faz essa ponte com o tratamento, com a saúde, é a referência um pouco desse usuário; o monitor que vai junto. E as pessoas tem contratado, e tem sido tranquilo assim...

O projeto institucional do NOT é compreendido como um conjunto de estratégias que possibilitam intervenções nos processos de autonomia e de reabilitação psicossocial contando com um espaço continente que permita que o usuário de saúde mental se expresse, se relacione interpessoalmente e tenha suas potencialidades estimuladas (Cayres, et al., 2001)

Apesar de alguns autores anteriormente citados demonstrarem que o projeto institucional do NOT apresenta uma coerência com a teoria da reabilitação psicossocial, é importante estar atento a estreita relação que os projetos de inclusão social pelo trabalho fazem com a vertente terapêutica e sua manutenção, trazendo contradições acerca da natureza da utilização do trabalho pela psiquiatria, haja vista a centralidade do trabalho na transformação da vida dos usuários e suas representações sociais.

A função terapêutica do trabalho repousa historicamente na intenção de normalização da psiquiatria, em disciplinar o corpo e a mente, remontando à Pinel. Apesar das diversas reformulações pelas quais o NOT se submeteu à partir do encontro com a Reforma Psiquiátrica, observamos um aumento das estratégias criativas tornando-se cada vez mais inovadoras do ponto de vista do empreendedorismo mas pouco investimento no que diz respeito à preocupação clínica na condução dos casos e dos grupos, o que acaba por reproduzir relações institucionalizadas e alienação no trabalho que à priori tem um compromisso com a reabilitação psicossocial e o exercício da cidadania dos oficinairos.

Não se trata de negar os benefícios terapêuticos que a utilização do trabalho na reabilitação psicossocial produz nos oficinairos, mas de questionar o que pretendemos com tais práticas, quais os valores morais e éticos que acompanham essa concepção relacionada com a ocupação do tempo e da mente, ao controle de sintomas, que geram conseqüentemente uma dependência institucional e uma invalidação social do louco como alguém incapaz de cuidar-se e de decidir por si. Não se trata ainda de negar a assistência, mas de transformar essa relação entre assistência psiquiátrica e trabalho institucional que serviu historicamente ao controle dos desvios.

Discussão.

Esse capítulo pretende nomear e discutir a experiência de estar no NOT ao longo do ano de 2018 como residente em saúde mental e coletiva, participando ativa e intensamente da dinâmica institucional.

Historicamente a Psiquiatria fez uso do trabalho como dispositivo de tratamento, punição e exploração da mão de obra gratuita dos internos das instituições psiquiátricas na perspectiva do controle e da adaptação social, causando segregação àqueles que não puderam adaptar-se.

Desse modo, considerando a perspectiva da reabilitação psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, o rompimento com o paradigma psiquiátrico que excluiu o louco das trocas sociais, reais e simbólicas, se apresenta como imperativo categórico, essencial para o avanço da desinstitucionalização dos sujeitos e das instituições psiquiátricas.

É oportuno recordar que na aparência as instituições psiquiátricas não reconheciam-se nesse lugar de segregação e controle, mas que estavam somente cumprindo sua missão terapêutica e inclusiva. Apenas analisando os elementos que a constituíam e chegando à essência de seu papel na estrutura social é que foi possível uma crítica à psiquiatria e o surgimento de suas reformas mais recentes como a Psiquiatria Democrática Italiana ou a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Contudo, nem todas as experiências da reforma psiquiátrica chegaram à raiz das críticas para romper e desconstruir o sistema da instituição psiquiátrica. Muitas delas caminharam em direção à humanização da assistência mas permanecendo com a lógica manicomial no interior dos serviços substitutivos, o que contribuiu para manutenção de práticas como a adaptabilidade ao trabalho, a tutela, trabalho morto, todos exemplos encontrados na experiência cotidiana do serviço NOT, em maior ou menor grau.

Sabemos da complexidade do exercício de escolher como nomear quem somos e o que nos acontece no encontro com a prática. Para isso usamos palavras e, considerando os atravessamentos e marcas constituintes de nossa história, compreendemos algo mais que somente palavras, uma experiência dotada de sentido.

