

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Núcleo de Oficinas e Trabalho:
estudo de caso sobre uma tecnologia social
e a promoção do Bem Viver**

Kátia Liane Rodrigues

São Carlos - SP
2020

KÁTIA LIANE RODRIGUES

**Núcleo de Oficinas e Trabalho:
estudo de caso sobre uma tecnologia social
e a promoção do Bem Viver**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Machado

São Carlos - SP
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Kátia Liane Rodrigues, realizada em 30/11/2020.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado (UFSCar)

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi (UFSCar)

Profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta (USP)

Prof. Dr. Valmor Schiochet (FURB)

Profa. Dra. Ana Maria Rodrigues de Carvalho (UNESP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Dedico essa produção aos usuários que, diariamente, me ensinam sobre capacidades, oportunidades e direitos.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos àqueles que fizeram parte da minha caminhada no PPGCTS da UFSCar. Uma caminhada iniciada em 2012 e, que com muitos desafios e percalços, me fez crescer, amadurecer e seguir acreditando num mundo mais justo e igualitário, em que as injustiças sociais possam ser amenizadas pelas produções acadêmicas voltadas às necessidades da sociedade.

Agradeço primeiramente a Deus por não me deixar desistir e me mostrar que são os desafios que nos movem nessa vida.

Ao companheiro de toda essa jornada, Leo Pinho, gratidão por ser espelho para muitos na luta pela inclusão social pelo trabalho e pela incansável contribuição para a realização dessa pesquisa.

À minha orientadora, Maria Lúcia Teixeira Machado, por ser a calma em meio ao turbilhão. Quantos anos juntas! Obrigada por só ter sido quem foi em todos os momentos.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa: Ana Maria Rodrigues, Regina Dakuzaku, Isabela Lussi e Valmor Schiochet, que durante o processo de elaboração dessa tese trouxeram contribuições fundamentais.

À Márcia Niituma Ogata e Maria Zanin que estiveram como suplentes nas bancas de avaliação. Vocês são parte importante desde o início da minha jornada pelos desafios de estar pesquisadora.

Ao Mario Battisti, que engrandeceu meu olhar sobre o ser humano ao me apresentar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Uma inspiração na caminhada entre os terapeutas ocupacionais.

À Cleusa Cayres, minha coordenadora, amiga e apoiadora desta pesquisa, por ter concedido à minha solicitação de dispensa parcial de carga horária do trabalho para poder cursar o doutorado e por viabilizar minha pesquisa em nossa unidade de trabalho. Obrigada por, gentilmente, me ajudar emprestando seus conhecimentos em tantos momentos.

Aos meus familiares e amigos que compreenderam minhas ausências em vários momentos e recusas para encontros, viagens, saídas e muitos outros.

E aos usuários participantes dessa pesquisa, por compartilharem comigo suas histórias de vida, singularidades e intimidades.

O grande mérito do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está no fato de, em vez de tratar de doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais. Lida, portanto, com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais.

Paulo Amarante

RESUMO

A inclusão social pelo trabalho, na área da saúde mental, se apresenta como um campo de pesquisa dotado de desafios, pois transcende as discussões na saúde. O debate acerca do direito ao trabalho, do trabalho com valor social e afetivo aponta para discussões que tem na área da ciência e da tecnologia um encontro possível com as tecnologias sociais. Os projetos que desenvolvem atividades de geração de trabalho e renda, inspirados na economia solidária, utilizam de estratégias associativas e cooperativistas para organizar o modo de funcionamento dos grupos, desenvolvendo verdadeiras tecnologias sociais replicáveis. Considerando que o cooperativismo social é uma estratégia de inclusão social pelo trabalho para pessoas em desvantagem social e econômica, esta tese de doutorado tem por objetivo analisar a experiência de uma tecnologia social, quanto à promoção de inclusão social pelo trabalho e produção de Bem Viver, na perspectiva de seus participantes. Trata-se de um estudo de caso realizado no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), localizado na cidade de Campinas/SP. O NOT é um dos projetos de reabilitação psicossocial do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e visa oferecer atividades de geração de trabalho e renda a trezentas pessoas da rede de saúde municipal. A pesquisa de abordagem qualitativa, contou com um roteiro de entrevista semiestruturado que foi construído a partir de considerações do Manual de aplicação da Tabela de Classificação de Funcionalidade para Saúde Mental. Realizou-se dez entrevistas, tendo como critério a inclusão em alguma oficina há, no mínimo, cento e oitenta dias. Os resultados permitiram caracterizar os participantes da pesquisa e da tecnologia social, no que se refere a gênero, faixa etária, escolaridade e tempo de inclusão no serviço. Levantar dados referentes ao tratamento como: local, tempo e intensidade de cuidado, uso de medicação e tipo de adoecimento. E ainda identificar aspectos sociais como: situação de moradia e recebimento de benefícios. Por meio de questões semiestruturadas foi possível compreender a história e os projetos de vida dos participantes e com isso analisar o potencial da Tecnologia Social – Núcleo de Oficinas e Trabalho enquanto promotora de inclusão social pelo trabalho. Os resultados da pesquisa indicaram que a inclusão em oficinas de trabalho e geração de renda, no âmbito da produção de novos sentidos de vida, de promoção do autocuidado e de novas sociabilidades, pode proporcionar práticas do Bem Viver.

Palavras-chave: Tecnologia social. Economia solidária. Saúde mental. Bem viver. Inclusão social pelo trabalho.

ABSTRACT

Social inclusion through work, in the area of mental health, presents itself as a field of research endowed with challenges, as it transcends discussions in health. The debate about the right to work, work with social and affective value points to discussions that have a possible encounter with social technologies in the area of science and technology. The projects that develop work and income generation activities, inspired by the solidarity economy, use associative and cooperative strategies to organize the way the groups work, developing true replicable social technologies. Considering that social cooperativism is a strategy of social inclusion through work for people in social and economic disadvantage, this doctoral thesis aims to analyze the experience of a social technology, in terms of promoting social inclusion through the work and production of Good Living, from the perspective of its participants. This is a case study carried out at the Center for Workshops and Work (NOT), located in the city of Campinas / SP. NOT is one of the psychosocial rehabilitation projects of the Dr. Cândido Ferreira Health Service (SSCF) and aims to offer work and income generation activities to three hundred people in the municipal health network. The research with a qualitative approach, had a semi-structured interview script that was built from the considerations of the Application Manual of the Functionality Classification Table for Mental Health. Ten interviews were conducted, with the criterion of being included in a workshop for at least one hundred and eighty days. The results made it possible to characterize the participants of the research and social technology, with regard to gender, age group, education and time of inclusion in the service. To collect data regarding treatment, such as: place, time and intensity of care, use of medication and type of illness. And also to identify social aspects such as: housing situation and receiving benefits. Through semi-structured questions, it was possible to understand the history and life projects of the participants and thereby analyze the potential of TS-NOT as a promoter of social inclusion through work. The results of the research indicated that the inclusion in work workshops and income generation, within the scope of the production of new meanings of life, promotion of self-care and new sociability, can provide practices of Good Living.

Keywords: Social technology; Solidarity economy; Mental health; Good Living; Social inclusion through work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A organização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	46
Figura 2 – Os domínios do componente Atividades e Participação, da Parte 1 da CIF.....	47
Figura 3 – Categorias pré-analíticas.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão temática.....	33
Quadro 2 – Revisão temática: Bem Viver.....	34
Quadro 3 – Revisão temática: <i>Good Living</i>	36
Quadro 4 – Revisão temática: Economia Solidária.....	37
Quadro 5 – Revisão temática: <i>Social Economy</i>	38
Quadro 6 – Revisão temática: Tecnologia Social.....	40
Quadro 7 – Caracterização dos participantes da pesquisa.....	99
Quadro 8 – Aspectos referentes ao tratamento dos participantes da pesquisa.....	104
Quadro 9 – Aspectos referentes às questões sociais dos participantes da pesquisa.....	109
Quadro 10 – Questões semiestruturadas da entrevista.....	112
Quadro 11 – Domínios do componente Atividades e Participação, identificados nas entrevistas.....	114
Quadro 12 – Área vital: aprendizagem e aplicação do conhecimento.....	116
Quadro 13 – Área vital: tarefas e demandas gerais.....	117
Quadro 14 – Área vital: cuidado pessoal.....	118
Quadro 15 – Área vital: relações e interações interpessoais.....	119
Quadro 16 – Área vital: áreas principais da vida.....	120

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise Categoral

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

BV – Bem Viver

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III

CC – Construção de Categorias

CECO – Centro de Convivência

Centro POP – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CID10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

Covid-19 – doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2

CS – Centro de Saúde

CTS – Ciência, Tecnologia e Sociedade

C&T – Ciência e Tecnologia

CT&I – Ciência, Tecnologia e Inovação

EES – Empreendimento Econômico Solidário

ESCT – Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia

FIB – Felicidade Interna Bruta

GPS – Guia da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LGBTQIA+ – lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, *queer*, intersexo e assexuais

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOT – Núcleo de Oficinas e Trabalho

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDU – Plano de Desenvolvimento do Usuário

PIB – Produto Interno Bruto

PLACTS – Pensamento Latino Americano em Ciência, Tecnologia e Sociedade

PPGCTS – Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

PRONACOOP – Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

QV – Qualidade de Vida

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMIM – Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SIES – Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TS – Tecnologia Social

TS-NOT – Tecnologia Social - Núcleo de Oficinas e Trabalho

UC – Unidade de Contexto

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UR – Unidade de Registro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	29
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1 PRESSUPOSTOS DE PESQUISA.....	30
3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ÉTICOS DA PESQUISA.....	31
3.3 ETAPAS DA PESQUISA.....	33
3.3.1 Revisão temática.....	33
3.3.2 Pesquisa documental.....	44
3.3.3 Pesquisa de campo.....	45
3.3.3.1 Cenário de pesquisa.....	51
3.3.3.2 Participantes da pesquisa.....	53
4. REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	55
4.1 PRODUZIR CIÊNCIA E TECNOLOGIA: por que e para quem?.....	55
4.2 ECONOMIA SOLIDÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO.....	60
4.3 INVENÇÕES DEMOCRÁTICAS: criar-fazendo.....	69
4.3.1 Avanços e conquistas dos períodos: pré e pós-Constituição de 1988.....	70
4.3.2 Campinas: uma protagonista em inventividades democráticas no campo da saúde mental.....	76
4.4 BEM VIVER: um novo olhar para o ser-estar no mundo.....	78
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	84
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL: o campo de pesquisa.....	85
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	98
5.2.1 Caracterização dos participantes.....	98
5.2.2 Percepção dos participantes.....	112
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
APÊNDICE B – Instrumento adaptado para a linguagem da CIF.....	142
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista.....	144
ANEXO 1 – Instrumento base para projeto de pesquisa.....	146
ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado CEP-UFSCar.....	147

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa de doutorado parte de algumas inquietações vivenciadas no meu cotidiano enquanto trabalhadora da rede de saúde mental e ainda aguçada pela pesquisa de mestrado que realizei no Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) intitulada: “Economia Solidária e a produção de cidadania na saúde mental: um estudo dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho no estado de São Paulo”. A pesquisa em questão, defendida em 2015, teve como objetivo apresentar e caracterizar sete dispositivos de saúde mental do estado de São Paulo que promovem atividades de geração de trabalho, renda e inclusão social e apontar as tecnologias sociais desenvolvidas nos processos de gestão e funcionamento desses dispositivos.

Os resultados da pesquisa apontaram que a Reforma Psiquiátrica, por meio da estratégia da reabilitação psicossocial viabilizou, aos usuários da saúde mental, o acesso à cidade, a casa e ao trabalho. A desinstitucionalização das práticas possibilitou transformações reais no cotidiano dos serviços e na vida dos usuários, a recuperação dos espaços sociais, a conquista da contratualidade e a obtenção da cidadania plena.

A necessidade de troca de experiências entre os dispositivos, de ampliação desses recursos no âmbito nacional e a replicação de seus modelos entre pares demonstrou que a Tecnologia Social (TS) se faz presente ao desenvolverem metodologias replicáveis, que promovem inclusão social.

A pesquisa também identificou que as metodologias de funcionamento dos dispositivos embasam suas ações empreendedoras nos conceitos da economia solidária e o cooperativismo social se apresenta como a saída possível para o fortalecimento dos negócios e de seus trabalhadores¹.

No mix de uma práxis que se alimenta da combinação entre teoria e prática, da minha vivência de dezoito anos de atuação junto a grupos de trabalho e geração

¹ São compreendidos como trabalhadores os profissionais e usuários que participam das oficinas de trabalho e geração de renda. As oficinas são grupos que funcionam como empreendimentos econômicos solidários.

de renda na saúde mental, busco com esta pesquisa de doutorado respostas para algumas indagações que se fazem presentes em meu cotidiano.

Como qualificar o resultado produzido na vida das pessoas incluídas nessas Tecnologias Sociais? É possível dizer que elas produzem qualidade de vida? Que elas, de fato, promovem inclusão social pelo trabalho?

O caminho apontava para escutar a população participante das mesmas. Mas como escolher um campo em meio a sete estudados? Escolho, assim como um dia escolhi estar pesquisadora, sendo trabalhadora da rede de saúde. Escolho a partir da minha referência pessoal de trabalhadora. Escolho o campo onde estou todos os dias, o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), localizado em Campinas/SP, com a certeza de estar pesquisadora-trabalhadora nesse processo, ciente de todos os desafios que essa escolha implicaria.

Início resgatando um material do qual participei diretamente da elaboração no ano de 2012 e que foi publicado sob o título “Construindo um método de avaliação da contratualidade social dos oficineiros”, no livro “Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção”².

Revisitar o material, tendo nele um registro histórico e contextualizado, me instigou a repensá-lo a partir de um referencial científico, o da “Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde” (CIF).

Buscando ainda outras fontes de informação encontrei o “Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para Saúde Mental”, de Portugal, única referência à interlocução entre saúde mental e CIF. Ainda, durante a pesquisa de referenciais teóricos, o “Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos”, de Alberto Acosta, despontou como fonte de inspiração para ampliar os horizontes da reflexão acerca da temática qualidade de vida e o conceito de “Invenções Democráticas”, de Claude Lefort, me permitiu compreender os

² RODRIGUES, K.L. Construindo um método de avaliação da contratualidade social dos oficineiros. In: CAYRES, C. O; RIMOLI, J. (org.). **Saúde Mental e Economia Solidária** – Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção. Campinas: Medita, 2012. p. 212-228.

fenômenos políticos e sociais sobre a implantação e sustentação prática-ideológica do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos diversos dispositivos de cuidado e atenção.

Mas como conectar todas essas experiências?

Este é o desafio desta pesquisa.

Busco, com a combinação de alguns autores, conceitos e ferramentas produzir teoria a partir da minha prática de trabalho. Qualificar a discussão acerca do Bem Viver, promovido por uma Tecnologia Social desenvolvida no âmbito do SUS e de seu processo de Invenções Democráticas.

Um desafio enorme, porém, movido por angústias que circulam entre o cuidar, o empreender, o reabilitar, o criar, o produzir, o transformar. Essas são algumas das palavras que me movem na busca por uma sociedade mais justa e igualitária, em que o trabalho se coloca como um eixo central e organizador da vida humana. É nesse contexto que coloco toda minha garra, energia e disposição para buscar e apresentar novos conhecimentos sobre o potencial transformador da inclusão social pelo trabalho, para pessoas com necessidades de cuidados em saúde mental.

Desafio esse ampliado durante o processo de finalização desta pesquisa. O ano de 2020 ficará marcado na história da humanidade devido à pandemia provocada pela covid-19, nos mais diversos continentes do planeta. Um ano extremamente difícil para todos. Um cenário que impactou diretamente a vida social, econômica e política do nosso país.

Vivia parte do processo de coleta de dados (realização das entrevistas) quando a pandemia chegou e o campo de pesquisa teve suas atividades presenciais suspensas. Isso afetou tanto a continuidade na coleta de dados quanto no cronograma, nos prazos e na metodologia, como será descrito no capítulo: percurso metodológico.

Dotada de diversos desafios, minha jornada durante o doutorado foi um tanto diferente do que imaginava. Atravessada em diversos momentos por questões que me faziam ter cada vez mais clareza da necessidade de pesquisas como essa que tratam de reafirmar a importância das políticas públicas inclusivas e de direitos, da importância dos movimentos sociais de resistência e do protagonismo dos usuários.

Como trabalhadora do SUS na área da reabilitação psicossocial e da economia solidária durante a pesquisa, principalmente no resgate histórico da produção de ciência e de política pública, foi se evidenciando a necessária ousadia ética-política de ação transformadora dos diversos atores, nos momentos que o país passa por processos de progressividade. São nesses momentos singulares, em que as invenções democráticas, os preceitos constitucionais estão no centro da agenda política e social o tempo para transformar as utopias em práxis, construindo sociedades centradas na qualidade de vida e no Bem Viver.

Organização da tese

Esta tese está organizada de modo levar o leitor a fazer conexões entre teoria, prática e construção de uma pesquisa de campo. Sua organização se inicia com a **Apresentação** na qual aponta o percurso que me levou a realizar esta pesquisa, interesses, desejos, anseios e expectativas enquanto trabalhadora e pesquisadora, seguida da **Introdução**, que dentre o panorama geral da pesquisa localiza e descreve brevemente o local da pesquisa e dos **Objetivos**.

O capítulo: **Percurso metodológico** localiza e qualifica a escolha por um método qualitativo, além de descrever processos e procedimentos necessários para uma pesquisa que envolve sujeitos e a relação da pesquisadora com seu local de trabalho, objeto da pesquisa e as etapas desenvolvidas para realização.

O capítulo seguinte, o primeiro do eixo de conceituação teórica: **Produzir Ciência e Tecnologias: porque e para quem?** apresenta a trajetória de produção de ciência no âmbito das ciências sociais, do campo ciência, tecnologia e sociedade com destaque para Tecnologia Social.

O capítulo **Economia solidária e inclusão social pelo trabalho** trata do encontro das políticas públicas entre saúde e trabalho, no âmbito da área da saúde mental.

Seguido pelos referenciais teóricos no capítulo **Invenções democráticas: criar-fazendo** encontram-se as reflexões que tratam das conquistas e dos movimentos sociais que protagonizaram a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e a constituição do SUS. Localiza também a cidade de Campinas nesse contexto e o

surgimento do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), que será mais bem descrito nos resultados desta tese.

O quarto capítulo teórico, intitulado **Bem Viver: um novo olhar para o ser-estar no mundo** apresenta e conceitua o Bem Viver. Apresenta aproximações do conceito com a produção de cuidado em saúde e em saúde mental.

O capítulo: **Resultados e discussão** concretiza a produção da pesquisa, buscando realizar o diálogo entre os referenciais teóricos com os dados do campo. Parte do conteúdo foi traduzido em quadros para tornar a leitura das análises realizadas mais fácil e visual.

A tese é finalizada com as **Considerações finais** seguidas das **Referências, Apêndices e Anexos**.

Desejo uma ótima leitura e que a produção dos conhecimentos aqui sistematizados possa contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

1. INTRODUÇÃO

À Ciência e à Tecnologia (C&T) não cabem mais a neutralidade dos laboratórios de pesquisa. Diante do contexto global marcado por desigualdades sociais, políticas, econômicas, culturais e regionais a C&T é convocada a dar respostas às essas necessidades abrindo-se as portas para o desenvolvimento dos Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia (ESCT), da Sociologia do Conhecimento e do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS).

Oliveira (2020), discutindo sobre as origens e fundamentos histórico-ontológicos do movimento CTS faz uma análise que remonta a antiguidade. Colocando em constante relação à filosofia e a sociologia da ciência, numa dinâmica natural do processo e marcando uma divisão cronológica entre os períodos pré-moderno, moderno e pós-moderno para compreensão do fenômeno.

- Estágio pré-modernidade, para a qual Ciência, Tecnologia e Sociedade são separadas e não sofrem influência mútua sendo que Ciência e Tecnologia (CT) são controladas pela sociedade ou pelo Estado;
- Estágio moderno, que elide relações entre CT e sociedade, sobretudo para proclamar a autonomia e neutralidade desta esfera;
- Estágio pós-modernidade, na qual se encontra o movimento CTS constituído como uma terceira via, que em um pluralismo de vertentes, rechaça o estabelecimento de relações simplistas entre Ciência, Tecnologia e Sociedade (OLIVEIRA, 2020, p. 4).

Para a autora, a trajetória da relação entre ciência, tecnologia e sociedade acompanha a história do empreendimento humano e de sua diferenciação do mundo natural através do emprego da técnica para atingir o intento de sobrevivência através da transformação da natureza.

Thomas Kuhn (1997) em “A estrutura das revoluções científicas”, desloca a reflexão sobre a ciência dos centros de excelência em pesquisa, ou seja, das universidades, dos institutos, dos laboratórios, das bibliotecas e dos centros de pesquisas para a interação dialética com as sociedades.

Desta forma, a produção de conhecimento e de C&T está intimamente ligada ao desenvolvimento dos conflitos e interesses de um período histórico, deslocando a produção científica para além da interação das comunidades acadêmicas.

O conhecimento científico não é mais analisado como o produto de um processo cognitivo privilegiado. Ele passa a ser considerado o resultado de

práticas sociais e, portanto, um objeto passível de análise pela Sociologia (HAYASHI, 2010, p. 72).

De acordo com Hayashi, Hayashi e Furnival (2008), o campo CTS surge no contexto histórico das chamadas reações: acadêmica, administrativa e social em oposição a uma imagem ou concepção de ciência e da tecnologia e se desenvolve como um movimento crítico frente à concepção clássica da ciência.

Tais autores identificam três períodos distintos que vão consolidando o movimento e constituindo sua base:

- Entre 1940-1955, em especial no período pós-guerra, em que a ciência e a tecnologia são vistas como detentoras de sábio poder para o progresso econômico e social;
- Entre 1955-1968, período de preocupações e questionamentos pela academia e pela sociedade acerca do potencial destrutivo da ciência e da tecnologia, como por ex. as armas químicas;
- A partir de 1968, uma reação contra a imagem nociva da ciência e da tecnologia, inaugurou um cenário que se desenvolve até os dias atuais no campo CTS: “A visão social da atividade tecnocientífica que tem por objetivo superar a visão tradicional da ciência” (HAYASHI; HAYASHI; FURNIVAL, 2008, p. 46).

De natureza interdisciplinar, para além dos muros das universidades e reconhecendo os conhecimentos produzidos nas comunidades extras acadêmicas, o campo CTS se propõe a ser uma área de pesquisa em que a ciência com seu arsenal empírico, a tecnologia com seus recursos e artefatos e a sociedade dotada de suas necessidades, anseios, contradições e conflitos estejam articulados de modo a compreender as relações intrínsecas do desenvolvimento social e sustentável e as implicações sociais, políticas e econômicas envolvidas.

No âmbito de uma produção científica que ultrapasse os limites dos laboratórios de pesquisa, construída e voltada para os interesses das sociedades em constante desenvolvimento, e que anseiam por respostas e acessos mais rápidos às

tecnologias disponíveis, os Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia (ESCT) desbravam o campo da Tecnologia Social (TS).

De acordo com o Instituto de Tecnologia Social (ITS), uma associação de direito privado que tem por finalidade promover a geração, o desenvolvimento e o aproveitamento de tecnologias voltadas para o interesse social, tecnologias sociais se caracterizam por:

Conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida (ITS BRASIL, 2004, p. 26).

Para Dagnino a essência da TS se define nas concepções sociais e políticas inerentes ao processo de construção da ciência e da tecnologia, se contrapondo naturalmente a visão convencional da tecnologia.

O conceito parte de uma ideia simples, que reconhece – de modo pragmático e ideologicamente orientado – a intencionalidade política das ações humanas. Tecnologia Social é aquela que visa à inclusão social (DAGNINO, 2014, p. 157).

O autor compreende inclusão social não exclusivamente pela ideia popular de

melhorar a vida dos pobres (...), mas sim uma visão ampliada que trata de incluir os situados no setor informal – não no setor formal, onde, se e quando “incluídos” os serão de forma precária e subordinada. E sim na Economia Solidária mediante a geração de oportunidades de trabalho e renda em empreendimentos solidários de forma autônoma e autogestionária (DAGNINO, 2014, p. 209).

Assim a TS se apresenta como o suporte cognitivo, ferramentas, técnicas, instrumentais para que a economia solidária (ES) possa se implantar e se expandir.

Ela seria o resultado da ação de um coletivo de produtores sobre um processo de trabalho que, em função de um contexto socioeconômico (que engendra a propriedade coletiva dos meios de produção) e de um acordo social (que legitima o associativismo), os quais ensejam, no ambiente produtivo, um controle (autogestionário) e uma cooperação (de tipo voluntário e participativo), permite uma modificação no produto gerado passível de ser apropriada segundo a decisão do coletivo (DAGNINO, 2014, p. 144).

Esta pesquisa percorre um caminho de compreender a TS enquanto estratégia produtora de ciência e tecnologia não menos importante cientificamente, não necessariamente desenvolvida por pesquisadores ou laboratórios, distantes e neutros ao lócus da ação. Uma ciência construída, por vezes, a partir do

conhecimento e da prática da classe que vive do trabalho e, enquanto seres em constante transformação buscam incessantemente soluções criativas para melhoria da qualidade de vida, seja ela no âmbito pessoal, social ou do trabalho. Tecnologia que, por sua própria natureza de envolvimento com o social é inclusiva, sustentável, replicável e busca soluções, muitas vezes simples para a resolução de uma problemática local, com o envolvimento e participação dos atores envolvidos.

A TS, portanto se caracteriza por processos inventivos e inovativos. Sendo assim, a partir do campo CTS tornou-se necessário compreender as inovações, o campo Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I).

Morais, refletindo sobre o atual ciclo da CT&I reforça a não neutralidade da ciência e aponta para a (con)vivência de um novo paradigma de desenvolvimento

É preciso, pois, “sair da caixinha” ao discutir o tema da CT&I, sobretudo porque a forma como ocorrem à produção e a difusão da CT&I, em grande parte, reflete os padrões sociais, políticos e econômicos da sociedade em que é desenvolvida. Além do que, não podemos ser ingênuos ao ponto de negligenciar que tal processo não se “contamina”, ou não se “enviesa” por estes padrões, reforçando o caráter excludente e inibindo a mudança social (...) Uma profunda ruptura tecnológica, pois significa a emergência de um novo padrão tecnológico e produtivo-industrial, que mescla aspectos digital, físico, biológico e cultural e que trará, indubitavelmente, profundas alterações nas cadeias de valor e nas relações sociais de produção. Nesta perspectiva, uma grande preocupação reside no fato de que os impactos desta nova onda tecnológica não se sentirão somente no campo industrial-produtivo, mas também no modo e no estilo de vida das pessoas (MORAIS, 2017, p. 20).

Inclui a TS como agente capaz de transgredir esse ciclo, impondo um novo jeito de se produzir ciência, possibilitando um giro histórico-sociológico do processo de produção de CT&I, em que a TS se apresenta na produção de ciência com um compromisso ao desenvolvimento inclusivo e sustentável, conectada com o contexto social, político, humano e ambiental.

De maneira geral, entendem-se as TS como uma visão alternativa aos fins eminentemente economicistas das tecnologias convencionais, bem como forma de caminharmos a um debate mais complexo e espinhoso acerca da necessidade de se pensar outro modelo de desenvolvimento socioeconômico para mesclar a inclusão social à CT&I (MORAIS, 2017, p. 21).

Encerra o debate reforçando que as universidades e centros de pesquisa têm papel de conscientizar a comunidade em relação à necessidade de produzir

conhecimento para a inclusão social e o empoderamento dos atores sociais que buscam outra lógica de relação da CT&I com a sociedade.

Na mesma perspectiva da importância das agendas em C&T e CT&I, Dagnino afirma que:

é possível identificar no âmbito da extensa rede de atores e instituições interessados na produção de conhecimento socialmente inclusivo a existência de três grandes blocos de atividades: pesquisa, formação de recursos humanos e transferência de conhecimento (para a sociedade e para o governo) (DAGNINO, 2014, p. 311).

Desse modo, considerando os apontamentos da importância da TS enquanto agente produtora de conhecimento, dos desafios da produção de CT&I, busca-se compreendê-las na intersecção com o campo: produção de ciência em saúde.

Trata-se de qualificar a discussão no que tange a C&T com produção social, não a C&T dura na saúde, aquela da indústria dos fármacos, das drogas, dos equipamentos, mas sim de compreender no âmbito da produção de saúde o desenvolvimento, país afora de um conjunto de práticas e invenções democráticas voltadas à promoção da qualidade de vida das pessoas e comunidades, C&T na produção de cuidado. Práticas, estratégias, dispositivos, serviços, entre outros.

Mas como medir essa produção?

Bosi e Gastaldo (2011b) apontam que há uma necessidade eminente de construir pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva, devido aos naturais distanciamentos entre os campos.

Estudos que utilizam modelos distantes da ciência tradicional, mas com o rigor e refinamento necessários para explorar mediações que exigem combinação de estratégias, vêm aportando elementos fundamentais à integração (...). Nesse escopo, ganha relevo a tradição qualitativa de investigação em saúde, em especial aquela fundamentada em enfoques críticos. Para essa tradição, importa, sim, o estudo de resultados, mas entendendo que resultado pressupõe processo. E na saúde, processo humano e coletivo (BOSI; GASTALDO, 2011b, p. 1199).

Medir produção em saúde é reconhecer e qualificar o quanto de humanidades são vivenciadas nas inter-relações. Portanto, estudar o fenômeno saúde não só como ausência de doença, mas como produção de vida. O que há de humano nesses processos, abrindo caminhos para pesquisas nas ciências humanas, políticas e sociais. Medição subjetiva dos processos simbólicos.

Para Minayo,

Pesquisas qualitativas e quantitativas se complementam, mas são de natureza diversa. Uma trata da magnitude dos fenômenos, a outra, da sua intensidade. Uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados. (...) a pesquisa qualitativa, usando-se a linguagem de Kant, busca a “intensidade do fenômeno”, ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017, p. 2).

Se a produção de uma ciência qualitativa em saúde deve considerar os processos, as humanidades envolvidas, não se podem excluir os mais interessados numa ciência que produz novos projetos de vida, os usuários.

Um projeto inovador não há que ser aquele no qual a política, a pesquisa científica e a assistência em saúde sigam à margem da participação da população, sem considerá-la em sua diversidade, objetiva e subjetiva. Advogamos por modelos qualitativo-participativos de pesquisa e avaliação, entendidos como fundamento e ferramenta de gestão compartilhada, se efetivamente quisermos contribuir na edificação de pontes que venham substituir os atuais abismos que ainda persistem entre pesquisa, política, avaliação e assistência, desafiando a sustentabilidade da saúde e o bem-estar humanos (BOSI; GASTALDO, 2011b, p. 1200).

E esta pesquisa vai abordar a vivência dos usuários do SUS, analisar os processos por eles vividos quando inseridos numa TS produzida ao longo da história de implantação de uma rede municipal de saúde mental, possibilitada pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que introduziu um novo olhar sobre a loucura, sobre a produção de cuidado.

O SUS enquanto rede universal de saúde foi se consolidando por meio de estratégias e de inovações inventivas, possibilitadas por um processo democrático e as tecnologias de cuidado, por ele desenvolvidas nas últimas décadas, foram possíveis graças às inventividades de seus trabalhadores e usuários.

Bosi *et al*, discorrendo sobre inovação em saúde, afirmam que ela “aponta para a produção de um cuidado em saúde mental que vislumbra a potencialização da ação e o combate à banalização da exclusão e do preconceito” (2011a, p. 1248).

Inovação revela-se assim como um dos desafios decisivos para a transformação do saber e do fazer dos profissionais no cotidiano do cuidado em saúde mental visando a organizar novas bases teóricas e práticas de condução dos projetos assistenciais e, conseqüentemente, a invenção de novos modos de produzir saúde (BOSI *et al*, 2011a, p. 1235).

A saúde mental com suas estratégias inventivas de promoção de atenção psicossocial encontrou nos princípios da economia solidária e do cooperativismo social respostas para alguns desafios que se apresentavam na produção de trabalho aos usuários dos serviços.

O ano de 2004 marca a aproximação efetiva entre as práticas de cuidado em saúde mental e a produção de trabalho e geração de renda que visam à inclusão social pelo trabalho, com a realização da Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho pelos, então, Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

Por ser um projeto amplo de inclusão social e promoção de cidadania, a Reforma Psiquiátrica tem que enfrentar de maneira objetiva os percalços no caminho da reintegração social dos usuários de serviços. Não bastam as residências terapêuticas, o Programa De Volta para Casa: é preciso ir além. Daí a importância de os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego estarem perfeitamente articulados, sob a inspiração da Economia Solidária (BRASIL, 2005, p. 7).

Trata-se de viabilizar a inventividade das equipes para o desenvolvimento de práticas pautadas num trabalho com valor social e inclusivo capaz de transformar vidas. Um modelo ético-político de inclusão em que os princípios do cooperativismo, do associativismo e da economia solidária permitiram embasamento teórico e metodológico às experiências.

