

O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história

The relation between madness and labour: concepts and practices in historical perspective

Márcia Campos Andrade* & Abílio da Costa-Rosa**¹

*Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil

**Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, Brasil

Resumo

Neste artigo temos como tema de interesse o encontro da loucura com o trabalho nos modelos de atenção em Saúde Mental, historicamente construídos, onde concepções e práticas de atenção e cuidado foram produzidas tendo o trabalho como um de seus eixos estruturantes. Temos como objetivo conhecer e compreender, através de um estudo teórico, as concepções e práticas produzidas nesse campo no nascimento da Psiquiatria; na Psiquiatria Social e de Setor e na Psicoterapia Institucional na França; na Psiquiatria Democrática Italiana; e, na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, nos interessa a articulação entre Saúde Mental e Economia Solidária na atualidade brasileira, preconizada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e instituída como política intersetorial de inclusão social pelo trabalho em 2004. Neste campo, faremos um recorte tendo como foco a micropolítica existente no processo de constituição de coletivos de trabalho autogestionário nos dispositivos de atenção em Saúde Mental.

Palavras-chave: Loucura, Trabalho, Saúde Mental, Economia Solidária.

Abstract

This paper focuses on the relation between madness and labour in mental healthcare models. These models have been historically constructed and have produced the concepts and practices of attention and care, mainly in the mainstream of labour. This paper aims at understanding, through a series of theoretical studies, the concepts and practices produced at the birth of Psychiatry; in Social and Sector Psychiatry as well as in Institutional Psychotherapy in France; in the Italian Democratic Psychiatry and in the Psychiatric Reform in Brazil. In addition, it investigates the connection between Mental Health and Solidarity Economy in Brazilian reality, advocated by the III National Mental Health Conference 2001 and founded as an intersectoral policy of social inclusion through labour, in 2004. We will focus on the existing micropolitics of the process which constitutes self-manageable collective labour in the attention models of Mental Health.

Keywords: Madness, Labour, Mental Health, Solidarity Economy.

¹ Contato: abiliocr@assis.unesp.br

Introdução

O presente artigo tem como tema de interesse o encontro da loucura com o trabalho presente nos diferentes momentos históricos e as mudanças ocorridas nas práticas de atenção e cuidado aos sujeitos da experiência da loucura que tiveram como eixo estruturante o trabalho, que são: o nascimento da psiquiatria clássica e o tratamento moral no século XVIII, onde ao louco se atribui a marca da incapacidade, irracionalidade e o internamento e a exclusão; as Reformas Psiquiátricas na França e na Itália na segunda metade do século XX, que se contrapõem à Psiquiatria clássica em sua concepção de loucura e formas de tratamento, apontando outras formas de conceber e cuidar; a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, no final desse mesmo século, com a concepção do louco como um sujeito marcado pela pulsão desejante, pela participação política e pela possibilidade de construir projetos (Amarante & Torre, 2001).

Através de um estudo teórico a partir de revisão bibliográfica, faremos um recorte da história dos movimentos das reformas psiquiátricas na Europa e no Brasil tendo como foco a relação entre trabalho e loucura no âmbito de suas práticas clínicas e sociais de assistência em Saúde Mental, levando em conta o contexto da sociedade onde estão inseridas.

De acordo com Guerra (2008), o trabalho permite que se perceba o laço que sustenta a relação sociedade-loucura e, conseqüentemente, as ações sociais e terapêuticas de cada período da história. Nessa linha de pensamento, Passos (2009) considera que são os fatores eminentemente sociais e não científicos que determinam mudanças nas formas de tratamento da loucura, tanto no campo teórico como empírico. A autora entende por fatores determinantes “os aspectos decorrentes das condições materiais e das formas morais de vida e de gestão da vida numa dada sociedade” (Passos, 2009, p. 35).

Temos, então, o trabalho como um destes fatores determinantes das formas históricas de se lidar com a loucura por ser um dos aspectos fundamentais das condições materiais de vida de uma determinada sociedade. Consiste, também, um dos disparadores das lutas nas relações de poder que atravessam o ocidente desde o final do século

XVIII após a primeira Revolução Industrial, consolidando-se em meio a crises, guerras e movimentos de contraposição ao capitalismo.