O fenômeno da experiência é aqui compreendido como a possibilidade de que algo nos passe, nos aconteça ou que nos toque e para tal requer um gesto de interrupção. Apesar da rapidez com que as coisas nos passam, a experiência é cada vez mais rara ou mais pobre pelo excesso de estímulos que o modo de vida contemporâneo nos coloca, bem como pela falta de uma interrupção necessária à experiência (Bondía).

Em Heidegger (1987) encontra-se uma definição de experiência que nos contempla:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (p. 143).

Uma estratégia aqui utilizada para exercitar, provocar e proporcionar a interrupção necessária à experiência foi a construção íntima e artesanal de um diário de campo. O recurso da escrita serviu não só de registro aos acontecimentos, mas como importante exercício de tradução na palavra, de nomeação, de construção de narrativas, de reflexão sobre a prática, de mediação entre o que se passa na ordem do privado com o que é público, uma confecção de modos de lidar.

A aproximação com a função coordenação, demanda institucional de onde nós residentes deveríamos partir, se deu inicial e principalmente com a participação nas reuniões de equipe composta por coordenadores e gestão e, mais tarde, com a escolha do preceptor de campo e exercício da função co-coordenador. Esse penúltimo, escolha do preceptor, foi vivenciado como um acontecimento incisivo, que causou sensação intensa de corte, de decisão verticalizada e instituída. Foi possível negar a demanda e produzir uma experiência diferente, mais singular, livre e com sentido no que diz respeito ao itinerário de formação mas, é importante registrar, não sem marcas ou reivindicações.

No cotidiano das reuniões de equipe imperava um silêncio longo e agudo, com uma preocupação burocrática que ofuscava as discussões necessariamente coletivas e clínicas. Era como um estupor que atingia os pensamentos e o corpo e justamente por ser assim a necessidade de acordar se presentificava como um imperativo. Essa constatação não serviu como imunidade ao anestesiamento, mas foi um analisador importante no exercício de provocar estranhamentos, questionamentos, discussões e problematizações bastante necessárias e a algum tempo adormecidas.

O espaço da reunião de equipe demonstrou a necessidade emergencial de um posicionamento ético e político dos trabalhadores visto que essa é a única possibilidade institucional de democratização da gestão, daí sua preciosidade e necessária reinvenção. Não se pode permitir que o intercâmbio de ideias e práticas proposto pela assistência multidisciplinar seja tolhido de sua potência, mas essa realidade foi constantemente posta em cena e pouco modificada.

Quando pensamos nas práticas dos serviços assistências de saúde no âmbito operativo nos deparamos sempre com uma escolha clínica. Ela é necessária pois se refere às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com tratamento, reabilitação, diagnóstico característica dos serviços de Saúde Mental (Campos, 2001).

Considerando que o funcionamento institucional do NOT é atravessado por duas matizes Economia Solidária e trabalho protegido, e que ao longo da história a instituição buscou entrelaçar a subjetividade com a cidadania, o trabalho com as Oficinas demanda um posicionamento tanto clínico quanto político pois essas localizam-se justamente na interseção entre esses dois campos.

Apesar dessa necessária escolha clínica, existe no NOT um discurso, que não representa a totalidade da equipe mas uma parte dela, de negação da clínica e da valorização do aspecto do trabalho considerado por si só como terapêutico em detrimento da clínica, como se trabalho e clínica pudessem estar dissociados em um serviço de geração de trabalho e renda no âmbito da Saúde Mental, cuja fronteira entre Economia Solidária e trabalho protegido encontra-se borrada desde o início.

Tal discurso acaba por negligenciar, em alguns momentos, as questões de adoecimento dos oficinairos, oferecendo um espaço de trabalho ao qual eles devem adaptar-se. Isso corrobora para o afastamento do serviço de sua missão institucional que seria a inclusão social pelo trabalho de usuários de saúde mental e desresponsabiliza os coordenadores de se posicionarem clinicamente.

