

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

SANTIAGO, Eneida Silveira; YASUI, Silvio. A configuração de forças na construção histórica do trabalho como estratégia de cuidado em saúde mental: problematizações foucaultianas. *Omnia Saúde*, v.10, n.2, p.59-81, 2013.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 12/07/2013

Revisado em: 16/12/2013

Aceito em: 20/12/2013

A CONFIGURAÇÃO DE FORÇAS NA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PROBLEMATIZAÇÕES FOUCAULTIANAS

CONFIGURATION OF FORCES IN THE CONSTITUTION OF HISTORICAL WORK AS A STRATEGY IN MENTAL HEALTH CARE: ARGUMENTATION BY FOUCAULT

Eneida Silveira Santiago

Doutora em Subjetividade e Saúde Coletiva (UNESP)

Profa. do Departamento de Psicologia Social e Institucional (UEL)

Silvio Yasui

Doutor em Saúde Pública (FIOCRUZ)

Prof. do Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar (UNESP)

RESUMO

Investigamos neste texto, a partir das contribuições foucaultianas para a genealogia do saber, a constituição histórica da articulação entre atividades de Trabalho e Atenção em Saúde Mental (chamadas de Oficinas Terapêuticas, entre outros nomes) em seus diversos propósitos e dimensões que contribuíram para a produção do cuidado do portador de sofrimento psíquico em diferentes momentos. A História é aqui compreendida como uma multiplicidade (e não linearidade) de tempos e séries diversas que misturam-se e embaralham-se formando discursos proferidos como verdades. Na articulação que aqui discutimos, concluímos que o Trabalho como modalidade terapêutica nas instituições asilares, não surgiu no universo da psiquiatria, mas do capitalismo. Associado às medidas de ocupação de “mentes vazias” dos desajustados, mais tarde ganhou a posição de instrumento de disciplina e normatização social. Com a Reforma Psiquiátrica, as atividades de Trabalho na Saúde Mental foram re-inventadas como espaços possibilitadores de acesso à cidadania e contratualidade social dos usuários da rede.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Coletiva; Genealogia; Relações de Trabalho; Subjetividade; Intersetorialidade.

ABSTRACT

Investigated in this paper, as contributions to Foucault's genealogy of knowledge, the historical constitution of the joint activities between Work and Care in Mental Health (called Therapeutic Workshops, among other names) in their different purposes and dimensions that contributed to the production care of patients with psychological distress at different times. History is here understood as a multiplicity (and nonlinearity) of time series and various blending and shuffle-forming speeches as truths. In conjunction we have discussed, we conclude that the work as a

Eneida Silveira Santiago; Silvio Yasui. A configuração de forças na constituição histórica do trabalho como estratégia de cuidado em saúde mental: problematizações foucaultianas. 60

therapeutic modality in nursing homes, there emerged in the world of psychiatry, but of capitalism. Associated with measures of occupation "empty minds" of misfits, later earned the position of an instrument of discipline and social regulation. With the Psychiatric Reform, activities Work in Mental Health have been re-invented as spaces enablers of access to citizenship and contractuality social network users.

Key-words: Mental Health, Public Health; Genealogy; Labor Relations; Subjectivity; Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

Neste artigo investigamos a constituição histórica da articulação entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental a partir de suas múltiplas transformações e da configuração de forças que daí emergiram. Como ferramenta teórica-metodológica, fazemos uso do método genealógico como discutido por Michel Foucault. A partir da genealogia, a conceituação de História é re-pensada, sendo que ela passa a ser compreendida como uma multiplicidade (e não linearidade) de tempos e séries diversas que misturam-se, embaralham-se formando relações e virtualidades que são constantemente ignoradas pela "história oficial". Ao longo do trajeto dessas linhas, também problematizamos como situaram-se e situam-se subjetiva e socialmente essa entre Trabalho-cuidado em Saúde Mental.

O Método Genealógico

Há uma tese central nos escritos foucaultianos, a compreensão de que a diferença, o disparate não são fatos da natureza, mas da civilização. Assim, para pensar os laços que os envolvem, recomenda-se o privilégio de outros pontos que não o do fim em si mesmo. Em suas obras ao longo dos anos 60, Foucault incubia-se de pensar as modulações discursivas que esconderiam-se em nossas escolhas cotidianas. Suas preocupações são identificadas no método chamado de Arqueologia do Saber que investiga o nascimento e a transformação de saberes. A questão era compreender como determinados saberes ganham estrato de verdade, dando discursividade a períodos históricos e práticas institucionais.

Posteriormente, já nos anos 70, Foucault introduz a Genealogia do Saber como um modo menos contemplativo de problematizar as práticas sociais, estando dentro delas. Abandona-se a reflexão de como os saberes surgiram e modificaram-se para o questionamento do porque do "aparecimento dos saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes" (FOUCAULT, 1986, p. X). Ou seja, a genealogia demonstra que a investigação das questões do poder (os porquês) mostra-se um instrumento capaz de lançar luz aos processos de produção de saberes, sendo que *Saber* e *Poder* seriam indissociáveis dos processos de produção de subjetividade.

Nessa perspectiva, o que o genealogista tem em mãos é uma proposta que não é do privilégio da teoria (dos saberes e das relações de poder) ou da prática (das relações sociais), mas de outra sustentação, muito mais complexa:

“Se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há 'algo inteiramente diferente': não seu segredo sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 1986 p.17-18).

Ao pensar o método genealógico, Foucault alimenta-se da filosofia nietzschiana de modo muito crítico quanto a reconstruir o sujeito moderno a partir de uma história continuamente desenvolvida. Não trata-se, para o genealogista à luz das contribuições foucaultianas, de negar os pormenores da história, mas de denunciar suas essências forjadas (BORGES NETO, 2012).

Valendo-se de Nietzsche como interlocutor para atualizar a genealogia, Foucault irá utilizá-la na sua analítica do poder, e com isso propor uma dispersão dos acontecimentos e evidências históricas, que poderiam acabar encobertas na organização determinista imposta às *coisas* e as palavras que nomeiam essas *coisas*.

Ao genealogista cabe a pesquisa que “agita o que se percebia imóvel, fragmenta o que se pensava unido; mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo.” (FOUCAULT, 1986, p. 21). Assim, não há acontecimento que *não possa e não deva* ser desenraizado de seus continuísmos e suas certezas que, enquanto elemento discursivo, produzem verdades e produzem subjetividade.

Há um falso conforto nas verdades, que a genealogia denuncia e esclarece ser “uma invenção das classes dominantes” (FOUCAULT, 1986, p. 18). Essa invenção somente é possível pelas relações de poder constituídas/atualizadas ao longo da história oficial. O que é “inventado” congela o deslocamento (enquanto movimentação), evita a ruptura, produz uma realidade que reforça a verdade por si só.

A história é composta pelo enfrentamento de forças que são agenciadas e emergem em acontecimentos que são fortuitos, e não baseados em intenções ou determinações. Novas forças podem emergir e os acontecimentos podem atualizar-se, pois ambos estão abertos aos devires, aos novos sentidos e ao que pode aparecer a partir da vibração inesperada e imprevisível da vida. Os acontecimentos põem em cena “as forças em jogo que emergem no acaso da luta” (FOUCAULT, 1986, p. 28).

O olhar e a denúncia genealógica das relações de poder e a produção de saberes exigem a atenção também para algo que Machado (1988) destaca: “O olhar que observa para controlar não é o mesmo que extrai, anota e transfere as informações para os pontos mais altos da hierarquia de poder?” (MACHADO, 1988, p. 195).