Estas reflexões nos possibilitam tecer entrelaçamentos entre a loucura e o trabalho nas práticas sociais e de cuidado da assistência leiga, nas quais o trabalho teve a função de manter a ordem socioeconômica, e no nascimento da Psiquiatria onde era utilizado como recurso terapêutico do tratamento moral e manicomial, sempre submetido à autoridade médica.

Além disso, esta relação ganhou novos contornos nas Reformas Psiquiátricas em vários países a partir da década de 60 do século XX. Nessas, o trabalho se torna instrumento de *reabilitação* ou de *reinserção social* e de resgate da cidadania, passando a ter um cunho mais político do que clínico e a tocar o território econômico e vivo no qual realmente se dão as trocas sociais (Guerra, 2008). Engendra, assim, outra contratualidade social entre loucura, trabalho e sociedade.

Tais considerações serão mais bem descritas em cada um dos momentos onde entendemos que o encontro da loucura com o trabalho esteve mais evidente.

Loucura e Trabalho no Nascimento da Psiquiatria

No contexto da lógica do desvio social do século XVII foi atribuída ao trabalho a função de auxiliar na manutenção da ordem social e econômica, antes mesmo do nascimento da Psiquiatria no campo médico. Pinel, ao tomar a loucura como patologia no contexto da lógica do desvio moral do século XVIII, utiliza o trabalho como recurso terapêutico no tratamento moral e o submete à autoridade médica, legitimando a ciência psiquiátrica e dando origem a uma nova relação entre o social e a inscrição da loucura (Guerra, 2009).

Para Foucault, (1961/2003) em *A História da Loucura na Era Clássica*, o internamento no século XVII não estava ligado ao tratamento ou à cura, mas sim a um imperativo de trabalho com a finalidade de impedir a mendicância, a ociosidade e as desordens sociais nos períodos de crise econômica e social. Fora da crise, em momentos de pleno emprego e altos salários, a opção não é

mais prender os sem trabalho, mas sim ocupá-los – enquanto presos (dentre eles, os loucos) – como mão-de-obra barata para garantir a prosperidade da sociedade liberal da época.

Nesta perspectiva, o trabalho era utilizado pelas instituições de assistência leiga como remédio contra o desemprego em momentos de crise econômica e como um estimulante para os momentos de desenvolvimento industrial, não havendo distinção entre loucos e demais degenerados sociais visto que todos eram ocupados e produziam conforme suas possibilidades.

Para Foucault, de acordo com Dreyfus e Rabinow (1995), foi após a Revolução Francesa que aparecem outras relações com o louco através de um movimento de indignação humanitária pelo fato desses ocuparem os mesmos espaços de internamento que os criminosos. É neste contexto que se constitui o modelo asilar de tratamento da loucura que teve uma função vital no estabelecimento de uma consciência ética que acreditava que o trabalho era o principal eixo regulador das mazelas da sociedade. Entretanto, os loucos marcaram sua diferença ao resistirem a submeter-se às regras de organização do trabalho estabelecidas pelo capitalismo incipiente.

Castel (1978) descreve como o louco é visto pela sociedade instaurada pela Revolução Francesa como uma figura marcada por uma irracionalidade fundamental, que definiu a prática de perícia nas sociedades modernas, centrada no papel do psiquiatra, estabelecida a partir de critérios técnico-científicos organizados:

Insensato não é sujeito de direito; irresponsável não pode ser objeto de sanções; por ser incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz (Castel, 1978, p. 19).

Para Souza (2001) o tratamento moral, construído entre o final do século XVIII e o início do século XIX por Pinel (França), Tuke (Inglaterra), Chiaruggi (Itália) e Todd (Estados Unidos) é considerado o primeiro movimento de Reforma Psiquiátrica na História da Loucura que produz o nascimento da Psiquiatria como uma especialidade médica e do asilo como lugar de cura da loucura. Neste contexto, são produzidas as

figuras de subjetivação do alienado e do alienista e a relação médico-paciente.

Sabemos que nasce daí a justificativa para o tratamento da loucura como doença mental no contexto científico da medicina psiquiátrica e do dispositivo hospital psiquiátrico, tal como preconizado por Pinel no final, do século XVIII, onde o “meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado” (Pinel, citado por Foucault, 2003, p. 538). Foi nesse mesmo espaço institucional que a loucura passou a ter o significado de doença, de incapacidade para o trabalho e de impossibilidade de integração social.