Não se trata de pensar o funcionamento das Oficinas apenas em sua perspectiva clínica, mas de considerar historicamente o modo como o serviço NOT foi constituído e compreender a necessidade de realizar um trabalho dialético levando em conta os diversos atravessamentos institucionais.

O trabalho no NOT foi solitário e com limites bastante estreitos tanto pela organização do trabalho individualizado no interior das oficinas, quanto pela dificuldade em considerar outros trabalhadores que não os coordenadores como parte da equipe. Um exemplo

disso é a não participação dos monitores na reunião de equipe. Essa questão levanta uma dúvida importante, estamos mesmo trabalhando em equipe? Quem é a equipe?

Um dos principais desafios do serviço está na dificuldade de conciliação das intervenções terapêuticas com a finalidade do processo de produção das Oficinas. Essa é uma questão bastante complexa por si só que requer uma sensibilidade e auto crítica para repensar os processos de produção já instituídos, mas a falta de discussões e reflexões desse gênero com aparato de supervisão institucional nas reuniões de equipe acaba por produzir, em alguns momentos, a exclusão daqueles que não possuem habilidades suficientes para produzir como os demais, pois não conseguem se apropriar e participar da linha de produção.

As limitações dos oficinairos com relação a capacidade produtiva acometidas pelo adoecimento mental resultam em uma ambivalência entre os aspectos assistenciais e produtivos, tornando a atuação dos coordenadores muitas vezes contraditória e conflitante, além da realização de trabalho morto – aquele que não possui serventia ou sentido algum à quem produz ou ao grupo, sendo utilizado para ocupar o tempo e combater a ociosidade.

Outra questão importante que pode ser compreendida como um desdobramento da primeira localiza-se na disputa entre o atendimento das necessidades terapêuticas dos oficinairos e o controle da produção. Apesar de complexa, essa é uma articulação possível e necessária que exige uma reinvenção constante das estratégias utilizadas com o grupo como adaptação das atividades, redução do ritmo da produção, reunião com o grupo para discutir e compreender as necessidades daquele momento, remanejamento de funções, sensibilização do grupo para admitir a presença de algum oficinairo com maior grau de dificuldade de produção ou em episódio de crise mais agudo.

Essas estratégias são utilizadas pelos coordenadores, em maior ou menor grau, de acordo com suas possibilidades dentro da instituição. Mas vale frisar que a carga horária desses profissionais de 30 horas semanais mostra-se insuficiente para articulações tão complexas.

A questão da carga horária dos coordenadores acaba por sobrecarregá-los e também aos monitores, que passam todo o período com os oficinairos e em contato direto com a produção. Não é incomum observar que, por conta de todas as dificuldades já mencionadas anteriormente, os monitores são colocados no lugar de oficinairos no sentido de precisar suprir a produção não realizada pelos oficinairos, causando grande sobrecarga.

Diante dessa escassez de recursos, geralmente os profissionais acabam optando por tratar de algumas demandas em detrimento de outras, o que contribui com a sensação de ausência experimentada pelos oficinairos e monitores onde o coordenador nunca está presente na oficina, ou está em momentos muito pontuais.

No interior da Oficina de Costura a aproximação com a atividade dos oficineiros proporcionou-me um outro lugar nessa relação. Fui tida como aquela que, apesar de ser psicóloga também trabalha, que está disponível para conversar, intervir tecnicamente nas situações de crise em saúde mental ali presentes cotidianamente, mas também bordar, fazer bonecas de pano ou tratar do pagamento da bolsa-oficina.

Foram muitas atribuições e expectativas a mim endereçadas mas o reconhecimento do lugar de trabalhadores foi a que mais viabilizou transformações em mim e no grupo, foi o que produziu sentido à experiência. Reconhecer o que aquelas pessoas tinham a ensinar e assumir a posição de quem deseja aprender com o outro foi uma intervenção clínica importante que permitiu o deslocamento, mesmo que temporário inscrito na relação, do lugar de assistido para uma responsabilização, uma apropriação de si mesmo.