O trabalho do genealogista seria dedicar-se aos documentos que narram o cotidiano tão ignorado quando ‘os grandes feitos da história’ são priorizados e contados. Pesquisar o rotineiro, visto como a-histórico, é negar a tirania de um discurso científico soberano e centralizador.

“A genealogia é cinza; ela é pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. (...) Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar as singularidades dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história — os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram” (FOUCAULT, 1986, p. 15).

Diferentemente de uma história linear, são pelos percalços, recorrências, dispersões e ausências e não pela finalidade monótona (FOUCAULT, 1986) que a história faz-se. Bem como pelas

atualizações de novas forças e novos agenciamentos que outros e diversos sentidos constituir-se-ão.

“(...) (E)sta atividade, que se pode chamar genealógica, (...) trata de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto o retorno positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. (...) Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa” (FOUCAULT, 1986, p. 171).

A genealogia é justamente “a possibilidade de construir um saber histórico das lutas.” (NARDI, *et al.*, 2005, p. 1045), sem o contentamento pelo oficial. Assim neste artigo, a partir de uma perspectiva descontinuada e permeada de rupturas, analisamos e problematizamos documentos e escritos referentes à presença histórica do Trabalho (enquanto atividade laboral) como estratégia de cuidado na Atenção em Saúde Mental.

Objetivamos sim, a interrogação da preconização de posturas e práticas, a reflexão sobre as palavras nos papéis que possam denunciar olhares evolucionistas e normatizantes, conceituações simplificadas e perspectivas deterministas, promovendo cortes entre as coisas e as palavras que as nomeiam. Problematicamos verdades e relações de saber-poder que produzem subjetividades, realidades e saberes, buscando evidenciar formas do exercício de poder, visto que o poder não está localizado exclusivamente em seus aparelhos, pelo contrário. O poder é uma rede de relacionamentos e relações, sendo onipresente:

“O poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação” (MACHADO, 1986 p.14).

Esmiçar o discurso proferido pelo poder, na verdade *discursos*, é uma forma de interpretar esse poder, de trazer conhecimento ao desconhecimento. Sem objetivar o desvelamento ou a busca por origens, a genealogia “é a história destas interpretações.” (NARDI *et al.*, 2005, p.1046).

Saber e poder implicam-se mutuamente, constituindo a história. Com base nisso, o fazer genealógico colocaria-se atento ao jogo dos diferentes discursos que nos atravessam, que misturam-se, embaralham-se, atualizam-se, constituindo novas relações, novas virtualidades sem aparente indicação de referências anteriores, criando novos capítulos nessa história oficial. O estranhamento dos discursos da oficialidade é a oportunidade para a abertura de espaço e a criação de brechas para o pensar diferente: a acareação de pretensões de evidências e de relações de causalidade engendrado em postulados instituídos na perspectiva de Verdade.

Assim, pautados por nossos objetivos nesse estudo, os dizeres de Foucault nos instiga ao olhar atento às práticas de tratamento, cuidado e atenção em saúde mental e aos postulados instituídos

nesses fazeres, já que, como discutimos acima, as interrogações são a possibilidade da desconstrução de hábitos e certezas cristalizados em discursos da verdade.

Perceber os enraizamentos que fomentaram ações é a possibilidade de relançar os dados no tabuleiro das forças que fabricam constantemente estratégias de cuidado em saúde mental. Assim, é o projeto genealógico, tomado de discussões foucaultianas, que configura a escolha teórico-metodológica nesse artigo.

Trabalho e Saúde Mental: configurando forças

Em novembro de 2004, os Ministérios da Saúde (MS) e do Trabalho e Emprego (MTE) realizaram em Brasília, a *Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho*. Esse evento foi resultado da aliança entre Saúde Mental e Economia Solidária e seu fruto está condensado em três propostas-síntese oriundas dos grupos de trabalho. São elas:

“Criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; criação de um mecanismo de articulação entre Área Técnica de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Economia Solidária e suas respectivas políticas; criação e manutenção de incubadoras que apóiem, capacitem e fomentem iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 p.13).

Essa aliança suscita um aparente ineditismo e singularidade, porém a parceria entre Saúde Mental e Trabalho pode ser visualizada ao longo da história da psiquiatria e da atenção em saúde mental. Resende (2007) problematiza como a sociedade capitalista utilizou e utiliza a aptidão ou inaptidão para o trabalho como importante critério para a definição da diferença ou da “normalidade”.

Na atualidade, acompanhamos o estabelecimento nas organizações produtivas de conjuntos de modelos e normas de condutas bem específicos para os trabalhadores. São posturas, comportamentos e ritmos que sujeitam os indivíduos em uma constante tentativa de disciplinização e docilidade do tempo, corpos e mentes dos trabalhadores. Trata-se da gestão do trabalho e do trabalhador que pouco respeita ou autoriza variações ou movimentos espontâneos, fruto de qualquer individualidade. Ceder a essas exigências de postura é ser considerado um trabalhador competente, porém massificado e apagado em sua singularidade. Tal fato é indicativo e resultado direto de como a atividade laboral, no último século, mostra-se cada vez mais impossibilitada de promover a construção de conteúdos significativos que privilegiem a subjetividade dos trabalhadores na situação de trabalho.

Diversos autores (DEJOURS, 2007; CODO *et al.*, 1997; CODO e JACQUES, 2002) discutem como a construção de significação na situação de trabalho é importante para a subjetividade humana, sendo o sofrimento no trabalho, e uma posterior desvalorização social, fruto da impossibilidade ou dificuldade dessa significação.

Sobre essa questão, Codo et al. (1997) teorizam que oposto à linearidade da relação de trabalho em que o *sujeito* (trabalhador), atua, investe seu saber e sua energia sobre um *objeto* (ação realizada), uma terceira dimensão presente nessa relação laboral *sujeito-objeto* seria o *significado*, estabelecendo com as duas anteriores, agora um circuito de trocas constantes. A partir disso, os autores propõem a utilização da palavra *gesto*, em substituição à palavra *comportamento* no trabalho, para enfatizar a importância da atividade humana em toda sua

potencialidade de estética existencial. São novas formas de vida e novas formas de subjetivação em modos originais de experimentar a si mesmo e a vida, e produzir diferentes sentidos sobre si e sobre seus saberes tecnológicos (seu saber-fazer). “Onde buscar a compreensão do homem se não na forma como o homem produz sua própria vida?” (CODD et al., 1997 p.267).

Uma importante possibilidade de experimentar e expressar a si e a vida, são as atividades artísticas, que comumente fizeram-se presente no universo histórico da Saúde Mental. Como atividades ou veículos terapêuticos, sua presença neste campo,

“(…) não anulava as diferenças individuais mas era a expressão direta destas diferenças que se valorizavam no ato de se exprimir diferentemente. Não é uma simples coincidência que exatamente estas três atividades, o trabalho no campo, o artesanato e o trabalho artístico sejam até hoje propostas como técnicas de tratamento e ressocialização dos doentes mentais (...)” (RESENDE, 2007, p. 22).