Para Laville, a economia solidária se caracteriza pelo compromisso dos cidadãos em democratizar a economia. É um movimento social de dupla dimensão: econômica e política: “devido essa dupla inscrição, expressam-se no espaço público a reivindicação de um poder de ação na economia, a demanda de uma legitimação da iniciativa independentemente da posse de um capital” (LAVILLE, 2011, p. 137). É a aposta na capacidade da classe que vive do trabalho em mudar e diversificar as estruturas econômicas e sociais das sociedades.

Nesse movimento que busca desenvolver outras formas de relação de trabalho que venham a fortalecer as práticas de formação de coletivos para geração de trabalho e renda, um segmento voltado para inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de desigualdade por desvantagem, econômica e social, pauta um dos eixos do cooperativismo, denominado cooperativismo social.

O entendimento do Cooperativismo social deve considerar o disposto na Lei nº 9.867/1999, no Decreto nº 8.163/2013 e nas definições já estabelecidas pelo Comitê Gestor do Pronacoop Social previsto no Decreto nº 8.163/2013. Segundo a Lei nº 9.867/1999, “as Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos” (BRASIL, 2016, p. 4).

Apesar do cooperativismo social não ser uma política pública consolidada no Brasil, diversas experiências na área da saúde e da assistência social desenvolvem atividades produtivas que visam à geração de trabalho, renda e inclusão social e produtiva. Experiências inventivas, replicáveis e algumas já replicadas, verdadeiras tecnologias sociais, que apontam para a busca incessante de efetivação de políticas públicas que apoiem e viabilizem o funcionamento e consolidação das experiências.

Com o objetivo de aprofundar algumas reflexões disparadas na pesquisa de mestrado, anteriormente citada, esta pesquisa de doutorado tem como estudo de caso: o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), localizado na cidade de Campinas/SP que, em parceria com a Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg, desenvolve atividades de inclusão social pelo trabalho, na área da saúde mental.

A escolha foi pautada por ser campo de atuação profissional da pesquisadora, pela capacidade de atendimento do serviço gerando diversidade de público, pelo tempo de existência e por ter se apresentado como uma TS já replicada.

A pesquisa que tem como método de investigação o olhar qualitativo para a promoção da qualidade de vida e do Bem Viver que a TS-NOT³ (Tecnologia Social – Núcleo de Oficinas e Trabalho) viabiliza na vida de seus participantes, desenvolveu um roteiro de entrevista inspirado nas referências da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF faz parte de um conjunto de classificações internacionais produzidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem por objetivo a construção de uma linguagem comum e científica. Ela possibilita a descrição e compreensão das

³ Será adotada nesta tese a denominação TS-NOT quando se referir ao objeto do estudo, embasado na dissertação de mestrado que inspirou esta pesquisa e introduziu a reflexão sobre tecnologias sociais e a geração de trabalho e renda em saúde mental. Contudo, ao longo do texto quando tratar-se de referências históricas da constituição do serviço ou do uso de documentos da instituição poderá ser utilizado apenas seu nome, ou seja, NOT.

condições de funcionalidade, incapacidade e saúde que afetam a população em geral. Ela descreve cientificamente os estados de saúde e as condições relacionadas à saúde (CIF, 2015).

Os dados coletados foram organizados, num primeiro momento enquanto categorias pré-analíticas, a partir dos domínios das diversas áreas da vida inseridas no componente Atividades e Participação da CIF. A escuta apurada dos discursos permitiu, num segundo momento, desenvolver outras categorias analíticas procedendo uma análise de conteúdo temático-categorial.

Buscou-se compreender, por meio dos discursos, das experiências narradas pelos entrevistados, as transformações ocorridas nas diversas esferas da vida como: pessoal, social e produtiva estando inseridos nas atividades de trabalho da TS-NOT, as relações possíveis com os ideais do Bem Viver e, se o trabalho autogestionário como estratégia de reabilitação psicossocial, proporciona inclusão social pelo trabalho, afirmação de novos direitos, novas sociabilidades e, principalmente, novos projetos de vida enquanto processos contínuos de transformação.

Buscando identificar produção de conhecimento foi realizada uma revisão temática para os conceitos: Economia Solidária, Bem Viver e Tecnologia Social no encontro com a área da saúde.

A pesquisa se deu nas bases de dados: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. No Portal Regional da BVS, os termos utilizados foram “economia solidária”, “bem viver” e “tecnologia social” e na PubMed foram "*social economy*" e "*good living*".

As análises dos artigos encontrados na revisão temática e referenciais teóricos demonstraram aproximações e distanciamentos de processos, metodologias e abordagens. Identificou potência de encontro entre as formulações sobre o tema qualidade de vida, revelando contribuições conceituais e de pesquisas do campo da saúde, com a formulação e desenvolvimento de novas sociabilidades e de novas práticas econômicas e sociais⁴.

⁴ Os achados da revisão temática são apresentados no subitem 3.3.1 – Revisão Temática, compondo o capítulo 3 – Percurso Metodológico.

Considerando a potencialidade de uma pesquisa em formato de estudo de caso, que se propõe a identificar e refletir sobre a produção de cuidado de uma unidade de saúde, conforme aponta Bosi e Mercado-Martínez (2011c) torna-se impróprio o uso de metodologias que enfatizam dimensões analíticas que meçam apenas eficácia e eficiência, considerando que esse tipo de análise não dá conta dos significados inseridos nas práticas.

A emergência em vários países da América Latina de sistema de saúde ancorados em uma noção ampliada de saúde não só pressupõe a universalidade do acesso, mas também a integralidade e a humanização das práticas, entre outros princípios e diretrizes. No caso brasileiro, assume-se o direito à saúde como direito de cidadania, o que configura especificidades a serem incorporadas e garantidas em qualquer iniciativa voltada a sua avaliação, sobretudo quando esta se refere à “qualidade” ou a humanização do sistema (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011c, p. 51).

Com os respectivos referenciais, justificamos a importância acadêmica e social desta pesquisa realizada no âmbito do PPGCTS, por analisar os impactos e as possibilidades de uma TS em promover o direito universal à saúde e o Bem Viver.

2. OBJETIVOS

- Geral

Analisar a tecnologia social – Núcleo de Oficinas de Trabalho do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (NOT/SSCF), Campinas/SP – quanto à promoção de inclusão social pelo trabalho e Bem Viver, na perspectiva de seus participantes.

- Específicos:

- conhecer o perfil dos participantes das oficinas de trabalho e geração de renda, da tecnologia social pesquisada;
- compreender a história, os projetos de vida dos participantes da tecnologia social – NOT/SSCF;
- analisar o potencial da tecnologia social pesquisada, enquanto promotora de inclusão social pelo trabalho;
- investigar as possibilidades de Bem Viver, que a inclusão em oficinas de trabalho e geração de renda pode proporcionar no âmbito da produção de novos sentidos de vida, de promoção do autocuidado, da qualidade de vida e de novas sociabilidades.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 PRESSUPOSTOS DE PESQUISA

A metodologia de pesquisa se caracteriza pelo conjunto de estratégias utilizadas pelo pesquisador para fundamentar desde a constituição do projeto até análise dos resultados encontrados. A escolha pelo modelo de pesquisa precisa estar de acordo com os objetivos a serem buscados e com o modelo de ciência que o pesquisador se identifica.

A busca da verdade *científica* para determinada pergunta já implica numa opção metodológica embutida. Quem determinou seus objetivos de pesquisa e os têm bem claros à mente, por consequência, já tem diante de si o *método* com que deverá trabalhar (TURATO, 2005, p. 29).

Partindo do pressuposto que o homem é um ser social e histórico, esta pesquisa inserida no contexto dos Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia (ESCT), campo eminentemente interdisciplinar, fundamenta-se em métodos qualitativos de abordagem e de análise de dados.

O pensamento interdisciplinar parte da premissa de que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional. Tenta, pois, o diálogo com outras formas de conhecimento, deixando-se interpenetrar por elas. Assim, por exemplo, aceita o conhecimento do senso comum como *válido*, pois é através do cotidiano que damos sentido às nossas vidas. Ampliado através do *diálogo* com o conhecimento científico, tende a uma dimensão maior, a uma dimensão, ainda que utópica, capaz de permitir o enriquecimento de nossa relação com o outro e com o mundo (FAZENDA, 2001, p. 156).

De acordo com Gil (2006), a Pesquisa Social envolve produção de conhecimento no campo da realidade social, ou seja, considera aspectos relativos à relação do homem com outros homens e do homem com as instituições sociais.

Ramos e Marcondes,

compreendem a pesquisa social como um campo multidisciplinar de práticas críticas e interpretativas que privilegiam os processos e seus contextos, buscam os significados neles presentes e procuram captar e entender os fenômenos, recorrendo a métodos, procedimentos e estratégias mediante abordagens consideradas plausíveis dentro dos paradigmas das ciências sociais e humanas (RAMOS; MARCONDES, 2010, p. 173).

Nessa perspectiva de uma pesquisa social no campo da saúde busca-se, com os achados, compreender fenômenos, significantes e significados que ligam a história dos participantes da pesquisa aos seus projetos de vida e ao Bem Viver.

3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso e a pesquisa de campo foi realizada no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), localizado na cidade de Campinas/SP. A pesquisa contou com procedimentos que contemplaram: busca de referenciais teóricos, revisão temática, análise documental e entrevistas em campo.

Considerando que a pesquisa aconteceu no campo de atuação profissional da pesquisadora implicou cuidados e procedimentos técnicos e éticos que buscassem garantir o olhar crítico para os resultados uma vez que esses poderiam ser comprometidos pelos afetos envolvidos na relação estabelecida com a instituição e com os participantes da pesquisa.

Os procedimentos técnicos constaram de:

- Contato com o campo de pesquisa via submissão do projeto ao Cândido Escola, com o objetivo de consultar a disponibilidade do mesmo em participar do estudo e obter Carta de Autorização, conforme diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar);
- Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A;
- Preparação do Roteiro de entrevista – APÊNDICE C;
- Cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil com consequente envio ao CEP-UFSCar;
- E a aprovação pelo CEP-UFSCar (ANEXO 2) permitiu ir a campo e iniciar o processo de identificação do público e a realização das entrevistas.

Os cuidados éticos emergem da noção de implicação descrita por Fortuna *et al* como:

Considera-se que a implicação envolve todo o contexto e condições para a realização da pesquisa. A implicação constitui a relação dos indivíduos com a instituição e mesmo que não queiram esta implicação e queiram se posicionar a certa distância da instituição, ele é tomado por ela, está imerso nela (FORTUNA *et al*, 2016, p. 1).

Este conceito dialoga com os pressupostos desta pesquisa qualitativa. A crítica sobre implicação é um processo que exige do pesquisador atenção e vigilância frente aos achados. Necessita de certa ousadia e coragem para enfrentar o desafio desse lugar de pesquisador-trabalhador, pois a impossibilidade de o pesquisador analisar sua própria implicação é por si só um risco iminente.

A noção de implicação neste referencial posiciona esse tipo de pesquisa no sentido oposto ao das abordagens mais tradicionais de ciência que se baseiam na neutralidade e objetividade, por considerar que a simples presença do pesquisador no campo como observador já modifica o objeto de estudo, tornando-o um elemento do campo de pesquisa, não havendo separação entre o ato de pesquisar e o da construção do conhecimento (FORTUNA *et al.*, 2016, p. 2)

Estar pesquisadora no campo trabalhadora, com anseios em produzir ciência no âmbito de uma práxis transformadora, instigou o pensar sobre os aspectos a serem abordados no roteiro de entrevista.

Transitando pela complexidade intersetorial da saúde, da reabilitação psicossocial e da economia solidária, o roteiro contemplou dois eixos de análise: a primeira parte permitiu traçar o perfil dos participantes da pesquisa, ou seja, o público atendido pela TS-NOT e a segunda buscou identificar os resultados percebidos pelos entrevistados no que se refere aos impactos do trabalho em suas vidas, após a inclusão nas oficinas de trabalho. Com o objetivo de proteger a identificação dos participantes, os mesmos foram identificados por letras e números durante toda a pesquisa correspondendo aos dez participantes (P1 a P10).

De modo ético, antes do início da entrevista, a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo, explanou que a identidade e as informações fornecidas na entrevista seriam mantidas em sigilo (respeitando a Resolução 466/2012), esclareceu possíveis dúvidas do entrevistado a respeito da pesquisa, convidou à participação, à assinatura do TCLE e autorização para gravação da entrevista.

Também explicou a importância de pesquisas sobre os serviços de saúde, bem como dos valiosos relatos de seus usuários, se comprometendo a prestar uma devolutiva sobre os resultados da pesquisa a todos os envolvidos.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

3.3.1 REVISÃO TEMÁTICA

Como objetivo de delimitar o objeto de estudo, antes de proceder à análise dos dados colhidos em campo, buscou-se em base de dados, de modo mais sistematizado, referenciais teóricos e empíricos dos temas tratados.

A revisão temática ocorreu em março de 2020 nos bancos de dados: Portal Regional da BVS (nacional) e PubMed (internacional) para os conceitos: Bem Viver, Economia Solidária e Tecnologia Social; *Good Living* e *Social Economy*, respectivamente, sendo identificadas 248 publicações, conforme Quadro 1. A escolha pelos bancos de dados se deu por serem voltados à área da saúde e permitir a intersecção dos temas.

Quadro 1 – Revisão temática

Banco de dados	Conceito	Resultados	Período
BVS	Bem Viver	39 publicações	1957 a 2019
PubMed	<i>Good Living</i>	84 publicações	1944 a 2020
BVS	Economia Solidária	68 publicações	2010 a 2019
PubMed	<i>Social Economy</i>	23 publicações	1996 a 2020
BVS	Tecnologia Social	34 publicações	1981 a 2019

Fonte: Elaborado pela autora

A partir do levantamento dos conceitos foi realizado um cruzamento acerca das principais características dos artigos e definição conceitual. Destaca-se que a análise tem como limite o recorte realizado por seus atores e um levantamento temporal, ressaltando que não foi feita uma avaliação individualizada sobre a qualidade dos artigos e nem avaliação dos periódicos nos quais foram publicados.

Realizou-se apenas um cruzamento panorâmico destacando as principais características, tipologias e reflexões, analisando as compreensões e as interfaces dos conceitos entre os campos de pesquisa na área da saúde.

Para sistematização e cruzamento das informações criou-se tipologias com vistas ao desenvolvimento de indicadores temáticos de produção acadêmica e a

possibilidade de apontar as principais características das produções. A seguir, divididos em subitens são analisados os resultados encontrados:

- **O conceito de Bem Viver no Portal Regional da BVS**

A pesquisa identificou 39 publicações entre os anos de 1957 e 2019. As características principais dos artigos associam o conceito às técnicas e tecnologias de saúde (tanto tradicionais como alternativas), à promoção da qualidade de vida e estratégias de reabilitação psicossocial e física, em menor grau em relação às práticas de educação em saúde, às tecnologias sociais de base comunitária e ao conceito herdado dos povos originários das Américas, conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Revisão temática: Bem Viver

Tipologia	Número de artigos
Técnicas e tecnologias de saúde (promoção de qualidade de vida)	18 artigos
Outros (psicofármacos, psicanálise, esporte, feminilidade)	10 artigos
Estratégias de reabilitação psicossocial ou física	6 artigos
Tecnologias sociais e bem viver dos povos originários	3 artigos
Educação em saúde	2 artigos

Fonte: elaborado pela autora

A análise dos artigos evidenciou que a definição de Bem Viver na saúde está associada às práticas, tecnologias e estratégias de promoção de qualidade de vida, ou mesmo, a uma noção bem-estar, conforme definição no DICIO – Dicionário *On Line* de Português:

condição de quem se encontra física, espiritual ou psicologicamente satisfeito; conforto, satisfação. Estado da pessoa tranquila, de quem está seguro ou confortável; tranquilidade. Reunião dos elementos que causam satisfação (boa saúde, segurança, estabilidade financeira, conforto etc.) (DICIO, 2020, *on-line*).

O conceito de Bem Viver associado aos acúmulos de populações tradicionais e de produção de uma cosmovisão e de novos olhares sobre o desenvolvimento, ainda tem uma baixa representatividade nos artigos sistematizados.

No entanto, quanto a sua aplicabilidade na saúde se observa que apesar de, por vezes, aparecer associado a uma técnica, aplicação de uma tecnologia, um

programa ou uma ação de promoção de qualidade de vida, de reabilitação psicossocial ou física, a força de sua etimologia se manifesta agregando experiências e formulações que versam sobre dinâmicas e sociabilidades de construção de novas práticas em saúde.

Nesse sentido, ao observar o que é apresentado por Gudynas,

trata-se de um conceito em construção e, devido a seu caráter relativista, faz-se necessário adequar sua aplicação a cada contexto cultural e ambiental. Nesse sentido, o “Bem Viver” é entendido como um paradigma que compreende um espaço-temporal comum, no qual podem conviver distintas ontologias, na construção de uma interculturalidade que aponte “alternativas ao desenvolvimento” (GUDYNAS, 2011, p. 443).

O conceito de Bem Viver como processo de construção, como criar novas práticas de vida saudável, novas formas de viver, de ter uma “boa vida”, novos sentidos para o trabalho e o desenvolvimento social e econômico, remete ao caminho de acumulação de referências, de produções, reflexões acerca de como construir uma nova “cosmovisão”.

O conceito como processo, como dispositivo, aparece na obra de Deleuze e Guattari (1993, p. 25): “todo conceito remete a um problema, a problemas sem os quais não teria sentido, e que só podem ser isolados ou compreendidos na medida de sua solução”.

Dessa forma, o conceito de Bem Viver se apresenta como uma multiplicidade de componentes e reflexões, que estão se desenhando, ganhando forma, combinando produção de práticas e conhecimentos em diversos campos do conhecimento e na saúde valorizando novas práticas, novas técnicas e novas sociabilidades promotoras de qualidade de vida e de reabilitação psicossocial e física. “Não há conceito simples. Todo conceito tem componentes, e se define por eles. Tem, portanto uma cifra. É uma multiplicidade” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 23).

- **O conceito de *good living* na base de dados da PubMed**

Foram identificadas 84 publicações entre os anos 1944 a 2020. As características principais dos artigos com a expressão *good living*, traduzindo “boa

vida” e/ou Bem Viver foram classificados nas mesmas tipologias que o conceito Bem Viver, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Revisão temática: *Good Living*

Tipologia	Número de artigos
Técnicas e tecnologias de saúde (promoção de qualidade de vida)	44 publicações
Outros (antropologia, veterinária, nutrição)	22 publicações
Estratégias de Reabilitação Psicossocial ou Física	9 publicações
Educação em saúde	6 publicações
Associado a tecnologias sociais e bem viver dos povos originários	3 publicações

Fonte: elaborado pela autora

As características principais estão associadas às técnicas e tecnologias de saúde (tanto tradicionais como alternativas) associadas à promoção da qualidade de vida e a estratégias de reabilitação, tanto psicossocial, quanto física e, em menor grau, apareceram práticas de educação em saúde e associado a tecnologias sociais de base comunitária e ao conceito de “bem viver” resgatado dos povos originários das Américas.

Nota-se que o acúmulo conceitual e de práticas do campo da saúde, expresso nos artigos sistematizados e analisados dos dois bancos de dados, como também, nas resoluções, diretrizes e na implementação de sistemas universais de garantia do direito à saúde, revela a centralidade do conceito de qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está associado a uma dimensão de saúde não como resposta a doença, a patologias, mas sim como um olhar global e multifacetado para a forma de viver, as sociabilidades e a interação do ser humano, com o meio em que vive e sua relação com o ambiente.

- **O conceito de Economia Solidária no Portal Regional da BVS**

Acerca do conceito economia solidária na saúde foram identificados 68 artigos entre os anos de 2010 e 2019. As características principais nas publicações tratam de um processo conjunto, integrado e multifacetado entre produção de práticas e conhecimentos entre o campo dos atores da economia solidária, com os de construção de práticas inventivas na promoção de direitos no Sistema Único de Saúde, conforme aponta o Quadro 4:

Quadro 4 – Revisão temática: Economia Solidária

Tipologia	Número de artigos
Conceito e empreendimentos diversos (economia solidária, economia social e empresa social)	24 publicações
Saúde Mental (reabilitação psicossocial, inclusão social pela arte, cultura e trabalho)	19 publicações
Saúde do Trabalhador e Campo Profissional (psicologia, terapia ocupacional, enfermagem)	7 publicações
Educação (processos formativos)	6 publicações
Meio Ambiente (preservação ambiental, catadores de materiais recicláveis)	5 publicações
Consumo Consciente e Comércio Justo	4 publicações
Álcool e Drogas (reabilitação, inclusão social, promoção de direitos)	2 publicações
População em situação de rua	1 publicação

Fonte: elaborado pela autora

A discussão conceitual na perspectiva dos pesquisadores oriundos do campo da saúde apareceu de forma consistente, destacando os aspectos de: produção de subjetividade, produção de identidades e os diversos impactos psicossociais oriundos da autogestão como forma de gestão, de participação e de formação de coletivos.

No interior do campo do SUS, a área da saúde mental, apareceu como a maior produtora de práticas e conhecimento sobre a economia solidária, agregando as estratégias de reabilitação psicossocial e de promoção de direitos.

No campo da economia solidária, os empreendimentos protagonizados por catadores também apareceu na interface com os pesquisadores do campo da saúde, não só destacando os aspectos de promoção da saúde do trabalhador, mas também, com suas práticas inovadoras de gestão de seus empreendimentos.

- **O conceito de *social economy* na base de dados da PubMed**

Foram identificadas 23 publicações entre os anos de 1996 e 2020. Nesse subitem faz-se necessário referenciar que o conceito *social economy* – “economia social” tem diferenças quanto ao conceito de economia solidária no Brasil.

O conceito de economia social fortemente utilizado na Europa, em especial para definir as políticas públicas de *welfare* engloba a economia gerada a partir das políticas públicas de saúde, de estratégias de reabilitação, preservação/recuperação

ambiental, de inclusão social e produtiva e as de assistência social. De acordo com Guélin (1998) é:

composta por organismos produtores de bens e serviços, colocados em condições jurídicas diversas no seio das quais, porém, a participação dos homens resulta de sua livre vontade, onde o poder não tem por origem a detenção do capital e onde a detenção do capital não fundamenta a aplicação dos lucros” (GUÉLIN, 1998, in LECHAT, 2002, p. 125).

As características principais na publicação dos artigos com a expressão *social economy*, versaram sobre os impactos da saúde e da preservação/recuperação ambiental na economia social, conforme Quadro 5:

Quadro 5 – Revisão temática: *Social Economy*

Tipologia	Número de artigos
Saúde e economia social	15 publicações
Meio ambiente e economia social	8 publicações

Fonte: elaborado pela autora

O levantamento reforça o diferencial da abordagem e da estratégia entre a economia solidária e a *social economy*.

O surgimento da *Social Economy* remonta ao século XIX por volta de 1830, quando Charles Dunoyer publica em Paris um tratado de economia social, iniciando na mesma década na Universidade de *Lovain* um curso com a designação de economia social.

Em um breve histórico sobre a economia social, Caeiro (2008) caracterizou algumas fases:

a) A gênese da economia social (1791–1848); b) A questão social e o movimento operário (1850–1900); c) Os regimes totalitários e a contestação ao liberalismo (1901–1945); d) O Estado–providência e os direitos sociais (1945–1975); e) A crise do Estado–providência e o redimensionamento da economia social (1975–2006) (CAEIRO, 2008, p. 62-63).

O autor define economia social como:

Considera-se assim que a economia social tem características próprias para responder a um enquadramento econômico e social específico, ao qual nem a economia pública nem a privada conseguem ou desejam dar respostas. Resulta assim que a economia social se define por um intervalo entre o Estado e o mercado, quer no sentido da concretização das ações que o Estado não pretende resolver, quer no daquelas que a economia

privada não vislumbra interesses lucrativos para a sua realização (CAEIRO, 2008, p. 64).

Sendo assim, ela se apresenta como uma alternativa de um setor econômico que se realiza nessas brechas entre essas duas dinâmicas econômicas. A economia solidária, no modelo brasileiro, se acumula a partir de experiências oriundas da economia social, do cooperativismo e do associativismo acumulado historicamente, mas se apresenta como uma nova economia, um novo projeto de desenvolvimento.

O levantamento reforça o diferencial da abordagem e da estratégia entre a economia social e a economia solidária. Os artigos que versam sobre economia social estão relacionados a um setor da economia especialmente ligado às ações sociais e ambientais em que se desenvolvem programas, ações e políticas públicas, visando mitigar e apresentar soluções a esses problemas/desafios sociais e ambientais.

Na economia solidária vemos uma abordagem mais geral, no campo da formulação de modelos econômicos, de alternativas econômicas, de estratégias de um novo modelo de desenvolvimento, como Gaiger (2000) assim expressa:

o próprio conceito de Economia Solidária carrega em si algo de projeção, algo de desejo. Nós percebemos coisas que nos levam a falar de economia solidária. Nós idealizamos, (...) esses são conceitos ideais. Eles prefiguram, eles devem ter um papel heurístico (GAIGER, 2000, p. 179).

Economia, cooperação e solidariedade ofertando oportunidades para inclusão social, geração de renda e qualidade de vida.

- **O conceito de Tecnologia Social no Portal Regional da BVS**

A pesquisa realizada em 24 de setembro de 2020 no Portal Regional da BVS com o descritor saúde, inter-relacionado com: tecnologia alternativa; tecnologia apropriada; tecnologia básica; tecnologia intermediária; tecnologia leve; tecnologia social; tecnologia de custo intermediário e tecnologias leves, identificou 112 artigos publicados.

Desse total foram filtrados os que relacionaram tecnologia social com o campo saúde, reduzindo o total para 34 artigos, entre os anos de 1981 e 2019.

Quadro 6 – Revisão Temática: Tecnologia Social

Tipologia	Número de artigos
Tecnologia Social e Saúde	27 publicações
Tecnologia Social e Preservação Ambiental	5 publicações
Tecnologia Social e Segurança Alimentar	1 publicação
Tecnologia Social e Veterinária	1 publicação

Fonte: elaborado pela autora

As características principais das publicações versaram sobre avaliação e desenvolvimento de políticas públicas, estruturas públicas, políticas especiais em saúde, atenção básica, tratamentos alternativos, programas, sistemas locais, com destaque para 23 publicações latino-americanas.

Na relação direta entre tecnologia social e saúde se destacaram as tecnologias apropriadas para sua aplicação em ambiente de saúde, tanto nas estruturas clínicas, hospitalares, como também no ambiente de cuidados e tratamentos. No desenvolvimento de novas tecnologias, tecnologias sociais, sobressaíram-se as estratégias de cuidado e de novos modelos de cuidado e tratamento.

- **Distanciamentos e aproximações conceituais**

A análise dos conceitos denota uma riqueza de acúmulos e percepções de produção de conhecimento na área da saúde. No entanto, também traz distanciamento, perspectivas, acúmulos históricos e temporais diferenciados.

Tornaram-se claras na análise as diferenças e distanciamentos entre as pesquisas nacionais e internacionais, em especial, nos focos de abordagem dos artigos, do ponto de vista dos conceitos utilizados e suas centralidades na abordagem. Contudo, existem também aproximações importantes em relação à construção de estratégias, técnicas e desenvolvimento de pesquisas e estudos que buscam a promoção da qualidade de vida e de novas dinâmicas sociais e econômicas, que tem a vida e a qualidade de vida como centralidade.

Os distanciamentos estão relacionados essencialmente nas compreensões conceituais e centralidades das pesquisas, no campo da *social economy* e economia

solidária. O foco internacional se deu essencialmente em artigos que tratavam das experiências de gestão e de práticas da *social economy*. Diferentemente do que ocorreu no levantamento brasileiro em que a economia solidária se apresentou como a grande referência de ligação com a saúde.

Os distanciamentos entre o Bem Viver e *Good Living* não se mostraram de grande envergadura. Em ambos, ficaram associadas às técnicas, tecnologias e estratégias de reabilitação psicossocial e física. No entanto, o conceito de Bem Viver como estratégia de desenvolvimento apareceu no banco de dados internacional, em pesquisas no Equador e no Brasil, associadas à agricultura familiar. Mostrando que o Bem Viver está associado mais a uma dinâmica de qualidade de vida do que a construção de uma cosmovisão e/ou estratégia de desenvolvimento.

Numa perspectiva de aproximações entre a área da saúde com os conceitos de: economia solidária, *social economy*, *Bem Viver* e *good living*, a Carta de Ottawa, registro da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, ocorrida em novembro de 1986 define saúde como:

O maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (OPAS, 2015, *on-line*).

A Declaração de Jacarta (OMS, 1997, p. 5-7), documento adotado na 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na República de Indonésia, definiu cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- a. Promover a responsabilidade social para a saúde;
- b. Ampliar os investimentos para o desenvolvimento em saúde;
- c. Ampliar a colaboração para a promoção em saúde;
- d. Ampliar a mobilização comunitária e o empoderamento dos cidadãos e usuários de saúde;
- e. Garantir a infraestrutura para a promoção da saúde.

Essas duas declarações destacam que os sentidos da saúde estão intimamente ligados à qualidade de vida, a uma cidadania ativa, à mobilização comunitária, ao desenvolvimento de novas sociabilidades, a uma relação mais saudável entre seres humanos, estes com a natureza e com o meio ambiente, dialogando com os princípios e a promoção do Bem Viver.

No Brasil, o processo de Reforma Sanitária também definiu a saúde como promotora de qualidade de vida e direito universal.

A conquista da Constituição de 1988, a aprovação da Lei nº 8080 e a criação e desenvolvimento do SUS, fez da saúde dispositivo de promoção dos direitos humanos da população.

A Constituição brasileira de 1988 diz que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. A gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada (BRASIL, 2011, p. 5).

O conceito de qualidade de vida expresso nos artigos coloca em evidência as contribuições dos pesquisadores da área da saúde como parte da produção científica, a construção conceitual do Bem Viver e de seu sentido de construir um novo modelo societário.

A primeira e originária seria a corrente indigenista e pachamamista, caracterizada pela relevância que se dá a autodeterminação dos povos indígenas na construção do Bem Viver, assim como aos elementos mágico-espirituais (La Pachamama). (...) Estaria vinculada com o pensamento indígena pré-moderno. (...) A segunda seria a corrente socialista e estadista, caracterizada pela relevância que dá a gestão política-estatal do Bem Viver, assim como aos elementos relativos à equidade social. (...) e a terceira seria a corrente post-desenvolvimentista e ecologista, caracterizada por relevância que se dá a construção participativa do Bem Viver, com a inclusão de aportes indigenistas, socialistas, feministas, teológicos e, sobretudo, ecologistas. Falam do Bem Viver como uma alternativa ao desenvolvimento, como uma utopia em construção (...) (ALCANTARA; SAMPAIO, 2017, p. 235).

Nesse sentido, Garrafa (2009) apresenta como o conceito de Bem Viver contribui para a constituição de um paradigma de promoção de novas sociabilidades e de uma nova sociedade, baseada na qualidade de vida:

(...) o conceito de Bem Viver, antiga filosofia de vida das sociedades indígenas da região andina, especialmente da Bolívia, que já a incluiu na sua Constituição. Nesse conceito não contam tanto as riquezas, ou seja, as coisas que as pessoas produzem, mas o que as coisas produzidas proporcionam concretamente para a vida das pessoas. Na formulação da Filosofia do Bem Viver não são levados em consideração apenas os bens materiais, mas outros referenciais como o conhecimento, o reconhecimento social e cultural, os códigos éticos e espirituais de conduta, a relação com a natureza, os valores humanos, a visão de futuro (...) e (...) a uma vida decente que lhes assegure saúde, alimentação, água limpa, oxigênio puro, moradia adequada, saneamento ambiental, educação, trabalho, emprego, descanso e ócio, cultura física, vestuário, aposentadoria, etc. (...) (GARRAFA, 2009, p. 7-8).

A revisão apontou que a promoção de saúde e de qualidade de vida expressa um deslocamento no sentido do viver, no pensar sobre o desenvolvimento das sociedades quando discute a medição ser baseada exclusivamente no Produto Interno Bruto (PIB), propondo uma medição sobre a qualidade de vida das pessoas, na potência de criar e ser feliz.

Isso fica evidenciado em artigos, como os de pesquisas na China, que indicam que apesar do forte crescimento das últimas décadas, a qualidade de vida e de preservação sócio ambiental, mostra-se um grande desafio, pois não é possível mais crescer economicamente, sem combinar a promoção da qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente em que elas vivem. Em resumo, como já formulava de forma transcendente, o povo *kichwa*, o *sumakkawsay*, a produção do Bem Viver.

A qualidade de vida como um dos paradigmas da construção de uma saúde pública, da ideia de prevenção como pressuposto de promoção de uma sociedade saudável é o que entrelaça o conceito de Bem Viver com a saúde. Essa costura aparece em artigos que apontam as contribuições das pesquisas na constituição do setor da economia social, em sua relação direta com práticas, técnicas e tecnologias produtoras de qualidade de vida, tanto das pessoas em suas possibilidades de prevenção e reabilitação, quanto em estratégias de prevenção ambiental.