Foucault (2003) descreve a concepção de trabalho construída por Tuke e Pinel no âmbito do asilo como uma instituição filantrópica de tratamento da loucura no início do século XIX. No asilo, o trabalho foi destituído de seu valor de produção e passou a ser imposto com regra moral pura, com o objetivo de limitar a liberdade, submeter à ordem e desalienar o espírito:

O trabalho vem em primeira linha no “tratamento moral” [...]. Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade (Foucault, 2003, p. 529).

Além disso, os que se recusavam a cumprir a *lei geral do trabalho* eram punidos com reclusão em cela porque, de acordo com o mesmo autor, nem os loucos podem ser desculpados pela resistência ao trabalho, pela desobediência por fanatismo religioso e pelo roubo por serem movimentos de “resistência à uniformização moral e social” (Foucault, 2003, p. 546) à sociedade burguesa. Vale notar que a burguesia foi responsável pelo agenciamento da criação do asilo como instituição de tratamento da loucura.

O tratamento oferecido ao *alienado* serviu para lhe dar um lugar à margem da sociedade, excluindo-o e destinando-o a ser o sujeito da desrazão. Ao ocupar este lugar, o louco torna-se aquele que é incapaz de trabalhar, que não se enquadra nas normas da burguesia e deve ser

isolado para que receba o devido tratamento moral, sendo que nesse o trabalho tinha justamente uma função corretiva, de disciplinamento.

Se no alienismo os equipamentos sociais, as práticas, os discursos e as tecnologias sociais produziram a modelagem e a serialização da subjetividade como afirmam Guattari & Rolnik (1986), as Reformas Psiquiátricas são movimentos de resistência e ruptura que produziram singularizações na subjetividade, nos modos de pensar e de viver (Guattari, 1990) em relação à loucura e às práticas clínicas e sociais de cuidado com os sujeitos da experiência da loucura.

Nessa perspectiva, estes movimentos de resistência engendrados no final século XX têm forjado um repensar a respeito do lugar do louco na sociedade e das formas de atenção e cuidado com este que desconstruam a lógica manicomial, produzindo subjetivações para além do modelo hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional. As mudanças relacionadas à maneira de se referir ao louco aconteceram na medida em que se percebeu a importância da desconstrução do estigma que o designa como um sujeito incapaz tanto de governar sua vida como de trabalhar.

Loucura e Trabalho na Psiquiatria Social e de Setor na França e na Psicoterapia Institucional

Passos (2009), assim como Lima e Brescia (2002), relatam que durante a Segunda Grande Guerra, devido à impossibilidade de se manter a superpopulação dos asilos no contexto de uma economia de guerra e para oferecer-lhes a possibilidade de sobrevivência aos ataques inimigos ao território francês, os psiquiatras tomaram a decisão de liberar os pacientes internos. Isso ocorreu para que esses não morressem, se integrassem ao trabalho nas fazendas e comunidades vizinhas ou voltassem ao convívio familiar. Relata-se que houve uma readaptação ao cotidiano de vida destes lugares sem apresentarem problemas ligados à falta dos recursos de tratamento oferecidos pela Psiquiatria.

Tal fato provocou um questionamento à instituição asilo como espaço de tratamento que, ao invés de manter-se inerte, poderia proporcionar convivência e reaprendizagem da vida coletiva (Passos, 2009), sendo também questionadas as formas tradicionais de tratamento oferecidas pela

ciência psiquiátrica; ao mesmo tempo, isso fez repensar o trabalho como um fator decisivo de melhora, uma vez que podia produzir, nos que vivenciaram a experiência, sentimentos de utilidade e de reconhecimento social (Lima & Brescia, 2002).

Esses questionamentos endossam a proposta da Psiquiatria Social e de Setor na França, assim como a dos pioneiros da Psicoterapia Institucional.

De acordo com Passos (2009), a Reforma Psiquiátrica francesa teve como protagonistas os psiquiatras em uma perspectiva institucional, reformista e profissionalista de caráter corporativista e ideológico. Era denominada como Psiquiatria Social e de Setor com um paradigma clínico nas dimensões de cuidado e de tratamento.

Neste contexto, surgiram contribuições de vários psiquiatras que ainda hoje são referências para se pensar a questão da loucura em sua relação com o trabalho. Alguns deles se dedicaram à produção de práticas clínicas que incorporaram o trabalho de diversas maneiras. Dentre eles estão Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Louis Le Guillant, Paul Sivadon e Jean Oury.