É neste contexto que, de um lado temos um mundo do trabalho que privilegia a obediência e a normatização das posturas e condutas em que o sujeito que trabalha é lançado como objeto no “jogo da verdade” do mundo produtivo (FOUCAULT, 2004b), e de outro lado, uma preocupação em constituir destacadas estratégias de cuidado em saúde mental que, neste artigo problematizamos a relação do Trabalho com a Saúde Mental, presente na história dos modos de cuidar e, mais recentemente, expressamente colocada nas atividades das oficinas terapêuticas e nas iniciativas de geração de trabalho e renda na saúde mental

Como fio condutor para as problematizações que aqui fazemos da constituição histórica dessa articulação, apresentamos três teses centrais sobre as quais compreendemos que a relação entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental vão construindo-se. Essas proposições são:

1. O trabalho como instrumento de ocupação, de evitar a ociosidade “restabelecendo” à ordem para que as pessoas pudessem retornar à sociedade de forma produtiva;
2. O trabalho como prática curativa, a partir da prescrição médica;
3. O trabalho como estratégia de atenção, socialização e inserção social.

Esclarecemos que, como já colocado acima, não buscamos o estabelecimento de uma linearidade constitutiva ou organizativa da presença do Trabalho no campo da Saúde Mental, muito pelo contrário. A colocação das teses foi a estratégia por nós escolhida para, ao valorizar os pormenores históricos, denunciar o passado, fazer a crítica do presente, e traçar o processo de objetivação da articulação dos campos. Dessa forma, discutimos cada uma das três teses citadas.

O TRABALHO COMO OCUPAÇÃO

O trabalho como modalidade terapêutica não surgiu no universo da psiquiatria, pelo contrário. Será durante a Idade Média que pode-se identificar uma condenação do ócio e da improdutividade, em que a criação de casas correcionais visava, pela imposição do trabalho, impedir o risco de desordem social identificada na mendicância e a vadiagem de uma parte da população, o que poderia ameaçar a “sociedade produtiva” da época. Neste momento, o Trabalho (sua realização ou a capacidade para este) era um instrumento de medida da adequação social do indivíduo aplicado através de mecanismos de disciplina e normalização.

A partir do séc. XVIII, com o surgimento do capitalismo, o mundo urbano-industrial passou a demandar um homem adaptável as exigências do trabalho mecanizado. Não bastava o desejo para trabalhar ou a dedicação ao trabalho, buscava-se a adequação absoluta. Esse ajustamento,

ao mesmo tempo que era afirmado e reforçado pela gestão do pormenor, da minúcia no ambiente fabril (do corpo biológico e do corpo força de trabalho, por exemplo), igualmente ampliava-se na vigilância do campo social, nos espaços de circulação e de existência pública com enquadramentos disciplinares de diversas instituições pedagógicas, médicas, criminológicas, psicológicas e psiquiátricas (escolas normais, reformatórios, casas de correção, orfanatos, centros de reabilitação, hospitais gerais são alguns dos diversos exemplos possíveis de serem citados.) como forma de normalizar, ou seja, de vigiar, examinar, controlar e corrigir continuamente com vistas a trazer para a “norma”, para o “aceitável”, salvando os indivíduos de seus desarranjos e mantendo a sociedade organizada através de práticas de interdições, evitando os “desvios sociais” (FOUCAULT, 1996; FOUCAULT, 2004a).

O controle e a ordem eram garantidos pela distinção de classes das mais diversas, e o estabelecimento e regulamentação dos indivíduos dentro delas: o trabalhador e o vagabundo, o são e o louco, os bons costumes e os maus costumes, o homem respeitável e o homem perigoso, a família estruturada e a família desestruturada, o indivíduo recuperável e o indivíduo irrecuperável, entre outros.

Muitas das instituições e saberes que emergiram em novas tecnologias, neste momento histórico, objetivavam difundir estratégias de governo convocando outras instituições a ocuparem igualmente o lugar da vigilância e da correção, mergulhando os sujeitos em um repleto campo político e de poder compondo o que Foucault (2004a) nomeou de *Sociedade Disciplinar*.

Muitas dessas tecnologias de poder eram facilmente visualizadas nas dimensões de Trabalho. Não só na constituição espacial das fábricas, ou na organização das tarefas concretas (como campos de clara materialidade dessas relações que aqui discutimos), mas também nas sutilezas simbólicas das máquinas sociais.

Com a fundação da Psiquiatria, o Trabalho será instaurado como prática curativa, sendo que, para Saraceno (1999, p. 21), “o trabalho em manicômios é tão antigo como o próprio manicômio”.

“Curar-se para trabalhar” tornou-se um mantra na consonância utilitária da sociedade produtiva. Estar impossibilitado para isso, evidenciava um descompasso a ser urgentemente corrigido no âmbito da qualificação, da orientação e da existência como um todo. Se o louco estava em descompasso pela própria loucura, estava mais ainda por não poder/querer “contribuir com a nação”, logo, curar-se pelo Trabalho justificava-se imediatamente, assim como a indicação do Trabalho para evitar o enlouquecimento, ambos como autênticos processos de “introjeção das normas do pacto social construído entre os pares, a normalização dos cidadãos e da própria cidadania” (AMARANTE, 2007, p. 26). O Trabalho, como dispositivo organizador das atividades asilares, era o meio e o fim do tratamento.

Apesar da colocação curativa, terapêutica, o que discursivamente verificamos era um destacado objetivo de ocupação do tempo livre, que no espaço da instituição manicomial significa praticamente todo o tempo. O dito popular “Mente vazia, oficina do demônio”, demonstrava essa preocupação com a ociosidade em uma tática de tempo disciplinar (FOUCAULT, 2004a).

O tempo surgiu como importante dimensão a ser administrada para o caminho rumo ao progresso social. Linear, sequencial e desenvolvido por fases, ele deveria ser produtivo, por isso tornou-se objetivado e capitalizado para ser integralmente útil, inclusive no campo psiquiátrico. Controlava-se o tempo, para controlar-se a existência do trabalhador (no contexto do mercado

de trabalho), bem como do trabalhador-paciente (no espaço institucional), a partir do estabelecimento de um modelo ideal e do afastamento ou proximidade deste.

Com Phillip Pinel, o pai da psiquiatria, em sua proposta de tratamento moral, a disciplina e a ordem do trabalho mecânico, rigorosamente executado, eram utilizadas como medida de cuidado psiquiátrico sistemático imposto aos doentes mentais que eram, pela primeira vez, separados dos demais colegas de infortúnio.

Nesse momento, o ambiente da psiquiatria colocava o Trabalho de maneira similar ao que era colocado no social: pautado na lógica do controle do relógio das fábricas, da organização higienista-urbanística das cidades que regia o mundo e passava a reger o trabalho enquanto movimento disciplinado que sistematizava técnica e racionalidade, inclusive no manicômio. Podia-se assim perceber que:

“(...) o trabalho não foi instituído como medida de sanidade mental somente no interior do asilo. A valorização e dignificação do trabalho eram bases para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista (...). A indicação do trabalho como medida terapêutica surge no bojo de reformas humanitárias, da busca de igualdade entre os homens, do surgimento da sociedade industrial e da transformação da loucura em doença mental, que estavam em curso” (LIMA, 2004 p. 62-63).

Havia, naquele período, um conjunto de dispositivos cristalizados a partir de práticas construídas em um contexto histórico preciso: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo) e um grupo de detentores de toda Verdade, e provedores de todo Discurso sobre a loucura (os médicos psiquiatras) (CASTEL, 1991).

Esses dispositivos serão cruciais para a colocação do Trabalho como ação reabilitante, como discutimos agora.