Essa revisão temática permitiu sistematizar as principais características apresentadas nos artigos, apontando as pesquisas e pesquisadores da saúde como um setor determinante na construção de novos modelos societários e de novas sociabilidades:

- a) A construção de práticas e pesquisas que visam à promoção da qualidade de vida está relacionada com a constituição de novas técnicas e tecnologias voltadas à construção de novas sociabilidades e de promoção da preservação ambiental;
- b) Os estudos e experiências apontados nos conceitos de economia social e/ou economia solidária desenvolvidos pelos pesquisadores da saúde apontavam a constituição de uma nova economia, que desloca a centralidade do acúmulo de riquezas para a centralidade nas pessoas e nas suas relações, não só entre si, mas também com a natureza;

- c) A busca por uma vida melhor, pela valorização de produção de felicidade e de princípios de solidariedade, reciprocidade, responsabilidade e integralidade. Resgatando o poder e o valor da produção do comum, um resgate e revalorização da construção subjetiva de sentidos, a partir das histórias, dos conhecimentos comunitários;
- d) A construção de práticas e conhecimentos na economia social e solidária apresentados como horizonte, resolução de problemas, de necessidades imediatas, tanto de geração de trabalho e renda, quanto de poluição e recuperação ambiental, de utilização responsável dos recursos naturais, sem comprometer as futuras gerações;
- e) A sustentabilidade da interação social e ambiental também se destacou nos artigos na busca de promover a qualidade de vida e a promoção de técnicas e tecnologias nas práticas e experiências da economia social e solidária;
- f) Objetos de pesquisa apontando que a construção da qualidade de vida e de novas práticas econômicas e sociais só se realiza numa produção de conhecimento que desloca o poder da construção científica, de exclusivamente acadêmico, para um processo que valoriza e implica o conhecimento comunitário;
- g) As sociabilidades que emergem dos artigos se associam com o resgate do humano em sua vivência social, comunitária e de sua relação com a natureza como premissa para estratégias de reabilitação e promoção de qualidade de vida.

3.3.2 Pesquisa documental

Com vistas a compreender os acúmulos históricos, funcionamento e consolidação do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) como primeiro procedimento metodológico, optou-se pela adoção da pesquisa documental.

O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número. Existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que

de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. (GIL, 2006, p. 51).

Richardson (1999) considera que a análise documental e a análise de conteúdo carregam semelhanças na forma de tratar as informações. O que as diferem são as fontes usadas: na análise documental trabalha-se sobre documentos e na análise de conteúdo sobre mensagens,

a análise documental consiste em um conjunto de dispositivos e instrumentos que objetivam analisar e estudar documentos para uma contextualização das potencialidades, limites e dinâmicas sociais e econômicas. Elucidando, dando luz, ao conteúdo expresso nos documentos definidos no desenvolvimento de uma pesquisa, de forma a construir parâmetros e contextos ao objeto da pesquisa (RICHARDSON, 1999, p. 230).

Os documentos analisados foram os de constituição legal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e da Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg. Aqueles que tratam da dinâmica de funcionamento dos serviços como: estatutos, regimento interno, convênios, planos de trabalho e foram extraídos dos sites institucionais: <https://candido.org.br/> e <https://www.armazemoficinas.com.br>, em agosto de 2020, além de publicações em livros, dissertações e teses.

3.3.3 Pesquisa de campo

A construção da pesquisa de campo se deu por um resgate na trajetória pessoal da pesquisadora com o campo de pesquisa.

Sendo a pesquisadora trabalhadora do serviço pesquisado e tendo participado, no ano de 2012, da elaboração do material denominado: “Instrumento de Avaliação de Desempenho em Atividades Cotidianas”, disponível no ANEXO 1⁵, o conhecimento produzido na época foi recuperado na atual pesquisa.

O referido material tinha por objetivo compreender, por meio da percepção dos coordenadores⁶ das oficinas da TS-NOT, ou seja, a avaliação não era

⁵ Mais detalhes sobre a origem do material, finalidade e resultados estão publicados em RODRIGUES, K. L. Construindo um método de avaliação da ampliação da contratualidade social dos oficinairos. In: RIMOLI, J.; CAYRES, C. O. **Saúde Mental e Economia Solidária**. Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção. Campinas: Medita, 2012. p. 212.

⁶ Profissional de nível superior responsável pela gestão e facilitação da oficina nos princípios da economia solidária

autodeclarada pelos oficinairos⁷, mas sim por quem os acompanhavam, quais eram os ganhos na rotina da vida deles após inclusão nas oficinas.

Interessava identificar aspectos como: cuidado pessoal, uso e manejo de dinheiro, comunicação, mobilidade urbana, trabalho e convivência.

Visando a qualificação do material, a pesquisadora terapeuta ocupacional, usou seus conhecimentos e experiência profissional para buscar na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) reclassificar os itens avaliados, os identificando de acordo com a linguagem da CIF, enquanto domínios nas áreas vitais da vida.

A CIF para tratar de saúde e de estados relacionados à saúde propõe uma linguagem que proporciona o diálogo entre as funções e estruturas do corpo com as atividades e participação, compreendendo funcionalidade como o termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; e de modo similar, incapacidade como o termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Os fatores ambientais também são considerados como parte do processo (CIF, 2004).

Dividida em duas seções: a Parte 1 trata de funcionalidade e incapacidade e a Parte 2 trata dos fatores contextuais, relacionados à funcionalidade e incapacidade. Cada parte, por sua vez, é subdividida em dois componentes, conforme Figura 1:

Figura 1– A organização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)



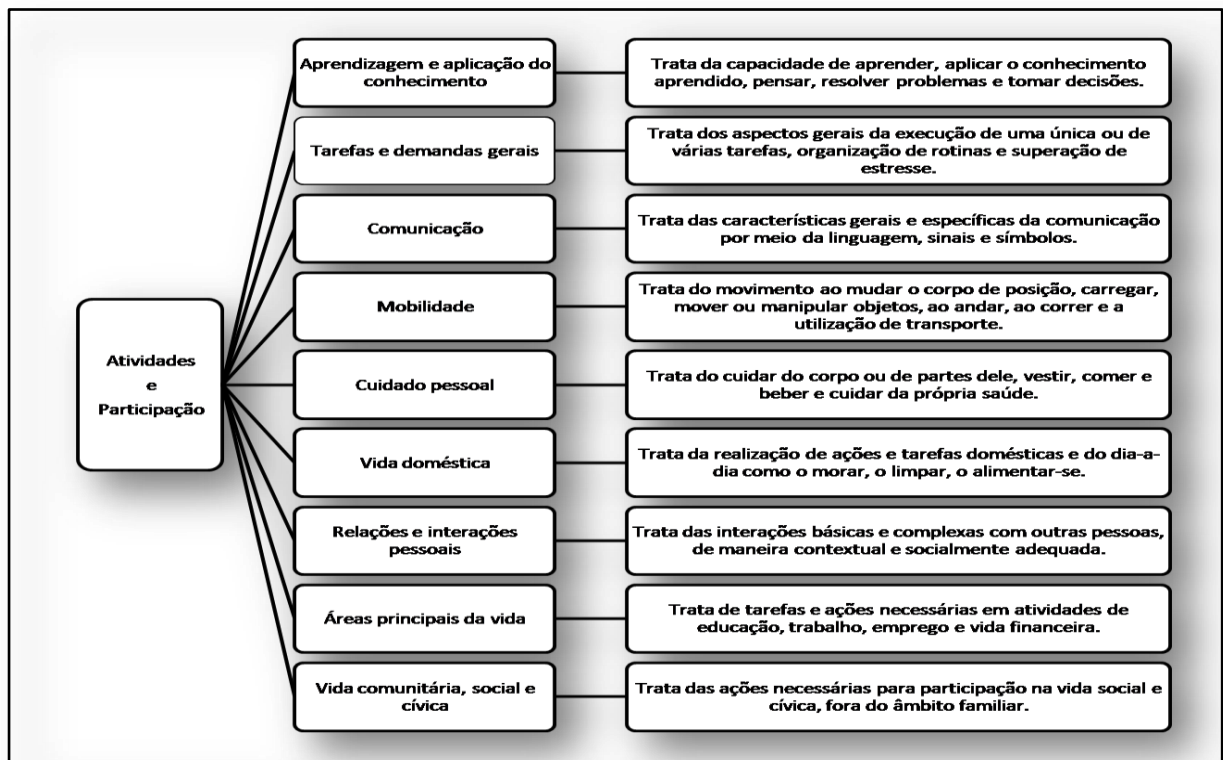
Fonte: CIF, 2015 – adaptação da autora.

⁷

Denominação usada para referir os usuários participantes das oficinas.

Esta pesquisa se inspirou nos itens do componente Atividades e Participação, da Parte 1 que se refere à Funcionalidade e Incapacidade e suas relações enquanto sujeito individual e social. Inclui uma série de itens que abrange desde as áreas vitais como aprendizado básico até áreas mais complexas como trabalho e relações interpessoais, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Os domínios do componente Atividades e Participação, da Parte 1 da CIF



Fonte: CIF, 2015 – adaptação da autora

Castaneda *et al* em revisão sistemática sobre o uso da CIF em estudos observacionais, realizado no ano de 2011, identificou ao analisar vinte e nove artigos que,

os resultados encontrados apontam para uma ampla produção científica relacionada à CIF, Incapacidade e Saúde ao longo dos últimos 10 anos. Diversas áreas de conhecimento e setores do campo da saúde estão envolvidos no debate sobre a melhoria das informações em morbidade. No entanto, os estudos epidemiológicos quantitativos envolvendo a utilização da CIF na prática clínica ainda são poucos se comparados aos estudos qualitativos. Futuros estudos se fazem necessários visando à melhoria dos dados secundários relacionados à funcionalidade e incapacidade (CASTANEDA *et al.*, p. 449).

A pesquisa não identificou nenhum artigo relacionado com a área da saúde mental.

Na busca por outras ferramentas e referenciais que pudessem dialogar com essa área, um material produzido pelo Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde de Portugal, que trata especificamente da aplicabilidade da CIF em saúde mental, denominado “Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental”, apresentou-se como fundamental e orientou o caminho desta pesquisa (PORTUGAL, 2017).

De posse desse material, iniciou-se o planejamento do instrumento de coleta de dados que pudesse qualificar o que disparou esta pesquisa sob a cientificidade da CIF, conforme Apêndice B. Observou-se que dos vinte e três itens, inicialmente projetados como indicadores para análise, dezesseis⁸ deles encontravam-se também nesse material.

Com esse achado, verificou-se que o caminho de fazer uso da CIF e de seus componentes como recurso para descrição de funcionalidade em saúde mental demonstrava ser promissor.

Assim, foi elaborado um novo e mais completo roteiro.

Nessa adaptação para a linguagem da CIF, foi-se a campo testar o instrumento e sua linguagem. Duas entrevistas piloto foram realizadas e a partir delas um terceiro roteiro foi construído e se consolidou como definitivo para a pesquisa.

Composto de perguntas semi estruturadas, inspirado nos domínios do componente “Atividades e Participação” e no encontro com as contribuições constantes no “Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para a Saúde Mental” de Portugal, o Roteiro encontra-se disponível no Apêndice C.

A opção por um roteiro de entrevista semiestruturado, parte da premissa que é no encontro com o outro, no disparar de um pensamento através de perguntas abertas que se acolhe, promove e estimula a fala livre, afetiva e simbólica.

⁸ Conforme destaques na cor laranja, na coluna descrição da ação.

De acordo com Gil (2006), a entrevista é uma forma de interação social. Uma forma de diálogo assimétrico em que uma das partes se apresenta para coletar informações e a outra se apresenta como fonte das informações. Nesse sentido permite coletar o que o entrevistado sabe, crê, espera, sente, deseja, entre outros.

Trabalhar qualitativamente implica, por definição, em interpretar as significações que as pessoas atribuem aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação acurada e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato interpessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito (TURATO, 2005, p. 30).

Para o sucesso de uma entrevista diversos aspectos devem ser levados em consideração como a construção do roteiro, o uso de palavras de fácil entendimento, a postura do entrevistador, o estímulo ao diálogo e o registro das respostas (GIL, 2006).

Com relação à análise dos dados obtidos pelas entrevistas, três etapas foram realizadas:

- Em um primeiro momento, para a caracterização da população entrevistada, cruzou-se os dados coletados com o banco de dados informatizado de cadastro dos oficineiros da TS-NOT;
- Num segundo momento agrupou-se o conteúdo das falas de acordo com as categorias pré-analíticas extraídas e organizadas a partir dos domínios oriundos do componente Atividades e Participação da CIF;
- E por fim, uma terceira etapa em que outras categorias de análise foram desenvolvidas a partir do referencial da análise de conteúdo temático-categorial.

A análise de conteúdo é um modelo científico, metodologicamente orientado, que garante uma análise não meramente intuitiva. De acordo com Oliveira (2008, p. 570), “trata-se de uma descrição analítica, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens”. A autora salienta ainda que devido às inúmeras definições e finalidades da análise de conteúdo, a falta de critérios para seu uso, de cuidados metodológicos e procedimentos técnicos, a manipulação das informações obtidas e dos resultados são práticas vivenciadas por determinados pesquisadores.

Para cientificidade de uso do método, Oliveira (2008) sistematiza o que denomina conceitos-chave:

- Objetividade: (...) as unidades decompostas das mensagens (...) devem ser definidas com clareza e precisão que outros, (...) possam fazer a mesma decomposição, operar a mesma classificação;
- Sistemática: a análise deve tomar em consideração tudo o que, no conteúdo, decorre do problema estudado e analisá-lo em função de todas as categorias retidas (...) não apenas os elementos em acordo com as teses do pesquisador;
- Conteúdo manifesto: (...) a análise deve abordar apenas o conteúdo manifesto, o que foi efetivamente expresso e não o conteúdo presumido em função do que o pesquisador crê saber sobre o problema (...);
- Unidades de registro (UR): (...) essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase, um parágrafo (...) que contém uma assertiva completa sobre o objeto em estudo (...);
- Unidades de contexto (UC): são as unidades de compreensão da unidade de registro (...) são segmentos do texto que permitem compreender a significação das unidades de registro (...);
- Construção de categorias (CC): operação de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, segundo um conjunto de critérios (...) uma nova organização intencional às mensagens (...);
- Análise categorial (AC): (...) um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido (...) permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem;
- Inferência: (...) a intenção maior da AC é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção de uma mensagem, inferência esta que recorre a indicadores relativos ao texto;
- Condições de produção: “intencionalidade subjacentes a produção de uma mensagem (...) implica a compreensão da superfície dos textos e dos fatores que determinaram essas características” (OLIVEIRA, 2008, p. 570-571).

A produção de resultados a partir das entrevistas constituiu a etapa final de reflexão. A título de sistematização e qualificação dos dados, as unidades de registro (UR) que compõem as construções de categorias (CC) foram organizadas de acordo com os domínios do componente “Atividades e Participação” da CIF e de outras categorias analíticas desenvolvidas, mais bem descritas nos resultados desta pesquisa.

A opção pelo diálogo das informações colhidas nas entrevistas com a CIF parte da importância da utilização dessa ferramenta reconhecida, internacionalmente, e da experiência pessoal da pesquisadora – terapeuta ocupacional. Tornar a CIF cada vez mais conhecida visa contribuir para construção de um olhar mais ampliado e complementar ao da CID, amplamente em uso e que

quantifica mais os estados de doença do que qualifica os estados de saúde e se limita a uma avaliação médico-centrada e não ao conhecimento multidisciplinar.

A CIF amplia o olhar sobre o sujeito ao compreender as áreas da vida, qualificando as potencialidades e funcionalidades dos sujeitos na vida cotidiana “permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível” (PORTUGAL, 2017, p. 5).

3.3.3.1 Cenário de pesquisa

O Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) é um dos projetos de reabilitação psicossocial do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS do município de Campinas.

Iniciou suas atividades no início da década de 90, conjuntamente ao processo de transformação do modelo assistencial da instituição, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, visando oferecer atividades de inclusão social pelo trabalho e geração de renda a pessoas com sofrimento psíquico e dependência química, com dificuldades de encontrar vagas no mercado formal de trabalho.

De acordo com Cayres,

O NOT é entendido como um instrumento de inclusão social pelo trabalho, no qual as pessoas vivenciam e constroem, de forma democrática, novas práticas, pautadas no respeito ao meio ambiente, na diversidade, no respeito mútuo e na solidariedade, transformando antigos estigmas e preconceitos sociais em novos territórios existenciais, e fortalecendo um modelo de sociedade mais justa e democrática (CAYRES, 2012, p. 33).

Há 30 anos desenvolve atividades de produção e inclusão social pelo trabalho e, atualmente, é composto por doze oficinas que oferecem 300 vagas em atividades artesanais e de prestação de serviços, nas áreas de: agricultura orgânica, jardinagem, ladrilho hidráulico, mosaico, serralheria, marcenaria, vitrais, papelaria artesanal, cartonagem, costura e alimentação (restaurante, buffet para eventos, doceria e minimamente processados). Cada oficina é concebida como um

empreendimento econômico solidário que gera produtos que visam à comercialização e, por consequência, a geração de renda a seus participantes.

Os grupos têm, em média, vinte pessoas que são acompanhadas por um profissional de nível superior (coordenador⁹ de oficina) e um ou mais profissionais de nível médio de formação (monitores¹⁰). A carga horária média de funcionamento das oficinas é de 36 horas por semana. As oficinas de artesanato funcionam de segunda a sexta feira e as oficinas de prestação de serviços e agricultura também aos finais de semana.

Os coordenadores de oficinas são responsáveis por atividades que mesclam o cuidado em saúde, a gestão e o empreendedorismo dos grupos.

Dentre as atividades de cuidado são realizadas ações como: acolhimento, articulação em rede, produção de novas sociabilidades, matriciamento de questões referentes à inclusão social pelo trabalho em outros dispositivos da rede SUS (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Saúde – CS e Centros de Convivência – CECO) e da rede SUAS (abrigos, casas de passagem, Centros POP e serviço de abordagem na rua), participação em reuniões de equipes, planejamento e supervisões, intervenção e condução de caso, acompanhamento terapêutico em atividades como compras e participação em feiras (PINHO, 2015).

Já no rol das atividades específicas de organização do processo produtivo da oficina, da gestão e do empreendedorismo, em conjunto com o grupo, são realizadas ações como: rodas de conversa, controle das horas de trabalho, avaliação de função e de desempenho, capacitação para o trabalho e para trabalho coletivo, ações empreendedoras e de comercialização, pesquisa de tendências de mercado, criação e desenvolvimento de novos produtos, elaboração de preços, orçamentos, contato com clientes, captação de recursos, elaboração de projetos, reposição de matéria-prima, compra e manutenção de equipamentos, controle de estoque e da qualidade da produção, dentre outras tantas funções (PINHO, 2015).

⁹ Estamos optando por manter a denominação utilizada na pesquisa de mestrado (PINHO, 2015), uma vez que as mesmas foram balizadas por seus trabalhadores.

¹⁰ Estamos optando por manter a denominação utilizada na pesquisa de mestrado (PINHO, 2015), uma vez que as mesmas foram balizadas por seus trabalhadores.

Com relação aos monitores, estes são os profissionais responsáveis por: acolher diariamente quem chega para trabalhar, acompanhar o dia-a-dia da oficina, a rotina de produção, favorecer a aprendizagem e desenvolvimento da técnica, capacitar, avaliar, monitorar, auxiliar o coordenador a elaborar preços, a escolher cores, formas e a desenvolver a linha de produtos (PINHO, 2015).

A produção das oficinas da TS-NOT é comercializada pela marca: Armazém das Oficinas que conta com uma loja física dentro do SSCF e uma loja *on-line*, além de vendas em feiras e espaços parceiros.

A Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg é quem viabiliza juridicamente a existência de um projeto, de reabilitação psicossocial em saúde mental, que produz trabalho, comercialização e geração de renda¹¹.

3.3.3.2 Participantes da pesquisa

Os usuários do serviço NOT denominados oficineiros¹² são os sujeitos participantes desta pesquisa, em que interessa identificar os benefícios ao Bem Viver dessa população quando inseridos num dispositivo de inclusão social pelo trabalho e que contou com a participação de 10 entrevistados.

São consideradas características comuns para participação nas oficinas: ser adulto, usuário do sistema único de saúde e/ou de assistência social do município de Campinas/SP, com o recorte na rede de saúde mental e/ou participação no Projeto Morador (serviço especializado para pessoas em situação de rua¹³), desenvolvido pela Associação Cornélia Vlieg em parceria com o SSCF.

Foi considerado como critério para inclusão na pesquisa estar inserido em alguma oficina do NOT há pelo menos 180 dias e priorizar a diversidade de oficinas.

¹¹ A história, trajetória e parceria da Associação Cornélia Vlieg com o SSCF está descrita nos resultados desta tese, no subitem 5.1 – Análise Documental: o campo de pesquisa.

¹² A escolha por essa denominação é histórica e construída no interior das próprias oficinas entre usuários e trabalhadores. Concebe o fazer de um ofício, um saber, uma profissão.

¹³ Mais informações sobre o Projeto Morador constam nos resultados desta tese, no subitem 5.1 – Análise Documental: o campo de pesquisa.

Por tratar-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que valoriza a relação entre pesquisador e participante, assim como a relação do pesquisador com a instituição onde a pesquisa é desenvolvida e ainda, por considerar a não neutralidade da ciência usou-se como critério de exclusão, a participação de oficinairos inseridos na oficina sob a coordenação da pesquisadora, por considerar que o conteúdo das falas poderia ser influenciado pela relação pessoal entre os mesmos.

4. REFERENCIAIS TEÓRICOS

4.1 PRODUZIR CIÊNCIA E TECNOLOGIA: por que e para quem?

Os Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia (ESCT) se caracterizam por um arcabouço de pesquisa em constante desenvolvimento e que se ocupa de identificar as distintas abordagens teóricas sobre o tema.

Premida, Neves e Almeida (2011), descrevem:

Os ESCT ou Estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), em sua multiplicidade de abordagens, têm sua unidade no esforço de compreender objetos de estudo cada vez mais destacáveis na sociedade contemporânea, a saber, a ciência e a tecnologia. Tais objetos se ramificam em muitos outros como: investigações acerca dos condicionantes sociais da estruturação e autonomia do campo científico; formação do conteúdo científico e tecnológico e sua compleição institucional, de acordo com diferenças culturais e regionais; relações com o complexo industrial e a caracterização do consumo contemporâneo das inovações tecnológicas; formas de decisão e escolhas sobre os grandes sistemas técnicos especializados que gerenciam a vida cotidiana; relação entre peritos e leigos no contexto de produção e difusão destes conhecimentos; mecanismos e condições institucionais e sociais de estruturação da ciência e tecnologia, por região e suas diferenças socioculturais; mecanismos de engajamento público nos temas sociotécnicos e; estudos sobre os impactos socioambientais decorrentes da utilização de sistemas e artefatos tecnológicos no dia-a-dia (PREMIDA, 2011, p. 23).

Os ESCT tiveram origem na segunda metade do século XIX, principalmente orientados por filósofos preocupados em sistematizar uma base teórica acerca da construção do conhecimento. A partir do século XX os estudos passaram a ter uma abordagem também sociológica, ampliando o leque conceitual. *Max Scheler (1874-1928), Karl Mannheim (1893-1947) e, embora pouco lido na época, Ludwik Fleck (1896-1961) oferecem novas perspectivas para os estudos sobre a dinâmica do conhecimento* (PREMIDA, 2011, p. 25).

Tais estudos ganharam expressão mais consolidada com os resultados de pesquisas de Robert K. Merton (1910-2003), entre os anos de 1940 e 1960. E entre as décadas de 1950 e 1960 os ESCT se dedicaram a estudar a organização da comunidade científica e o papel dos cientistas na sociedade. Neste período destacaram-se autores como Joseph Ben-David, Warren O. Hagstrom e Derek de Solla Price. À sociologia não cabia o estudo do conteúdo do conhecimento gerado, este ficava a cargo da filosofia.

No final da década de 1970 autores como Bruno Latour, David Bloor, Michel Callon, Barry Barnes, Steven Shapin, Trevor Pinch, Pierre Bourdieu, Karin Knorr-Cetina, Harry Collins se destacam nos estudos sociais em ciência e tecnologia. O amadurecimento dos estudos, nessa fase, que se estende até os dias atuais, se sobressai pela institucionalização de grupos de pesquisa, linhas temáticas em programas de pós-graduação, periódicos e congressos especializados e por uma multiplicidade de abordagens (PREMIDA, 2011).

Para Garcia, Cereza e Lopes (1996), à ciência não cabe a neutralidade dos laboratórios de pesquisa. A ciência por si só, isolada das práticas sociais, não é capaz de tudo explicar. Há uma falácia sobre o cientificismo puro e abstrato. Uma visão reducionista da ciência, que impede uma análise crítica dos interesses pessoais, econômicos e sociais dos envolvidos, ou seja, não só do pesquisador como também a organização em que a pesquisa é desenvolvida e os próprios financiadores.

Nessa perspectiva, as análises de Habermas (1983) e a crítica ao cientificismo vão no mesmo sentido as que haviam sido levantadas por Marcuse, em que entrelaça a ciência e a técnica, num determinante social em que as relações de poder, suas interações e interposições, constituem-se como instrumento de legitimação da dominação, tanto no que se refere a relação ser humano/natureza como também humanos e sua sociabilidade.

Contextos sociais, econômicos, históricos, culturais e políticos influenciam e são determinantes fundamentais para o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Ocorre que não sendo a ciência neutra, ela é inevitavelmente o resultado de uma escolha humana e, portanto, dotada de desejos e anseios pessoais e institucionais.

Para Auler e Delizoicov,

a não neutralidade tem dois aspectos indissociáveis: um relativo à seleção da demanda e o outro relacionado à formulação científica de problemas originários da demanda e à correspondente busca de soluções. Sendo assim, a localização e seleção de problemas a serem investigados atende a distintos e conflitivos interesses que são priorizados num determinado tempo e num determinado espaço (2015, p. 282).

Assim sendo, os ESCT ofertam a possibilidade de pensar e desenvolver uma ciência que só faz sentido se for para produzir conhecimento para e com a sociedade.

Auler e Delizoicov (2015) numa reflexão que aproxima a práxis educacional do educador Paulo Freire e o Pensamento Latino Americano em Ciência-Tecnologia-Sociedade (PLACTS), dialogam sobre o papel da sociedade, historicamente relegada na agenda política científico-tecnológica.

Esses autores defendem que,

processos educacionais podem contribuir para a constituição de uma cultura de participação que potencialize a entrada em cena de demandas desconsideradas, que influam na formulação de políticas públicas para CT, sensíveis às demandas do espaço social latino-americano (AULER, DELIZOICOV, 2015, p. 286).

Outros autores vêm desenvolvendo uma reflexão voltada à importância da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) no campo educacional, nos currículos escolares, como forma de desenvolver um olhar e uma perspectiva de produção de conhecimento de ciência e tecnologia, associado à dinâmica social, suas necessidades e desafios.

Santos e Mortimer (2000) referenciam que Bybee (1987) já indicava no final da década de 1980 que a construção curricular na perspectiva da CTS precisava se relacionar com determinados pressupostos como:

(i) a apresentação de conhecimentos e habilidades científicos e tecnológicos em um contexto pessoal e social; (ii) a inclusão de conhecimentos e habilidades tecnológicos; (iii) a ampliação dos processos de investigação de modo a incluir a tomada de decisão e (iv) a implementação de projetos de CTS no sistema escolar (MORTINER, SANTOS, 2000, p. 112).

Dagnino (2008), refletindo sobre a produção de políticas científico-tecnológicas, discute que a academia é hegemônica na produção de ciência. E não significa que não produza ciência eficaz, mas talvez produza uma ciência de relevância social questionável. Assim, propõe a transformação de problemas sociais em problemas de pesquisa, em produção de conhecimento. O autor formula ainda que uma forma de fortalecer e potencializar a participação da sociedade civil é somente mediante processos educativos, formativos, de acesso à informação.

O mesmo autor (2010) propõe que, na lógica ensino-pesquisa-extensão, uma alternativa para incluir as pautas sociais nas agendas de pesquisas acadêmicas seria pelo maior investimento em atividades de extensão. Aponta ainda que a diversidade dos problemas ou pautas sociais, não permite a rotulação deles em disciplinas fechadas. Os problemas são multidisciplinares e, portanto, requerem a constituição de coletivos multidisciplinares.

A ciência e a tecnologia, ao longo da história, foram responsáveis pela superação de situações adversas em todo o mundo. Graças a elas diversos ciclos de desenvolvimento foram vividos. Mas existe uma tecnologia, construída por processos inventivos que vai além dos laboratórios de pesquisa, do saber tradicional de uma comunidade acadêmica e que, nas últimas décadas, vem se consolidando e se fortalecendo no campo da produção da ciência social – a Tecnologia Social.

- **Tecnologia Social (TS)**

Duque e Valadão (2017) em um mapeamento das concepções teóricas existentes no Brasil acerca da TS, afirmam existir duas vertentes principais. A primeira que trata da TS enquanto metodologias e práticas que proporcionam transformações sociais e a segunda enquanto artefatos que favorecem mudanças sociais.

Uma clássica definição de TS, de ampla divulgação nacional, é da Rede de Tecnologias Sociais que a apresenta como: “produtos, técnicas e/ou metodologias, desenvolvidas na interação dos saberes científico e popular e que representam efetivas soluções de transformação da sociedade” (RTS, 2010, p. 47).

Para Dagnino (2004), a tecnologia social é um processo de inovação interativo em que o ator diretamente envolvido com essa função inovativa dispõe ao mesmo tempo, por assim dizer, tanto da “oferta” quanto da “demanda” da tecnologia. Portanto, a inovação tecnológica – e por extensão a tecnologia social – não pode ser pensada como algo que é feito num lugar e utilizado em outro, mas como um processo desenvolvido no lugar onde essa tecnologia vai ser utilizada, pelos atores que vão utilizá-la.

Segundo Weiss (2009), as tecnologias sociais têm se consolidado como importantes instrumentos inovadores nos âmbitos da inclusão social, da geração de renda e da proteção socioambiental.

A opção teórica acerca da TS nesta pesquisa se ampara naquela que a caracteriza enquanto um agente social, produtor de transformações sociais. Enquanto dispositivos planejados, organizados e implantados com e/ou pelo grupo social detentor de uma necessidade, bem como responsável por buscar uma solução para ela.

Tecnologias sociais são também consideradas estratégias capazes de promover inclusão social, geração de renda, proteção do meio ambiente, sustentabilidade, valorização e respeito às comunidades e saberes locais.

São aquelas que valorizam os saberes das populações marginalizadas que, por vezes, não estão nas estatísticas da produção de conhecimento científico, mas que muito contribuem para o sucesso e o desenvolvimento de resoluções de problemas cotidianos.

As que favorecem a emancipação social dos sujeitos excluídos do conhecimento científico tradicional, pois os inserem com seus conhecimentos, no debate democrático para a construção de algo coletivo. É a participação ativa dos interessados, valorizando e respeitando seus conhecimentos tradicionais.

Este breve resgate histórico sobre os ESCT coloca a importância da produção da ciência no contexto do desenvolvimento, partindo do pressuposto que toda e qualquer produção científica deve ter por finalidade um encontro com a sociedade, deve ser uma produção social.

Aqui reside o encontro com as produções em CTS, campo eminentemente interdisciplinar, com o objeto desta pesquisa: o interesse em analisar a Tecnologia Social – Núcleo de Oficinas e Trabalho (TS–NOT) na perspectiva de seus participantes, quanto à problemática da geração de renda e inclusão social pelo trabalho para os usuários da saúde mental, ampliando o debate para além das contribuições da área da saúde.

4.2 ECONOMIA SOLIDÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO

Refletir sobre inclusão social é antes de tudo refletir sobre a exclusão social. Exclusão a qual o sujeito com sofrimento psíquico e dependência química vive em seu cotidiano, nas relações de convívio: pessoal, familiar, social e de trabalho.

Relações excludentes impostas pelo estigma e preconceito, existentes há séculos, desde que a loucura foi instituída enquanto um grande mal. E mesmo vivendo tempos de luta antimanicomial, esse é um debate longe de se extinguir.

Conforme aponta Castel (1997) são considerados sujeitos em exclusão social todos aqueles “fora dos circuitos vivos das trocas sociais”, incluindo em trocas sociais todos os laços afetivos os quais o sujeito deixa de ter. A exclusão social é histórica, constituída no imaginário social a partir da luta de classes pela sobrevivência.

Esta produção se embasa no conceito de exclusão social, conforme definições da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT), destacadas no Dicionário de Educação Profissional em Saúde (ESCOREL, 2008, p. 215):

A OPS define exclusão social como um processo estrutural, multidimensional, que envolve a falta de recursos e oportunidades e a falta de pertencimento como um produto da ruptura dos laços sociais que permitem que os indivíduos integrem uma rede social (OPS, 2003).