A Psiquiatria de Setor, de acordo com Passos (2009), foi engendrada como uma doutrina que, desde a década de 40 do século XX, questionava a instituição psiquiátrica e seu princípio estratégico da internação hospitalar. Somente nas décadas de 70 e 80 esta se configura como uma política que tenciona cuidar da saúde mental da população através de “ações de prevenção, profilaxia, cura e pós-cura” (Passos, 2009, p. 62), expandindo a Psiquiatria para o social. Entretanto, entra em declínio na década de 90 com a crise econômica mundial que mina o Estado-providência fundamentado no *Welfare State*, tendo como consequência a queda nos investimentos em políticas sociais.

A ideia de setor é a seguinte: uma equipe única se responsabiliza por uma zona populacional específica, referente a uma determinada região geográfica, onde se disporia de um sistema completo de estruturas que cobririam da prevenção à pós-cura e seriam criadas de acordo com as necessidades reais da população, e não em função de imperativos administrativos ou gerenciais. [...] essa equipe teria de se deslocar permanentemente por todas as estruturas, do

hospital ao dispensário, e conhecer todos os doentes, para acompanhá-los de forma continuada (Passos, 2009, p. 64).

De acordo com a autora, na construção de uma Psiquiatria Social, a Psiquiatria de Setor passa por três momentos:

1) *Ergosocioterapia* presente nas primeiras décadas do século XX, referida a atividades de trabalho que eram desenvolvidas pelos internos dos hospitais psiquiátricos. Estas, na maioria das vezes, acabam por ser uma ocupação vazia e infantilizada não passando de exploração de mão-de-obra gratuita;

2) *Farmacoterapia* como uma pretensa revolução dos neurolépticos, antidepressivos, ansiolíticos e tranquilizantes que inundaram a década de 50, provocando a preferência pelo uso de remédios ao da lobotomia; como coadjuvantes dos fármacos é feita a introdução de atividades recreativas, de lazer, esportivas e culturais fora do hospital, bem como a criação de associações de pacientes e familiares; uma consequência é o aumento do número de altas e a diminuição da internação. Entretanto, logo aparecem as reinternações sucessivas, os efeitos do uso prolongado de medicamentos provocando impregnações e lesões, mostrando a ineficácia do remédio em relação à prevenção;

3) *Psicoterapia Institucional* nas décadas de 50 e 60 com uma proposta teórico-prática em que o tratamento da loucura tinha como foco a transformação do hospital psiquiátrico em um instrumento terapêutico de ressocialização, seguindo o modelo das comunidades terapêuticas da Psiquiatria Comunitária preventivista inglesa e norte-americana. Propunha a criação de territórios onde a loucura se reconhecesse e fosse tratada no âmbito da recriação da vida coletiva segundo o modelo da Clínica de La Borde.

Os dispositivos institucionais da psiquiatria social e de setor têm o foco no trabalho tanto como finalidade terapêutica quanto como finalidade de reintegração no mercado formal através de vagas de emprego em empresas.

De acordo com a mesma autora, os Centros de Ajuda pelo Trabalho (CAT) são estruturas criadas por lei em 1975 (junto com os ateliês protegidos) com a finalidade de oferecer recuperação através do trabalho aos *deficientes*, dentre eles os *doentes*

mentais. Como parceiros do hospital psiquiátrico, oferecem serviços manuais simples para as empresas privadas realizados por pessoas com maior dificuldade de se inserirem no mercado formal de trabalho. Os ateliês protegidos são pequenas oficinas associativas (carpintaria, marcenaria, etc.) onde trabalham todos os considerados com capacidade para aprender um ofício. Buscam a (re)integração no mercado de trabalho, e se pode trabalhar durante um ano e renovar mais uma vez o contrato, recebendo 90% do salário mínimo.

Vemos que a perspectiva de trabalho nos ateliês é associativa, mas a forma de inserção no mercado de trabalho é através do emprego com salário menor do que o profissional (trabalhador comum) não atendido pelos hospitais psiquiátricos e pelos ateliês, o que confere a condição de *deficiência* ao *doente mental*.