O TRABALHO COMO PRÁTICA CURATIVA

A racionalização do tempo e das ações iriam refletir-se também na “organização” do saber e das práticas psiquiátricas. Nesse contexto, o Trabalho avançará da categoria de ocupação necessária em um mercado do privilégio da produtividade, para prática curativa prescrita pelo psiquiatra. Pertencente ao conjunto de ações terapêuticas do paciente manicomial, as atividades laborais, nesta segunda proposição, colocavam-se como estratégia de transformação da personalidade e dos comportamentos dos insanos. Ideias ainda muito norteadas pelos preceitos de Pinel:

“Dentre as mais importantes estratégias do tratamento moral estava o que Pinel denominava ‘trabalho terapêutico’. O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição de modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e o trabalho seria, portanto, um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis” (AMARANTE, 2007, p. 33).

Com base nesta articulação do Trabalho como prática curativa, os hospitais psiquiátricos brasileiros, surgidos entre os séculos XIX e XX, seguiram os preceitos da Psiquiatria Moderna e contavam com terrenos para o cultivo da terra, espaços organizados para tarefas com barro, madeira ou couro (para os homens), e bordados e costura (para as mulheres). De modo que as atividades indicadas aos pacientes eram determinadas a partir do diagnóstico dado a eles, em

uma prática terapêutica respaldada em ciências médicas, com nomes variados como laborterapia, ergoterapia, praxiterapia.

A separação e diferenciação das ações terapêuticas pelo sexo dos pacientes, era um exemplo irrecusável da fragilidade e contradição do discurso do poder psiquiátrico que fortemente estruturava o olhar sobre a doença mental e a própria instituição manicomial. Esse discurso não sustenta-se quando esmiuçamos e percebemos que homens e mulheres eram diagnosticados e tratados a partir de parâmetros distintos, e muitas vezes opostos: o que trazia a “certeza” do desvio na mulher, poderia ser a “chave do restabelecimento” no homem.

Como ilustração do que afirmamos, retomamos Cunha (1986; 1989) quando ao analisar prontuários clínicos de internos psiquiátricos, relata a história de Eunice, professora de 30 anos, internada no Hospício do Juquery em 1910 com o diagnóstico de Loucura Maníaco-Depressiva.

Segundo anotações do alienista em prontuário clínico, Eunice era a filha mais nova de uma família *bem estruturada*¹ que a teria habituado a *mimos excessivos*, tendo com isso desenvolvido na menina um precoce brilhantismo intelectual, vindo ela a tornar-se *muito inteligente*. Destacou-se na Escola Normal, onde era constantemente elogiada por professores e colegas, o que a teriam tornado *orgulhosa*. Poucos anos após formada, passou a morar sozinha em uma cidade distinta da que residia com a família, isso tudo para dirigir um grupo escolar, posição em que destacou-se. Assumiu muitas atividades, *trabalhando demais*, mesma época em que passou a apresentar comportamentos estranhos: escrever livros didáticos, fundar escolas para a alfabetização de adultos, comprar *livros e livros para ler*. Revelava-se completamente *independente*, não submetendo-se as intervenções e conselhos dos pais ou irmãos, tanto que escolhera permanecer solteira aos 30 anos, tendo rompido mais de um noivado (*dois ou três*). O alienista associou a condição de não estar casada aos 30 anos com uma *hiperexcitação intelectual* (CUNHA, 1986; 1989).

O que assinalamos, com o exemplo da história de Eunice, é a existência de um discurso médico recheado de saberes morais que atentamento olhava, examinava e classificava os indivíduos a partir de variados preceitos normalizadores que pouco médico, científico ou terapêutico eram, nas entrelinhas dos dizeres higiênicos. Estes, marcados por indicativos desviantes, evidenciavam-se após as capturas de detalhes infames de histórias de vidas resistentes aos processos disciplinares impostos. Relatos que, detalhadamente, compunham dossiês, prontuários e relatórios, sendo estes documentos de capturas de discursos (FOUCAULT, 2004a).

O que estamos colocando em pauta é a necessidade da clareza de que o discurso do tratamento, da assistência em saúde mental e de sua articulação direta ou indireta com o Trabalho, nas perspectivas aqui abordadas, são estratégias de poder já que, apesar de discursar sobre a loucura, este está além da noção de saúde ou de doença: é um dispositivo de biopoder. Foucault (2010) denomina biopoder como o exercício de práticas positivas de poder que incidem diretamente na vida e no corpo dos indivíduos e dos coletivos.

As biopolíticas, enquanto transformação do biopoder em práticas de governança dos grupos sociais e das populações, objetivam:

¹ Esclarecemos que as terminologias aqui colocadas são as utilizadas pelo alienista nas anotações do prontuário da paciente, conforme indica o material de Cunha (1989). Aqui essas terminologias são colocadas em itálico para facilitar sua identificação.

“(…) uma produção da vida, da força e da potência dos corpos das populações conforme taxas, índices, padrões, normas e estatísticas diversas, o que implica o desenvolvimento de saberes e a formação de uma “ciência de Estado” – a estatística – e uma “medicina de Estado”: a medicina social” (PRADO FILHO e TRISOTTO, 2008, p. 118).

Parte desses dispositivos de biopoder, consistia na construção e manutenção de identidades modelos e a formação de processos de patologização da vida e dos modos de ser distintos dos padrões definidos. A partir do diagnóstico dos modos de existir descompassados, tentava-se produzir outras subjetividades identitárias, marcadas pela condição de docilidade, de submissão às práticas de adestramento disparadas por diversos estabelecimentos disciplinares.

No retrato de Eunice, percebemos como que as anotações do alienista enfatizaram instituições que permearam a vida da paciente, destacando como que, em termos de modulação e gerenciamento da subjetividade, essas instituições falharam: a família produziu *excesso* de inteligência; a escola produziu *excesso* de soberba; o trabalho produziu *descontrole* e *imoderação* no investimento na carreira profissional.

As repetidas brechas não sanadas institucionalmente justificariam a instrumentalização do controle, como ocorre com Berenice que é internada no Juquery por cinco meses, período em que é submetida às práticas terapêuticas e ditames asilares. Após esse período, os relatos indicam que a paciente aceitou retornar

“a casa paterna para viver o papel socialmente destinado a uma mulher com o seu perfil. Triste papel, o de uma ‘solteirona’ amarga, ressentida, dependente e frágil, ao qual ela parece ter-se adaptado de alguma forma, já que não há qualquer anotação de retorno (ao Juquery) em seu prontuário (CUNHA, 1989 p.125).

O biopoder fundamentou as afirmações psiquiátricas impostas à Eunice: o desajuste existencial justificou sua institucionalização e a re-adequação/submissão do discurso de verdade, a libertou dos braços asilares.

Foi o exercício do biopoder que produziu historicamente modos de ser legítimos e ilegítimos de indivíduos, grupos e populações inteiras. Foram noções condizentes com papéis sociais adequados a padrões de disciplina que justificaram prescrições e campanhas de gestão de corpos, ou seja, de ajustamento a uma relação de docilidade-utilidade adaptativa aos processos capitalista. O corpo, nesse viés, tornou-se investido social e politicamente (FOUCAULT, 1986).