A exclusão em saúde, fenômeno integrante, mas independente da exclusão social, constitui a negação do direito de uma pessoa ou um grupo de satisfazer suas necessidades em saúde e pode adotar diferentes formas em função de fatores geográficos, culturais, econômicos e sociais (OIT e OPS, 1999).

Portanto a exclusão social, de modo ampliado, se apresenta como fenômeno estrutural e interdependente de diversos fatores. Constitui-se um dos fatores para a exclusão social em saúde, o acesso ao direito à saúde, como qualidade de vida. Esse desafio de superação da exclusão social é a tarefa que a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial não cessam de pautar, tanto em seu sentido estrutural, político, social e econômico, quanto no de acesso e superação de barreiras e ao direito universal à saúde.

Como esta pesquisa é de caráter interdisciplinar, torna-se imprescindível o encontro e a troca de conhecimentos com as áreas: da assistência social, da ciência, da tecnologia, da saúde e da economia solidária. Sendo assim, é importante conhecer e diferenciar as terminologias: inclusão produtiva e inclusão social pelo trabalho.

De acordo com o portal da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, vinculada ao Ministério da Cidadania,

O Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho, identificado como Acessuas Trabalho, busca a autonomia das famílias usuárias da Política de Assistência Social, por meio da integração ao mundo do trabalho. A iniciativa faz parte de um conjunto de ações de articulação de políticas públicas e de mobilização, encaminhamento e acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou risco social para acesso a oportunidades afeitas ao trabalho e emprego (BRASIL, 2017, *on-line*).

As ações de competência do Programa são:

Promoção de estratégias, ações e medidas para enfrentar a pobreza, por meio de identificação e sensibilização de usuários; Desenvolvimento de habilidades e orientação para os usuários; acesso a oportunidades por meio do encaminhamento de usuários; Monitoramento do percurso dos usuários no acesso ao mundo do trabalho; Articulação com outros programas e serviços da assistência social e de demais áreas, como saúde, educação e trabalho; acompanhar usuários que ingressem no mundo do trabalho, dentre outras ações (BRASIL, 2020, *on-line*).

São considerados públicos qualificáveis para o Programa:

Populações urbanas e rurais em situação de vulnerabilidade e risco social com idade entre 14¹⁴ e 59 anos, com prioridade para usuários de serviços, projetos e programas de transferência de renda socioassistenciais, em especial:

- Pessoas com deficiência;
- Jovens do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- Pessoas inscritas no CADÚNICO;
- Adolescentes e jovens no sistema socioeducativo e egressos;
- Famílias com presença de trabalho infantil;
- Famílias com pessoas em situação de privação de liberdade;

¹⁴ A mobilização e encaminhamento de adolescentes de 14 e 15 anos para os cursos de capacitação profissional estarão condicionadas ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal de 1988, que trata da proibição de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos. A mobilização e encaminhamento de Adolescentes de 16 a 17 anos para cursos de capacitação profissional estará condicionada ao disposto no Decreto nº 6.484, de 2008, que trata da lista TIP, regulamenta os arts 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências, que regulamenta as atividades consideradas impróprias para esta faixa etária (BRASIL, 2020).

- Famílias com crianças em situação de acolhimento provisório;
- População em Situação de Rua;
- Adolescentes e jovens no serviço de acolhimento e egressos;
- Indivíduos e famílias moradoras em territórios de risco em decorrência do tráfico de drogas;
- Indivíduos egressos do sistema penal;
- Beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Pessoas retiradas do trabalho escravo;
- Mulheres vítimas de violência;
- Jovens negros em territórios do Plano Juventude Viva;
- Adolescentes vítimas de exploração sexual;
- Povos e comunidades tradicionais;
- Público de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBTT;
- Entre outros, para atender especificidades territoriais e regionais (BRASIL, 2020, *on-line*).

As políticas em assistência social definem como inclusão produtiva ações que compreendem a qualificação técnico-profissional; a intermediação pública de mão-de-obra; o apoio ao microempreendedor individual e à economia solidária; o acesso a direitos sociais relativos ao trabalho (formalização do trabalho); articulação com comerciantes e empresários locais para mapeamento e fomento de oportunidades, entre outros (BRASIL, 2017).

O Marco Conceitual e Política de Assessoramento Técnico em Associativismo e Cooperativismo Social¹⁵ define inclusão produtiva, como:

Ações e programas que favorecem a inserção no mundo do trabalho por meio do emprego assalariado formal, do empreendedorismo individual, ou de empreendimentos da economia solidária. Reúne iniciativas de apoio a microempreendedores e cooperativas ou empreendimentos econômicos solidários, bem como de oferta de qualificação profissional e intermediação de mão-de-obra que visam à colocação dos beneficiários no mercado de trabalho. Dentro das ações do Ministério do Desenvolvimento Social, inserem-se as estratégias de Inclusão Produtiva como estratégia para construir portas de saída para os usuários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2015, p. 7).

E a inclusão social pelo trabalho é compreendida enquanto:

Estratégia que busca promover autonomia e ampliação da contratualidade social de pessoas em situação de desigualdade por desvantagem através do trabalho. O trabalho aqui referenciado é o trabalho produtor de valor social, que valoriza a potência produtiva e criativa dos sujeitos envolvidos. Trabalho como indutor de inclusão social e de transformação da situação de sujeito em desvantagem para um sujeito ativo, protagonista e portador de

¹⁵ Elaborado pelo Comitê do Pronacoop Social constituído por meio do Decreto Presidencial nº 8.163 de 20 de dezembro de 2013, revogado em 2019 e que tinha por objetivo instituir o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social, com a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais.

direitos, capaz de fazer escolher e de construir projetos de vida (BRASIL, 2015, p. 7).

Ambas têm como premissa a promoção dos sujeitos por meio de estratégias de geração de trabalho e renda, com valor social e garantia dos direitos humanos. Porém faz-se necessário ressaltar que na relação com as práticas e formulações cooperativas e solidárias, o campo do SUS foi muito mais profundo e colaborativo, inspirado no modelo italiano de cooperativismo social, que teve forte presença na construção no país das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tanto que a legislação de cooperativismo social é anterior à Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que trata da reformulação do modelo assistência em saúde mental, instituindo a reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira.

No rol das tecnologias que favorecem o despontar de estratégias de promoção de trabalho e geração de renda, em um novo modelo econômico e social, mas ainda inseridas numa sociedade dirigida pelo imperativo do capital, um movimento que pauta novas relações de trabalho e de emancipação dos trabalhadores, denomina-se economia solidária.

A economia solidária tem sua construção mais recente no Brasil em meados da década de 1980, quando o país viveu uma crise econômica que afetou diretamente os postos de trabalho. Num movimento de resistência e de luta por direitos civis e econômicos, trabalhadores assumiram o controle dos meios de produção e a gestão de seus locais de trabalho, evitando que as falências gerassem ainda mais desemprego e a autogestão assim tornou-se um novo modelo de relação de trabalho.

Nesse movimento constroem-se novos modos de produção embasados nos princípios da propriedade coletiva dos bens, da cooperação, da solidariedade e na busca pela igualdade econômica e social, por uma sociedade mais justa e igualitária e sem a exploração da força de trabalho dos trabalhadores.

De acordo com Singer,

a economia solidária é uma criação em processo contínuo de trabalhadores em luta contra o capitalismo. Como tal, ela não poderia preceder o capitalismo industrial, mas o acompanha como uma sombra, em toda sua evolução (SINGER, 2000, p. 13).

Lutando contra as formas perversas do capitalismo avassalador sobre o trabalhador, a economia solidária propõe princípios éticos e políticos que gerem novos sentidos laborais, orientem as práticas e garantam qualidade de vida no trabalho.

A Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES)¹⁶ definiu os dez princípios da economia solidária em:

- 1) **Autogestão.** Os trabalhadores não estão mais subordinados a um patrão e tomam suas próprias decisões de forma coletiva e participativa.
- 2) **Democracia.** A economia solidária age como uma força de transformação estrutural das relações econômicas, democratizando-as, pois o trabalho não fica mais subordinado ao capital.
- 3) **Cooperação** em vez de forçar a competição. Convida-se o trabalhador a se unir ao trabalhador, empresa a empresa, país a país, acabando com a “guerra sem tréguas” em que todos são inimigos de todos e ganha quem seja mais forte, mais rico e, frequentemente, mais trapaceiro e corruptor ou corrupto.
- 4) **Centralidade no ser humano.** As pessoas são o mais importante, não o lucro. A finalidade maior da atividade econômica é garantir a satisfação plena das necessidades de todos e todas.
- 5) **Valorização da diversidade.** Reconhecimento do lugar fundamental da mulher e do feminino e a valorização da diversidade, sem discriminação de crença, cor ou opção sexual.
- 6) **Emancipação.** A economia solidária emancipa, liberta.
- 7) **Valorização do saber local,** da cultura e da tecnologia popular.
- 8) **Valorização da aprendizagem** e da formação permanentes.
- 9) **Justiça social** na produção, comercialização, consumo, financiamento e desenvolvimento tecnológico, com vistas à promoção do bem-viver das coletividades e justa distribuição da riqueza socialmente produzida, eliminando as desigualdades materiais e difundindo os valores da solidariedade humana.
- 10) **Cuidado com o meio ambiente** e responsabilidade com as gerações futuras. Os empreendimentos solidários, além de se preocuparem com que a eficiência econômica e os benefícios materiais que produzem, buscam eficiência social, estabelecendo uma relação harmoniosa com a natureza em função da qualidade de vida, da felicidade das coletividades e do equilíbrio dos ecossistemas. O desenvolvimento ecologicamente sustentável, socialmente justo e economicamente dinâmico, estimula a criação de elos entre os que produzem, os que financiam a produção, os que comercializam os produtos e os que consomem (cadeias produtivas solidárias locais e regionais). Dessa forma, afirmam a vocação local,

¹⁶ A Lei nº 13.844/19, que extinguiu o Ministério do Trabalho, gerou como consequência que a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) tivesse parte de suas atribuições encaminhadas para o Ministério da Cidadania. Com isso, as competências que têm relação com a economia solidária ficaram restritas à política de assistência social, evidenciando que não é nesse ministério que se definem estratégias da política de trabalho. A Secretaria de Inclusão Produtiva Urbana recebeu o que era a SENAES, inicialmente como uma Subsecretaria de Economia Solidária. Essa visão denota que o conceito de Economia Solidária como uma estratégia de desenvolvimento deixou de ter relevância na política pública.

articulada com uma perspectiva mais ampla, nacional e internacional (BRASIL, 2007, p. 32).

Os coletivos de trabalho que pactuam dos princípios da economia solidária comumente são denominados empreendimentos econômicos solidários (EES) e seus predominantes modos de organização, são: associações, cooperativas e/ou grupos informais.

Gaiger define EES como:

As diversas modalidades de organização econômica, originadas da livre associação de trabalhadores, nas quais a cooperação funciona como esteio de sua eficiência e viabilidade. Sua presença tem se verificado em setores da produção, prestação de serviços, comercialização e crédito. Esses empreendimentos adotam, em proporção variável, arranjos coletivos na posse dos meios de produção, no processo de trabalho e na gestão do empreendimento, minimizando a presença de relações assalariadas. (...) Apresentam-se sob forma de grupos de produção, associações, cooperativas e empresas de autogestão combinando suas atividades econômicas com ações de cunho educativo e cultural. Valorizam, assim, o sentido da comunidade de trabalho e o compromisso com a coletividade na qual se insiram (GAIGER, 2009, p. 181).

Nas políticas públicas do SUS e SUAS, as iniciativas de inclusão social e produtiva pelo trabalho foram se consolidando como dispositivos para a promoção de ações de geração de trabalho e renda. A inter-relação com o campo da economia solidária foi determinante para o desenvolvimento dos grupos, em especial, aos da saúde mental, que adotaram estratégias de funcionamento em rede e o fortalecimento da autogestão nos espaços.

Neste sentido, as oficinas da NOT se afirmaram como empreendimentos econômicos solidários (EES) devido ao seu modelo de funcionamento e gestão, baseado na roda dos grupos como espaço que define as estratégias de negócio, as funções e responsabilidades, o pagamento das horas-trabalho, os parâmetros da organização, rotinas, produtos, formação de preço e comercialização, além de cuidar das relações interpessoais. Essas oficinas, então EES, se articulam em torno de uma tecnologia social, replicável, desenvolvida pela TS-NOT.

De norte a sul do país, nessas três décadas de práticas em economia solidária, observa-se que a mesma está presente em diversos segmentos econômicos, no campo e na cidade, como: na agricultura familiar, nas fábricas recuperadas, na política nacional de resíduos sólidos, entre os catadores de

materiais recicláveis, nos bancos comunitários, na saúde, na assistência, no artesanato, na prestação de serviços, nas manifestações de cultura e arte.

Com vistas a conhecer e organizar as informações acerca da economia solidária no Brasil, a SENAES organizou o Sistema Nacional de Informações em Economia Solidária (SIES). Este sistema realizou dois mapeamentos: um entre os anos de 2005-2007 e outro, por amostragem, entre os anos de 2009-2013.

Os resultados desses mapeamentos estão disponíveis em GAIGER (2014) e comprovam que a economia solidária não só se consolidou enquanto um movimento social ou campo gerador de valores sociais, mas também de quantificações econômicas, uma vez que a pesquisa demonstrou que a criação ou ingresso num EES, por vezes, é motivado pela geração de renda proporcionada.

A base de dados constava de 19.708 EES e 1.423.631 trabalhadores. E, para a realização dos mapeamentos, acordou-se entre os parceiros envolvidos que o conceito de EES seria aplicado às organizações que apresentassem as seguintes características:

Empreendimentos coletivos supra familiares, com ao menos dois sócios/as e de atuação econômica permanente; Que adotam a forma de associações, cooperativas, empresas autogestionárias, grupos de produção, clubes de troca, etc., cujos participantes realizam coletivamente a gestão das atividades e da alocação dos seus resultados; Com ou sem registro legal, prevalecendo à existência real ou a vida regular da organização; Que realizam atividades econômicas de produção de bens, de prestação de serviços, de fundos de crédito (cooperativas de crédito e fundos populares), de comercialização (compra, venda e troca de insumos, produtos e serviços) e de consumo solidário (GAIGER, 2014, p. 21).

Com relação à localização das atividades: 54,8% dos EES estavam localizados na área rural; 34,8% na área urbana e 10,4% tinham atuação mista, ou seja, entre o urbano e o rural.

Acerca da forma de organização dos EES: 60% eram associações; 8,9% cooperativas; 0,6% sociedade mercantil e 30,5% ainda se classificavam como grupo informal.

No que se refere às atividades econômicas desenvolvidas identificou-se que:

56,2% realizam atividades de produção ou produção e comercialização; 20% de consumo, uso coletivo de bens e serviços; 13,3% de

comercialização ou organização da comercialização; 6,6% de prestação de serviços ou trabalho a terceiros; 2,2% de trocas de produtos ou serviços e 1,7% de poupança, crédito ou finanças solidárias (GAIGER, 2014, p. 23).

Dentre os diversos segmentos cooperativos adeptos à economia solidária, interessa nesta tese apontar a importância do cooperativismo social, que trata do segmento voltado às populações vulnerabilizadas e que muito precisa avançar legalmente para se tornar mais sólido.

Em 1999, o Brasil promulgou a Lei nº 9867 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. E, em seu Art. 1º, caracterizou o que então deveriam vir a ser as Cooperativas Sociais:

As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos (BRASIL, 1999, *on-line*).

Ocorre que a referida Lei não foi regulamentada e, portanto, não se consolidou uma política pública efetiva de inclusão social pelo trabalho no âmbito do SUS. No entanto, as experiências espalharam-se pelo país e, em 2005, o Mapeamento Preliminar das Iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental identificou o registro de 131 experiências de grupos de trabalho e oficinas de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2005, *on-line*).

No ano de 2012, no documento Saúde Mental em Dados 10 (BRASIL, 2012, p. 4), as iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais somavam 640 experiências, registradas entre os anos de 2005 e 2010. Caracterizando um aumento exponencial no número de experiências.

Em 2015, o documento Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015, p. 31), registrou 1008 iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais, ativas até 2013.

Mazaro, Matsukama e Lussi (2020) produziram, recentemente, uma análise da caracterização dos EES do campo da saúde mental cadastrados no SIES. O estudo optou por separar os empreendimentos do campo da saúde mental dos demais que acolhem pessoas em desvantagem social, apesar da população em

tratamento em saúde mental também se enquadrar na categoria desvantagem social, de acordo com o Marco Conceitual do Associativismo e Cooperativismo Social e as Referências para o Assessoramento Técnico. Para as autoras, a opção se deu em virtude de poder tratar melhor das particularidades dos grupos.

O SIES 2010-2013 possui 19.708 empreendimentos cadastrados em todo o território nacional. Desse total, há 419 cujo perfil pode ser atribuído de maneira predominantemente às pessoas consideradas em desvantagem social subdivididos da seguinte maneira: 140 EES compostos predominantemente por pessoas com transtornos mentais, inclusive quando decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 236 EES formados predominantemente por pessoas com deficiência física ou mental; e 43 EES constituídos predominantemente por presidiários ou egressos do sistema prisional (MAZARO; MATSUKAMA; LUSSEI, 2020, p. 131).

O referido estudo apoiou-se em variáveis, buscando identificar semelhanças e diferenças entre os EES do campo da saúde mental que inserem pessoas em desvantagem social e os demais empreendimentos, e encontrou semelhanças em boa parte dos itens analisados, no que diz respeito “ao tipo de organização, a atividade econômica desenvolvida, os espaços de comercialização, as conquistas e os desafios” (MAZARO; MATSUKAMA; LUSSEI, 2020, p. 127).

Como estratégia para viabilizar a implantação e/ou ampliação dos projetos de inclusão social pelo trabalho, entre os anos de 2008 e 2013, a coordenação nacional de saúde mental procedeu alguns editais de fomento financeiro.

Conforme aponta Martins (2014), a III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial tinha capacidade para selecionar 101 projetos no ano de 2012. Concorreram 392 projetos sendo: 30 desclassificados, 164 reprovados, 198 projetos selecionados (MARTINS, 2014, p.228).

Em 2013, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária do Estado de São Paulo compilou os resultados da chamada IV Chamada de Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial e identificou 55 projetos selecionados com previsão de repasse de R\$1.325.000,00 e outros 148 projetos com pendências documentais, o que geraria uma previsão ampliada de R\$3.865.000,00 em repasse para o fomento das iniciativas (SAUDEECOSOL, 2013, *on-line*).

A ausência de um marco regulatório sobre as iniciativas inviabilizou a ampliação e consolidação de inúmeros projetos que foram contemplados por essas chamadas, devido a dificuldades administrativas de operacionalização para o uso dos recursos nos municípios e a falta de formação técnica dos profissionais. Nota-se ainda que a falta de regulamentação e de investimentos por parte do governo, deixaram de garantir novas chamadas (PINHO, 2015).

Orientados nos princípios da garantia de direitos, da economia solidária e da inclusão social pelo trabalho, as experiências existentes ou resistentes cavam no dia-a-dia a possibilidade de produzir trabalho com valor social, desafiando as regras, por meio da criatividade dos trabalhadores e da resistência e insistência dos usuários.

4.3 INVENÇÕES DEMOCRÁTICAS: criar-fazendo

O encontro com o conceito de invenção democrática permitiu à pesquisa contextualizar o processo de criação, desenvolvimento e consolidação da TS-NOT, ao longo dos seus 30 anos de existência.

O NOT surgiu no contexto geral de consolidação e desenvolvimento de dois processos reformistas no cenário nacional: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, que se desenvolveram pré-Constituição de 1988 como desejo – potência, como um vir-a-ser e pós-Constituição de 1988, como um devir-fazer, um processo dialógico de constituição de políticas públicas de garantia de direitos universais.

Nesse sentido, o NOT, só se fez e pode se realizar num contexto geral de invenções democráticas, de um criar-fazendo, de uma desconstrução permanente de um Estado autoritário, em que as estruturas manicomiais eram a expressão mais bruta e significativa de imposição do silêncio e da institucionalização da exclusão social.

O conceito de invenções democráticas se apresentou na pesquisa, como um elo que margeia ao mesmo tempo em que fundamenta a implantação da TS

estudada e a perpetuação dela numa democracia em constante processo de desenvolvimento.

Claude Lefort (1987) ao estudar o totalitarismo e seus fenômenos, vai fundamentalmente compreender a democracia não como um regime político de gestão de Estado, como ferramentas burocráticas de gestão das instituições, mas como um processo, um fenômeno, um exercício de expressão dos cidadãos, dos coletivos.

Para o autor, a noção de invenção está associada com essa indeterminação do presente, com processos constituintes das forças sociais e coletivas, que se expressam no espaço público. Um fazer política não limitada à técnica, a gestores, as instituições, mas essencialmente como um fazer – coletivo (LEFORT, 1987).

A expressão “democracia selvagem” (LEFORT, 2011) alude essa afirmação de um governo surgido, esculpido como emanação da assembleia do povo, dando destaque ao caráter inventivo e temporal do agir político. A invenção democrática assim expressa, conceitualmente, esse gradiente de temporalidade da política como forma de construção de pontes, de diálogo social e de resolução de conflitos.

Invenção democrática como processo e não como um conceito fechado, algo que anuncia saídas e processos, fruto de interação e mediação social entre os diversos e contraditórios interesses sociais. Não se trata assim, de uma dinâmica que se encerra no fenômeno em si, dos direitos já conquistados, mas sim um processo imanente em que a afirmação dos direitos, a disputa do espaço público, é uma interação complexa em que o conquistado se reinstala e o a conquistar, se inventa.

4.3.1 Avanços e conquistas dos períodos: pré e pós-Constituição de 1988

O processo inventivo de constituição de uma nova sociedade foi marcado por um período pré-Constituição, com o surgimento e fortalecimento dos movimentos sociais e populares, da organização dos trabalhadores em formulação de utopias, de

invenções democráticas como uma vontade, um devir-a-ser de um país promotor de direitos e cidadania.

É um período pós-Constituição em que as invenções democráticas surgidas no contexto de uma “democracia selvagem” buscavam se afirmar como política pública, como sistemas universais de direitos. O processo pós-Constituição teve a marca do desenvolvimento desigual, pois combinou a progressividade nos sistemas de direitos com um conjunto de barreiras da agenda econômica neoliberal.

É nesse período que se inserem as invenções democráticas na gestão do estado, na construção do SUS, nas primeiras experiências de redução de danos no tratamento e cuidado aos usuários com dependência química, de cooperativismo social, de fechamento dos hospitais psiquiátricos, da construção dos primeiros dispositivos como os Hospitais Dia, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS.

Na área da saúde observa-se a luta da classe trabalhadora e de diversos movimentos sociais para a instalação de uma sociedade de direitos, o que permitiu que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica ousassem processos de invenções democráticas. O surgimento, desenvolvimento e consolidação do NOT como uma tecnologia social promotora de direitos foi possível graças ao conjunto da época.

Esse processo multifacetado entre os períodos pré e pós-Constituição de 1988, com o envolvimento de muitos atores sociais, teve importantes momentos. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi um marco afirmatório da saúde com um direito de todos os brasileiros. Bem como, foi o disparador social da mobilização em torno da emenda popular que ratificava todo o progresso do movimento social. Destaca-se aqui o caráter inventivo dessa iniciativa. Era a primeira vez no país que uma emenda popular surgia no seio de um processo coletivo de mobilização e de organização da sociedade civil.

A Reforma Sanitária se apresentou, então, como resposta às instituições totalitárias, que não garantiam o direito à vida e a saúde a todos os cidadãos. Os trabalhadores que viviam da economia informal, de pequenos negócios ou do mundo rural, estavam alijados do direito à saúde.

Assim, destaca-se o caráter das invenções democráticas desse período, como:

- A afirmação que a saúde não era um serviço ou de acesso a poucos mas sim um direito universal, definindo como dever do Estado;
- A gestão e o planejamento da saúde pública deveriam vir a ser realizado com participação popular, de modo coletivo nas conferências;
- A afirmação do controle social como estratégia fundamental de um sistema universal de saúde, através de Conselhos de Saúde (BRASIL, 2019, *on-line*).

A Reforma Sanitária chegou ao processo constituinte com bastante força social, o que possibilitou que o direito à saúde se configurasse na Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2020, *on-line*).

A Constituição garantiu ainda a participação social, a integralidade e a descentralização de gestão e recursos, assim como a efetividade da consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS), presente em todo o território nacional.

O processo constituinte se desdobrou na formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080, que efetivamente, fez o SUS ser uma realidade, uma política pública, de estado no país (BRASIL, 2019, *on-line*).

Como síntese desse processo de Reforma Sanitária, Sergio Arouca, que coordenou a 8ª CNS e foi um dos grandes símbolos desse processo, afirmou:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, *on-line*).

Nessa mesma perspectiva, a Reforma Psiquiátrica surgiu no país como parte orgânica da Reforma Sanitária e da luta pela afirmação da democracia e dos direitos universais à saúde mental.

Para Paulo Amarante, o início da Reforma Psiquiátrica foi marcado por um amplo processo de mobilização e organização social:

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Assim, são emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social) (AMARANTE, 2018, p. 2068).

Ainda no período pré-Constituinte também se apostou na realização de uma Conferência Nacional de Saúde como catalisadora e organizadora de uma agenda política e social.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada na cidade do Rio de Janeiro em 1987, só ocorreu devido ao processo autogestionário dos movimentos e organizações do campo da luta antimanicomial, uma vez que o gestor nacional do Ministério da Saúde era contrário ao processo reformador da assistência psiquiátrica no país. Dessa forma, a I CNSM se realizou como processo instituinte, fundamental para determinar o modelo de Reforma Psiquiátrica brasileira, não apenas como uma mudança de gestão de serviços, mas principalmente como um processo permanente de mobilização e participação social (AMARANTE, 2018).

O levante de forças da I CNSM ficou evidente quando durante o encontro do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) este decidiu convocar o seu II Encontro Nacional na cidade de Bauru/SP, em dezembro daquele mesmo ano.

Um marco histórico no processo de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira e sua afirmação como uma invenção democrática, pois ao afirmar, na Carta de Bauru o lema: “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, afirmou também que a Reforma não seria apenas um processo burocrático-institucional de mudança do modelo assistencial, mas ao contrário seria um processo constituinte democrático,

com participação direta e permanente dos usuários, trabalhadores e familiares (AMARANTE, 2018).

No processo pós-Constituinte, em especial nos municípios, começam a surgir experiências de construção de políticas públicas que afirmariam o direito universal a saúde mental, sua integralidade e seu caráter de cuidado em liberdade, com equipamentos públicos de base territorial.

A cidade de Santos, localizada no Estado de São Paulo, foi um verdadeiro laboratório de invenções democráticas no final da década de 1980, com o fechamento do Hospital Anchieta, a criação dos primeiros NAPS, a construção da cooperativa mista Paratodos e o lançamento das primeiras iniciativas de políticas públicas baseadas na redução de danos.

Santos era conhecida como a “Capital brasileira da AIDS” (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) por ser a cidade com maior número de casos em toda a América do Sul e vivia no dia-a-dia o compartilhamento de seringas, a estigmatização social e as campanhas fundadas no medo afastavam as pessoas da saúde pública. Para mudar isso e construir uma política pública que tivesse como eixo a pessoa, o usuário, o sujeito em si, a cidade teve a ousadia de, pela primeira vez, criar um programa de redução de danos. A escuta, o vínculo, o respeito e o cuidado tornaram-se o eixo central da política pública (KINOSHITA, 2009).

O final da década de 1980 estava assim inserido num contexto geral de afirmação democrática em diversos municípios. A Constituição com todo o seu processo participativo acabava de ser promulgada e passou a ser afetivamente chamada por alguns de “Constituição Cidadã”, numa referência simbólica à sua importância. As primeiras eleições presidenciais e os ecos das lutas pela redemocratização ressoavam por todo o país. Uma nova geração de gestores públicos, de associações e de movimentos nascia com força e ânsia por justiça social.

Nesse cenário de invenções democráticas é que surgem as estratégias de atenção básica, de atenção psicossocial antimanicomial e de redução de danos nas políticas públicas em construção. Evidenciando que é na democracia, em processos de cidadania ativa, que o SUS, o SUAS e os Direitos Humanos se nutrem.

Em três décadas surgiram centenas de experiências de políticas públicas, de associações e coletivos que levaram a Reforma Psiquiátrica antimanicomial para todos os cantos do Brasil. O país decididamente inverteu suas prioridades. O cuidado em liberdade, os direitos humanos e a construção de redes de atenção psicossocial comunitárias tornaram-se eixo central, inclusive no orçamento público federal.

O periódico Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015) indicava uma diminuição de 3.970 leitos, em relação à última edição: o Saúde Mental em Dados 11 (BRASIL, 2012). Essa tendência continuou até dezembro de 2014, quando existiam dez hospitais psiquiátricos no país indicados para descredenciamento do SUS, a partir das avaliações do PNASH/Psiquiatria¹⁷.

A política de redução de leitos dos hospitais psiquiátricos alavancava a construção de redes de atenção de base comunitária com a implantação de serviços residenciais terapêuticos, de unidades de acolhimento, de CAPS, de NAPS, de CECOs, de Consultórios na Rua e de projetos de protagonismo e autonomia dos usuários através da arte, cultura, educação e trabalho. A desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a redução de danos se afirmaram como eixos estratégicos na promoção dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2015).

Essas experiências colocaram a centralidade dos recursos públicos na ampliação de políticas públicas para equipamentos públicos de base territorial, fazendo uma clara ruptura com o modelo de isolamento social baseado em equipamentos privados.

O novo modelo de cuidado em implantação buscava a verdadeira desinstitucionalização das práticas e não a mera desospitalização dos moradores. Inspirado na experiência italiana e na desconstrução do paradigma da psiquiatria, da doença, da periculosidade, da relação problema-exclusão, a desinstitucionalização emergiu como processo social, de mobilização de vários atores.

O objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização

¹⁷ Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – avalia os serviços psiquiátricos quanto à estrutura física, aos processos e aos recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação dos hospitais às Normas Técnicas Gerais do SUS.

será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Entra em cena no período pós-Constituição, do devir-fazendo, a transformação nas relações de poder entre as instituições e seus assistidos, um desmonte da rigidez, da brutalidade, do desprezo.

Em síntese o processo de desinstitucionalização se resume em:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;
- b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero de intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;
- c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 36).

4.3.2 Campinas: uma protagonista em inventividades democráticas no campo da saúde mental

A cidade de Campinas/SP é um importante polo manicomial, também foi impactada pelas invenções democráticas contidas nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica. A cidade tinha grandes hospitais psiquiátricos, particulares e/ou filantrópicos, como: os Sanatórios Santa Isabel e Cândido Ferreira, a Casa de Saúde Bierrembach de Castro e o Hospital Psiquiátrico Tibiricá, todos fundados entre as décadas de 1920 e 1940.

Com a chegada do movimento da Reforma Psiquiátrica antimanicomial na cidade, em 1990 a Prefeitura Municipal assina um termo de cogestão com o hospital Cândido Ferreira e ambos assumem a responsabilidade de constituírem uma rede

de atenção psicossocial para cuidado e reabilitação da população necessitada de tratamento em saúde mental¹⁸.

Nesse contexto de mudança no modelo de atenção, de instalação de serviços de base comunitária, como: Hospital Dia, CAPS e residências terapêuticas, quando começa a se operacionalizar a desinstitucionalização das práticas, a demanda por trabalho e geração de renda surgiu pelos próprios interessados, como algo inerente ao processo de constituir novos lugares sociais por aqueles que até então não saíam dos muros do hospital.

O que fazer com os usuários em liberdade? Como vão circular pela cidade? Como garantir alguma renda para essas pessoas? Como criar dispositivos que pudessem proporcionar trabalho? Como inventá-los, para promover espaços democráticos de experimentação, de recriação de laços sociais, de desenvolvimento de novas sociabilidades e de criação de novos modos de vida?

Essas perguntas nortearam os primeiros pensares de alguns trabalhadores do SSCF que buscavam alternativas de cuidado, de trabalho e de produção dos usuários em processo de desinstitucionalização, dentro de uma instituição em processo de reinvenção.

Como afirmou Rotelli, na obra *a Instituição Inventada*:

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana. Eis então o porquê da necessidade em Psiquiatria hoje de instituições inventadas. Esta é a nossa experiência em Trieste, filha autopoietica da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi à descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava. A instituição afirmada é a prática assumida, ciente, organizada desta contaminação (ROTELLI, 2001, p. 94).

Nesse contexto geral de invenções democráticas e da desconstrução de uma instituição total para outra que buscava garantir cuidado em liberdade, surge o NOT

¹⁸ Consta nos Resultados dessa pesquisa, na seção: 5.1 – Análise documental: o campo de pesquisa, a trajetória de transformação do modelo de atenção do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

no ano de 1991. A abertura das grades e portões não significaria o fim do manicômio se as práticas não fossem revistas.