No contraponto à Psiquiatria de Setor, mesmo que ainda ligada a essa em um primeiro momento, é constituída a Psicoterapia Institucional. Lima e Brescia (2002) apontam como seus pioneiros François Tosquelles no Hospital Saint Alban, Louis Le Guillant no Hospital Villejuif, Paul Sivadon no Hospital Ville-Évrard – psiquiatras com referencial político-filosófico marxista, anarquista ou fenomenológico que impulsionaram o espírito reformador na Psiquiatria de Setor. Esses protagonizaram experiências inovadoras no campo da saúde mental e trabalho incorporando o trabalho ao tratamento e à ressocialização dos sujeitos da experiência da loucura construindo os fundamentos da Psicoterapia Institucional que depois receberá a contribuição de Jean Oury e Félix Guattari.

Em Billiard (2001, citado por Lima & Brescia, 2002) encontramos o significado do trabalho nesse contexto a partir da afirmação de que, para esses psiquiatras, o trabalho tem uma função terapêutica por seu papel na humanização do homem e assim o mais importante não é o produto do trabalho, mas a ressocialização de quem o produz.

Passos (2009) cita um artigo de Daumezon e Koechlin (1952) no qual afirmam que a Psicoterapia Institucional propunha o trabalho com foco na ressocialização sendo realizado em níveis progressivos de dificuldade das tarefas, que começariam com finalidade ocupacional

terapêutica na perspectiva de Tosquelles, até atingirem níveis de maior complexidade como uma atividade profissionalizante remunerada, na perspectiva de Sivadon. Para Le Guillant, a Ergoterapia como terapêutica deveria oferecer ela mesma atividades próximas do trabalho real, sendo estas remuneradas mesmo dentro do hospital (Lima & Brescia, 2002).

A Psicoterapia Institucional construída em La Borde a partir dos anos 60 contou com a participação de Félix Guattari e de Jean Oury, esse último influenciado pela Psicanálise Lacaniana. Todos estes acontecimentos engendraram a separação da Psicoterapia Institucional como paradigma teórico-clínico da Psiquiatria de Setor na França como estratégia estatal de atendimento aos sujeitos da experiência da loucura, o que não necessariamente quer dizer que a primeira seja uma “evolução” da segunda.

A Clínica é autogerida internamente mesmo não sendo uma propriedade coletiva, visto que é uma instituição privada. Possui, sendo exigido por lei, um Comitê Hospitalar composto por médicos, funcionários, pensionistas e seus familiares que compõem uma associação e funcionam como um *Clube*. Esse *Clube* é uma instância coletiva que “define os destinos da clínica no dia-a-dia, nos moldes da autogestão, com a participação de todos, com assembleias semanais e em muitos subgrupos de atividades” (Passos, 2009, p.120). Além do *Clube*, segundo a autora, existem duas outras instâncias responsáveis pela vida comunitária: a Caixa de Depósito (referente à gestão dos recursos específicos dos pensionistas) e a Caixa Solidária (referente aos recursos da clínica para as atividades coletivas).

No tocante à especificidade do trabalho na Clínica La Borde, de acordo com Passos (2009), se pode encontrar atividades ocupacionais que são realizadas em ateliês (marcenaria, produção de mel, criação de galinhas, etc.) e consideradas terapêuticas. Essas, em conjunto com as atividades de manutenção da clínica (limpeza, cozinha, administração, telefonia), são realizadas por todas as pessoas, excetuando-se os médicos, em pequenos grupos que trabalham em rodízio, sendo a adesão livre, embora seja estimulada a participação.

Embora apresentem estratégias diferentes no

tocante à relação entre loucura e trabalho, tanto a Psiquiatria Social e de Setor como as duas modalidades da Psicoterapia Institucional mantêm a internação hospitalar e o trabalho como tendo uma função terapêutica, embora não mais disciplinadora, sendo um elemento estruturante das práticas clínicas de cuidado e de ressocialização.

Podemos encontrar também nas propostas dos CATs e Ateliês, assim como nas de Sivadon e Le Guillant experiências de relacionamento entre a assistência e o mundo da produção através do trabalho produtivo, embora sub-remunerado. Aí está, justamente, a mudança crucial e radical a ser produzida pela Psiquiatria Democrática Italiana, como veremos a seguir.

