

A (RE)PRODUÇÃO DE CUIDADO E VIDA NAS ATIVIDADES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS, DE TRABALHO E RENDA NA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM O ENFOQUE DA PSICOLOGIA DO TRABALHO

Eneida Santiago*

Ana Cláudia Barbosa da Silva-Roosli

Silvio Yasui

Maiango Dias

Introdução

A parceria entre Saúde Mental (SM) e Trabalho está presente ao longo de toda história da psiquiatria através de atividades terapêuticas ocupacionais de diferentes denominações e objetivos: Oficinas Terapêuticas, Oficinas de Trabalho, Oficinas de Geração de Trabalho e Renda.

Resende (1987), ao analisar historicamente as políticas de saúde mental, 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” do indivíduo. Neste suporte histórico, também identificamos como que essa habilidade (ou não) para o *Fazer* está, igualmente, presente nas estratégias de tratamento / atenção em Saúde Mental.

O Trabalho como produção do que?

Na atualidade, acompanhamos a exigência das organizações de trabalho de posturas, comportamentos e ritmos, em uma constante tentativa de controle do tempo, dos corpos e das mentes dos trabalhadores, que muito pouco respeitam ou permitem variações ou movimentos espontâneos, fruto de qualquer individualidade. Ceder a essas exigências 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, se mostra cada vez mais impossibilitada de promover a construção de conteúdos significativos que, privilegiem a subjetividade dos trabalhadores na situação de trabalho.

Diversos autores (Dejours, 2003; 2007; Codo, 2006; Codo et al., 1987; Jacques & Codo, 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 (1987) 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 o mérito da atividade humana em todo seu conteúdo simbólico. De forma que “O homem também é um ser que produz significados. Onde buscar a compreensão do homem se não na forma como o homem produz sua própria vida?” (Codo et al., 1987, p. 267).

Se pensarmos nas atividades artísticas, percebemos como que essa atividade artesanal, em sua história,

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, 1987, p. 22).

É neste contexto do mundo do trabalho que privilegia a obediência e uma normatização das posturas e condutas, que objetiva-se neste artigo problematizar a sua relação com a Saúde Mental, presente na história dos modos de cuidar e, mais recentemente, expressamente colocada nas atividades artístico-expressivos das oficinas terapêuticas e nas oficinas de geração de renda.

Como caminho para a organização da constituição histórica dessa articulação, apresentam-se três teses centrais sobre as quais a relação entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental vai se construindo. 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.

Proposição 1 - 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 na ociosidade de uma parte indesejável da população, que poderia ameaçar *a sociedade produtiva* da época (CEDRAZ, 2006).

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

Apesar da colocação curativa, o que verificamos é um intenso objetivo que ocupação do tempo livre, que no espaço da instituição manicomial significa praticamente todo o tempo. O dito popular “Mente vazia, oficina do demônio”, demonstra essa preocupação com a ociosidade.

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

Nesse momento, o ambiente da psiquiatria coloca o Trabalho de maneira similar ao que está sendo colocado no social: pautado na lógica do controle do relógio das fábricas, da organização higienista-urbanística das cidades que regia o mundo e passa a reger o trabalho enquanto movimento disciplinado que sistematiza técnica e racionalidade, inclusive no manicômio.

Pode-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. 62-3).

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 profissionais (os médicos) (Castel, 1991).

Esses dispositivos serão cruciais para a colocação do Trabalho como ação reabilitante, como se verá a seguir.

Proposição 2 - O Trabalho como Prática Curativa

A racionalização do tempo e das ações que se colocam nesse tempo, irão se refletir 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 de trabalho, nessa segunda proposição, se colocam como estratégia de transformação da personalidade e dos comportamentos dos insanos, ideias ainda muito norteadas pelos preceitos de Pinel.

Com base nessa articulação do Trabalho como prática curativa, os hospitais psiquiátricos brasileiros, surgidos entre os séculos XIX e XX, seguiam os preceitos da Psiquiatria Moderna e contavam com terrenos para o cultivo da terra, e espaços organizados para atividades 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 ele, em uma prática terapêutica respaldada em ciências médicas, com nomes variados como laborterapia, ergoterapia, praxiterapia.

Já em 1900, Franco da Rocha apresentava a concepção de que o trabalho seria parte fundamental na assistência psiquiátrica, sendo a ocupação laboral 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, de Henrique de Oliveira Mattos, ter como título *Laborterapia nas Afecções Mentais*. A estas 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 pela psiquiatria, como visto na citação, se elucida por meio da produção científica e filosófica da época.