Na experimentação da função co-coordenação no âmbito da Oficina de Costura foi possível auxiliar no fortalecimento da grupalidade inicialmente frágil e em constante amadurecimento do grupo, viver despedidas, novas entradas e suas reverberações, problematizar as relações de violência e opressão típicas dos espaços de trabalho e combatelas, experimentar novas formas de se relacionar com o mundo e consigo mesmos, deixar tocar-se pelos acontecimentos tanto íntimos quanto coletivos.

O desafio do trabalho com grupos em instituições está na perspectiva de que a instituição busca homogeneizar os espaços enquanto o Coletivo é heterogêneo, apesar de trabalharem juntos em uma tarefa, é necessário que possa existir a singularidade nos grupos, como nos esclarece Oury na obra *O Coletivo*:

Nosso objetivo é que uma organização geral possa levar em conta um vetor de singularidade: cada usuário deve ser considerado, em sua personalidade, da maneira mais singular. Daí um tipo de paradoxo: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a dimensão de singularidade de cada um. Era neste tipo de “bifurcação” que se formulava esta noção do Coletivo (p. 19)

Desse modo, o Coletivo é pensado como uma superfície de inscrição, como um exercício de buscar lugares e situações que possam funcionar como espaços do dizer, sendo então o responsável por acolher, suportar e trabalhar a partir dessas manifestações.

A aproximação com a Comissão de Visibilidade, grupo de oficineiros que pretende discutir todo e qualquer tema relacionado ao trabalho nas Oficinas, trouxe questionamentos ainda mais complexos e pertinentes pra cena, produzindo o sentido de militância à experiência.

A reivindicação pelo reconhecimento do lugar de trabalhadores, a luta pela representatividade nos espaços de decisão, a constatação das inúmeras contradições presentes na estruturação do serviço NOT e a cobrança por níveis maiores de democratização das informações e das decisões foram pautas experienciadas com vigor por mim e pelo grupo.

O registro dessa experiência no diário de campo demonstra a subversão da Comissão de Visibilidade em abdicar do lugar rígido e previsível ofertado institucionalmente e preferir existir de modo mais vivo, mais livre e necessariamente mais clandestino, as reuniões aconteciam no horário do almoço em alguma sala vaga no intervalo entre dois horários fixos, ou no jardim.

No transcorrer da experiência no serviço NOT algumas sugestões de encaminhamentos foram pensadas pela residente e estão organizadas abaixo para apreciação do serviço:

- a) Projetos de educação permanente e capacitações para o grupo de monitores, bem como a participação efetiva desses nas reuniões de equipe e demais atividades institucionais, entendendo que essa modificação possibilitaria uma maior coesão no trabalho com os coordenadores e um efetivo trabalho em equipe multidisciplinar.
- b) Criação de espaços institucionais ou utilização dos espaços já existentes para trocas de experiências e saberes entre Oficinas à fim de contribuírem uns com os outros nos processos de produção e otimização das atividades, respeitando as singularidades de cada grupo e possibilitando o fortalecimento das Oficinas, fomentando um trabalho menos solitário.
- c) Instituir espaço de assembleia com realização periódica no serviço para acolher e encaminhar demandas coletivas.
- d) Investimento clínico dos casos, compreendendo que essa além de ser uma responsabilidade ética e política dos trabalhadores da saúde mental reverbera em um cuidado assistencial mais efetivo e em um melhor aproveitamento dos usuários no ambiente de trabalho oferecido pelo NOT.
- e) Investimento em estratégias de ensino técnico e profissionalizante, como a organização e oferta de cursos relacionados aos trabalhos realizados pelas Oficinas com participação dos oficinairos. Essa estratégia já está curso principalmente com as Oficinas de alimentação e devido à qualidade apresentada e aceitação do público poderia estender-se às demais Oficinas.
- f) Reestruturação do funcionamento da reunião de equipe para um melhor aproveitamento desse espaço considerando sua potencialidade, rodiziamento da função coordenação e ata, repactuação do horário de início e término da reunião para que haja maior comprometimento e engajamento dos trabalhadores com as pautas discutidas.

g) Legitimar institucionalmente o grupo Comissão de Visibilidade como potente espaço de militância dos oficineiros e fomentar a representatividade de mais Oficinas nas construções do grupo.