Loucura e Trabalho na Psiquiatria Democrática Italiana

De acordo com Rotteli (1994) a experiência italiana buscava não somente humanizar a assistência psiquiátrica, mas sim transformá-la, fazendo uma crítica radical à *neutralidade científica* e à ideologia dominante da exigência de produtividade das pessoas, que destruíra qualquer forma de diversidade e excluía suas forças produtivas. A Psiquiatria pactuou com essa perspectiva, legitimando-se como um *saber* construído nas práticas de tratamento no manicômio. Inicialmente, os italianos se fundamentaram nas experiências de outros países como Inglaterra e França para colocar em discussão, junto com os pacientes, a instituição da psiquiatria e as demais instituições por ela produzidas. Posteriormente, romperam com estas devido ao fato delas apenas modificarem as práticas psiquiátricas, não colocando em discussão a psiquiatria como tal e sua visão da loucura como doença.

Com a experiência de Basaglia no Hospital San Giovanni em Trieste, instaura-se o movimento da Psiquiatria Democrática, constituído através de um documento de fundação em 1973 que coloca em “discussão a função e o papel dos técnicos e o próprio espaço de ação da psiquiatria” (Passos, 2009, p.127) realizando, assim, três confrontos: com o hospital psiquiátrico, com o modelo da comunidade terapêutica inglesa e com a política de Setor da França. Entretanto, para Barros (1990) mantém o princípio de *democratização das relações*

entre os atores institucionais e a ideia de *territorialidade* presentes, respectivamente, na comunidade terapêutica e na política de setor.

Sendo assim, influenciados pelo conceito de setor na psiquiatria francesa, os italianos elaboraram uma noção de território que, entretanto, não está circunscrita a uma delimitação geográfica do espaço.

É, antes, o espaço social de uma coletividade, identificado pela existência de uma cultura própria e de uma série de recursos arquiteturais e institucionais (de trabalho, lazer, ação política, saúde, educação, convivência, arte, religião, etc.) que precisam ser conhecidos e articulados pelos serviços sanitários, numa ação coletiva integradora. O território é uma construção; como tal, deve emergir da mobilização concreta dos recursos existentes e das necessidades reais da comunidade (Barros, 1990, p. 136).

O marco desse paradigma político foi a Lei 180 que regulamentou tanto o tratamento voluntário quanto o compulsório em substituição ao procedimento de internação hospitalar compulsório instaurando o processo de *Desinstitucionalização* que, de acordo com Rotteli (1994), é o trabalho de desinstitucionalizar a Psiquiatria mudando substancialmente a relação entre médico e paciente, abolindo a exclusão e segregação das pessoas fundamentadas na custódia e na periculosidade destas como tarefas atribuídas à instituição psiquiatria na figura do médico. Dessa forma, a proposta foi a de criar serviços alternativos a essa instituição situados no território da comunidade onde as relações de poder fossem horizontalizadas em uma perspectiva de rede – uma *estratégia terapêutica na comunidade*.

Nesse sentido, a questão do trabalho no tratamento preconizado pela desinstitucionalização propõe a eliminação da ergoterapia e a reativação das possibilidades de ter acesso a rendimentos econômicos que possibilitem a participação no mundo do intercâmbio social, que é o mundo do território comunitário da cidade, através de uma atividade produtiva como meio para se alcançar este objetivo.

Passos (2009) considera que ao romper com o paradigma clínico da Psicoterapia Institucional francesa e propor o paradigma político, os italianos substituem a *cura* pela *emancipação terapêutica*, sendo

que na experiência em Trieste não se fala em *ressocialização* como na Psicoterapia Institucional, mas sim em *reinserção social* a partir do processo de Desinstitucionalização.

As diferentes formas de se conceber o *terapêutico* nas práticas de cuidado destas perspectivas carece de problematização porque se configura como um divisor de águas quando se é discutida a questão da primazia ora da clínica, ora do político como vertente paradigmática para se pensar e atuar com a loucura. Estamos falando de primazia e não de exclusão da clínica ou do político por consideramos que há uma concepção diferenciada de clínica na Psiquiatria Italiana onde o terapêutico não está restrito à clínica que acontece nos dispositivos da assistência em saúde mental.

Entretanto, parece-nos que priorizar a clínica ou o político é não ver a clínica que pode haver na política e a política que há na clínica. Por outro lado, a cura, na Psicoterapia Institucional nos remete à transformação e recriação de si através de um movimento ininterrupto do sujeito de criar novos sentidos a respeito de si, do outro e do mundo, assim como pensava Lacan.