A partir de nossos estudos e reflexões, afirmamos que o dispositivo do Trabalho no contexto manicomial era indicado como prática curativa não da loucura, mas do desvio ao papel social normatizado. Isso tornou-se claro quando investigamos que o que conduzia homens e mulheres ao tratamento asilar eram pontos opostos, e os que os “libertavam” também. Discurso em conformidade com a teoria de que os sexos teriam uma diferença natural e básica. Por isso, os tipos de atividades de Trabalho destinados aos gêneros deveriam reforçar/impor essas noções como caminho de volta à normalidade e evitação do *antinatural*: homens realizando atividades marcadas com valores masculinos, como força e independência, mulheres em ações que seriam espaços para emersão de virtuosidade, obediência, cuidados domésticos e maternagem². Frisamos que os distintos olhares do normal/anormal lançados para homens e mulheres, também eram verificamos quando assinalamos serem eles de grupos mais ou menos abastados economicamente. As mulheres de extratos sociais mais elevados, por exemplo, eram vistas de forma mais sutil e com maior

2

tolerância quanto aos indicativos de “rebeldia social” ou degeneração. O mesmo ocorria quando estas eram internadas: os trabalhos a que eram submetidos também diferenciavam-se das atividades impostas as mulheres menos abastadas (CUNHA, 1986; CUNHA, 1989).

Para homens e mulheres, a presença do Trabalho no ambiente asilar e na caixa de ferramenta psiquiátrica, era algo posto.

Em 1900, no Brasil, Franco da Rocha apresentou a concepção de que o Trabalho seria parte fundamental na assistência psiquiátrica, sendo a ocupação laboral, em sua proposta, capaz de afastar o que chamava de “fantasias mórbidas” (LAPPANN-BOTTI, 2004).

“Neste contexto, não surpreende o fato de a tese inaugural da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo), de Henrique de Oliveira Mattos, ter como título *Laborterapia nas Afecções Mentais*. A esta se seguiram muitas outras tendo como tema central a aplicação terapêutica do trabalho nos hospitais psiquiátricos” (LIMA, 2004, p. 63) (destaque da autora).

A apropriação da loucura e do trabalho pela psiquiatria, como visto na citação, elucidava-se por meio da produção científica e filosófica da época. Foi pela sistematização das atividades de trabalho, direcionadas à cura da loucura, que o saber-fazer médico focalizados na doença (a loucura) constituíram/indicaram tratamentos (entre eles o Trabalho) e buscaram a saúde (a sanidade, a normalidade, a capacidade produtiva).

Já vimos que guiados pela cura, as ações de Trabalho no espaço institucional, seguiu um Discurso Mestre, que não ficou restrito ao manicômio: a da capacidade de trabalhar como indicativo de adequação social e, no reverso, a incapacidade como inadequação. Sobre essa questão, Foucault (2000) esclarece como que a constituição da loucura como doença mental teria sido responsabilidade do capitalismo e não da psiquiatria, sendo que o louco ao não ajustar-se na ordem social vigente, não apresentaria valor no mundo do trabalho sendo considerado inábil, anormal, patológico e, portanto, passível de tratamento para a “correção” disso. Dessa forma, tratar e curar a loucura pelo Trabalho, configurariam-se em um autêntico esforço de manutenção do ato civilizador ao estar em consonância com as preocupações e práticas de normatização dos espaços público e privado (FOUCAULT, 1986) como meio de superar as mazelas do progresso.

É importante destacarmos que, no ambiente institucional, mesmo como ação curativa e indicativo de reabilitação social, o Trabalho ainda, em essência, estava centrado em princípios de ocupação do tempo, dos quais tentará desviar-se cada vez mais e mais.

Neste cenário, também encontramos exceções. Entre os exemplos das práticas focalizadas no *fazer* como ação terapêutica, e que sobressaiam-se pelo distanciamento da pura ocupação do tempo para os doentes mentais ou do ajustamento a papéis sociais, destacamos as experiências de Nise da Silveira e de Osório César como movimentos contra hegemônico do Trabalho na assistência em Saúde Mental.

Nos anos 20, o mesmo Hospital Psiquiátrico do Juquery contava com o médico psiquiatra, músico e crítico de arte Osório César, que passava a recolher, catalogar e analisar trabalhos expressivos encontrados soltos e perdidos pelos pátios da instituição, denominando seus autores de *artistas* e não de *pacientes*. Em 1929, Osório César publicou *A Expressão Artística dos Alienados*, o que contribuiu para transformações nas práticas terapêuticas institucionais com a criação da *Escola de Artes Plásticas do Juquery* (LIMA, 2004).

“É interessante notar que (...) Osório César está(va) mais interessado em uma leitura dos trabalhos plásticos com os quais se depara(va) e com uma apreciação estática colorida por pinceladas psicopatológicas (o que talvez indique o paradoxo do seu lugar de crítico de arte e psiquiatra), ele encontra(va) nas criações dos internos uma afirmação de suas capacidades e de sua criatividade e na arte um instrumento para a reabilitação dos doentes” (LIMA, 2004, p. 65).

A partir de 1946, os trabalhos de Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro, basearam-se no compromisso de criar práticas terapêuticas mais humanistas para a atenção à esquizofrenia, com Nise passando a pesquisar e desenvolver terapêuticas no Setor de Terapêutica Ocupacional da instituição. Suas atividades tinham como foco encontrar meios de expressão de vivências não verbalizadas e de significados simbólicos, e dividiam-se em diversos setores como encadernação, música, pintura e modelagem. Com a participação de músicos e artistas plásticos, seu trabalho complementou-se com a criação do Museu de Imagens do Inconsciente, anos depois (LIMA, 2004).

Os estudos e as práticas de Osório César e Nise da Silveira foram contemporâneos, e representantes do embate entre práticas de laborterapia e psiquiatria científica, bem como da terapia química e medicamentosa. Mas estas experiências precederam, e muito, a transformação da parceria entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental (aqui não mais chamada de assistência ou tratamento psiquiátrico).

O TRABALHO COMO PRODUÇÃO DE VIDA

Observamos no Brasil a partir dos anos 70, uma série de questionamentos e críticas das práticas psiquiátricas até então vigentes. Como um reflexo de experiências e movimentos de outros países, temos o início de um longo processo de construção de alternativas ao modelo até então hegemônico, chamado modelo assistencial hospitalocêntrico (AMARANTE, 2000; DELGADO, 2007; FREITAS, 2011). Eram ações com o objetivo de redução das internações psiquiátricas, de desenvolvimento do atendimento extra-hospitalar, de substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico por redes de atenção integral em Saúde Mental, e a revisão do arcabouço jurídico-legal para a garantia dos direitos civis e de cidadania aos portadores de transtornos mentais.

Temos, na verdade, uma Reforma da Psiquiatria constituindo-se, entre outros aspectos, como um modelo conceitual que propunha uma mudança de *olhar* em relação ao portador de sofrimento psíquico, uma tentativa de retomada deste sujeito, até então, esquecido nos corredores das instituições psiquiátricas, cronificado e abandonado.

Para Saraceno (1999) esse processo de resgate da autonomia e da identidade do portador de sofrimento psíquico intenso, deveria ser pautado no exercício da cidadania em três cenários básicos: habitat, rede social e trabalho. No alcance deste cenário, o fator mais importante no acompanhamento, passaria a ser a própria relação terapêutica, bem como a capacidade de acolhimento em todos os momentos deste, sendo necessários projetos terapêuticos que privilegiassem e potencializassem o valor social e o sentido destes sujeitos, ao mesmo tempo em que articulassem família, comunidade e usuários dos equipamentos de saúde, em um processo de produção de saúde.

Esta produção de saúde encontrou campo frutífero em espaços de coletivização como reuniões clínicas, de projetos e supervisões, mas deveria encontrar nos usuários, e em espaços circulados por estes, um marco, como preconiza a Atenção Psicossocial.