Conclusão.

Conforme apresentado, o processo de trabalho em saúde do NOT tem como finalidade a reabilitação psicossocial pelo trabalho e inclusão social, está relacionado entre dois campos no contexto da saúde mental: assistência e trabalho, com funcionamento institucional atravessado pelas matizes Economia Solidária e trabalho protegido.

De acordo com essa definição, o modelo de produção das Oficinas é considerado o principal instrumento para o resgate da capacidade produtiva por meio da aprendizagem de um ofício além dos ganhos em sociabilidade promovidos pelas relações nos grupos durante a produção dos bens.

Sendo o trabalho um componente estruturante da experiência humana de transformação da consciência social cabe aos espaços onde o trabalho é realizado desconstruir a alienação própria do trabalho capitalista e possibilitar a construção de novas relações tendo como horizonte os princípios do trabalho cooperado e apropriação do sujeito de si mesmo e de sua atividade.

Referências

- Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP; 1994.
- Barros DD. Habilitar – reabilitar...: o rei está nú? Rev. Ter. Ocup. 1991; 2(2/3): 100-4.
- Basaglia F. Scritti (1968-1980): dall' apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica. Torino: Guilio Einaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale. P. 199-208. Tradução livre por Ana Luisa Aranha e Silva. Texto apresentado ao Comitê Internacional Contra o Sofrimento Mental, Helsinki; 1971.
- Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução de João Wanderley Geraldi. Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Linguística.
- Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. São Paulo: Graal; 1978
- Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes; 1998.
- Cayres CO. O processo constitutivo e as concepções do Núcleo de Oficinas e Trabalho. In: Rimoli R; Cayres CO. Saúde Mental e Economia Solidária – Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção. Campinas: Medita, 2012. 21-34 p.
- De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. L' impresa sociale. Milano: Anabasi; 1994
- Domitti ACP, Carnevalli MEC, Bianchini VAS. Núcleo de Oficinas e Trabalho. Campinas: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ; 2001 [online] disponível em <http://www.candido.org.br>, acessado em outubro de 2018.
- Enriquez E. O trabalho da morte nas instituições. In: Kaës R, et al (orgs.) A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.
- Gil N. O fechamento da loja Armazém das Oficinas do centro de Campinas e os desdobramentos para o cotidiano do Núcleo de Oficinas e Trabalho. [Trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva] Campinas: Unicamp; 2017.
- Guerra AMC. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa CM; Figueiredo AC, Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p.23-58.
- Heidegger M, (1987). La esencia del habla. In: De camino al habla. Barcelona: Edicionaes del Serbal.

- Leal EM. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: Costa, CM.; Figueiredo, A C; Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa 2004. p. 11-22.
- Lussi IAO. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral [doutorado] Ribeirão Preto: USP; 2009.
- Machado R. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- Mânguia EF. Alienação e trabalho. Rev. Ter. Ocup. 2003; 14 (1): 34-42.
- Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Vol I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; s/d.
- Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Vol II. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; 1890.
- Oury J. O Coletivo. São Paulo: Hucitec; 2009
- Rezende H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: Tundis AS; Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987.
- Rotelli F; Leonardis O; Mauri D. Desinstitucionalização uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In Nicácio MF. Organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-60.
- Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante PDC. Organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Cora; 2001.
- Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo, Zagodoni, 2011.
- Singer P. Introdução à economia solidária. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.
- Singer P. A recente ressurreição da economia solidária no Brasil. In: Boaventura de Sousa Santos (Org). Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- Souza PCZ. O trabalho como possível: o caso de pessoas com “transtornos mentais graves” [doutorado] Rio de Janeiro: UERG; 2006.
- Taleikis PU. O Trabalho como Estratégia de Desinstitucionalização e Emancipação na Saúde Mental. [mestrado] São Paulo: USP; 2009.