Será pela sistematização das atividades de trabalho, direcionadas à cura da loucura, que o saber, e o fazer médico focalizados na doença (a loucura) constituirão/indicarão tratamentos (entre eles o Trabalho), buscarão a saúde (a sanidade, a normalidade).

Guiados pela cura, as ações de Trabalho no espaço institucional, seguirá uma ideologia, que não ficará restrito ao manicômio: a da capacidade de trabalhar como indicativo de adequação social e, no reverso, a incapacidade como inadequação.

Sobre isso, Foucault (1975) afirma como que constituição da loucura como doença mental teria sido responsabilidade do capitalismo e não da psiquiatria, sendo que o louco ao não se ajustar na ordem social vigente, não apresenta valor no mundo do trabalho sendo inadequado, anormal, patológico e, portanto, passível de tratamento para a “correção” disso.

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

Entre os exemplos das práticas focalizadas no fazer como ação terapêutica, e que se sobressaem pelo distanciamento da pura ocupação do tempo para os doentes mentais, destacamos as experiências de Nise da Silveira e de Osório César como movimentos contra hegemônico do trabalho no cuidado em saúde mental.

Nos anos 20, o Hospital Psiquiátrico do Juquery contava com o médico psiquiatra, músico e crítico de arte Osório César, que passa 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 publicará *A Expressão Artística dos Alienados*, o que contribuirá 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 mais interessado em uma leitura dos trabalhos plásticos com os quais se depara 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 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, se baseavam 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 se dividiam em diversos setores como encadernação, costura, música, pintura e modelagem. Com a participação de músicos e artistas plásticos, seu trabalho se complementou 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 são contemporâneos, e representantes do embate entre práticas de laborterapia e psiquiatria científica, bem como da terapia química e medicamentosa. Mas estas experiências irão preceder, e muito, a transformação da parceria entre Trabalho e Atenção em Saúde Mental (aqui não mais chamada de cuidado ou tratamento psiquiátrico).

Proposição 3 - O Trabalho como Produção de Vida

Observamos no Brasil a partir dos anos 70, uma série de questionamentos e críticas das práticas psiquiátricas 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, 1990; 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 Psiquiátrica se constituindo, entre outros aspectos, como um modelo conceitual que propunha uma mudança de *olhar* em relação ao portador de sofrimento psíquico, uma tentativa de retomada desde sujeito, até então, esquecido nas instituições psiquiátricas, cronificado, abandonado.

Para Saraceno (1999) esse processo de resgate da autonomia e da identidade do portador de sofrimento psíquico, deve 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, passa a ser a própria relação terapêutica, bem como a capacidade de acolhimento em todos os momentos deste, sendo necessários projetos terapêuticos que privilegiem e potencializem o valor social e o sentido destes sujeitos, ao mesmo tempo em que articule família, comunidade e usuários dos dispositivos de saúde, em um processo de produção de saúde.

Esta produção de saúde encontra campo frutífero em espaços de coletivização como reuniões clínicas, de projetos e supervisões, mas deve 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 se apropriar 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 (CAPS, NAPS, as próprias Oficinas Terapêuticas e de Reintegração Sociocultural e as Cooperativas de Trabalho), novas formas de organização e gestão destas instituições (com participação e cogestão de usuários e população) com a área de abrangência destas práticas conceituada de território, são reflexos diretos dos princípios acima apresentados.

O conceito de território é 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 (2002:48), 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 se coloca 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 e de geração de renda, 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.

As Oficinas Terapêuticas e de Geração de Renda na Atenção em Saúde Mental

O Ministério da Saúde, a partir de sua atual Política Nacional de Saúde Mental, define as oficinas terapêuticas como sendo “(...) atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (Brasil, 2002, p. 51). Já as chamadas Cooperativas Sociais são constituídas

“com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico, por meio do trabalho” (Brasil, 2002:13-4), sendo considerado em desvantagem “os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos entre outros” (Brasil, 2002, p. 14).

Uma clara tentativa de se distanciar 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* se caracterizam por uma enorme gama de atividades, e se definem 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 & Venâncio, 1997, apud Lappmann-Botti, 2004, p. 67).