A constituição das oficinas de trabalho, a tecnologia de cuidado e de produção e a marca - Armazém das Oficinas, só puderam se realizar no processo de instituição inventada que vivenciou o SSCF e na experiência de cogestão¹⁹ para a consolidação da rede de saúde mental do município de Campinas, a partir do devir-coletivo de uma sociedade emergente.

O NOT se consolidou como uma TS de afirmação de direitos, fruto do contexto que passou o Brasil nos processos pré e pós-Constituição de 1988.

4.4 BEM VIVER: um novo olhar para o ser-estar no mundo

A inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental, de modo geral, faz referência a ideia do trabalho associado às práticas de economia social e solidária, associativismo, cooperativismo social e empreendedorismo.

Na perspectiva de práticas e formas de trabalho com valor social e econômico, alguns teóricos em economia solidária apontam a importância da constituição de uma nova forma de viver e produzir, principalmente, de olhar para o futuro das sociedades.

Nesse contexto, a aproximação com o conceito de Bem Viver caracterizado como uma forma de viver e de se relacionar, de valorização das tradições e da ancestralidade, dos modos de viver das populações originárias da América Latina, em que natureza e ser humano constroem uma forma de viver e produzir harmoniosa (ACOSTA, 2016), se apresentou como estruturante para o desenvolvimento dos referenciais teóricos, em especial, sobre como qualificar os impactos na vida dos sujeitos participantes desta pesquisa, após inclusão nas atividades da TS-NOT.

¹⁹ Cogestão foi o modelo de gestão construído e possível para implantação da rede de saúde mental do SUS-Campinas. Um detalhamento maior sobre esse processo se deu consta na seção: 5.1 – Análise Documental: o campo de pesquisa.

A gênese do conceito de Bem Viver tem relação direta com mitologias, visões de mundo, teologias produzidas pelos povos originários, em especial, o conceito de *sumak kawsay* e *suma qamaña*, e se apresenta como uma oportunidade para se efetivar, coletivamente, novas formas de vida. “Implica em “cidadanizar” individual e coletivamente o Estado, criando espaços comunitários como formas ativas de organização social. A própria democracia tem de ser repensada e aprofundada” (ACOSTA, 2016, p. 26).

As transições democráticas, os rumos econômicos, as estratégias de desenvolvimento das sociedades que se construíram no pós-guerra e no pós-ditadura latino-americana são os cenários em que o debate, a perspectiva, a narrativa do Bem Viver ganham visibilidade, chegando a fazer parte dos processos constituintes do Equador (*Buen Vivir*) e da Bolívia (*Vivir Bien*).

O *Plano Nacional para El Buen Vivir* do Quadriênio 2009-2013 do Equador definiu o Bem Viver como:

el Buen Vivir se construye continuamente desde reivindicaciones que buscan una visión que supere los estrechos márgenes cuantitativos del economicismo y permita la aplicación de un nuevo paradigma cuyo fin no sea los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que promueva un estrategia económica incluyente, sostenible y democrática; es decir, que incorpore a los procesos de acumulación y redistribución a los actores que históricamente han sido excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado (ECUADOR, 2009, p. 10).

O *sumak kawsay* e *suma qamaña* é uma visão trazida da população *quéchua-aimará*, mas que está presente nos povos guaranis e demais povos originários, como os conceitos *nhandereko* (vida harmoniosa) e *tekokavi* (vida *buena*), de matriz guarani, pois traz em si a incorporação da natureza na dinâmica histórica, a natureza como parte, como expressão do divino e os seres humanos como parte integrante da natureza.

A expressão utilizada para tradução de *sumak kawsay* na cosmovisão andina é *buena salud*. O dicionário *quechua* apresenta a tradução do substantivo *kawsay* como vida e cultura e do verbo *kawsay* como viver e habitar (ACOSTA, 2016).

Dessa forma, natureza, cultura, habitar e produzir são relações intrínsecas do viver e qualquer relação utilitária que coloca o ser humano e a natureza numa relação dicotômica e de simples gerador de capital, não faz sentido para essa visão de integração. “O Bem Viver supera o tradicional conceito de desenvolvimento e seus múltiplos sinônimos, introduzindo uma visão muito mais diversificada e, certamente, complexa” (ACOSTA, 2016, p. 24).

Para Acosta (2016, p. 46), o discurso sobre desenvolvimento consolidou uma dominação dicotômica: “(...) desenvolvido-subdesenvolvido, pobre-rico, avançado-atrasado, civilizado-selvagem, centro-periferia” e produziu o Terceiro Mundo como consequência do enfrentamento entre capitalismo e comunismo. Desse modo, países considerados subdesenvolvidos aceitaram aplicar políticas, instrumentos e indicadores para sair do estereótipo de atrasado para chegar ao desejado desenvolvimento.

Aníbal Quijano (2013) refere que o debate sobre desenvolvimento e crescimento econômico está associado a um pensamento e um sentido de construção nacional, do tipo uma colonialidade, uma reprodução de uma estratégia de poder dos países centrais. Nessa perspectiva o debate sobre o Bem Viver, está inserido no processo de descolonialidade, de transformação da forma de construção de poder e identidades nacionais, bem como uma resposta à lógica de desenvolvimento construída como exercício de poder.

Desenvolvimento foi, sobretudo no debate latino-americano, o fim principal de um discurso político associado a um elusivo projeto de desconcentração e redistribuição, relativos ao controle do capital industrial, na nova geografia que se configurava no capitalismo colonial – moderno global, ao fim da Segunda Guerra Mundial (QUIJANO, 2013, p. 47).

A crítica ao desenvolvimento e ao crescimento econômico, sua gênese com a cosmologia indígena, apresenta o Bem Viver não apenas relacionado com a construção de uma nova economia, como historicamente se colocou nos debates da economia social e da economia solidária, mas sim como uma nova forma de viver, de construir relações entre seres humanos e natureza.

Paul Singer, durante sua experiência à frente da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do extinto Ministério do Trabalho e, após sua saída, proporcionou reflexões sobre o conceito econômico tradicional, participando

diretamente da formulação e divulgação, em especial, da ideia do conceito do Bem Viver como forma de ampliar o debate sobre desenvolvimento econômico e social.

Para Singer, exclusão social, qualidade de vida e a felicidade de um povo não eram possíveis de serem mensuradas apenas pelas estatísticas do Produto Interno Bruto (PIB). Nesse sentido, a partir da experiência do Butão e do Equador, começou a utilizar o conceito de Bem Viver e de Felicidade Interna Bruta (FIB), “o significado dessa ideia transcende a esfera da economia. Economia solidária é uma forma de ser feliz e a gente só pode ser feliz se tem a consciência tranquila” (SINGER, 2015, *on-line*).

Euclides André Mance, que teve papel central na formulação de conceitos de redes de colaboração, compreende que o conceito de Bem Viver se entrelaçou ao movimento de economia solidária e outros movimentos:

a expressão bem-viver veio ganhando grande difusão entre os movimentos sociais e políticos latino-americanos, inicialmente a partir do debate sobre os conceitos de economia solidária e de redes colaborativas solidárias; posteriormente, a partir das mobilizações populares relacionadas às constituintes boliviana e equatoriana; e, por fim, com a sua popularização internacional através de discursos dos presidentes Evo Morales, da Bolívia, e Rafael Correa, do Equador. Em 2010, o bem-viver foi considerado como elemento constitutivo de uma nova agenda internacional pela organização do Fórum Social Mundial de Porto Alegre (MANCE, 2016, p. 108).

Mance caracteriza o Bem Viver como:

o exercício humano de compartilhar-se solidariamente das mediações econômicas, políticas, educativas e informativas para satisfazer eticamente as necessidades e desejos de cada pessoa, compondo-se da melhor maneira a realização das liberdades públicas e privadas de todos. O bem-viver, assim compreendido, implica em respeitar-se o desejo pessoal e promover a sua realização, na igual medida em que se respeita o desejo público e se promove a sua realização (MANCE, 2016, p. 125).

Construindo uma relação direta do conceito de Bem Viver com as redes de colaboração solidária e as estratégias de consumo e comercialização, estruturados como práxis transformadora, o referido autor afirma que:

Nas redes de colaboração solidária a vida é partilhada não apenas cultural e politicamente (em fluxos semióticos que medeiam exercícios democráticos de poder), mas economicamente em fluxos materiais que realimentam a reprodução social da vida de todos. De fato o viver de cada um, suas atividades de produção e consumo, realimenta as possibilidades do Bem Viver dos demais. Em cada ação prática nossa subjetividade se objetiva em diversos produtos ou relações, que de algum modo mediatizam a vida de outras pessoas e, neste momento, a nossa subjetividade objetivada é

subjetivada por outro, convertendo-se em mediação de sua própria vida (MANCIE, 2002, p. 83).

O conceito de Bem Viver se apresenta, portanto, na relação entre os seres humanos e a natureza, os seres humanos e a produção de novas sociabilidades, cuidado e subjetividade, trabalho e realização, ou seja, os seres humanos e produção de novas formas de viver e de existir, e se instala numa visão integral de desenvolvimento humano e de sociedade.

Numa perspectiva sobre o Bem Viver (BV), Sampaio *et al* (2017) procedem uma aproximação conceitual ao tema da Qualidade de Vida (QV), tão presente nas resoluções e concepções de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), paradigma fundamental para a promoção de saúde.

O que aproxima o BV e QV, mesmo por diferenças subjetivas e objetivas de concepção, é o fato de que ambos requerem parâmetro coletivo (compreendido como bem comum), no sentido de correlacioná-los com estudos e análises comparativas, tais como prescindem os indicadores de sustentabilidade (SAMPAIO, 2017, p. 45).

Assim, o tema Qualidade de Vida surge como ponto de intersecção durante a pesquisa, em especial, no sentido de contribuir para uma análise sobre a construção de um modelo de sociedade centrado nos seres humanos e suas relações. Possibilita um agenciamento sobre o olhar para os projetos de vida dos entrevistados, para os sentidos vivenciados enquanto sujeitos produtivos que buscam por meio da participação em oficinas de trabalho se construir e reconstruir socialmente.

Seidl e Zannon (2004), em análise acerca dos aspectos conceituais e metodológicos em torno do tema qualidade de vida e saúde, afirmam que:

os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, sócio-culturais, à experiência pessoal e estilo de vida (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 580).

Por estar relacionada intimamente a processos pessoais que envolvem subjetividade e multidimensionalidade a Qualidade de Vida só pode ser avaliada pela própria pessoa.

No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 582)

A definição de Qualidade de Vida pela OMS corrobora com essa informação ao indicar que, “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” é o que define sua qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583).

Esta tese se apoia numa visão ampliada, interdisciplinar de Qualidade de Vida, que compreende o conceito como multidimensional e deve englobar diversas áreas da vida como: saúde física, emocional, aspectos sociais e ambientais do contexto de vida, educação e trabalho.

O conjunto de reflexões teóricas procedidas embasou o raciocínio científico para a análise dos dados coletados em campo. Cada fala foi minuciosamente respeitada, acolhida e traduzida em significantes e significados que a análise categorial orientou, permitindo estabelecer relações entre Qualidade de Vida, Bem Viver e inclusão social pelo trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa, que combinou levantamento de referencial teórico-conceitual, revisão temática, análise documental do campo de pesquisa, coleta de dados em banco informatizado de cadastro dos oficineiros da TS-NOT e a realização das entrevistas gerou a necessidade de deslocamentos metodológicos e conceituais do projeto inicial, visando ampliar a reflexão sobre os achados.

Durante a análise documental e na leitura dos referenciais teóricos observou-se uma característica comum no contexto de surgimento das políticas públicas do SUS com os processos de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, identificada como certa ousadia inventiva dos trabalhadores e gestores da saúde que buscavam criar estruturas e processos de trabalho para uma clínica antimanicomial em desenvolvimento.

Nesse processo, destacam-se as inovações apresentadas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que deram as condições para a inclusão do direito de universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e ações da saúde, na Constituição de 1988.

No contexto de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos de Campinas e de implantação da rede substitutiva de cuidado, a relação dialética entre a instituição negada com os processos de instituição inventada vivenciados no SSCF, deram as condições para o surgimento da TS-NOT, que mantém como fundamento ontológico a característica da invenção democrática em sua dinâmica institucional, nas ações de implementação e de desenvolvimento do serviço.

Os resultados da pesquisa de mestrado (PINHO, 2015) que inspiraram esta tese de doutorado, verificaram que as experiências das oficinas e dos projetos de inclusão social pelo trabalho se dão no âmbito da saúde mental, preferencialmente, referenciados na economia solidária e no cooperativismo social. Esses conceitos estão inseridos desde as primeiras iniciativas de políticas públicas na área, sob inspiração teórica, prática e filosófica da Reforma Psiquiátrica Italiana.

A escuta das entrevistas indicava que a TS-NOT proporcionava resultados na vida das pessoas que dela participavam que ia além da esfera econômica, e que o trabalho representa.

Assim, fazia-se necessário conseguir nomear, qualificar esses achados e a revisão temática dos conceitos de Economia Solidária, Bem Viver e Qualidade de Vida, permitiram a construção teórica sobre valor social e sobre a importância das relações humanas com o trabalho.

Tal construção permitiu a ampliação do olhar sobre o objeto e desdobrou numa adequação metodológica da pesquisa. A CIF como ponto de partida para aplicação do roteiro de entrevista, tornou-se uma ferramenta para a análise do conteúdo das mesmas. Ou seja, os relatos foram apontando o quanto os domínios nas áreas vitais da vida classificadas pela CIF, são mencionados, naturalmente, durante as vivências nas oficinas e estão diretamente relacionados a novos projetos do viver, em que a qualidade de vida e a busca pelo Bem Viver se destacou.

Para a compreensão do objeto desta tese, os resultados foram produzidos e analisados com base:

- Nos referenciais teórico-conceituais e revisão temática em bancos de dados acerca dos conceitos-chave tratados nesta tese;
- Nos documentos institucionais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, do Núcleo de Oficinas e Trabalho e da Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg;
- E nas entrevistas que caracterizaram o público participante e dialogaram com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, na produção de categoriais analíticas durante o processo de análise dos discursos.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL: o campo de pesquisa

O desenvolvimento da TS-NOT ocorreu no contexto geral das invenções democráticas e da instituição inventada, no período pós-Constituição de 1988 em que a Reforma Sanitária trazendo o SUS e a Reforma Psiquiátrica antimanicomial promovendo a desinstitucionalização dos usuários de hospitais psiquiátricos, a

reintegração social e a construção de novas sociabilidades, objetivaram a demanda por atividades de trabalho.

O viver em liberdade, nos espaços públicos e sociais, produziu uma demanda objetiva. Ao invés do isolamento, do não exercício da cidadania, se impôs uma necessária relação de troca, seja ela afetiva, material ou social. Em um modelo de sociedade mediado pela representação monetária: a sociabilidade, o direito a cidade e as trocas sociais impõem necessidades econômicas para a circulação e interação social. Nessa perspectiva, a desinstitucionalização enfrentou o desafio de promover a reabilitação psicossocial, nas suas três dinâmicas estruturais: o morar, a ampliação da rede social e o trabalho com valor social.

Reabilitação Psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 2001, p. 9).

A partir dessa insurgência, provocada pela Reforma Psiquiátrica, é que foram se consolidando pelo país experiências de oficinas e projetos de geração de trabalho e renda bem como de cultura, de esporte, de lazer e de convivência.

Inserido nessa dinâmica analisou-se o desenvolvimento e a consolidação do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), desenvolvido no interior do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) enquanto Tecnologia Social (TS) de fomento e organização de empreendimentos econômicos solidários (EES), na perspectiva da economia solidária e da promoção do Bem Viver.

A análise documental do campo de pesquisa (TS-NOT) teve como objetivo determinar seu lugar institucional, desenvolvimento e consolidação na rede de saúde mental do município de Campinas/SP e suas inovações no campo do cuidado, da inclusão social pelo trabalho e da geração de renda.

- **Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**

A história do Cândido Ferreira começa em 1917 quando um grupo de filantropos campineiros se reuniu visando proporcionar tratamento digno e sem custos a pessoas que sofriam de transtornos mentais graves. Até então não havia um atendimento estruturado na cidade que atendesse essa população. Após várias ações coletivas para arrecadar fundos, o grupo adquiriu uma fazenda e iniciou a construção dos prédios que abrigariam o hospital psiquiátrico. Em 1924, o hospital foi inaugurado e desde o primeiro

atendimento, o tratamento gratuito foi adotado para atender as pessoas com transtornos mentais de baixa renda, ou completamente sem renda (SSCF, 2020a, *on-line*).

Em 1990, o SSCF que vivia uma grave crise financeira firma um convênio de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Campinas/SP (PMC), com vistas a implantar um novo modelo de assistência em saúde mental no município.

A partir desse convênio, a equipe passou a buscar alternativas para substituição do asilo psiquiátrico e transformação do modelo assistencial. Com a reformulação da assistência, deu-se a criação de novos equipamentos, tais como hospital-dia, centro de assistência psicossocial e moradias, para atender a demanda da população interna e ampliação do acesso para a população (CAYRES, 2012, p. 21).

Inicia então uma mudança de paradigma institucional, de modelo de cuidado, passando de um Hospital Psiquiátrico para um Serviço de Saúde, com a ampliação de suas ações sob inspiração da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da Reabilitação Psicossocial, buscando oferecer serviços de base comunitária e proporcionando, além do tratamento, a inclusão social dos usuários com sofrimento psíquico e/ou dependência química.

Desde esse marco histórico, institucional, o SSCF se destaca pelo pioneirismo no movimento da Reforma Psiquiátrica, na inovação dos métodos de cuidado, abolindo as práticas abusivas como excesso de medicação, uso de camisa de força, eletrochoque e quarto forte.

Existiram ainda investimentos em projetos externos e trabalho com a comunidade local para a implantação de residências terapêuticas e o desfile do bloco de carnaval “Unidos do Candinho”, investimento em comunicação com a criação do Jornal Candura e do Programa de Rádio “Maluco Beleza” e uma parceria com a Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC) para alfabetização.

A inflexão institucional do SSCF faz parte do processo de invenção democrática ocorrida no país, com forte inspiração no modelo italiano de reformulação do cuidado em psiquiatria. Conforme Amarante contextualiza, o movimento liderado por Franco Basaglia, foi uma importante referência na qual o Brasil se inspirou.

O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais (...) usando determinadas produções teóricas e uma forma peculiar no lidar com as questões sociais, construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais. As dimensões de negação/superação e, posteriormente, de invenção de um outro referimento psiquiátrico podem ser considerados como constituintes de uma ruptura que dá origem a um novo dispositivo (AMARANTE, 1994, p. 61).

Essa mudança paradigmática na Itália, de impacto nacional, culminou com a aprovação em 1978, da Lei nº 180 – Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana também conhecida popularmente como Lei Basaglia, que determinou a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional (FIOCRUZ, 1978).

Na cidade de Campinas/SP, o processo de transição de um modelo hospitalocêntrico, asilar, manicomial para um modelo de atenção psicossocial e constituição de uma rede territorial de cuidado, também se materializou em marco legal.

A Lei nº 6215/90 que “autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o “Sanatório Dr. Cândido Ferreira”, visando o funcionamento e gerenciamento comum das atividades” (CAMPINAS, 1990, *on-line*) é o marco dessa etapa, iniciando assim o processo de cogestão das políticas públicas de saúde mental da cidade de Campinas/SP.

Dois convênios do SSCF com a SMS (n. 74/12 e n. 04/17) que se encontram disponíveis para consulta pública no site da instituição denotam que o regime de cogestão e de cooperação mútua entre os partícipes, combinou assistência hospitalar com a construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Rede essa composta por serviços como: Núcleo de Retaguarda (estrutura para internação hospitalar, não mais existente desde 2017), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS III, CAPS AD), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços de Inclusão Social pelo Trabalho, Centros de Convivência, Consultório na Rua, Casas de Acolhimento Transitório e Projetos Culturais (SSCF, 2020b, 2020c).

Notou-se durante a análise documental que as oficinas de trabalho, os projetos de geração de renda e formação profissional estiveram presentes desde as etapas iniciais de reestruturação do modelo de cuidado.

A aprovação da Lei e do Convênio de cogestão implicou alteração na dinâmica institucional do SSCF, emergindo a necessidade de uma alteração no Estatuto Social da entidade, criando uma forma de gestão que pudesse expressar a inter-relação entre o SSCF e a SMS da PMC.

O Conselho Diretor do Sanatório para Dementes Pobres de Campinas²⁰, antes formado apenas pelos sócios, teve sua composição alterada com aumento no número de componentes. Passando a contar com representações: do governo municipal, dos trabalhadores da instituição (escolhidos em eleição interna), de representantes de familiares de usuários do SUS, universidades, conselho municipal de saúde e secretaria estadual de saúde.

De acordo com Valentim, superintendente do SSCF na época da implantação da cogestão:

Do ponto de vista da gestão, a relação convênio possibilitou rever os estatutos da instituição, criando instâncias decisórias que contemplam a participação de novos atores no processo (...). A entrada desses novos atores repercutiu sobre a forma de gerenciamento. De um gerenciamento tradicional, hierarquizado e centralizador, com chefias médicas, de enfermagem e de finanças, passou-se ao gerenciamento democrático, no qual as equipes multidisciplinares tanto nas áreas-fim quanto nas áreas-meio planejavam, executavam e avaliam as ações de acordo com as necessidades geradas pelos Projetos Terapêuticos dos pacientes (VALENTIM, 2001, p. 52).

Dentre todas as inovações que se vislumbravam nas frentes de cuidado, o NOT “programa responsável por atender a demanda por trabalho dos pacientes internados e propiciar espaços facilitadores da comunicação e das relações interpessoais e favorecer a interação, a integração e reinserção social” (CAYRES, 2012, p. 22), é criado ainda em 1991.

O SSCF na época contava com um curral que ofertava leite à cozinha do hospital, onde um funcionário recebia ajuda de poucos pacientes para a ordenha das vacas duas vezes por dia. Esses pacientes faziam esse trabalho em troca de pequenos prazeres como: sair da ala fechada, conseguir alguns cigarros e kits de higiene. Havia também uma horta que ficava num terreno externo ao SSCF, em que

²⁰ Nome do SSCF na sua fundação, em 1919, por um grupo de filantropos. A construção de suas instalações físicas foi iniciada somente em 1921 e sua inauguração em 1924. Ao longo de sua história, a instituição passou por algumas alterações em seu nome até tornar-se Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (NOGUEIRA, 2012).

aproveitando para fazer uma caminhada e respirar fora dos muros da instituição, esses poucos pacientes começaram a experimentar o trabalho com plantio e cultivo.

A experiência do trabalho na horta foi motivando outras atividades, como a culinária no interior dos grupos de terapia ocupacional. Essas primeiras atividades despertaram a comercialização e, da tímida motivação financeira, emergiu a necessidade de se organizar essas atividades, não mais como laborterapia²¹, mas como um trabalho. A horta tornou-se a primeira atividade real de trabalho, com a insurgência do NOT.

- **Núcleo de Oficinas e Trabalho – Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg**

Com foco nas ações de reabilitação psicossocial, do encontro com as práticas cooperativistas e associativas e, com vistas a viabilizar o funcionamento administrativo e financeiro das oficinas, em 1993, trabalhadores, usuários e familiares do serviço fundaram a Associação Cornélia M. E. V. H. Vlieg²². Na época pensou-se em fundar uma cooperativa, porém a falta de legislação para isso e de documento civil de muitos pacientes que se beneficiariam do projeto NOT, inviabilizaram a ideia.

A Associação Cornélia Maria Elizabeth V. Hylckama Vlieg é uma organização sem fins lucrativos, atua desde sua fundação em 1993 na reabilitação psicossocial de pessoas que sofrem de transtornos mentais. Reconhecida como de utilidade pública nas esferas municipal, estadual e federal, a instituição possui também o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). A Associação oferece as oficinas de trabalho como espaços alternativos e estratégicos que contribuem na inclusão social, pois, criam condições para que estas pessoas possam participar de forma efetiva em atividades produtivas. Busca unir trabalho, saúde, convívio social e cultural (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020a, *on-line*).

O modelo jurídico de associação de assistência social garante a legalidade das ações empreendedoras das oficinas, como a comercialização, a compra de

²¹ Laborterapia eram práticas comuns nas instituições totais em que os internos trabalhavam para a instituição, sem qualquer contrapartida financeira. Uma usurpação da força de trabalho das pessoas internadas para satisfazer as necessidades produtivas das instituições, muitas vezes disfarçadas por falsos discursos de combate à ociosidade e ocupação do tempo livre. Em nada se assemelha à terapia ocupacional que, por vezes, é referenciada nessas ações.

²² A holandesa Cornélia M. E. V. H. Vlieg foi a primeira terapeuta ocupacional do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e uma importante referência na construção das oficinas de trabalho, arrecadando doações, inclusive no seu país de origem, para o financiamento dos primeiros investimentos. Dar à Associação seu nome foi uma homenagem em vida, em forma de gratidão e respeito ao seu importante trabalho. Com 94 anos, faleceu em 2015 na cidade de Holambra/SP.

materiais, a emissão de nota fiscal, a prestação de contas, o pagamento da bolsa-oficina e o desenvolvimento de projetos com parceiros públicos e privados.

A Associação tem por objetivo social promover de forma continuada, gratuita, permanente e planejada a integração social, profissional, econômica, política e cultural de pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco social e as que sofrem de transtornos mentais, por meio da(o):

1. Estímulo de ações práticas alternativas de trabalho e geração de renda, criando condições para que os usuários exerçam sua cidadania.
2. Promoção de ações de capacitação e de formação profissional instruindo e preparando os usuários para o trabalho.
3. Experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio produtivos e de sistemas alternativos de produção e comércio;
4. Promoção da comercialização dos produtos artesanais e serviços provenientes dos programas da Associação, em loja própria, stands em feiras, sites e outros meios.
5. Contribuição para a formação e capacitação de profissionais e gestores de políticas sociais públicas, através de cursos, debates, simpósios e conferências.
6. Apoio a promoção da geração de trabalho e renda comunitária, através do ensino de práticas produtivas cooperativistas e associativas de valor cultural e/ou econômico;
7. Efetuar parcerias ou convênios com órgãos ou entidades, públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras no intuito de desenvolvimento de projetos culturais e sociais.
8. Promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
9. Promoção da assistência social às minorias e excluídos, através do desenvolvimento econômico e combate à pobreza;
10. Garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da missão da associação, bem como da efetividade na execução de seus serviços (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020b, p. 1-2, *on-line*).

Os processos e procedimentos necessários para o funcionamento das oficinas da TS-NOT estão previstos no regimento interno da Associação Cornélia Vlieg e inclui itens como: critérios para admissão e exclusão de usuários, regras, participação nas atividades, horário de trabalho, avaliação, desempenho e produtividade, vendas de produtos, compra de materiais e bolsa-oficina.

Todos os usuários das oficinas recebem uma Bolsa-oficina; como resultado da produção e venda dos produtos. O resultado das vendas é dividido entre os participantes da oficina de acordo com a avaliação de desempenho de cada um. Essa avaliação é feita em grupo pelo coordenador, monitor e grupo de usuários durante o mês, considerando-se critérios como assiduidade, pontualidade, responsabilidade, iniciativa, criatividade, higiene pessoal, relação com o grupo e desempenho na tarefa específica. As Oficinas se tornam oportunidade de profissionalização, desenvolvimento econômico para os participantes e a auto-sustentabilidade para o projeto (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020c, *on-line*).

O papel da Associação em relação às oficinas é de apoio e representação institucional. Já a gestão do cotidiano é de responsabilidade de cada grupo, em processos autogestionários, viabilizados por meio das rodas de conversa entreicineiros, monitores e coordenadores.

Cada oficina é compreendida como um empreendimento econômico solidário (EES), tendo como principal dispositivo de autogestão a metodologia da roda.

As rodas são espaços de conversas e trocas que ocorrem semanalmente e são responsáveis por organizar o processo produtivo, a divisão de atividades e tarefas, as retiradas (bolsa-oficina) e os acordos coletivos de cada grupo, viabilizando assim verdadeiros processos participativos e decisórios (PINHO, 2015).

Embora registrada enquanto uma associação, a TS-NOT aplica em seu cotidiano metodologias de funcionamento que se assemelham ao modelo cooperativista, conforme registro em sua página eletrônica,

O NOT funciona como uma “cooperativa”, havendo a preocupação da equipe que o gerencia em favorecer a participação democrática dos usuários em todas as etapas do processo de trabalho, isto é, na produção, venda e processo de remuneração. O usuário (sujeito) se identifica e se reconstrói com resultado de sua produção/trabalho. A produção é de um sujeito (portanto produtivo) e que ao mesmo tempo, é estruturado por sua produção. O encontro com o resultado dessa produção gera efeitos de reconhecimento deste sujeito com sua história e com sua identidade (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020c, *on-line*).

Numa comparação possível, observa-se que a Associação Cornélia Vlieg funciona como uma cooperativa central ou de segundo grau. Estas têm por objetivo organizar, dar sentido a intercooperação, facilitando a utilização recíproca de produtos e serviços por diversas cooperativas.

De acordo com a Política Nacional de Cooperativismo, instituída pela Lei nº 5764/71, uma cooperativa central é composta por, no mínimo, três cooperativas singulares e funciona como uma cooperativa que organiza iniciativas em comum entre cooperativas (negócios) singulares.

Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.
Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem

outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas (BRASIL, 1971, *on-line*).

Nota-se que, a Associação Cornélia Vlieg é o espaço de encontro, de interação, de fomento e coordenação do conjunto diversificado das oficinas (EES), ao desenvolver e coordenar ações, como:

- comercialização dos produtos e serviços em loja física, eventos, shoppings e feiras;
- desenvolvimento da marca Armazém das Oficinas;
- pagamento da bolsa-oficina;
- viabilizadora de estratégias de comunicação e marketing;
- captadora de editais e recursos;
- elo para parcerias interinstitucionais.

Dentre as parcerias institucionais da Associação Cornélia Vlieg, um convênio com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) da PMC, permite o desenvolvimento do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua – “Projeto Morador”.

A parceria, existente desde 2002, atende pessoas em situação de rua que apresentam problemas com uso abusivo de álcool ou outras drogas, deficiências e transtornos mentais, com dificuldades de inclusão no mercado de trabalho, compondo a “rede de serviços e oportunizando a inclusão social pelo trabalho, contribuindo na autonomia e na construção de novos projetos de vida, bem como no exercício da cidadania” (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020d, *on-line*).

O serviço tem como proposta oportunizar a inclusão social pelo trabalho, contribuindo para a autonomia e a construção de novos projetos de vida. São ofertadas dentro das 300 vagas do NOT, 30 vagas para essa população.

Percebiam-se as oficinas como o lugar que poderia oferecer condições para que cada oficinheiro exercesse uma atividade de trabalho compatível com sua habilidade, e a forma de organização baseada nos princípios do cooperativismo permitia a qualificação do oficinheiro e de sua produção, que seria incluída no mercado (CAYRES, 2012, p. 25).

A inclusão em oficinas de trabalho oportuniza o resgate dos hábitos e a ampliação da sociabilidade para o trabalho, valorizando no cotidiano o fazer

individual, estimulando as potencialidades, respeitando o ritmo, as habilidades e as escolhas dos usuários. Contribui para a construção de novos projetos de vida, restaurando e preservando a integridade e autonomia. Articulam possibilidades para reinserção familiar, comunitária e na rede socioassistencial, bem como, nas outras políticas setoriais. E estimula a participação em espaços de defesa de direitos (ARMAZÉM DAS OFICINAS, 2020d, *on-line*).

Em 2003, a Associação Cornélia Vlieg viveu o desafio da “transferência de conhecimentos acumulados e a metodologia de trabalho utilizada pela experiência do NOT, ou seja, a tecnologia social desenvolvida em Campinas” (CAYRES, 2012, p. 205), tornando-se referência na articulação entre saúde mental e economia solidária, com a implantação do Projeto Tear na cidade de Guarulhos/SP.

O Tear é um serviço da rede de atenção psicossocial do município de Guarulhos (SP), que atua no campo da inclusão social pelo trabalho, convivência e cultura da população em situação de sofrimento psíquico e/ou outras vulnerabilidades socioafetivas. Fundado em 2003, o Tear é o resultado de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Guarulhos, os Laboratórios Pfizer, Associação Cornélia Vlieg (até 07/2012), Associação Saúde da Família e Associação Inclui Mais (PROJETO TEAR, 2020, *on-line*).

O processo de transferência de tecnologia contou com diversas fases entre elas: a definição e participação de parceiros, a escolha, a reforma e a montagem do espaço físico, a seleção e a formação profissional da nova equipe, sendo Campinas o centro de capacitação, a implantação de seis oficinas de trabalho e abertura do ponto de comercialização (CAYRES, 2012).

A Associação Cornélia Vlieg fez a gestão do Projeto Tear por quase 10 anos, mas o crescimento do projeto e a distância entre as cidades de Campinas/SP e Guarulhos/SP fizeram com que a Associação buscasse um parceiro local para assumir o serviço. E, numa transição gradual, a Associação Saúde da Família tornou-se gestora do Projeto Tear, em convênio firmado com a prefeitura municipal de Guarulhos/SP.