Costa-Rosa (2000) nomeia dois modos básicos de práticas em Saúde Mental: o Modo Asilar e o Modo Psicossocial, sendo o último fundamentado nas práticas da Reforma Psiquiátrica e composto por quatro princípios que compõem o paradigma das práticas em Saúde Mental:

“Definição do “objeto” e dos “meios” teórico-técnicos de intervenção: diz respeito às concepções de saúde-doença-cura e aos meios e instrumentos de trabalho; incluem-se neste caso, o aparelho jurídico-institucional, o multiprofissional e o teórico-técnico, além do discurso ideológico; Formas da organização dos dispositivos institucionais: refere-se ao modo como se dá às relações intra-institucionais, como exemplo, a dimensão organogramática que conjuga as diferentes possibilidades de metabolização do poder; Modalidades do relacionamento com os usuários e a população: dizem respeito às diferentes possibilidades de mútuo intercâmbio, como equipamentos; Implicações éticas dos efeitos de suas práticas em relação aos termos jurídico-técnicos e ideológicos” (COSTA-ROSA, 2000, p. 151).

A análise dos princípios propostos pelo autor nos leva a um entendimento que vai muito além da lógica cartesiana da sanidade-loucura. Aqui falamos de uma existência-sofrimento, de uma falta, uma busca, uma angústia. Nesta perspectiva, o *sujeito* (e não mais o paciente ou o doente mental) deverá ter acesso a recursos que o permitam construir uma compreensão de sua própria existência e, portanto, de seu próprio sofrimento. Para tanto, a equipe terapêutica trabalhará de uma forma que também vai além do previsto, planejado e cristalizado.

A equipe deverá apropriar-se desse entendimento apresentado pelo Modo Psicossocial, de uma clínica da ética, da singularidade, do reposicionamento frente aos seus conflitos e sua contradição, e não mais da simples supressão do sintoma, antes uma disfunção. Nesta perspectiva:

“(…) as oficinas – como são geralmente nomeados esses dispositivos a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil – remetem à ideia de produção e desta para a ideia de produção de subjetividade. É nesses espaços que se engendram, se experimentam, se criam novas formas de se relacionar, novos espaços para existir, novos modos de ser” (LIMA, 2004, p.71).

A concepção de novos equipamentos de Atenção em Saúde Mental (Centros de Atenção Psicossocial, as Oficinas Terapêuticas, de Reintegração Sociocultural e as Cooperativas de Trabalho), novas formas de organização e gestão destas instituições (com participação e co-gestão de usuários e população) com a área de abrangência destas práticas (conceituada de território), nova estratégia de promoção da cidadania e ampliação da contratualidade social dos usuários da rede de saúde mental (com iniciativas de Inclusão Social pela Arte, Cultura e Trabalho), são alguns dos reflexos diretos dos princípios acima apresentados.

Os novos pressupostos tem como sustentação o conceito de território, uma categoria analítica dos trabalhos de Milton Santos. Para ele *territórios*, para além de espaço geográfico, são lugares de construção e reconstrução constantes (que abrem a possibilidade de transformação) de nossa existência enquanto sujeitos sociais, históricos e desejantes. Segundo o próprio Santos (2002, p. 48), território é o espaço em que os sujeitos “vivem, trabalham, sofrem e sonham (...) Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações (...)”. É essa base territorial que coloca-se como elemento organizativo e assistencial da saúde enquanto produção coletiva, histórica, social e política (MONKEM et al., 2008).

É nesta base territorial que as oficinas terapêuticas, como dispositivos essenciais no Modo de Atenção Psicossocial e na discussão que aqui promovemos, que iremos agora, delimitar e refletir sobre o que são esses preceitos.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: RELAÇÕES INTERSETORIAIS

Enquanto processo político e social complexo, a Reforma Psiquiátrica é composta de diversos:

“atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p.06).

Preconizando uma mudança na forma de pensar e organizar o cuidado em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica coloca a cidade (como base territorial e comunitária), em suas articulações, como espaço privilegiado de existência e protagonismo.

A cidade é re-inventada em suas possibilidades de vida e política, colocando em foco “as cidades da cidade”, ou seja, a diversidade de zonas, redes de encontros, laços sociais, comunidade de afetos e histórias diversas que necessitam serem vislumbradas e respeitadas como afirmação da vida. Desta forma, a saúde seria, justamente, essa capacidade de asseverar a vida (de forma complexa e integral) não mais como contraponto da doença. Deixa-se assim, de fomentar saberes e práticas referendadas pela lógica curativa. Muda-se a perspectiva sobre a cidade, sobre a vida e sobre a saúde.

Essa cidade múltipla que agrega tramas diversas e compõem a vida e a saúde que constroem-se constantemente, é a sustentação dos contemporâneos conceitos de integralidade e intersectorialidade, dos quais o Trabalho compõem.

A integralidade é um dos princípios constitucionais do Sistema único de Saúde (SUS) e ressalta a imprescindível necessidade do olhar integral sobre o ser humano, contemplando suas dimensões biopsicossociais. Prevê a constituição de uma rede de serviços em saúde em diferentes eixos, combinando ações para viabilizar uma atenção em saúde igualmente integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Por intersectorialidade, entende-se a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, isso em áreas não contempladas pelo SUS.

“Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b p.03).

O sujeito, integralmente olhado e cuidado pela saúde e pessoalmente implicado no processo, pressupõem o estabelecimento de uma rede psicossocial que relacione dimensões subjetivas e práticas objetivas (atores, saberes, instituições, diretrizes).

No campo do Trabalho articulado à saúde e à saúde mental, o exercício da integralidade e da intersectorialidade transpassa, e é transpassada, por novas conceituações, definições, operadores e dispositivos.

Lembremos de nossos apontamentos históricos de como a faceta mais presente do Trabalho articulado à Saúde são as denominadas oficinas terapêuticas. Elas também estão conceitualmente presentes aqui, no cenário ampliado do cuidado.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de sua atual Política Nacional de Saúde Mental, contempla e define as oficinas terapêuticas como sendo “(...) atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (BRASIL, 2002 p.51). Já as chamadas Cooperativas Sociais, outra configuração da relação Trabalho-Saúde, são constituídas “com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico, por meio do trabalho” (BRASIL, 2002 p.13-14). São considerados em desvantagem “os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos entre outros” (BRASIL, 2002 p.14).

Nas próprias palavras do MS, identificamos uma clara tentativa de distanciar-se das práticas anteriores, que estabeleciam o trabalho como recurso asilar marcado pelo entretenimento e pela ocupação do tempo (evitando a ociosidade institucional).

Desenvolvidas em espaços substitutivos de Atenção em Saúde Mental, as *oficinas*, no acontecer cotidiano para além dos dizeres políticos, caracterizam-se por uma enorme gama de atividades, e definem-se a partir de três possíveis caminhos:

- Espaço de criação: oficinas que possuem como principal característica a utilização da criação artística, como atividade e espaço, a fim de propiciarem a experimentação constante;
- Espaço de atividades manuais: oficinas de desenvolve em seu espaço atividades manuais que demandam um determinado grau de habilidade, e de onde se constroem produtos úteis à sociedade como objeto de troca material;
- Espaço de promoção de interação: oficina que tem como objetivo a promoção de convivência entre os clientes, técnicos, familiares e sociedade, como um todo. (DELGADO, LEAL e VENÂNCIO, 1997, p. 67).

Diretamente relacionadas, as oficinas ou cooperativas

“(...) são constituídas com o objetivo, não mais 'terapêutico', isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional, mas de construção efetiva de autonomia e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas Cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos” (AMARANTE, 1997 p.176).