Diretamente relacionadas, as oficinas, as cooperativas de geração de renda ou cooperativas sociais

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 trocas sociais e de construção de uma condição existencial para o usuário do serviço, muitas vezes, porém, ainda

encontramos nas oficinas terapêuticas e de geração de renda uma leve 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 a gente nem está bem em casa, vem pra 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, se tornou 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 geração de renda podem significar uma ruptura da exclusão promovida pela loucura, e a construção de uma *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 se faz 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 deve priorizar a cura, a supressão dos sintomas, dificuldades, impossibilidades ou toda a variada gama de aspectos singulares que o sofrimento mental intenso possa evidenciar.

Como priorizar essas *outras* questões?

Tais indagações são urgentes quando analisamos o mesmo mundo do trabalho que irá “receber” 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 terão no mercado capitalista. Um mercado, por excelência, pouco afeito às diferenças.

Esse questionamento permeou a fala de Paul Singer no, já 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 só pelo resultado pecuniário que proporciona a quem o exerce? (Ministério da Saúde, 2005, p. 12).

Se a proposta desses dispositivos de Atenção aqui discutidos é a “*inclusão pelo trabalho*” (Ministério da Saúde, 2005:14), e sendo essa inclusão “um componente

fundamental do processo de mudança do modelo de assistência” (Ministério da Saúde, 2005, p. 17), rapidamente uma contradição se forma: como incluir em um mercado de trabalho excludente?

Guareschi (2006) discute como que pela lógica do neoliberalismo os avanços do capitalismo caminham em direção à “liberdade” de produção, trabalho e consumo. Essa liberdade seria regida, pela competitividade, e este, 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: trabalho precarizado, flexível, terceirizado, desregulamentado (Antunes, 2002).

Nestas brechas, as atividades que permitam a formação da tríade sujeito-objeto-significado (acima discutido) (Codo et al., 1987), se tornam 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.

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) às palavras “utilidade” ou à expressão “dimensão utilitária”, por compreendermos que esta abrange, de maneira mais clara e privilegiadora, a dimensão subjetiva presente na relação trabalho-trabalhador.

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

Mesmo com a clareza de que a economia solidária se efetiva com 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 ainda a reflexão sobre os desafios aqui apresentados.

Algumas Considerações

A partir do breve histórico aqui apresentado, podemos perceber como a sociedade ocidental sempre quis eliminar a diferença. 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 “nova” construção que quebre esta que percorre toda a história da Atenção em Saúde Mental e da loucura, e toda existência do capitalismo? E 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), se edifique.

Nosso intuito ao problematizar como os processos de criação e produção de subjetividade podem ocorrer em seu constante contato com um mundo social e do trabalho intolerante à diferença, 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 reinicia 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 atuante.

O desafio que aqui colocamos foi o de, ao abrir um espaço de análise e reflexão, 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, e 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 ideológico mascarado) alterar ou congelar seus participantes.

Referências

Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In.: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Fleury, S. (org.). São Paulo: Lemos Editorial, 163-186.

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

Antunes, R. (2002). *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde.

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

Cedraz, A. (2006). Nem tudo que reluz é ouro: oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica. *Dissertação de mestrado em Psicologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, RN.

Codo, W. (org.) (2006). *Por uma psicologia do trabalho: ensaios recolhidos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Codo, W.; Tamayo, A.; Borges-Andrade, J. E. (orgs.) (1987). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Autores Associados.

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. AMARANTE, P. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.141-68.

Delgado, P. G. G. (1990). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Costa, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 171-202.

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

Dejours, C. (2003). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré.

Freitas, F. F. P. (1998). Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p.093-106, jan./ mar, 93-106. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 out. 2011.

Foucault, M. *Doença mental e psicologia*. (1975). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Guareschi, P. A. (2006). Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In.: *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Sawaia, B. (org.) Petrópolis: Vozes, 141-156.

Jacques, M.G.; Codo, W. (2002). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.

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

Lima, E. A. (2004). Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In.: *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa, 59-82.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2005). *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Monken, M.; Peiter, P.; Barcellos, C.; Rojas, L. I.; Navarro, M. B. M. A.; Gondim, G. M. M.; Gracie, R. (2008). O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In.: *Território, ambiente e saúde*. Miranda, A. C.; Barcellos, C.; Moreira, J. C.; Monken, M. (orgs.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 16-37.

Resende, H. (1987). Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.; Costa, N. do R. (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 15-74.

Santos, M. (2002). *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha.

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

Sen, A. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.