- **Armazém das Oficinas – comércio justo e solidário**

Como a maior parte das experiências em saúde mental de abertura dos hospitais psiquiátricos, as primeiras vivências de comercialização das oficinas

ocorriam dentro do SSCF e em feiras locais, próximas às dependências da instituição. Essas experiências eram muito restritas e pontuais, pois limitavam o público que as frequentavam.

Visando ampliar o acesso da população e a interação social, em 1996 implantou-se no centro comercial do distrito de Sousas a loja Not&Cia. Um passo importante, ao que viria a se constituir o Armazém das Oficinas.

O crescimento da capacidade de produção das oficinas e da qualidade dos produtos levou, com os passar dos anos, a exigência de que as peças artesanais ou os serviços prestados tivessem uma marca que os identificassem no mercado, agregando valor, buscando aumento da comercialização e, por consequência, a geração de renda aos oficineiros.

Em 2001, ocorreu uma reestruturação dos serviços de saúde mental em Campinas, novos serviços foram implantados a partir do fechamento do Hospital Psiquiátrico Tibiricá, e outros foram ampliados, dentre eles o NOT, que teve a oportunidade de ampliar a equipe, o que possibilitou aumentar a oferta de vagas com a implantação de três novas oficinas e a instalação de uma nova loja na região central do município, o Armazém das Oficinas (CAYRES, 2012, p. 27).

Durante dezesseis anos o Armazém das Oficinas funcionou em um bairro de classe média próximo ao centro da cidade, chamado Cambuí, ou seja, num ambiente extramuros da instituição. Essa experiência possibilitou a consolidação da marca Armazém das Oficinas como uma identidade pública dos produtos e serviços da TS-NOT. Um passo importante na luta contra o estigma social da loucura, inserindo no território produtos e serviços que refletiam produção de vida, provando que é possível cuidar em liberdade e que o trabalho oportuniza saúde e novas sociabilidades.

O Armazém das Oficinas, ponto fixo de comercialização, inspirado na economia solidária, constitui-se como um dispositivo de ampliação da presença social no ambiente da cidade, daquilo que a loucura é capaz de produzir.

A loja é um espaço de comercialização que tem se especializado no comércio justo de produtos solidários: uma alternativa ao comércio convencional. Seu objetivo é apoiar empreendimentos econômicos solidários que envolvam os produtores excluídos social e economicamente. A eliminação de intermediários permite que o produto chegue às mãos do consumidos por preço justo, com uma remuneração adequada ao produtor (CAYRES, 2012, p. 19).

Porém, um processo iniciado em 2016 e concretizado em abril de 2017, de reestruturação institucional do SSCF combinada com uma readequação financeira, levou a uma terceira mudança de espaço físico do Armazém das Oficinas.

Em conformidade com a política de saúde mental do município e em processo constante de melhoria do cuidado ofertado à rede de saúde mental, crítico à necessidade de finalizar os leitos de internação e consolidar a reforma psiquiátrica antimanicomial, o SSCF deu o último passo para encerramento dos 20 leitos existentes no Núcleo de Retaguarda, conforme Plano de Trabalho 2017 (SSCF, 2020d).

Campinas, por muitos anos contou com alguns leitos de internação na PUC, na UNICAMP e, mais recentemente, no hospital Ouro Verde, porém em quantidade insuficiente para atender a necessidade municipal e por esse motivo os convênios do SSCF com a SMS da PMC previam a manutenção desses leitos.

O encerramento dos mesmos possibilitou a mudança do seu registro na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) junto ao Ministério da Saúde. De um Hospital Psiquiátrico, o SSCF foi reclassificado como um Centro de Assistência Psicossocial, Registro nº 87.20-4-99 – “Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química e grupos similares não especificadas anteriormente” (BRASIL, 2020, *on-line*), consolidando seu processo de desinstitucionalização.

Tal transformação institucional proporcionou que uma antiga ala de internação fosse desocupada dando oportunidade para a ressignificação do espaço. Um local fechado, cenário de tristeza para muitos usuários, dotado de estigmas e preconceitos, transformou-se em um espaço aberto à sociedade, repleto de arte, beleza, afeto e produção de vida.

A antiga ala que já havia acolhido internações para quadros agudos e de dependência química, recebeu o Armazém das Oficinas composto de: uma loja de produtos artesanais, uma cafeteria, uma feira de produtos orgânicos e um restaurante. Espaço de vivência, convivência e comercialização promovendo encontros, afetividades e novas sociabilidades.

A instituição inventada, ressignificada, demonstrou na prática, que assim como no modelo italiano de Reforma Psiquiátrica, é possível a ocupação dos antigos espaços de tratamento asilar e manicomial com atividades de produção de vida e de saúde.

O ponto fixo de comercialização além do compromisso com as vendas, que é o que mantém a geração da bolsa-oficina, é uma vitrine para a sociedade sobre as potencialidades produtivas e criativas dos usuários da RAPS e da população em situação de rua, demonstrando que os sistemas públicos de promoção de direitos humanos, o SUS e SUAS, produzem processos de transformação de vidas e inclusão social pelo trabalho.

SSCF e Associação Cornélia Vlieg: saúde, assistência social, trabalho e renda

A pesquisa documental acerca da história do SSCF e da Associação Cornélia Vlieg permitiu compreender o quanto essas entidades se entrelaçam, ao mesmo tempo em que mantêm características fundantes e de gestão distintas, mas que as fazem complementares em prol de um projeto único: ofertar saúde, assistência social, reabilitação psicossocial, trabalho e renda.

Observou-se que, enquanto o SSCF é estruturado a partir do desenvolvimento do convênio de cogestão para a implementação da atenção psicossocial no SUS, a Associação Cornélia Vlieg tem sua forma de atuação na intersetorialidade com diversas políticas públicas: saúde, assistência social, direitos humanos, trabalho e cultura.

A singularidade da parceria de cogestão do SSCF com a SMS da PMC possibilitou o desenvolvimento de uma gestão com mais participação e maior controle social, em que estratégias de reabilitação psicossocial e de serviços de base comunitária ganharam centralidade na implementação da Rede de Atenção Psicossocial da cidade com a constituição de serviços como: CAPS, NOT, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Rádio Comunitária e Projetos Culturais.

A intersetorialidade fundante da Associação Cornélia Vlieg, na sua relação com a TS-NOT, se realiza a partir da centralidade das ações nas atividades de

geração de trabalho, renda e comercialização de produtos artesanais e serviços das oficinas e do desenvolvimento de convênios como o “Projeto Morador”.

A relação saúde mental e economia solidária é o que entrelaça o SSCF e a Associação Cornélia Vlieg por meio do desenvolvimento prático de experiências, metodologias e tecnologias sociais de funcionamento das oficinas de trabalho, de forma continuada e com forte presença institucional das entidades nas redes SUS e SUAS do município.

5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

5.2.1 Perfil dos participantes

A pesquisa de campo, que contou com a realização de dez entrevistas, possibilitou traçar o perfil dos participantes. Esses dados foram correlacionados com informações do banco de dados informatizado de cadastro dosicineiros, do mês de novembro de 2020, em que constavam: 301icineiros ativos e uma lista de espera de 264 pessoas.

Para melhor compreensão e visualização dos dados, os mesmos foram agrupados por áreas: caracterização dos entrevistados, aspectos referentes ao tratamento e informações sociais, conforme registros nos Quadros 7, 8 e 9, respectivamente.

O Quadro 7 apresenta informações referentes à caracterização dos entrevistados quanto a: gênero, idade, escolaridade, encaminhamento pelo projeto morador e ano de inclusão na TS-NOT. Visando garantir o sigilo das informações e preservar a identidade dos participantes, optou-se por não incluir as oficinas de participação dos entrevistados, mas fica o registro de que cinco oficinas foram contempladas na amostragem aleatória.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes da pesquisa

SR / SRA	GÊNERO			IDADE	ESCOLARI- DADE	PROJETO MORADOR		ANO DE INCLUSÃO
	F	M	LGBTQIA+			Sim	Não	
P1		X		43	nível médio		X	2009
P2		X		37	nível médio	X		2018
P3	X			62	nível médio		X	2016
P4		X		47	6ª série	X		2003
P5		X		78	7ª série		X	1997
P6	X			69	1ª série		X	2007
P7			X	29	5ª série	X		2017
P8		X		37	2ª série		X	2017
P9	X			56	superior		X	2016
P10		X		41	8ª série		X	2006

Fonte: elaborado pela autora

• Participantes por gênero

Entre as dez entrevistas realizadas predominou o gênero masculino, totalizando seis entrevistados. De modo geral, as estatísticas históricas do banco de dados informatizado da TS-NOT confirmam a predominância de homens entre osicineiros.

O relatório mensal para faturamento, emitido pela unidade para fins de financiamento do SUS, apontou que nos quatro primeiros meses do ano de 2020, a média foi de 70,9% dos participantes inseridos nas oficinas serem homens e apenas 29,1% mulheres. Os meses de maio a outubro tiveram seus registros afetados, devido à pandemia covid-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e a suspensão parcial e temporária das atividades das oficinas.

Em novembro de 2020, 72,4% do público inserido nas oficinas era masculino, ou seja, havia 218 homens e apenas 83 mulheres, representando 27,6% do número total. Durante a análise observou-se que o sistema não registra a população LGBTQIA+, sendo essas pessoas excluídas da estatística oficial dos inseridos nas oficinas. Trata-se de uma população geralmente encaminhada pelo Projeto Morador e de permanência mais breve nas oficinas, seja pela reinserção no mercado de trabalho, seja por mudanças no projeto de vida.

Duas oficinas se destacam por se constituírem predominantemente de homens entre osicineiros. A oficina de ladrilho hidráulico, que confecciona pisos artesanais e a oficina agrícola que além de atividades na horta com plantio, cultivo e colheita, tem também atividades de jardinagem. Essa é a maior oficina da TS-NOT e só nela são ofertadas 60 vagas. Não há um impedimento para que mulheres sejam inseridas nessas oficinas, mas há uma escolha maior dos homens por essas atividades.

Tais dados instigaram a indicar que novas pesquisas possam tratar do tema: gênero e trabalho em saúde mental, e que não foi abordado no escopo desta tese.

- **Participantes por faixa etária**

Com relação à faixa etária dos entrevistados identificou-se o mais jovem com 29 anos e o mais idoso com 78 anos, sendo que a grande maioria está entre os 37-56 anos, sendo considerada uma importante faixa de idade ativa para trabalho.

Três idosos, ou seja,icineiros com mais de 60 anos, participaram das entrevistas e chamaram atenção pela vitalidade e disposição para o trabalho. Os mesmos referiram que mesmo contando com aposentadoria como fonte de renda fixa, preferem se manter ativos e ainda dispor de um reforço no orçamento. A manutenção em rotina de trabalho é referenciada como uma ação que diminui o estigma do idoso ser improdutivo, garante a manutenção da autonomia e a dignidade humana.

De acordo com o banco de dados, entre os 301icineiros ativos observou-se: 14 pessoas entre 20-29anos (4,6%); 54 pessoas entre 30-39anos (17,9%); 98 pessoas entre 40-49anos (32,5%); 89 pessoas entre 50-59 anos (29,6%); e 46 pessoas acima de 60 anos (15,3%).

Destaca-se um número expressivo, 187icineiros na faixa etária de 40-59anos, totalizando 62,4% do total. Pessoas em plena idade produtiva para o trabalho e que pela ausência de oportunidades no mercado formal, encontram na TS-NOT o acolhimento necessário para produzir e contar com alguma renda.

Esse dado pode ser mais bem explorado em outras pesquisas com vistas a compreender o perfil dessas pessoas. Há predominância por algum sofrimento psíquico nessa faixa etária mais expressiva? Há uma estabilização dos quadros e por isso maior prevalência nas oficinas? São pessoas que compõem grupos familiares ou que se mantêm sozinhas? São aquelas que têm na bolsa-oficina a única fonte de renda? São pessoas que buscaram oportunidades no mercado formal de trabalho e não encontraram? Ou não conseguiram se manter?

- **A escolaridade dos participantes**

Buscar conhecer a escolaridade dos participantes da pesquisa e dos demais participantes das oficinas, teve por objetivo compreender as oportunidades de acesso à educação, às barreiras para uma educação inclusiva, a retomada de estudos após inclusão na TS-NOT, reconhecendo que a população acometida por transtornos mentais severos está inserida nas classes sociais mais vulneráveis, o que está diretamente relacionado à ausência de igualdade de oportunidades.

Entre os entrevistados identificou-se: doisicineiros com ensino fundamental I, quatro com ensino fundamental II; três com ensino médio e um com ensino superior.

Três dos entrevistados mencionaram que voltaram a estudar graças ao incentivo dos coordenadores, a facilitação da oficina em organizar o horário de trabalho, ajuda com banho e refeição antes de irem para escola, acolhimento em outras atividades do SSCF na janela de tempo entre a saída da oficina e o início das aulas.

Nesse item, o banco de cadastro dosicineiros deixou a desejar na organização das informações, pois indicou que em novembro de 2020 existiam seteicineiros não alfabetizados e oitoicineiros analfabetos. O que diferencia essas classificações que correspondem a 5% do total dos participantes das oficinas?

Com relação ao ensino fundamental existiam 160 pessoas, ou seja, 53% do público total e sem distinção entre os níveis I e II. Este seria um dado importante de se conhecer, uma vez que poderia nortear os profissionais da TS-NOT na busca por

oportunidades de continuidade dos estudos nos programas da Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC), que tem parceria com o SSCF.

Com relação ao ensino médio existiam 105 oficinairos, representando 34,8% das vagas totais da TS-NOT, nove pessoas sem a informação sobre escolaridade e 12 com ensino superior.

De acordo com o relatório *Education at a Glance* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), publicado em 2019, no Brasil apenas 21% dos brasileiros entre 25 a 34 anos têm Ensino Superior completo. Foram identificadas 12 pessoas com graduação superior entre os oficinairos da TS-NOT correspondendo a 4% do público total. Apesar de parecer um baixo índice, fica a curiosidade por compreender a relação dessa escolaridade com gênero e idade, do adoecimento com a vida ocupacional, de uma graduação realizada antes, durante ou após o tratamento. Essas são possibilidades para aprofundamentos em outras pesquisas.

- **Tempo de inclusão nas oficinas da TS-NOT**

Com relação ao tempo de inclusão nas oficinas, observou-se que 50% do público entrevistado está inserido há menos de cinco anos e a segunda maior parcela tem entre 11 e 19 anos, representando 30%.

De acordo com o banco de dados: 200 oficinairos (66,4%) encontram-se entre 0-5 anos; 56 entre 6-10 anos; 36 entre 11-19 anos e apenas nove há mais de 20 anos. Dentre esses últimos estão os oficinairos que fundaram o projeto. Aqueles que contam a história viva da instituição, todo o processo de transformação de uma instituição negada para uma instituição inventada. Aqueles que viveram a transição da instituição asilar manicomial para a instituição que produz cidadania e inclusão social pelo trabalho. Um deles participou desta pesquisa.

Considerando que 66,4% estão entre os que permanecem menor tempo nas oficinas, entende-se que uma parcela das vagas da TS-NOT é mais rotativa, e com isso algumas indagações se fizeram presentes: essa parcela mais rotativa se aplica aos mais jovens? Aos quadros menos graves que podem ter mais oportunidades no

mercado formal? A algum perfil de adoecimento psíquico? Quais os motivos que geram desligamento dos oficinairos? Teriam as oficinas a missão de serem mais transitórias na vida dos participantes? Existe uma ação da TS-NOT para inserção ou reinserção no mercado formal de trabalho?

Essas perguntas podem ser disparadoras para novas pesquisas, auxiliar a equipe na condução e encaminhamento dos casos e na compreensão do papel da TS-NOT na vida dos oficinairos. Contudo, algumas respostas para essas perguntas podem ser extraídas do próprio banco de dados, que é muito rico em informações. Por não ser objeto desta tese não foi possível explorar esses dados.

Inseridos entre seis e dezenove anos de participação, na época do levantamento de dados constavam 92 oficinairos, representando 30,56% das vagas. O que faz essas pessoas permanecerem tantos anos num projeto como a TS-NOT? Quais benefícios sustentam essa inserção? O cuidado? A produtividade? O lugar social? A ocupação? A renda?

Foram entrevistados quatro oficinairos com esse intervalo de tempo de inserção nas oficinas e a análise de conteúdo das falas demonstrou que num mundo dotado de preconceitos e de poucas oportunidades, a coletividade, a solidariedade, o trabalho com sentido, o acolhimento, a escuta e o afeto, sustentam e promovem o Bem Viver, tornando as oficinas a oportunidade de ser lugar de trabalho para uma vida, não gerando a necessidade ou vontade de buscarem por outras oportunidades.

- **Projeto Morador**

Das 300 vagas da TS-NOT – 10% delas, ou seja, 30 vagas são destinadas ao Projeto Morador via parceria com a SMAS da PMC. Deste modo, a amostragem aleatória que contou com a indicação dos coordenadores das oficinas, sem qualquer influência da pesquisadora, corroborou com a confirmação da informação, sendo que três dos entrevistados eram participantes do projeto.

Em novembro de 2020, de acordo com o banco de dados, havia 26 pessoas do projeto inseridas, porém durante vários meses da pandemia, parte dessa

população, principalmente aqueles acolhidos em abrigos, precisou ficar afastada das atividades garantindo o isolamento social, o que afetou o preenchimento das vagas.

O fluxo de acolhimento dessas pessoas geralmente passa por serviços como: Centro POP, serviços de abordagem na rua, casas de passagem, abrigos ou SAMIM (Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante). Trata-se de um grupo que carrega o uso de substância como ciclo de vida e, por vezes, traçam o caminho de passagens mais breves pelas oficinas.

Disponer de apenas 30 vagas no Projeto Morador acaba sendo insuficiente para a demanda do município e a TS-NOT trabalha com permanente lista de espera. Para esses casos, muitas vezes as oficinas são a oportunidade para saírem da situação de rua com acolhimento em abrigo ou casa de passagem, reorganização da vida financeira e a retomada de hábitos de convivência e trabalho.

Com relação aos aspectos referentes ao tratamento em saúde mental como: local, tempo, diagnóstico, frequência, necessidade de leito noite ou internação, nos últimos seis meses e uso de medicação, as informações foram agrupadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Aspectos referentes ao tratamento dos participantes da pesquisa

SR SRA	LOCAL	TEMPO	DIAGNÓSTICO	FREQUÊNCIA	LEITO NOITE		INTERNAÇÃO		USO DE MEDICAÇÃO
					Sim	Não	Sim	Não	
P1	CS	11 anos	Esquizofrenia	Trimestral	X		X		S
P2	CAPS AD III	12 anos	Uso de múltiplas substâncias	Quinzenal	X		X		S
P3	CS	4 anos	Uso de álcool	Anual	X		X		S
P4	CAPS AD III	16 anos	Uso de álcool	Semanal	X		X		N
P5	CS	22 anos	Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)	Mensal	X		X		S
P6	CS	40 anos	Depressão crônica	Mensal	X		X		S
P7	CAPS AD III	2 anos	Uso de múltiplas substâncias	Quinzenal	X		X		N
P8	CS	2 anos	Deficiência Intelectual	Mensal	X		X		S
P9	CAPS III	3 anos	Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)	Mensal	X		X		S
P10	CAPS AD III	13 anos	Uso de múltiplas substâncias	Semanal	X		X		S

Fonte: elaborado pela autora

- **Local de tratamento**

A TS-NOT atende toda rede de saúde do município que inclui CAPS III, CAPS AD, CS, hospitais gerais e ambulatórios, tem parceria com rede de assistência social que inclui os Centros POP, serviços de abordagem de rua, abrigos e casas de passagem e também recebe encaminhamentos de convênios e particulares.

De acordo com o banco de dados, observou-se que: 21,3% dosicineiros realizam tratamento em CAPS III; 31,2% em CAPS AD; 30,9% em CS; 7,3% em ambulatórios; 6% em convênios de saúde ou com médico particular; e 3,3% em outros serviços.

Na pesquisa de campo, observou-se que 50% do público entrevistado está em serviços mais especializados como CAPS III e CAPS AD III e outros 50% em CS, considerados serviços menos intensivos na complexidade da rede de atenção psicossocial. Isso demonstra um equilíbrio entre os perfis de usuários inseridos na TS-NOT, o que corroborou com os dados do banco informatizado.

Entre os entrevistados houve dois registros de pessoas que tiveram o tratamento transferido de CAPS para CS, após inclusão nas oficinas, com a observação de remissão dos sintomas mais graves e a estabilização do quadro. Não se identificou pessoas em tratamento em ambulatórios de saúde mental, como os pertencentes à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC) e à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), bem como convênios e particulares que são também serviços encaminhadores e juntos representam 13,3% dos participantes das oficinas.

- **Tempo e intensidade de tratamento**

Entre os entrevistados identificou-se quatroicineiros entre dois e quatro anos de tratamento, quatro entre 11 e 16 anos; um com 22 anos e um com 40 anos.

Desde sua concepção, a TS-NOT se apresenta como um espaço que atende as necessidades de inclusão ou manutenção na vida produtiva dos usuários em tratamento de saúde mental e, conforme registros anteriores, notou-se um grupo heterogêneo entre osicineiros com distintas necessidades e projetos de vida.

Desse modo, para alguns ela se torna um espaço transitório, enquanto processo de reabilitação psicossocial, de reorganização da vida para a (re)inserção no mercado formal de trabalho e para outra parcela dos participantes, com mais dificuldades para inclusão no mercado formal, ela se coloca como espaço mais permanente. Assim, as oficinas cumprem papel de dupla mediação social. Ora fazem função de tecnologias em saúde destacando os aspectos de reabilitação psicossocial, ora destacam-se pelo potencial de estratégia de promoção de direitos e inclusão social pelo trabalho.

Isso se reflete no tempo de tratamento das pessoas e na intensidade desse cuidado? Há uma relação entre o tempo na TS-NOT com o tempo em tratamento? Estas são indagações para uma outra investigação se dedicar a buscar respostas.

Um dos pontos importantes para participação nas oficinas é a manutenção no tratamento e o seguimento do Projeto Terapêutico Singular²³ (PTS) no serviço de referência.

As entrevistas indicaram que a menor parte dos entrevistados (dois) está em tratamento mais intensivo como rotina semanal em CAPS III. A maior parte está em rotina menos intensiva sendo dois em plano quinzenal de cuidado, quatro semanal, um trimestral e um anual.

Observou-se ainda que não houve registro de internação ou necessidade de leito noite²⁴ entre os participantes da pesquisa, nos últimos seis meses que antecederam as entrevistas.

Os relatos apontaram que a inclusão numa rotina de atividades, a segurança com uma rede de atenção mais próxima, novas relações no âmbito familiar e social

²³ O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (...) Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, (...) O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (BRASIL, 2007, p. 40).

²⁴ Leito Noite são leitos de retaguarda noturna oferecidos pelos CAPS III para momentos de necessidade de tratamento mais intensivo.

que o trabalho proporciona, sustentam o cuidado e diminuem o risco de crises mais graves que demandam por leito noite ou internação.

Com relação às recaídas, o compromisso com o retorno ao trabalho, por vezes acelera o tempo de recuperação e o espaçamento entre elas.

O estar na oficina, a proximidade diária com o grupo, monitores e coordenadores afina as relações e torna-se o suporte, muitas vezes imediato, para acolhimento, identificação de princípios de desorganização, percepção de oscilações de comportamento, alteração de humor e identificação de gatilhos para crise.

O trabalho em rede entre os profissionais do serviço que acompanha e da oficina permite o agir rápido e preciso para evitar agravamentos.

- **Tipologia de adoecimento**

Com relação à tipologia de adoecimento para tratamento notou-se quatro quadros psicóticos entre: depressão, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia, cinco casos de dependência química, um deles com estabilização do uso abusivo e acompanhamento em CS e um participante com deficiência intelectual.

Com relação à inserção no mercado de trabalho dos dependentes químicos em uso abusivo de substâncias psicoativas, com constantes recaídas e prejuízo na vida ocupacional, o mercado informal acaba absorvendo essa mão de obra com oferta de atividades como: venda de doces em semáforos, guardadores de carro, catadores de materiais recicláveis, serviço de chapa em rodovias, entre outras. Essas atividades muitas vezes são mais rentáveis financeiramente do que a geração de renda da bolsa-oficina, mas a instabilidade e violência nas ruas, o uso abusivo de substâncias e a falta de uma rotina levam os usuários a terem interesse por conhecer e experimentar uma oficina na TS-NOT e, muitas vezes, se destacam com facilidade de aprendizagem, disponibilidade para o trabalho e iniciativa para as atividades, assumindo as funções mais complexas nas oficinas.

Dos 301 oficineiros ativos na TS-NOT, em novembro de 2020: 108 apresentavam quadros psicóticos (35,6%); 94 – dependência química e uso de substâncias (31,2%); 37 – quadros de ansiedade e depressão (12,3%), 17 –

deficiências (5,6%); 8 – pessoas com quadros orgânicos e de desenvolvimento (2,6%); e 37 pessoas sem diagnósticos atribuídos no sistema.

- **Uso de medicação – desafios e questionamentos**

Com relação ao uso de medicação, oito dos entrevistados referiram fazer uso enquanto parte do seu projeto de cuidado, porém que o mesmo oscila ao longo da vida, podendo ser com maior ou menor intensidade, em determinados momentos ou situações. A menor parte dos entrevistados (dois) afirmaram ter deixado de usar após inclusão em rotina de trabalho nas oficinas e a estabilização do quadro.

Para boa parte deles o uso de medicação tem seus prós e contras e isso por vezes gera resistência no uso. A diminuição da ansiedade, a regulação das horas de sono, a organização do pensamento é vista como ponto positivo para um uso regular, porém, a perda da libido, a rigidez muscular e o uso de substâncias psicoativas são vistos como desanimadores para o uso correto.

De acordo com o banco de dados: 205 pessoas (68,1%) referiram fazer uso de medicação rotineira e 96 delas (31,9%) informaram, no momento da triagem, não fazer uso.

A necessidade e uso correto de medicação é sempre um tema polêmico nos grupos de saúde mental. Este é um debate muito rico entre os usuários e destes com suas equipes de saúde, demonstrando participação ativa dos mesmos em seus projetos de cuidado, com discussões que favorecem desde a compreensão do adoecimento, os prejuízos na vida cotidiana de certos sintomas, os benefícios do uso regular, os efeitos colaterais, entre outros. Fazer a gestão do uso da medicação é, por vezes, um grande desafio para os usuários.

Por fim, um terceiro agrupamento de características sociais permitiu identificar itens como: situação de moradia, benefícios e pagamento de previdência, conforme informações constantes no Quadro 9.

Quadro 9 – Aspectos referentes as questões sociais dos participantes da pesquisa

SR SRA	SITUAÇÃO DE MORADIA				BENEFÍCIO			PAGAMENTO DE PREVIDÊNCIA	
	com família	sozinho	Sim	Não	Previdência	Assistência	Tipo	Sim	Não
P1	X		X			X	BPC		X
P2	X			X					X
P3		X	X		X		Aposentadoria por invalidez		X
P4		X		X				X	
P5	X		X		X		Aposentadoria por invalidez		X
P6		X		X					
P7		X		X				X	
P8	X			X					X
P9	X		X		X		Aposentadoria por invalidez		X
P10	X		X			X	BPC		X

Fonte: elaborado pela autora

- **Os participantes e o morar**

Com relação ao local de moradia, entre os entrevistados 60% referiram residir com familiares, compondo a renda da casa e auxiliando no pagamento das despesas. Um papel social importante que proporciona um deslocamento identitário doicineiro na relação familiar, ou seja, uma transformação de papel, antes restritivo a usuário da rede de saúde mental, para um trabalhador na família, de paciente a agente, de dependente a colaborador.

Os que moram sozinhos (quatro) pagam aluguel de casa ou de quarto de pensão com os recursos da bolsa-oficina. Destes, alguns já estiveram em situação de rua e foi o trabalho na TS-NOT que ofertou qualidade de vida no quesito morar, eixo importante da tríade da reabilitação psicossocial.

A parceria com a rede de assistência social, a inserção em abrigos, o acompanhamento sistemático entre saúde e assistência, a formação de poupança bancária enquanto abrigados, a estabilização psíquica, a organização financeira, o auxílio para encontrar e alugar uma casa ou quarto de pensão, mobiliar o local, o

acompanhamento após a saída do abrigo pela equipe de assistência e o dia-a-dia do trabalho pela equipe da TS-NOT são processos que garantem os caminhos para a reabilitação psicossocial.

Para Saraceno, refletir sobre reabilitação envolve o pensar e o agir no conjunto distinto de protagonistas. Não se trata de uma técnica, mas uma abordagem, uma estratégia ética em saúde mental “O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 16).

O banco de dados indica outras possibilidades de morar, como: acolhimento institucional (abrigo, albergue ou casa de passagem), situação de rua ou serviço residencial terapêutico (SRT)²⁵, situações não identificadas entre os entrevistados.

De acordo com o cadastro, em novembro de 2020, 187 oficineiros residiam com seus familiares (62,1%); 40 sozinhos (13,3%); 39 em acolhimento institucional (12,9%); 13 em situação de rua (4,3%); oito em pensão (2,6%); cinco em SRT (1,6%); e nove sem registro sobre o local de moradia.

Acerca dos oficineiros em situação de rua, a inserção nas oficinas é um dos passos para reconstrução do projeto morar e a elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU)²⁶, conforme diretriz da política em assistência social orienta os processos individualizados que é compartilhado entre os serviços que acompanham os oficineiros.

- **Direitos socioassistenciais**

Com relação à garantia dos direitos socioassistenciais identificou-se que a metade do público entrevistado não conta com nenhum tipo de benefício, tendo como fonte de renda única, a bolsa-oficina.

²⁵ SRT ou residência terapêutica ou simplesmente moradia – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

²⁶ São pactuações de convivência entre serviço e usuário, com reavaliação periódica. É elaborado a partir do conhecimento de contextos, consensos, combinados, compromisso e responsabilidades assumidas entre as partes. Considera intervenções profissionais conjuntas com outros serviços socioassistenciais, com outras políticas públicas e, se for o caso, com órgãos de defesa de direitos. O PDU, também indica temporalidade do atendimento do usuário pelo serviço.

Do total de entrevistados, apenas dois estão contribuindo mensalmente com a previdência social por meio do pagamento da Guia da Previdência Social (GPS), com o intuito de manter seguridade em caso de impedimento para o trabalho.

Existe uma ação de destaque das profissionais do serviço social da Associação Cornélia Vlieg, em fazer uma avaliação social e previdenciária dos usuários quando esses ingressam nas oficinas. A partir de levantamentos como: idade e extrato do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com os vínculos trabalhistas e previdenciários constantes no seu Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e outras informações relevantes, elas avaliam e indicam ou não o pagamento da GPS. Cada caso é avaliado singularmente e discutido com o coordenador da oficina.

Incluído no rol dos benefícios da assistência, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), aos idosos e pessoas com deficiências, sendo dois entrevistados contemplados pelo mesmo. E, no rol dos benefícios da previdência, se encontram as diversas modalidades de aposentadorias. Entre os participantes da pesquisa trêsicineiros recebem aposentadoria por invalidez.

De acordo com o banco de dados, identificou-se que: 156icineiros não recebem nenhum tipo de benefício (51,8%); 26 recebem aposentadoria por invalidez (8,6%); 22 são contemplados pela LOAS e recebem o BPC (7,3%); 15icineiros encontram-se em auxílio doença (5%); sete recebem algum tipo de pensão por morte (2,3%); sete estão classificados na categoria outros e não foi possível identificar a origem do recebimento (2,3%); e, por fim, para 68icineiros não constam informações sobre benefícios (22,6%).

Desde que o INSS iniciou uma ação maciça de reavaliação dos benefícios e pensões, algunsicineiros sofreram reversão de seus direitos. Casos com regressão parcial, progressiva e até total retirada do direito adquirido, com a cessação dos recebimentos. As incertezas dos processos e a perda dos direitos geraram crises, afastamentos e desligamentos deicineiros da TS-NOT. Não foi possível identificar se o banco de dados foi atualizado após essas ocorrências.

5.2.2 Percepção dos participantes

Considerando as oficinas como espaços de construção de projetos de vida, de desenvolvimento pessoal e de individuação, o trabalho como geração de renda e proporcionador de conhecimentos profissionais buscou-se compreender, por meio das percepções dos oficinairos, o que de Bem Viver um espaço como a TS-NOT pode proporcionar na produção de novos sentidos de vida, de promoção do autocuidado e de novas sociabilidades.

Nesta pesquisa, o conceito Bem Viver está relacionado às dimensões que o trabalho proporciona para além do resultado econômico-financeiro, trata-se de sua relação com a saúde mental, novos olhares sobre o desenvolvimento humano, biopsicossocial, qualidade de vida e inclusão social pelo trabalho.