Apesar de toda tentativa de privilegiar o campo da cidadania, das contratualidades sociais e da construção de uma *outra* condição existencial para o usuário do serviço, muitas vezes, porém, ainda encontramos nas oficinas terapêuticas e de trabalho/renda uma sutil pretensão de ajuste, reabilitação e ocupação do tempo livre.

Lappann-Botti (2004), em sua tese de doutorado entrevistou usuários e profissionais das oficinas terapêuticas em serviços de Atenção em Saúde Mental em Minas Gerais. Seus dados revelaram frases como:

“A oficina que frequento é um lugar de distração mental...” (p. 91).
“(...) porque o doutor F. mandou, ele fez eu vim...” (p. 109).

Apesar destas falas, outras também chamam a atenção:

“(...) é uma terapia pra gente conversar, falar o que está sentindo. Às vezes agente nem está bem em casa, vem prá cá e melhora (...)” (p. 87).
“Eu acho que mud(ei) porque eu acabei descobrindo que vivia muito mal, pois vivia de trabalho excessivo, rotineiro, todo dia a mesma coisa e aqui a gente faz muitas coisas diferentes.” (p. 101).

Já Silva (1997), em estudo realizado com os participantes do intitulado “Projeto Copiadora” do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, da cidade de São Paulo (que de uma oficina terapêutica de início, tornou-se um projeto de trabalho mantido pelos usuários da instituição, que atende a comunidade local), apreendeu falas sobre como que:

“a pessoa precisa trabalhar para atender suas necessidades materiais, seus sonhos e garantir sua independência ‘porque ninguém olha por ninguém’” (p. 95).
“o trabalho é obra de Deus, um direito do cidadão, porém este não é ‘respeitado, não tem dignidade, seu salário é um miséria’ e atualmente não supre suas necessidades materiais” (p. 96).
“foi melhor (trabalhar no Projeto) porque as pessoas têm mais tolerância, ... sabem que ele tem problema mental, ... é mais fácil lidar com os colegas, ... o serviço não é difícil, faz pensar, trabalhar” (p. 98)

As frases acima, e a discussão até aqui promovida, nos leva a um novo questionamento: até que ponto, de fato, as oficinas terapêuticas e de trabalho/renda podem significar uma ruptura da exclusão promovida pela loucura, e a construção de *outra* condição existencial? Ou seria muito mais uma troca: da exclusão pela loucura para a marginalização pelo capitalismo?

Preferimos aqui a denominação *outra condição existencial* em detrimento à denominação *nova condição existencial*. Muito mais do que um trocadilho de palavras, a opção pela segunda expressão faz-se por compreendermos que ela privilegia noções que consideramos cruciais, e que aqui problematizamos: a de que a atuação em saúde mental (como profissionais, usuários, representantes públicos e sociais ou familiares) não deva priorizar a cura, a supressão dos sintomas, dificuldades, impossibilidades ou toda a variada gama de aspectos singulares que o sofrimento psíquico intenso possa evidenciar. Por isso, compreendemos que *nova condição*, ainda evidenciaria um discurso de saber-poder na medida em que acentua o contraponto, a *velha condição*, como algo desvalorizado, e como tal, a ser abandonado. Ainda há o imperativo normativo na expressão, por isso renunciamos a ela.

Retomando: como priorizar essas *outras* questões no privilégio de *outras condições* existenciais?

Tais indagações são urgentes quando analisamos o mesmo mundo do trabalho que irá “compôr” com esses usuários das oficinas: um mundo do trabalho que, como o próprio participante do Projeto Copiadora destaca acima, disponibiliza rendimentos insuficientes para nossas necessidades materiais e, complementamos, também nossas necessidades subjetivas.

O MUNDO DO TRABALHO: ESPAÇO DA CRIAÇÃO OU DO ESTRANHAMENTO?

Nas discussões sobre a fecundidade das ações fruto da parceria entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental, uma constante é a preocupação com o tipo de inserção que os produtos ou serviços, resultado das atividades terapêuticas e de geração de trabalho/renda, terão no mercado capitalista. Um mercado, por excelência, pouco afeito às diferenças.

Este questionamento permeou a fala de Paul Singer, Secretário Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) desde 2003, no citado, evento interministerial de 2005:

“As lutas contra a exclusão econômica enfrentam obstáculos formidáveis. De um lado, a falta de capital, de qualificação profissional, de mercado, de formalização legal, fim das condições objetivas para o exercício de uma atividade econômica regular. De outro, as dificuldades subjetivas: como passar do trabalho protegido ao autônomo, o único verdadeiramente cooperativo; a loucura tem graus: só os dotados de mais autonomia devem ser escolhidos para formarem cooperativas? E o trabalho é terapêutico por si ou pelo resultado pecuniário que proporciona a quem o exerce?” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 p.12).

Se a proposta dos dispositivos de Atenção aqui discutidos é a “*inclusão pelo trabalho*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.14), e sendo essa inclusão “um componente fundamental do processo de mudança do modelo de assistência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 17), rapidamente uma contradição forma-se: como incluir em um mercado de trabalho excludente?

Guareschi (2006) discute como que pela lógica do neoliberalismo os avanços do capitalismo caminharam em direção à “liberdade” de produção, trabalho e consumo. Essa liberdade seria regida, pela competitividade, e essa, pela exclusão:

“O pressuposto do liberalismo, ou neoliberalismo, hegemônico em nossos dias, tanto no plano econômico, como no filosófico e social, é o de que o progresso e o desenvolvimento só são possíveis através da competitividade. É o confronto, o choque entre interesses diferentes ou contrários, que vai fazer com que as pessoas lutem, trabalhem, se esforcem para conseguir melhorar seu bem-estar, sua qualidade de vida, sua ascensão econômica” (GUARESCHI, 2006 p.146).

A competitividade *exige* a exclusão: a exclusão de alguns e o privilegiamento de outros para que sejam estabelecidos parâmetros de oposição que irão forçar as pessoas, na competição, a terem de lutar para não serem rejeitadas e excluídas de um, suposto, universo da excelência em que empobrecidos e “descartáveis” não são aceitos.

Permeados de estratégias de culpabilização legitimadas socialmente, essa massa sobrando (atravessados pela diferença) tem seus *saberes*, sua singularidade, rejeitados. A estes restam à incessante busca pelas brechas do capitalismo: o trabalho precarizado, flexível, terceirizado, desregulamentado (ANTUNES, 2010).

Nestas mesmas brechas, as atividades que permitam a formação da tríade sujeito-objeto-significado (acima discutido) (CODO *et al.*, 1997), tornam-se praticamente impossíveis. Sem a construção do *sentido* no trabalho realizado (fruto da tríade), o trabalhador será excluído mais uma vez: agora da possibilidade de acesso ao trabalho produtor de cidadania, de vida. Isto porque defendemos a tese de que não é *qualquer* trabalho que é potencializador de engajamento subjetivo, logo não é *qualquer* trabalho ou o acesso a *qualquer* atividade laboral que basta em si, ou retornamos ao viés trabalho-ocupação ou trabalho-curativo.

Nesta direção, Dejours (2007) discute sobre como o conceito de trabalho deve, obrigatoriamente, ser permeado pela questão da utilidade da atividade realizada:

“A dimensão utilitária da atividade entra – ao que nos parece - na definição do conceito de trabalho. Não fazemos aqui referência ao salário, mas à utilidade econômica, seu reconhecimento podendo passar por diferentes formas de julgamentos difundidos” (DEJOURS, 2007 p.138).