Buscando compreender as experiências dos oficinairos nas oficinas procederam-se as entrevistas com algumas questões norteadoras para um pensar livre, conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Questões semiestruturadas da entrevista

1. Qual a importância do trabalho, no NOT, em sua vida?
2. Porque você escolheu estar na oficina “xxx”?
3. Quantos dias da semana você frequenta a oficina?
4. O que mudou na sua vida estando incluído numa oficina de trabalho? Você acha que sua qualidade de vida melhorou?
5. O trabalho ajudou no seu cuidado pessoal? Por exemplo: alimentação, higiene, vestuário, uso de medicação, etc.
6. Qual seu grau de instrução? Desde que entrou na oficina você teve acesso a algum curso de capacitação ou retomou estudos?
7. Você percebe a oficina como uma forma de capacitação técnica ou profissionalizante?
8. Com relação a bolsa-oficina, qual a importância dela na sua vida?
9. Você faz planos de vida para além do NOT? Como você acha que o NOT poderia te ajudar com isso?

Fonte: elaborado pela autora

As questões buscaram compreender se o modelo de trabalho ofertado nas oficinas, que combina cuidado com esvaziamento do estranhamento entre trabalho e sujeito, produz resultados na vida dos oficinairos no que tange o viver em liberdade, as relações sociais, os sentidos do trabalho, a formação profissional e a renda.

As **percepções** colhidas foram analisadas de duas formas. Num primeiro momento, correlacionou-se os domínios das áreas vitais descritos na **CIF** com o

conteúdo das falas. Num segundo momento emergiram da análise algumas **categorias** que ajudaram a compreender o conteúdo das entrevistas e assim, os relacionar com a produção de Bem Viver.

Buscou-se refletir o sentido de Valor, não como representação social de medidas de uso e troca, mas como valor integral conforme os conceitos de *sumakkawsay* e *suma qamaña, ñandereko* (vida harmoniosa) e *tekokavi* (vida *buena*) que se realiza no Bem Viver, na construção de uma vida harmoniosa, uma vida boa, uma vida com boa saúde e que se efetiva na vivência das práticas que proporcionam qualidade de vida e inclusão social pelo trabalho.

- **O encontro com a CIF**

Para o primeiro momento a qualificação das respostas foi balizada a partir do Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para a Saúde Mental (PORTUGAL, 2017).

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e setores diferentes. Seus objetivos específicos podem ser resumidos da seguinte maneira: proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo; fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (CIF, 2015, p. 18).

Ao longo dos anos, “A CIF transformou-se, de uma classificação de “consequência de doença” (versão de 1980), em uma classificação dos “componentes de saúde”, uma importante transformação em seu modo de definir saúde. Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa” (CIF, 2015, p. 16), ou seja, a CIF assim como o processo da Reforma Sanitária, coloca a saúde não como ausência de doenças, mas sim a saúde como um conceito ampliado, em que por meio de uma oferta de acesso, cuidado, diminuição de barreiras e igualdade de oportunidades, o sujeito é capaz de viver plenamente.

Para estabelecer uma linguagem unificada e padronizada que descreva saúde e os estados relacionados a ela, a CIF “define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados à saúde (tais como educação e trabalho)”, subdividindo assim o que ela denomina de Domínios. Os “Domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo e (2) Atividades e Participação” (CIF, 2015, p. 15).

O componente “Atividades e Participação” foi o escolhido para auxiliar no processo de análise dos dados colhidos nas entrevistas, pois trata do “envolvimento em uma situação de vida ou a experiência vivida das pessoas no contexto real em que vivem” (PORTUGAL, 2017, p. 6).

Dentro do referido componente registrou-se os domínios mencionados durante as entrevistas, elaborando o Quadro 11.

Na coluna da esquerda encontram-se as grandes áreas vitais. Na coluna central listou-se os domínios mais explorados em cada grande área, pela dinâmica de funcionamento das oficinas, ou seja, os aspectos trabalhados. Na coluna da direita há uma breve descrição das ações englobadas em cada domínio.

Quadro 11 – Domínios do componente Atividades e Participação, identificados nas entrevistas.

Áreas Vitais	Domínio	Descrição da Ação
APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	Aquisição de habilidades	Desenvolver capacidades básicas e complexas em usar conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira a iniciar e concluir a aquisição de uma habilidade, como manipular ferramentas.
	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida.
	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha.
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia-a-dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.
	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para gerenciar e controlar as demandas psicológicas necessárias à execução de tarefas que exigem responsabilidades significativas e que envolvem stress, distração ou crise.
CUIDADO PESSOAL	Cuidar da própria saúde	Cuidar de si próprio, tendo consciência das próprias necessidades e fazer o que é preciso para cuidar da

		própria saúde, para reagir às ameaças à saúde e prevenir doenças. Procurar ajuda (profissional e não profissional), seguir conselhos médicos.
RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	Interações interpessoais básicas	Interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada, como mostrar consideração e estima quando apropriado ou reagir aos sentimentos dos outros.
	Interações interpessoais complexas	Manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais e agir de acordo com as regras e convenções sociais.
ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA: educação, trabalho e emprego, vida econômica	Treinamento profissional	Participar em todas as atividades de um programa de formação profissional que prepara para um negócio, emprego ou profissão.
	Trabalho remunerado	Participar em todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, um negócio, uma profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, realizar as tarefas, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado, e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo.
	Vida econômica	Capacidade de gerir autonomamente os recursos econômicos disponíveis.

Fonte: elaborado pela autora

A inclusão em rotina de trabalho, em um modelo cooperativo e solidário como o que ocorre nas oficinas da TS-NOT proporciona que grandes áreas vitais como aprendizagem e aplicação do conhecimento, cuidado pessoal, relacionamento interpessoal, educação, trabalho e vida econômica, sejam trabalhadas uma vez que acolhem domínios como aquisição de habilidades, resolução de problemas, tomada de decisão, cuidado com a própria saúde, lidar com estresse e responsabilidades, interações pessoais, treinamento profissional, rotina de trabalho e administração da vida econômica, que são acionados no envolvimento com as atividades coletivas.

A partir de alguns trechos das entrevistas, elaborou-se os Quadros 12, 13, 14, 15 e 16, divididos pelas grandes áreas vitais.

Quadro 12 – Área vital: aprendizagem e aplicação do conhecimento.

Domínios	Aquisição de habilidades Resolver problemas Tomar decisões
“Tudo na oficina que eu aprendi, antes eu não sabia fazer nada” (P6)	
“Aqui eu aprendi muito. Mas, chegou num ponto que eu precisava de mais. Fiz um curso de padeiro(...), cozinheiro (...) já estando aqui. Quando eu saí daqui e fiquei um tempo fora eu tinha conhecimento (...)” (P4)	
“Aprendi fazer várias coisas aqui no dia-a-dia. O que eu sei foi aqui no dia-a-dia” (P7)	
“Vejo como uma escola (...) aprendi muito aqui, aprendi a conviver com as pessoas” (P5)	
“A oficina me trouxe muita coisa boa, aprendi muito” (P10)	
“Comecei a trabalhar depois de uma semana veio um fogão e a enfermeira falou de eu fazer café. Nunca tinha feito nem em casa. Comecei a fazer compras e pegar transporte e ir comprar” (P5)	
“Terminei o segundo grau, faz uns meses. Quando entrei aqui estava na quinta. Fiz o FUMEC, fiz o EJA até a sétima, depois paguei o colégio (...) e fiz a oitava e o colegial” (P1)	
“Quero fazer o curso de solda de estanho. As peças de decoração que a gente faz com pouco dinheiro você monta uma em casa. A gente tem esse conhecimento. A gente tem todo o conhecimento para montar uma oficina, as máquinas, os insumos, os preços na peça, eu sei fazer o processo inteiro” (P9)	
“Tirei carta de carro e moto” (P1)	

Fonte: elaborado pela autora

Pelos trechos transcritos notou-se que as oficinas se tornam oportunidade de formação e qualificação profissional, contribuindo para aprendizagem, a aplicação de conhecimento aprendido, o pensar, o resolver problemas e a tomada de decisões. Habilidades importantes para atividades de trabalho e pouco estimuladas nas pessoas com sofrimento psíquico que são subjugadas em suas capacidades.

Assim, esses aprendizados podem facilitar a adaptação em oportunidades para além das oficinas da TS-NOT. E, ainda, permitir uma cidadania ativa, em que cada um seja sujeito de sua própria história com mais poder contratual nas relações sociais e familiares.

Durante a realização desta pesquisa um entrevistado foi inserido no mercado formal de trabalho e mesmo com suporte durante todo o processo não conseguiu se manter. Constrangido optou por não retornar para as oficinas.

Quadro 13 – Área vital: tarefas e demandas gerais

Domínios	Realizar a rotina diária Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas
	<p>“Mudou muito. Mudou relacionamento pessoal, profissional também. Consegui pensar mais disciplinado, mais disciplinado mentalmente. Antes, qualquer coisinha eu me culpava”. “É bom comer na hora certa, ficava antes na rua, tudo desorganizado. Agora não, tudo regrado”. “Fiquei mais compreensivo, antes eu era mais agressivo, isso que mudou” (P1)</p>
	<p>“Melhorou muito meu comportamento, sou muito explosivo, melhorei bem. Não gosto de receber ordem. Tenho muita dificuldade com isso ter um chefe, o subchefe, e depois os amigos que querem dar ordem. Pode ser quem for eu falo” (P2)</p>
	<p>“Vivia só dormindo, na época das internações, agora só a noite (...) Aqui eu trabalho, tenho meus horários” (P5)</p>
	<p>“Vontade de viver, em tudo... Hoje, que eu tô vivendo, antes não vivia. A oficina mudou a minha vida. Muitos amigos, uma família” (P6)</p>
	<p>“Minha autoestima voltou, eu voltei a sorrir, a falar (...) aqui eu voltei a sorrir, a brincar, a ter auto estima, ou você me vê triste se eu tiver com muita dor ou se eu tiver muito brava (...)” (P3)</p>

Fonte: elaborado pela autora

Os registros indicaram que a inserção em atividades regulares, como as que o trabalho proporciona, é um disparador para uma vida com melhor qualidade, pois auxilia na regulação do horário do sono, fazer as refeições corretamente, arrumar-se para o trabalho, escolher a roupa apropriada para sair de casa, preocupar-se com a higiene, aprender a usar o transporte público, entre outros.

A própria dinâmica de organização e funcionamento das oficinas de trabalho em grupo, de tomada de decisões coletivas, de relações horizontalizadas, a rotina de produção, a divisão das tarefas, funções e responsabilidades, a roda como dispositivo que faz a palavra circular, são estratégias que compõem um trabalho mais inclusivo, que respeita as diferenças, as habilidades e potenciais de cada um, tornando a vivência uma oportunidade de reorganização.

Quadro 14 – Área vital: cuidado pessoal

Domínios	Cuidar da própria saúde
	“Eu só não venho quando estou com muita dor”(P3)
	“Não tomo medicação (...) Eu vou lá (CAPS) participar do grupo ou quando eu tenho saude vou lá rever o pessoal” (P4)
	“Não gosto de CAPS (...) Meu uso de substâncias não posso dizer que estou 100%, tive umas recaídas (...) Tomei remédio só um mês. Dormia muito, aí parei. Estou sem medicação. Mas, tô indo de 15 em 15 dias no CAPS, era para ser semanal” (P7)
	“Antes eu tomava uns remédios que eu não conseguia trabalhar, me sentia fraco, aí falei, os médicos trocaram, hoje já consigo trabalhar” (P10)
	“Aqui, como nós sabemos, a pessoa tem que frequentar o CAPS para estar aqui. Quando não vem o CAPS avisa, aí antes da pessoa desandar ela é acolhida” (P5)
	“Fiquei limpo no máximo 1 ano. Quando faço uso nem veio trabalhar. Para não atrapalhar ninguém. Lá no CAPS me ajuda muito a redução de danos, isso me ajudou muito, aí veio o NOT, antes eu ficava sem fazer nada aí pensamento ruim” (P2)
	“Para mim aqui é uma terapia. Eu venho todos os dias, fico até as 16h” (P8)
	“Na verdade, estou indo só uma vez por mês (no CAPS). Vou lá no psiquiatra” (P9)

Fonte: elaborado pela autora

No âmbito das questões sobre o cuidado pessoal, o recorte se deu sobre o tratamento no serviço de referência. Principalmente quando em CAPS e a relação com a “obrigatoriedade” em seguir o tratamento para estar inserido em alguma oficina perpassou diversas entrevistas. Notou-se certa fragilidade no compromisso com o serviço de atendimento e na percepção da importância deste como composição do cuidado. Observações como: falta de sentido em estar naquele espaço, não atratividade, entre outros. Como se o trabalho ocupasse um lugar que disputasse com o tratamento e, entre eles, a escolha por estar mais na oficina, trabalhando, produzindo, ganhando.

Já com relação às oficinas e sua relação com o cuidado pessoal, notou-se um misto entre um espaço de terapia que ajuda na rotina diária: cuida e oferta atenção e um local de trabalho que merece ser respeitado e preservado com relação às regras

e combinados institucionais como: cumprimento de horários, cuidado com materiais e equipamentos.

Referências com relação à diminuição do uso de medicação, crise após inclusão na oficina e a importância do estar entre pares para dividir medos, angústias e projetos de vida foram mencionados. As oficinas tornam-se o espaço imediato das referências pessoais para ajuda em diversas situações da vida.

Quadro 15 – Área vital: relações e interações interpessoais

Domínios	Interações interpessoais básicas Interações interpessoais complexas
	“Conheci bastante pessoas, hoje não fico mais na rua” (P8)
	“Eu acho que sou a pessoa melhor. Eu olho agora para as pessoas com problema mental com outro olhar, eu era preconceituosa” (P6)
	“Muitos colegas, que eu fiz aqui, uns eu gosto outros não... mas, sou aqui uma pessoa querida, muitos me cumprimentam... eu ajudo, eu ensino...” (P10)
	“Foi muito bom eu perceber que não estava sozinha nesse barco. A gente vê aqui que as pessoas aprendem e fazem coisas bonitas. Estar num local feio faz mal” (P9)
	“Vou voltar a jogar futebol, aqui com o pessoal do NOT” (P2)

Fonte: elaborado pela autora

Relações e interações pessoais se caracterizam por um conjunto de ações e comportamentos que se espera que sejam socialmente adequados. Pessoas acometidas por quadros psicóticos apresentam alterações em nível dos pensamentos e comportamentos, por vezes, motivados por construções delirantes e/ou alterações nos sentidos que causam alucinações. Essas alterações afetam diretamente as relações interpessoais, seja por desentendimentos ou agressividade, seja por isolamento social.

O isolamento e as dificuldades de relacionamento comprometem a circulação e interação no meio social, efeitos amenizados pelas atividades proporcionadas pela TS-NOT. A convivência cotidiana, as trocas e compartilhamentos para a realização das atividades nas oficinas atuam ainda sobre os sintomas negativos do

adocimento, como o embotamento que se caracteriza pela perda da expressão, de sentimentos e emoções, certa lentificação, diminuição da energia e da motivação.

A confecção de um produto ou parte dele é a concretização do interno, do simbólico que cada um é capaz de oferecer em determinado momento da vida. A realização de uma produção carrega muito simbolismo, cuida, trata e reabilita.

Os oficineiros com dependência química apresentam outras dificuldades no nível das relações, tais como: certa prepotência diante dos mais frágeis, posturas mais desafiadoras e questionadoras, cometem pequenos delitos e necessitam de manejos que valorizam suas habilidades e saberes, mas que os coloquem em contato com essas dificuldades, que respeitem o coletivo e os espaços.

A mediação dos facilitadores das oficinas (coordenadores e monitores) proporciona que as dificuldades no âmbito das relações sejam trabalhadas, diluídas, respeitadas e acolhidas. E os processos internos revisitados e reconstruídos.

Quadro 16 – Área vital: áreas principais da vida

Domínios	Educação: treinamento profissional Trabalho e emprego: trabalho remunerado Vida econômica
	“Trabalhei na limpeza (...) comecei a trabalhar registrado, aí a firma faliu e vim aqui trabalhar” (P8)
	“Já tive momento de não ter dinheiro para um chuveiro, já tive que tomar banho em água fria, na mangueira” (P1)
	“(...) já tinha curso de marcenaria, já trabalhei com marcenaria (...) já tinha experiência. Pego uns trabalho fora. Era o ramo que eu já sabia (...)” (P10)
	“Me mantenho aqui porque tenho problema de justiça (...) Quero um emprego formal, quero ser registrado, quero ganhar mais. Com a bolsa não consigo meus objetivos, quero construir uma casa, quero levar uma namorada, levar no cinema, isso me frustra. Se pudesse ficar aqui com um salário, registrado, eu queria ficar aqui. Aqui eu sou eu mesmo, posso falar que já fui preso, uso droga, a sociedade não abre mais as portas.” (P2).
	“A importância do trabalho (...) as pessoas me perguntam você tá aposentado tem suas rendinhas, porque vai lá... Aqui, por exemplo, as pessoas estão no mesmo barco, e aqui são atendidas, por isso eu não saio daqui. Eu já me familiarizei (...)” (P5)
	“Quero fazer planos, quero trabalhar registrado. Mas, preciso estudar. Mas, estudar desânimo total” (P7)

“Fiz, eu fiquei estudando, tentei por duas vezes voltar a estudar. Ficou muito cansativo. Fiz o EJA e consegui diploma da quinta série” (P7)

“Eu não faço novos planos. Eu gosto daqui (...) Eu não tenho aqui como terapia, é um trabalho, uma obrigação de horário, eu quero ficar aqui” (P6)

Fonte: elaborado pela autora

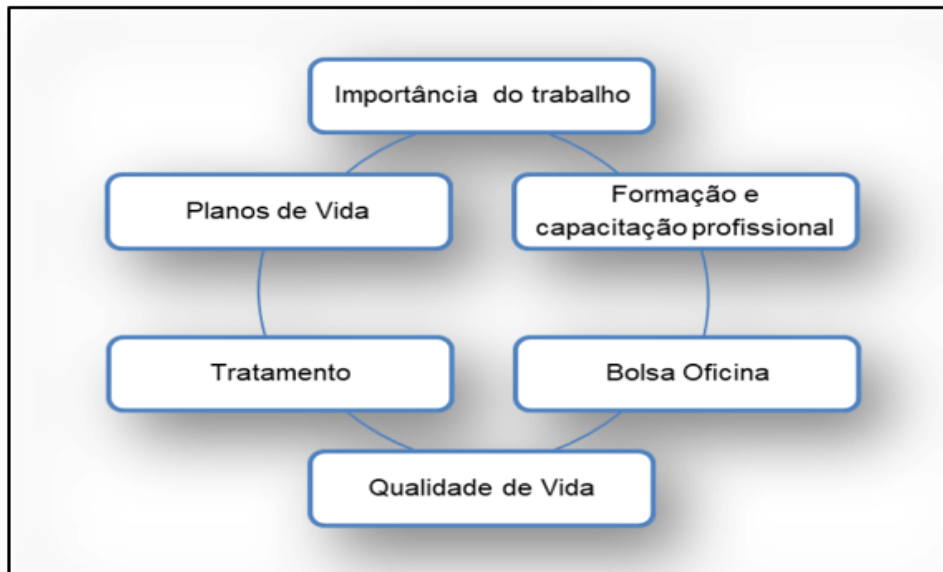
São consideradas áreas principais da vida, de acordo com a CIF: educação, trabalho, emprego e a realização de transações econômicas. A aquisição de habilidades para desenvolver ações nessas áreas pode ser viabilizada com participação em oficinas de trabalho, que despertam esses saberes.

Conforme trechos transcritos no Quadro 16, as atividades desenvolvidas nas oficinas ligam, religam e interligam projetos de vida. O trabalho forma profissionalmente, qualifica tecnicamente, organiza o cotidiano, oferta um lugar social, reconstrói laços familiares, amplia círculo social, traz reconhecimento e pertencimento. A TS-NOT com suas tecnologias de cuidado e de produção de trabalho torna-se uma escolha de vida para aqueles oficineiros que compõem o grupo mais permanente nas oficinas.

Bem viver e Qualidade de vida

As questões semiestruturadas, com o objetivo de serem disparadoras para um pensar livre sobre a importância do trabalho, a formação e capacitação profissional, a geração de renda por meio da bolsa-oficina, qualidade de vida, tratamento e planos futuros funcionaram como categorias pré-analíticas para orientar a escuta das entrevistas e compreender as experiências individuais.

Figura 3 – Categorias pré-analíticas



Fonte: elaborado pela autora

Com vistas a consolidar as reflexões, a partir das falas dos participantes entrevistados, a análise de conteúdo temático-categorial, contribuiu para a identificação de quatro categorias emergentes para a melhor compreensão acerca de produção de Bem Viver e Qualidade de Vida pelo trabalho na TS-NOT, que são:

- ***Trabalhar num lugar que eu gosto.***
- ***Veio esperança, sou capaz!***
- ***Agora, sei que posso voltar pra casa!***
- ***Nunca fiz, ... faziam planos pra mim.***

Trabalhar num lugar que gosto.

Considerando que o trabalho proporcionado nas oficinas da TS-NOT afeta diretamente o cotidiano e o cuidado dosicineiros com a própria vida, o que se constitui uma nova forma de viver e produzir, os conceitos mais associados à produção, à economia, à dinâmica do trabalho, não dão conta da complexidade e, principalmente, da dinâmica de constituição dos processos de individuação dos sujeitos envolvidos.

A dimensão dos sentidos do trabalho, além do valor monetário que representa fica evidente nas transcrições a seguir, em que a combinação entre renda e o sentir-

se produtivo, o que é possível graças a um trabalho que não aliena, que não é produto de estranhamento, mas de realização e de sua importância na reprodução social das pessoas e de seus vínculos

Trabalho todos os dias. Aqui é meu trabalho. Eu sei, eu venho feliz, venho satisfeita. É a mesma coisa de trabalhar num lugar que eu gosto. Aqui é meu trabalho que eu gosto de trabalhar. (P9)

Para mim aqui é ótimo. Daqui consigo me sustentar. Amizade com o pessoal aqui é grande. Não vejo aqui como tratamento aqui é trabalho. Minha rotina, do mesmo jeito que eu trabalharia lá fora eu faço aqui. (P4)

Mudou bastante. Começa por aí já reduzi o uso de substância, veio esperança, sou capaz, as pessoas me ajudam, até dos usuários, sinto afinidade com eles. Vejo as limitações dos outros e vejo que falta pouco para mim. Mudou sim, sinto bem melhor. (P2)

Para entender o sentido que o trabalho ganha nas oficinas da TS-NOT, buscou-se compreender como o trabalho se manifesta socialmente, quais são os sentidos do trabalho. Nessa perspectiva os conceitos de ser social em Lukács e os de alienação e estranhamento em Marx, indicaram alguns caminhos para a reflexão.

Segundo Lukács, o ser é ontologicamente social e histórico, ele é fruto da dinâmica complexa das relações sociais na qual ele é produzido e produz. Nessa perspectiva, da constituição do ser social o trabalho é o responsável pela transfiguração (LUKÁCS, 2010).

O trabalho sendo assim, a gênese do ser social, se constitui como lócus essencial da reprodução e produção social. Compreender seus sentidos e suas formas de realização é fundamental, como aponta Marx em Manuscritos Econômicos Filosóficos, de 1884, através dos conceitos de alienação e estranhamento.

Partiremos de um fato econômico contemporâneo. O trabalhador fica mais pobre à medida que produz mais riqueza e sua produção cresce em força e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria ainda mais barata à medida que cria mais bens. A desvalorização do mundo humano aumenta na razão direta do aumento de valor do mundo das mercadorias. O trabalho não cria apenas objetos; ele também se produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e, deveras, na mesma proporção em que produz bens (MARX, 2008, p. 201).

O conceito de alienação produzido na dinâmica do trabalho na sociedade de capital se manifesta como objetivação da relação do homem com o ato de produzir,

a cisão do sentido trabalhador e o ato de trabalhar, a atividade e suas determinações.

O estranhamento está relacionado com as barreiras, os obstáculos sociais, que são impeditivos ou que dificultam a realização das potencialidades e desejos humanos no processo de trabalho. Está relacionado com a forma que a apropriação do trabalho e seu processo gerencial e organizacional que se manifesta e produz o sócio metabolismo do capital (ANTUNES, 2002).

Em Marx, o conceito de estranhamento está relacionado diretamente à relação do ser humano e suas potencialidades na relação direta com o trabalho. Na sociedade de capital a produção e seu resultado, criam uma dupla dinâmica: aqueles que produzem, que trabalham diretamente na produção e os que se apropriam dela. A relação contraditória entre apropriação e expropriação do trabalho, é que produz o estranhamento (MARX, 2008).

O estranhamento como fenômeno social emerge nas relações de trabalho, em que o trabalho humano se desumaniza, torna-se mais uma mercadoria quantificada e coisificada. O produto, o resultado do trabalho, não é mais reconhecido como seu, como resultado de seu afeto. Torna-se estranho, apropriado por outro fora do processo de produção.

O trabalho nas oficinas da TS-NOT emerge e se desenvolve justamente para produzir saúde, direitos e qualidade de vida. Assim, o mesmo não poderia reproduzir o trabalho estranhado que causa um distanciamento entre a realização plena de quem trabalha com o resultado do trabalho. Para responder a isso, é que o trabalho sob os princípios econômicos e solidários irá ganhar a dinâmica de ser autogestionário, promotor de sentido, de cidadania e de autonomia.

A roda como dispositivo de autogestão das oficinas é um dos facilitadores para práticas de trabalho com sentido e não estanhado, pois possibilita aos participantes serem protagonistas do negócio, do empreendimento, serem sujeitos ativos do processo. O trabalho promotor de direitos de autonomia e protagonismo ganha contornos reabilitadores justamente por fazer do resultado, do processo, algo endógeno às pessoas que ali trabalham.

Gosto do que faço (...) Produção: começo, meio e fim (...). (P4)

O trabalho autogestionário produz processos de participação coletiva e coloca em questão o trabalho estranhado, pois ressignifica e faz do processo do trabalho – realização e não alienação. O produto do trabalho é próprio e não estranho. Permite participação no processo e no produto, refletindo afeto, realização existencial e projeto de vida dosicineiros.

Veio esperança, sou capaz!

O levantamento bibliográfico no campo da economia solidária, de uma economia que produz cuidado, novas sociabilidades, o encontro com o conceito do Bem Viver nas reflexões do professor Paul Singer, permitiu um deslocamento epistemológico, para uma dimensão da produção para além da economia, do trabalho e da geração de renda, uma reflexão para a produção, para o conjunto das relações sociais, processos transcendentais, de novas sociabilidades e de inclusão social pelo trabalho (SINGER, 2000).

O Bem Viver como uma superação da lógica do desenvolver, do crescer, da mensuração econômica através do PIB para uma dimensão sobre o viver, os seres humanos, a natureza e a espiritualidade.

Essa visão de um trabalho que promove qualidade de vida, que promove um Bem Viver se manifesta em falas, quando relatam o que significa o trabalho realizado na TS-NOT, em suas vidas:

Agora eu não dependo de ninguém, conto comigo mesmo, com meus amigos, aqui é uma estrutura para mim. (P1)

Me mantém ocupado. Me sinto útil. Vejo como um trabalho não tanto como tratamento (...) para poder dizer para as pessoas que tenho um local que eu trabalho. (P7)

É o meu trabalho. Uma obrigação de horários. Acabou com os internamentos na minha vida. Me ajudou muito. E só vivia internada. (P6)

A possibilidade da reorganização da vida, do lugar dentro da família e da sociedade, a diminuição das crises e o trabalho como ponto máximo de uma melhora do estado geral denotam que as estratégias de trabalho e de cuidado acolhem e são estruturantes, efetivas e promovem o Bem Viver.

Agora, sei que posso voltar pra casa!

Nesse sentido a bolsa-oficina é referenciada como parte importante na produção de um Bem Viver. Apesar de ser uma mensuração financeira ela aparece geralmente relacionada à qualidade de vida e a novos papéis sociais e ocupacionais no âmbito familiar.

A bolsa não é muita. Mas, dá para pagar o aluguel, é isso que eu preciso, o resto a gente corre atrás. (P4)

Essa renda me ajuda para eu pagar esse aluguel, ter uma casa, ter um local para tomar banho. Fiquei dois anos na rua, não ter local para tomar banho, isso é muito ruim (...). (P2)

Eu ajudo em casa, melhor coisa, ajudo a pagar conta de água, antes eu não ajudava. (P8)

Tenho o que comer, comprar um sabonete, beber e ajudo em casa. (P1)

Primeiro lugar não tive casa, agora eu tenho. Agora, sei que posso voltar para a casa. Graças ao NOT. Consegui alugar uma casa para mim, cuide dela, limpo, já faz um ano. (P7)

A institucionalização, o asilamento, o não lugar de moradia fez parte da história de vida de parte dos entrevistados, assim como faz parte da história da loucura e de práticas que vigoraram por muitos anos como as únicas existentes.

Ter na oficina e no trabalho ofertado pela TS-NOT a possibilidade de um morar com dignidade é compreender que a missão da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial não pode cessar de ser inventiva para garantir direitos para um Bem Viver com qualidade de vida.

Nunca fiz, ... faziam planos pra mim.

Por fim, conhecer sobre os planos de vida dos entrevistados ajudou a entender o para além da TS-NOT, expectativas, medos e desejos.

Voltar a trabalhar na área de limpeza, mas não estou pronta (...). (P8)

Trabalhar registrado e terminar meus estudos. (P7)

Nunca fiz mas as pessoas faziam planos pra mim. Sempre quis ficar para provar como um lugar como esse faz bem para as pessoas. (P5)

Nunca fiz. Porque tentei outros que não deram certo. Aqui foi o mais importante me deu trabalho. Minha obrigação. Por isso nunca quis sair. (P6)

Esses trechos denotam a importância e o reconhecimento de que a inclusão nas oficinas e o trabalho proporcionado pela TS-NOT são estruturantes e, por vezes, tornam-se a oportunidade da vida.

Porém, a expectativa para alguns, de um registro formal de trabalho, fala da segurança e do papel social que o trabalho proporciona nas regras tradicionais do modelo celetista. Algo para ser considerado, pois buscar políticas públicas que possam garantir verdadeiras experiências em cooperativismo social deve fazer parte da rotina dos serviços como a TS-NOT, visto que garantiriam a segurança e responderiam aos anseios daqueles que hoje desejam um trabalho com registro em carteira.

O sentido fundante de constituição das oficinas para gerar renda, trabalho, ocupação e formação profissional, demandado no processo de desinstitucionalização da instituição inventada, produziu uma superação de valores. Não negando seu sentido socioproductivo, econômico, mas indo além, constituindo novos sentidos e novos valores para um Bem Viver.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou um trânsito necessário que a TS-NOT faz entre a saúde e o trabalho e renda. De natureza intersetorial cumpre um papel de dupla dimensão social em que, ora com suas tecnologias em saúde evidencia uma oferta de cuidados que destaca e valoriza as práticas em reabilitação psicossocial e ora, enquanto tecnologia social utiliza de todo seu potencial em ser uma estratégia de promoção de direitos, trabalho e inclusão social.

A pesquisa de campo, limitada à compreensão do objeto a partir da escuta de seus participantes, originalmente previa um número maior de entrevistas e que precisou ser reduzido devido à pandemia covid-19. Por tratar-se de uma produção qualitativa de dados, compreende-se que tal redução não gerou prejuízos para os resultados obtidos. Este entendimento foi validado no Exame de Qualificação.

Olhar para esse campo de pesquisa com referenciais além das fronteiras da saúde, com conhecimentos ofertados pela interdisciplinaridade do campo CTS, como a tecnologia social, possibilitou ampliar a visão sobre o objeto que já havia sido estudado por outras pesquisas acadêmicas, o que só tende a somar em sua trajetória institucional e contribuir com o trabalho da equipe.

O desafio dos usuários da saúde mental se tornarem oficinairos-trabalhadores e cidadãos ativos na dinâmica da vida social, com todas as possibilidades de circulação e de existência que uma sociedade de capital exige é, de fato, o grande potencial que o ato de trabalhar pode gerar e que a pesquisa pôde demonstrar.

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram dialogando com os objetivos da pesquisa e demonstrando que estar nas oficinas produz sentidos que se conectam com as práticas do Bem Viver e da inclusão social pelo trabalho e promovem qualidade de vida com melhora significativa no cuidado pessoal, no morar e nas relações interpessoais.

Os impactos do trabalho na vida dos oficinairos ultrapassam a importância da geração de renda quando permitem o desenvolvimento de habilidades, formação e ampliação de conhecimentos técnicos e profissionais, novas formas de estar, manter e construir relações, sociabilidade, confiança e pertencimento.

A reabilitação psicossocial com suas estratégias inclusivas, respeitadas e éticas e seus trabalhadores que incansavelmente se reinventam para produzir saúde, criar ferramentas, dispositivos e tecnologias sociais, afirmam no dia-a-dia que é possível proporcionar verdadeiras transformações na vida dos usuários. No que tange a inclusão social pelo trabalho, os participantes antes restritivos usuários da rede de saúde, tornam-se oficinairos e passam a ocupar outros lugares e papéis sociais, como o de trabalhadores.

As estratégias cooperativas e o modelo da economia solidária emprestam saberes, que além de ofertarem qualificação para as relações, garantem um lugar com mais sentido aos usuários da saúde mental, que necessitam de estratégias aplicáveis para suas realidades.

As oficinas da TS-NOT configuram-se como produtoras de Bem Viver de coletivos que tecem novos projetos de vida, desafiam o modelo econômico vigente e promovem cidadãos, que fazem valer o direito à cidade, ao sonho e as realizações em uma sociedade desigual.

A qualidade de vida, princípio orientador das práticas em saúde, quando interligada às dinâmicas e sentidos do trabalho, às possibilidades de ampliação da sociabilidade, produz significados que ampliam o sentido de viver com saúde.

A melhora no estado geral de saúde foi apontada nas entrevistas realizadas, num comparativo entre o antes e depois da inserção nas oficinas de trabalho da TS-NOT, em aspectos como: redução da intensidade de cuidado no local de tratamento e do uso de medicação, diminuição das reincidências de crises e não necessidade de internação ou leito-noite demonstrando a efetividade das estratégias de inclusão social pelo trabalho.

Mostraram-se necessários mais investimentos em políticas públicas, como tecnologias sociais tal como a estudada, em cooperativismo social e em estratégias de inclusão social pelo trabalho, que além de cuidar desafogam os serviços mais especializados.

Utilizando diversas ferramentas para consolidação dessa produção de conhecimento, observou-se que mesmo tendo alcançado os objetivos da pesquisa,

as informações colhidas abriram possibilidades para novos estudos que venham a explorar lacunas que não fizeram parte do escopo deste projeto, como: maior exploração do banco de dados do serviço, políticas públicas, interlocução entre as redes de saúde, assistência, trabalho e renda; escuta dos trabalhadores; entre outras apontadas ao longo do capítulo: Resultados e Discussão.

É de interesse desta pesquisadora que os resultados gerados sejam compartilhados com o campo de pesquisa. A estratégia para isso acontecer será combinada com o mesmo, considerando atingir os entrevistados e demaisicineiros, os trabalhadores da TS-NOT e de outras unidades do SSCF, a quem possa interessar essa produção de conhecimento científico implicada com a prática profissional. Uma cópia impressa deste material será ofertada à biblioteca da TS-NOT e outra para a do SSCF.

Por fim, cabe ressaltar que estar pesquisadora sendo trabalhadora no campo do estudo, fez do ato de pesquisa um importante desafio, pois a implicação com o cenário, com a vida dos entrevistados, com a saúde coletiva e com a produção de conhecimentos perpassou toda a experiência de escuta e discussão dos resultados obtidos nesta investigação.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O Bem Viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Tradução: Tadeu Breda. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.

ALCANTARA, L. C. S.; SAMPAIO, C. A. C. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível? **Desenvolvimento e meio ambiente**, v. 40, p. 23-251, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/made/article/view/48566/32108>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

AMARANTE, P. **Rumo ao fim dos manicômios**. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/A_autores/AMARANTE_Paulo_tit_Rumo_ao_fim_dos_manicomios.htm>. Acesso em: 26 out. 2020.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. cienc. saude-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, oct. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ANTUNES, R. Apresentação. In: MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. 1. ed. revista. São Paulo: Boitempo, 2002.

ARMAZÉM DAS OFICINAS. O projeto social. **Associação Cornélia Vlieg**. Disponível em: <<https://armazemoficinas.com.br/associacao-cornelia/>>. Acesso em: 07 nov. 2020a.

_____. O projeto social. Transparência. **Estatuto social**. Disponível em: <<https://armazemoficinas.com.br/transparencia/>>. Acesso em: 12 jun. 2020b.

_____. O projeto social. **Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT**. Disponível em: <<https://armazemoficinas.com.br/nucleo-de-oficinas-de-trabalho-not/>>. Acesso em: 01 nov. 2020c.

_____. O projeto social. Transparência. **Plano de ação oficinas – morador de rua**. Disponível em: <<https://armazemoficinas.com.br/transparencia/>>. Acesso em: 02 nov. 2020d.

AROUCA, S. **Sergio Arouca em depoimento datado de 1998 sobre a reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Biblioteca Virtual Sergio Arouca. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

AULER, D.; DELIZOICOV, D. Investigação de temas CTS no contexto do pensamento latino-americano. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 21, n. 45, p. 275-296, mai./ago. 2015.

BOSI, M. L. M. *et al.* Inovação em Saúde Mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1231-1252, 2011a.

BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1197-1200, 2011b.

BOSI, M. L. M; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América latina. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011c.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm#:~:text=L5764&text=LEI%20N%C2%BA%205.764%2C%20DE%2016,cooperativas%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias>. Acesso em: 07 nov. 2020.

_____. Casa Civil. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 30 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. **Caderno temático**. Conferência Temática de Cooperativismo Social. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Economia_Solidaria_I/Relatorio/cad_tematico_cooperativismo.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados-10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, março de 2012a. 28 p. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados-11**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília, outubro de 2012b. 36 p. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 26abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados-12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico. 48 p. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/R_eport_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 15nov. 2020.

_____. Conselho Nacional de Economia Solidária. **Resolução n. 7**, de 29 de abril de 2016. Aprova o Termo de Referência contendo o Marco Conceitual do Associativismo e Cooperativismo Social e as Referências para o Assessoramento Técnico. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/115391736/dou-secao-1-10-05-2016-pg-152>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. 2019. Acesso em: 15 out. 2020.

_____. Ministério da Cidadania. Ações e Programas. **Acessuas Trabalho**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/acessuas-trabalho>>. 2020. Acesso em: 09 nov. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. 2020. Acesso em: 02 nov. 2020.

_____. Receita Federal. **Comprovante de inscrição e situação cadastral**. Disponível em: <http://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/cnpjreva/Cnpjreva_Comprovante.asp>. Acesso em: 07 nov. 2020.

CAEIRO, J. M. C. Economia social: conceitos, fundamentos e tipologia. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 61-72, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802008000100006&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2020.

CAMPINAS. **Lei Municipal Nº 6.215**, de 9 de maio de 1990. Autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o sanatório "dr. Cândido Ferreira", visando o funcionamento e gerencialmente comum de suas atividades. Campinas, 1990. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/1990/622/6215/lei-ordinaria-n-6215-1990-autoriza-o-poder-executivo-a-celebrar-convenio-com-o-sanatorio-dr-candido-ferreira-visando-o-funcionamento-e-gerencialmente-comum-de-suas-atividades>>. Acesso em: 13 set. 2020.

CASTANEDA, L; BERGMANN, A.; BAHIA, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 437-451, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200437&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 20.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão social. In: BOGUS, L. (org.). **Desigualdade e questão social**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 20.

CAYRES, C. O. Apresentação. In: CAYRES, C. O.; RIMOLI, J. **Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas: Medita, 2012. p. 17-19.

_____. O processo constitutivo e as concepções do Núcleo de Oficinas e Trabalho. In: CAYRES, C. O.; RIMOLI, J. **Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas: Medita, 2012. p. 21-35.

_____. Relato de experiência de transferência de tecnologia social. Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT e o Projeto Tear – Trabalho Terapia e Arte. In: CAYRES, C. O.; RIMOLI, J. **Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção**. Campinas: Medita, 2012. p. 205-211.

CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. 1. ed., 2. Reimpr. Atual. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2015.

DAGNINO, R. Sobre o marco analítico-conceitual da tecnologia social. In:_____. **Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004.

_____. As trajetórias dos estudos sobre ciência, tecnologia e sociedade e da política científica e tecnológica na Ibero-América. **Alexandria: Rev. Educação em Ciência e Tecnologia**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 03-36, jul. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/alexandria/article/view/37483>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

_____. **Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas [on-line]**. Campina Grande: EDUEPB, 2014, 318 p. Disponível em:<<https://static.scielo.org/scielobooks/7hbdtpdf/dagnino-9788578793272.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?** 2. ed. São Paulo: Editora34, 1993. p. 25.

BIBLIOTECA. In: **Dicionário On-line de Português**, definições e significados de mais de 400 mil palavras. 2009-2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/bem-estar/>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

DUQUE, T. O.; VALADÃO, J. de A. D. Abordagens teóricas de tecnologia social no Brasil. **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1-19, out./dez. 2017.

ECUADOR. *Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para El Buen Vivir 2009-2013: Construindo un. Estado Plurinacional e Intercultural. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES*, 2009. 2. ed. 520 p. Disponível em <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2020.

ESCOREL, S. Exclusão Social in: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 211-219.

FAZENDA, I. (org). **Metodologia da pesquisa educacional**. 2. ed. aumentada. São Paulo: Cortez, 2001.

FIOCRUZ. **Lei nº 180** de 13 de maio de 1978 – Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/20>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

FORTUNA, C. M. *et al.* A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2020.

GAIGER, L. I. Sentidos e possibilidades da economia solidária hoje. In: KRAYCHETE, G. (org.). **Economia dos setores populares**: entre a realidade e a utopia. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Capina; Salvador: CESE: UCSAL, 2000. p. 167-198.

_____. Empreendimento econômico solidário. In: CATTANI, A. *et al.* (org.). **Dicionário internacional da outra economia**. Coimbra: Almedina, 2009. p. 181-187.

_____. Grupo Ecosol. **A economia solidária no Brasil**: uma análise de dados nacionais. São Leopoldo: Oikos, 2014.

GARRAFA, V. O conceito de Bem Viver e a nova agenda bioética do Século 21. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 5, n. 1-4, p. 7-8, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUDYNAS, E. **Buen Vivir: Today's tomorrow**. *Development*, v. 54, n. 4, p. 441-447, 2011.

HABERMAS, J. Técnica e ciência enquanto “ideologia”. In: BENJAMIN, W. *et al.* **Textos escolhidos**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

HAYASHI, M. C. P. I.; HAYASHI, C. R. M.; FURNIVAL, A. C. M. Ciência, Tecnologia e Sociedade: apontamentos preliminares sobre a constituição do campo no Brasil. In: SOUZA, C. M. de S.; HAYASHI, M. C. P. I. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: enfoques teóricos e aplicados**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2008. p. 29-88.

_____. *et al.* Sociologia da ciência: primeiras aproximações ao campo. **Ci Inf**. Curitiba, v. 6, n. 11, p. 72-85, jul/dez. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/2562>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ITS. **Caderno de Debate – Tecnologia Social no Brasil**. São Paulo: ITS, 2004.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Ci. Inf. Cad. Bras. Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, jan/abr. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443/41222>>. Acesso em: 19 mai. 2020.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

LECHAT, N. Economia social, economia solidária, terceiro setor: do que se trata? **Civitas - Revista de Ciências Sociais**. v. 2, n. 123, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/91/1673>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

LEFORT, C. **A invenção da democracia: os limites do totalitarismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

LEFORT, C. **A invenção democrática: os limites da dominação totalitária**. Tradução de Isabel Loureiro e Maria Leonor F. R. Loureiro. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

LUKÁCS, G. **Prolegômenos para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

MANCE, E. A. **Redes de colaboração solidária**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Libertação e Bem-Viver. **Filosofazer**, v. 46, n. 1, jan./jun. 2016.

MARTINS, R. C.A. **Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social: políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)**. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. 2. reimpr. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

MAZARO, L. M.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. O. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 127-146,

2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1880>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em Pesquisa Qualitativa**: consensos e controvérsias. Rev. Qualitativa, v. 5, n. 7, abril, p. 01-12, 2017.

MORAIS, L. P. Ciência, tecnologia e inovação (CT&I) para o desenvolvimento inclusivo e sustentável: breves reflexões sobre o papel das tecnologias sociais (TS). In: II Encontro Nacional de Economia Industrial e Inovação, **Radar**, n. 54, p. 19-22, dez. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8224/1/Radar_n54_ci%C3%A4ncia.pdf>. Acesso em: 11 jan. 20.

NOGUEIRA, M. A. M. **Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**: reinventando as histórias. 2012. 418 p. Tese (doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/280115>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

OLIVEIRA, D. C. de. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Ci. Inf.**, Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

OLIVEIRA, L. V. Ciência-tecnologia-sociedade: dos fundamentos histórico-ontológicos aos princípios analíticos. **Revista Tecnologia e Sociedade**, Curitiba, v. 16, n. 42, p. 1-21, jul./set. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/10324>>. Acesso em: 11 out. 2020.

OIT, OPS. **Panorama de La exclusión de La protección social em salud en América Latina y el Caribe**. Reunión tripartita de la OIT com La colaboración de la OPS. Extensión de La protección social em salud a los grupos excluídos en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OIT, OPS/OMS, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Jacarta**. Jacarta: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa**. Disponível em: <<https://opas.org.br/carta-de-ottawa/>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

OPS. **Exclusión em salud em países de América Latina y el Caribe**. Serie nº 1. Extensión de La Protección Social em Salud. Washington D.C.: OPS/OMS, Agencia Sueca para El Desarrollo Internacional (ASDI), 2003.

PINHO, K. L. R. **Economia solidária e a produção de cidadania na saúde mental**: um estudo dos dispositivos de inclusão social pelo trabalho no estado de São Paulo. 25/02/2015. 132p. Dissertação de mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade - Departamento de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PORTUGAL, Lisboa. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. **Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental.** Lisboa, 2017. 45 p.

PREMIDA, A. *et al.* Estudos sociais em ciência e tecnologia e suas distintas abordagens. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 26, p. 22-42, jan./abr. 2011.

PROJETO TEAR. **Quem somos.** Disponível em: <<https://www.projetotear.org.br/quem-somos>>. Acesso em 07 out. 2020.

QUIJANO, A. Bem Viver: entre o desenvolvimento e a des/colonialidade do poder. **Rev. Fac. Dir. UFG**, v. 37, n. 1, p. 46-57, jan./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/revfd/article/view/31763/16956>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

RAMOS, C.; MARCONDES, W. O projeto de pesquisa social em saúde: a focalização do tema, indagações e perspectivas de análise. In:_____ *et al.* **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos.** Rio de Janeiro: SciELO-FIOCRUZ, 2010. p.173-194.

REDE DE TECNOLOGIA SOCIAL – RTS (org.). **Tecnologia social e desenvolvimento sustentável:** contribuições da RTS para a formulação de uma política de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília: Secretaria Executiva da RTS, 2010. 98p.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, K. L. Construindo um método de avaliação da contratualidade social dos oficinheiros. In: CAYRES, C. O; RIMOLI, J. (org.). **Saúde Mental e Economia Solidária – Armazém das Oficinas: um olhar para além da produção.** Campinas: Medita, 2012. p. 212-228.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O. DE, MAURI, D. **Desinstitucionalização.** NICÁCIO, F. (org.). São Paulo: HUCITEC, 2001.

SAMPAIO, C. A. C. *et al.* Bem viver para a próxima geração: entre subjetividade e bem comum a partir da perspectiva da ecossocioeconomia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 40-50, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100040&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020.

SANTOS, W. L. P., MORTIMER, E. F. Uma análise de pressupostos teóricos da abordagem C-T-S (Ciência – Tecnologia – Sociedade) no contexto da educação brasileira. **Rev. Ensaio**, Belo Horizonte, v.02, n.02, p.110-132, jul-dez 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epec/a/QtH9SrxpZwXMwbpfp5jqRL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 set. 2020.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.13-18.

SAUDEECOSOL. **Resultados no Estado de SP: IV chamada para seleção de projetos de reabilitação psicossocial.** Disponível em: <<http://saudeecosol.org/2013/10/23/resultados-no-estado-de-sp-iv-chamada-para-selecao-de-projetos-de-reabilitacao-psicossocial/>>. Acesso em: 01 set. 2020.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ci. Inf.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar/abr. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>>. Acesso em: 30 dez. 2020.

SSCF. SERVIÇO DE SAÚDE DR. CANDIDO FERREIRA. **Um pouco de nossa história.** Disponível em: <<https://candido.org.br/portal/candido-ferreira-2/>>. Acesso em: 23 set. 2020a.

_____. **Convênio n. 74/12.** Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1_2iQjEQS9i4CUTqjEaX4mD5qWvSKD4_V/view>. Acesso em: 27 set. 2020b.

_____. **Convênio n. 4/17.** Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1tDjWilxNm1WU1tf6Tm7X69CNcfCZlqyM/view>>. Acesso em: 27 set. 2020c.

_____. **Plano de Trabalho 2017.** Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1tDjWilxNm1WU1tf6Tm7X69CNcfCZlqyM/view>>. Acesso em: 30 set. 2020d.

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

SINGER, P. **Economia solidária e felicidade interna bruta: as ideias de Paul Singer para enfrentar crise moral do capitalismo.** Sul 21, Rio Grande do Sul, 27 out. 2015. Disponível em: <<https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/economia/2015/10/economia-solidaria-e-felicidade-interna-bruta-as-ideias-de-paul-singer-para-enfrentar-crise-moral-do-capitalismo/>>. Acesso em: 19 mai. 2020.

TURATO, E. R. Conceitos de pesquisa qualitativa em saúde mental. In: BARROS N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares.** Campinas: UNICAMP; 2005. p. 27-35.

VALENTINI, W.; VICENTE, C. M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2001. 2. ed. p. 48-54.

WEISS, Z. Tecnologia Social: os desafios de uma abordagem holística. In: OTTERLOO, A. *et al.* **Tecnologia Social: caminhos para a sustentabilidade.** Brasília: s.n., 2009. p. 165-170.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

Tecnologia Social e Cooperativismo Social: estratégias produtoras de inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental

Prezado(a) Oficineiro(a) você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa *“Tecnologia Social e Cooperativismo Social: estratégias produtoras de inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental”*.

O objetivo deste estudo é identificar a inclusão social que você vem experimentando desde que foi incluído em uma Oficina de trabalho e geração de renda do *Núcleo de Oficinas e Trabalho do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Você foi selecionado(a) por preencher os critérios de inclusão na pesquisa. Quais sejam: ser adulto, maior de 18 anos; ser usuário da rede de saúde mental do município de Campinas/SP; e, estar inserido em uma das oficinas do Núcleo de Oficinas e Trabalho. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por um questionário aplicado em dois momentos de sua participação nas oficinas. O primeiro no momento de sua inclusão. Sendo considerado momento de inclusão o período de até 15 dias de início na oficina. O segundo momento será após 6 meses de sua inclusão. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente trinta minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento deste questionário não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder o questionário. Caso alguma(s) dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar da pesquisa. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação

decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a importância das atividades de trabalho e geração de renda na área da saúde mental.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Pesquisadora Responsável: Kátia Liane Rodrigues

Endereço para contato: Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade – Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos - SP, 13565-905

Contato telefônico: XX-XXXXX.XXXX

E-mail: katialiane.to@gmail.com

Local e data: _____

Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B– Instrumento adaptado para a linguagem da CIF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE
 PROJETO DE PESQUISA:
 TECNOLOGIA SOCIAL E COOPERATIVISMO SOCIAL:
 ESTRATÉGIAS PRODUTORAS DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
 INSTRUMENTO PILOTO



PESQUISADORA: Ms. Kátia Liane Rodrigues

DATA DE APLICAÇÃO: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Oficineiro: _____ Idade: _____

Gênero: () feminino () masculino () outro

Projeto morador: () sim () não

Data de inclusão: ____ / ____ / ____

Data da avaliação 1: ____ / ____ / ____

Data da avaliação 2: ____ / ____ / ____

TRATAMENTO

Local: _____

Há quanto tempo (em meses) ? _____

CID 10: _____

Frequência (mensal): _____

Leito Noite (nº de dias nos últimos 6 meses): _____

Internação (nº de dias nos últimos 6 meses): _____

ASPECTOS SOCIAIS

Situação de moradia: () em situação de rua () acolhimento institucional () pensão () com família () sozinho () outros

Benefícios: () SIM () NÃO Se SIM, Previdência ou Assistência: _____ Tipo: _____

Pagamento de previdência () SIM () NÃO

Retomada dos estudos/capacitação () SIM () NÃO

TRABALHO

Importância do trabalho: _____

Motivo de escolha pela oficina: _____

frequencia de participação: _____

Qual sua experiência com o NOT?

Como era antes e após?

O que melhorou na sua vida estar incluído numa oficina de trabalho?

Quais os aprendizados que o NOT te trouxe?

ESSAS 2 COLUNAS SÃO AS FORMAS DE APRESENTAÇÃO NO INSTRUMENTO ORIGINAL		NESSAS 4 COLUNAS TEMOS AS MESMAS INFORMAÇÕES, NA LINGUAGEM DA CIF			
		Código CIF	Título	Descrição da ação	
CUIDADOS PESSOAIS	Alimentação	CUIDADO PESSOAL (CAP 5) e VIDA DOMÉSTICA (CAP 6)	d550	Comer	Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres.
			d630	Preparar refeições	Planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros. Selecionar alimentos e bebidas, reunir os ingredientes.
	Higiene Pessoal		d510	Lavar-se	Lavar, secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados. Ex: tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha.*
			d520	Cuidar de partes do corpo	Cuidar de partes do corpo como pele, rosto, dentes, cabelo, unhas. Requer mais do que lavar e secar.*
	Medicação		d570	Cuidar da saúde	Manter a própria saúde, tendo consciência da necessidade de fazer o que é preciso para cuidar da própria saúde, não só reagindo contra os riscos para a saúde como prevenindo doenças. Ex: uso correto da medicação.*
	Adequação na percepção da aparência Afazeres domésticos		d5404 d640	Escolha de roupa apropriada Realizar tarefas domésticas	Seguir códigos de vestimenta implícitos ou explícitos nas convenções da própria sociedade e vestir-se de acordo com as condições climáticas.* Lavar e secar roupa, limpar a cozinha e os utensílios, limpar a casa, utilizar aparelhos domésticos e remover o lixo.*
MANEJO DE DINHEIRO	Reconhecimento do valor Administração da renda	ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA (CAP 8)	d879	Vida econômica	Capacidade de gerir autonomamente os recursos econômicos disponíveis.*
CIRCULAÇÃO	Trabalho Tratamento	MOBILIDADE (CAP 4) VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA (CAP 9)	d470	Utilizar transporte público	Utilizar sozinho transporte para se deslocar, como passageiro.*
	Lazer		d920	Recreação e lazer	Participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer.*
COMUNICAÇÃO	Leitura	COMUNICAÇÃO (CAP 3)	d325	Comunicar e receber mensagens escritas	Compreender os significados das mensagens transmitidas através da linguagem escrita
	Escrita		d345	Escrever mensagens	Produzir mensagens com significado através da linguagem escrita, como por exemplo, escrever uma carta para um amigo
	Uso do telefone		d3600	Utilização de dispositivos de comunicação	Utilizar telefones e outras máquinas, como meio de comunicação
TRABALHO E CONVIVÊNCIA	Pontualidade	APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO (CAP 1) TAREFAS E DEMANDAS GERAIS (CAP 2) RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS (CAP 7) ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA (CAP 8)	d825	Formação profissional	Participar em todas as atividades de um programa de formação profissional que prepara para um negócio, emprego ou profissão.*
	Assiduidade		d845	Obter, manter e sair do emprego	Procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter-se e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão, e sair de um emprego de maneira apropriada.*
	Responsabilidade		d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a opção escolhida e avaliar os efeitos, como por exemplo, selecionar e adquirir um produto específico, ou decidir realizar e realizar uma tarefa entre várias tarefas que precisam ser feitas.*
	Iniciativa		d230	Realizar a rotina diária	Realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*
	Produtividade		d155	Adquirir competências	Desenvolver as capacidades básicas e complexas necessárias para a execução de um conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira que, ao adquirir essa competência, consiga iniciar e concluir a sua execução, tais como, manejar ferramentas ou participar em jogos, como por exemplo, jogar xadrez.*
	Capacidade de aprendizado		d240	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	Realizar ações coordenadas simples ou complexas para gerir e controlar as exigências psicológicas necessárias para realizar tarefas que exigem responsabilidades importantes e que envolvem stress, distração ou crises.*
	Habilidade de lidar com frustrações		d175	Resolver problemas	Encontrar soluções identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, e executando uma solução selecionada. Ex: resolução de uma disputa entre duas pessoas.*
	Capacidade de negociação e diálogo		d850	Trabalho remunerado	Participar em todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, a tempo inteiro ou a tempo parcial, realizar as tarefas decorrentes do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado, e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo
	Cooperação		d7402	Relacionamento com pares	Criar e manter relacionamentos formais com pessoas na mesma posição de autoridade, escalão ou prestígio relativamente à sua própria posição social
	Capacidade de respeitar as decisões grupais		d720	Interações interpessoais complexas	Manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como por exemplo, controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais, e agir de acordo com as regras e convenções sociais.*

*Específicas CIF e Saúde Mental

APÊNDICE C– Roteiro de entrevista

**TECNOLOGIA SOCIAL E COOPERATIVISMO SOCIAL: ESTRATÉGIAS
PRODUTORAS DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE
MENTAL**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data de aplicação: ____ / ____ / _____

Nossa entrevista de hoje é uma coleta de dados para uma pesquisa de doutorado que tem por objetivo compreender a importância do trabalho em sua vida. Você aceita participar? Ao final pedirei que assine o TCLE. Qualquer dúvida ou não entendimento de alguma pergunta posso repeti-la ou esclarecer. Fique à vontade. Você me autoriza gravar?

IDENTIFICAÇÃO

Oficineiro: _____

Idade: _____

Gênero: ()feminino ()masculino () outro

Projeto morador: ()SIM ()NÃO

Oficina: _____ Data de inclusão na oficina: ____ / ____ / _____

TRATAMENTO

Local: _____

Há quanto tempo (em meses): _____

Diagnóstico ou CID10: _____

Frequência (mensal): _____

Nos últimos 6 meses, você precisou de leito noite? () SIM () NÃO

Se sim, de quantos dias? _____

Nos últimos 6 meses, você precisou de internação? () SIM () NÃO

Se sim, de quantos dias? _____

ASPECTOS SOCIAIS

Situação de moradia:

() em situação de rua () acolhimento institucional () pensão

() com família () sozinho () outro _____

Benefícios: () SIM () NÃO

Se SIM, Previdência, Assistência ou Saúde: _____

Tipo: _____

Pagamento de previdência () SIM () NÃO

TRABALHO

1. Qual a importância do trabalho, no NOT, em sua vida?
2. Porque você escolheu estar na oficina “xxx”?
3. Quantos dias da semana você frequenta a oficina?
4. O que mudou na sua vida estando incluído numa oficina de trabalho? Você acha que sua qualidade de vida melhorou?
5. O trabalho ajudou no seu cuidado pessoal? Ex: alimentação, higiene, vestuário, uso de medicação, etc.

6. Qual seu grau de instrução? Desde que você entrou na oficina você teve acesso a algum curso de capacitação ou retomou estudos?
7. A oficina é uma forma de capacitação técnica ou profissionalizante?
8. Com relação a bolsa-oficina, qual a importância dela na sua vida?
9. Você faz planos para além do NOT? Como você acha que o NOT poderia te ajudar?

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento original que serviu como base para o desenvolvimento do projeto de pesquisa

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

Usuário: _____

Oficina: _____ Idade: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Data de inclusão: ____/____/____

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

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

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

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

Orientações de preenchimento:

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

Anexo 2 – Parecer Consubstanciado CEP – UFSCar



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecnologia Social e Cooperativismo Social: estratégias produtoras de inclusão social pelo trabalho na área da saúde mental

Pesquisador: Kátia Liane Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04419118.1.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.145.773

Apresentação do Projeto:

A inclusão social pelo trabalho, na área da saúde mental, se apresenta como um campo de pesquisa dotado de desafios pois transcende as discussões na saúde. O debate acerca do direito ao trabalho, da autonomia, do trabalho com valor social e afetivo aponta para discussões que tem na área da ciência e da tecnologia um encontro possível com as tecnologias sociais. Os projetos que desenvolvem atividades de geração de trabalho e renda utilizam estratégias associativas e cooperativistas para organizar o modo de funcionamento dos grupos, desenvolvendo verdadeiras tecnologias sociais replicáveis. Um modelo de cuidado que gera trabalho, protagonismo e inclusão social. Partindo do pressuposto que o cooperativismo social é uma efetiva estratégia de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtorno mental e/ou em desvantagem social econômica, esse projeto de pesquisa para doutorado tem por objetivo analisar experiência de Cooperativismo social e Tecnologia social na área da Saúde mental, que promove geração de trabalho, renda e inclusão social. A pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa, terá como método empírico de investigação a pesquisa ação participante (PAP) pois acreditamos que na interação local, no ciclo entre o investigar e o agir no campo, se dá o aprimoramento da prática. Trata-se de um estudo de caso e a pesquisa de campo será realizada no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), localizado na cidade de Campinas/SP. O NOT é um dos projetos de reabilitação psicossocial do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). Concebido no início da década de 90, visa oferecer atividades de geração de trabalho e renda a 300 (trezentas) pessoas inseridas na rede de saúde mental do

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.145.773

município de Campinas/SP. A pesquisa de campo prevê a realização de entrevista junto aos usuários do serviço. Com o objetivo de analisar a experiência de atuação do NOT, estamos propondo produzir um instrumento de avaliação, anexo ao final deste projeto, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que contemple diversas áreas da vida dos sujeitos alvo da pesquisa, como: cuidado pessoal, vida doméstica, mobilidade, comunicação, vida comunitária, social e cívica, aprendizagem e aplicação do conhecimento, relações e interações interpessoais. Composto o eixo tratamento e aspectos sociais, serão identificados: Serviço de saúde mental encaminhante; hipótese diagnóstica - segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); importância do trabalho no projeto de vida do usuário; motivo da escolha pela oficina; data de inclusão na oficina; frequência de participação nas atividades; necessidade de permanência em Leito Noite e internação, antes da entrada na oficina e durante o período da pesquisa; local de moradia; benefícios assistenciais e de saúde; pagamento de previdência; retomada de estudos e/ou cursos de capacitação. Tanto as categorias de avaliação quanto a de graduação serão baseados em conceitos da CIF, garantindo cientificidade para os resultados obtidos. Planeja-se aplicar o instrumento em usuários incluídos há no mínimo 90 dias no serviço. Com o referido instrumento espera-se identificar o perfil dos participantes das oficinas de trabalho e geração de renda, da tecnologia social pesquisada; compreender a relação estabelecida entre a saúde mental e a economia solidária, na experiência pesquisada; verificar o potencial do dispositivo pesquisado enquanto agente de transformações econômicas e sociais; identificar efeitos na qualidade de vida dos participantes da pesquisa; compreender o papel da tecnologia social nas relações intersetoriais entre saúde e trabalho. Esperamos atingir uma amostragem mínima de 10% dos oficineiros, correspondendo a 30 ou mais entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar experiência de Cooperativismo social e Tecnologia social na área da Saúde mental, que promove geração de trabalho, renda e inclusão social pelo trabalho.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil dos participantes das Oficinas de trabalho e geração de renda na tecnologia social pesquisada;- Compreender a relação estabelecida na experiência pesquisada entre a saúde mental e a economia solidária;- Verificar o potencial da tecnologia social pesquisada enquanto agente de transformações econômicas e sociais;- Identificar efeitos na qualidade de vida dos participantes da pesquisa;- Compreender o papel da tecnologia social nas relações intersetoriais entre saúde e trabalho

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.145.773

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os entrevistados serão orientados quanto aos riscos da pesquisa: a participação na mesma poderá causar cansaço ou desconforto aos participantes, que podem não ser agradáveis, podendo resultar em momentos de tristeza, raiva e/ou angústia, conflito, os quais serão respeitados pelo pesquisador, que poderá interromper ou suspender e agendar, ou não, outro momento para continuidade da entrevista se o entrevistado assim preferir. Sua possível recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Benefícios:

Os entrevistados serão orientados quanto aos benefícios da pesquisa: os resultados obtidos pelas contribuições científicas produzidas visam contribuir para criação e adequação de políticas públicas nos campos da inclusão social pelo trabalho, da economia solidária e da reforma psiquiátrica. Não haverá nenhum benefício direto ao participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Toda pesquisa no campo das políticas públicas que tratam da inclusão social, do trabalho, da economia solidária e da reforma psiquiátrica se revestem de importância social. A proposta é atual e pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram submetidos na Plataforma Brasil e atendem às resoluções vigentes.

Recomendações:

Recomendamos aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto e os termos de apresentação obrigatória estão adequados e não apresentam pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1059680.pdf	09/12/2018 23:31:19		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.145.773

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Katia_Liane.pdf	09/12/2018 23:22:01	Maria Lúcia Teixeira Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Katia_Liane.pdf	09/12/2018 23:20:16	Maria Lúcia Teixeira Machado	Aceito
Outros	Instrumento_de_pesquisa.pdf	09/12/2018 23:11:05	Maria Lúcia Teixeira Machado	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	09/12/2018 15:37:52	Kátia Liane Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_da_instituicao.pdf	20/09/2018 20:27:30	Kátia Liane Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 13 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br