Preferimos “*sentido*” (como utilizado acima) à palavra “utilidade” ou à expressão “dimensão utilitária”, por compreendermos que ela abrange, de maneira mais clara e privilegiadora, a dimensão subjetiva presente na relação trabalho-trabalhador, e que aqui defendemos.

Recolocando o dilema sobre “*como incluir em um mercado excludente?*” (a essência das mais recentes propostas da parceria Trabalho-Atenção em Saúde Mental), percebemos o risco de que os dispositivos de oficinas terapêuticas e de trabalho e renda, caiam na cilada de trocar “seis por meia dúzia”, ou seja, de ao buscar romper com a exclusão imposta pela doença mental, caiam na exclusão do mercado de trabalho, do neoliberalismo, da competitividade. De que, na tentativa de produzirem vida e autonomia, produzam estranhamento e manutenção do capital.

Mesmo com a clareza de que algumas atividades de trabalho e renda têm como eixo norteador das ações os princípios da Economia Solidária e de que esta efetiva-se como uma proposta de inclusão social, mas não necessariamente de inclusão social *no* capitalismo, que também lembramos como o mercado das cooperativas é marginal, o que fortalece mais uma vez a reflexão sobre os desafios aqui apresentados.

São muitos os riscos e as questões a serem vislumbradas para que não caiamos na armadilha de formas biopolíticas de controle neoliberal. Foucault, em Nascimento da Biopolítica (2008), já chamava a atenção para uma recente redefinição subjetiva dos indivíduos que procuraria responder as demandas do mercado capitalista em suas configurações mais contemporâneas. Os corpos disciplinados nas instituições de seqüestro seriam substituídos por

“modulações mutáveis - aqueles que o discurso neoliberal denomina de capital humano-, dotados de flexibilidade, inteligência emocional e habilidades comunicativas consumíveis em um mercado econômico competitivo. A renda desse capital está na dependência de um alto custo de investimento que se inicia na infância e acompanha os (in)divíduos a vida toda, instituindo um controle contínuo em detrimento do exame que caracteriza uma sociedade disciplinar. Na sociedade de controle a formação não termina nunca (TÓTORA, 2011 p.97).

O empreendedorismo, enquanto prática que pretende renovar e inovar a realidade a partir de princípios produtivos, estimula a introjeção de um comportamento competitivo: o auto-empresendedor. Percebe-se aí um processo de individuação e subjetivação disparado e controlado pelo mercado por ideais normativos.

As estratégias biopolíticas neoliberais ao pronunciarem seus discursos gerem populações inteiras. Buscam manter e ampliar a vida a partir de patamares que julgam *positivos*. Se em outros momentos essa *positividade* poderia ser da sanidade, do comportamento moralizado ou da dedicação laboral mais direta, aqui as nuances contemplam a do desejo do consumo exarcebado, da ambição mercadológica, do assentir participar do jogo da competição empresarial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: DA REPRODUÇÃO À CRIAÇÃO

A partir do recorte aqui apresentado, podemos perceber como a sociedade ocidental continuamente quis eliminar a diferença, normatizando-a a partir de parâmetros destacados em cada momento histórico. Diferença que não encontrava espaço na sanidade, e não encontra espaço na excelência e na competência do mercado de trabalho. Diferença, ou singularidade, que fundamentou espaços de reclusão: inicialmente os asilos e hospitais psiquiátricos, depois o submundo do mercado de trabalho (desregulamentado, explorado).

Sendo assim, nossa indagação é sobre a real possibilidade de ruptura dessa edificação, ou seja, será possível uma a construção de uma articulação Trabalho-Atenção em Saúde Mental que quebre esta que percorre toda a história da Saúde Mental e da loucura, e toda a existência do capitalismo? Até que ponto as políticas oficiais contribuem, se é que isso de fato ocorre, para que um dos processos apresentados (o de manutenção da diferença ou o da produção da vida), arquitetem-se?

Nosso intuito ao problematizarmos como os processos de criação e produção de subjetividade podem ocorrer em seu constante contato com um mundo social e do trabalho intolerante à singularidade, é lançar o necessário desafio de, em nossas práticas e atuações como profissionais, usuários, cidadãos e atores sociais, agenciarmos o conceito de Trabalho, de *fazer* como promotor de processos de expansão das liberdades reais que desfrutamos: Trabalho como geração de renda, geração de capacidades, que gera liberdade, que gera desenvolvimento pessoal e social (a partir de responsabilização coletiva e não apenas individual), que re-inicia o processo, gerando liberdade (SEN, 2000).

O termo “capacidade” é aqui utilizado de forma distinta da que permeia a fala capitalista, ou seja, capacidade enquanto habilidade, aptidão para (re)produzir dentro de padrões logísticos e comerciais. Partimos do conceito de capacidade como definido por Sen (2000) enquanto algo diretamente ligado ao desenvolvimento humano. A capacidade entraria, então, como disponibilidade para *fazer e ser* em sua vida de forma mais atuante, sendo protagonista de sua própria história, autor de sua própria *Verdade*.

O desafio que aqui colocamos foi o de, a convite dos escritos foucaultianos, produzir um emaranhado de descontinuidades, um estranhamento frente à “história oficial” de um cuidar em Saúde Mental linear e evolutivo, abrir um espaço de análise e reflexão, e que assim pudéssemos contribuir para que os usuários-trabalhadores dos dispositivos de Atenção em Saúde Mental, passassem a serem considerados trabalhadores que, também são usuários.

Trabalhadores, porém, que desenvolvem atividades permeadas de sentidos. Sentidos para o próprio sujeito, seus coletivos e seus espaços sociais. Essa outra forma de compreender o Trabalho como dispositivo de Atenção em Saúde, somente seria possível através de ações emancipatórias e viáveis que não buscassem (enquanto objetivo ou enquanto discurso de saber-poder enganador) alterar ou congelar seus participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 2000.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

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

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 2010.

BORGES NETO, J.L. Foucault genealógico: considerações de método para a possibilidade de uma análise do poder. *Inquietude*, v.3, n.2, p.287-299, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental: 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CODO, W.; JACQUES, M.G. *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CODO, W.; TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.E. (Orgs.) *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Autores Associados, 1997.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CUNHA, M.C.P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, v.9, n.18, p.121-144, 1989.

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

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, N.R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. *Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FOUCAULT, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M.B. (Org.). *Ética, sexualidade, política*. (Ditos e escritos, 5). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 2004a.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, n.1, p.93-106, 1998.

GUARESCHI, P.A. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2006.

LAPPANN-BOTTI, N.C. *Oficinas em saúde mental: histórias e função*. Tese de doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, SP, 2004.

LIMA, E.A. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamento de uma prática. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULTI, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; REDE HUMANIZASUS. Integralidade. *Glossário*. Disponível em <http://www.redehumanizadasus.net/glossary>. Acesso em 29 jun 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; REDE HUMANIZASUS. Intersetorialidade. *Glossário*. Disponível em <http://www.redehumanizadasus.net/glossary/term/121>. Acesso em 10 jun 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.; NAVARRO, M.B.M.A.; GONDIM, G.M.M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NARDI, H.C.; TITTONI, J.; GIANNECHINI, L.; RAMMINGER, T. Fragmentos de uma genealogia em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, p.4, p.1045-1054, 2005.

PRADO FILHO, K.; TRISOTTO, S. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. Maringá: *Psicologia em Estudo*, v.13, n.1, p.115-121, 2008.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, A.L.A. *O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida*. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, 1997.

TÓTORA, S. Foucault: biopolítica e governamentalidade neoliberal. *REU*, v.37, n.2, p.81-100, 2011.