Além disso, uma *emancipação terapêutica* não pode ser também uma *terapêutica emancipadora*? Refletindo sobre nossa própria questão, percebemos que na primeira concepção há um protagonismo do sujeito da experiência da loucura, tendo em vista que ele mesmo realiza a ação de emancipar-se; e, na segunda, é a ação terapêutica engendrada nos dispositivos de saúde mental que produz a emancipação de outro que recebe o cuidado. Desta forma, nos é possível pensar que na primeira há a primazia do político e na segunda a primazia da clínica, embora não necessariamente sejam dicotômicas e incompatíveis como formas intercambiáveis nas práticas de cuidado.

Retomando o contexto de Trieste, algumas práticas de cuidado foram construídas no contexto da emancipação terapêutica como, por exemplo, a criação das cooperativas sociais e a organização de grupos-apartamento, modificando o estatuto dos que residiam no hospital de internos para o de hóspedes. Tais fatos foram determinantes no processo de Desinstitucionalização, a partir de 1971, quando Basaglia assume a direção do Hospital San Giovanni. Outras ações como

reuniões diárias, assembleias, reformas físicas, formação de enfermeiros, abertura dos pavilhões, saídas à cidade (passeios, cinema, circo, teatros, etc.) também compõem o conjunto de iniciativas que provocaram o debate sobre os direitos jurídicos dos hóspedes e a abertura do hospital para a entrada da comunidade com manifestações culturais e festivas (Passos, 2009).

A autora cita, também, a existência de uma *bolsa temporária de formação para o trabalho*, disponibilizada pelo Departamento de Saúde Mental (DSM) de Trieste, como instrumento de reabilitação para jovens com dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Foi criada em 1970 e até hoje faz parte de um *Programa Terapêutico Reabilitativo*, indicado e acompanhado pelos profissionais dos Centros de Saúde Mental (CSM) de Trieste. O bolsista que desenvolve capacidade para o trabalho pode se tornar sócio-trabalhador de uma cooperativa. Além disso, no âmbito da assistência, existe o centro diurno *Politécnico*, no San Giovanni, que forma para o trabalho através de atividades não remuneradas.

Tanto as cooperativas sociais como as bolsas-trabalho e as ações do Politécnico são, em sua maioria, interligadas com a Assistência em Saúde Mental como partes integrantes do processo terapêutico-reabilitativo dos usuários.

Em 1991 é criada uma legislação própria para as cooperativas sociais que são caracterizadas como *Tipo A*, as que recebem incentivos financeiros do Estado para desenvolver ações com finalidade social no âmbito da terceirização da assistência pública; e como *Tipo B*, as que desenvolvem atividades produtivas diversas com obrigatoriedade de ter 30% de pessoas em condições de desvantagem como sócios trabalhadores e sócios empreendedores. Além disso, podem participar os bolsistas da assistência sanitária e trabalhadores comuns, sem ligação direta com a atenção em Saúde Mental. Recebem recursos da assistência sanitária para oferecer atividades de formação para bolsistas das Empresas de Serviço Sanitário (ASS) oferecendo acompanhamento através de um *Programa Terapêutico* articulado com os profissionais dos CSM (Passos, 2009).

Vemos, então, que a Psiquiatria Democrática Italiana produz, dentre outras coisas, a ruptura com o modo asilar de caráter assistencial

institucionalizado no saber psiquiátrico. Entretanto, para sua efetivação é preciso enfrentar a questão da exclusão social das trocas sociais, inclusive a produtivo-econômica, imputada secularmente aos sujeitos da experiência da loucura.

Loucura e Trabalho na Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, de acordo com Guerra (2008), a trajetória higienista da década de 20 do século passado, no contexto das Colônias Agrícolas, preconizava o trabalho como uma imposição terapêutica associada ao tratamento moral e à ideia de reabilitação através de atividades de laborterapia e ergoterapia. Esse tinha uma função central na terapêutica asilar e era o meio e o fim do tratamento porque ocupava o tempo ocioso dos crônicos irreversíveis, gerava renda para manutenção das colônias e asilos e garantia a boa ordem social.

Para Resende (1987) a construção das Colônias Agrícolas foi fundamentada na concepção europeia do valor terapêutico do trabalho (presente tanto na psiquiatria clássica como na reforma psiquiátrica francesa e na psicoterapia institucional), como um meio de tratamento e, também, como um fim em si mesmo, por conseguir devolver à sociedade indivíduos capazes de contribuir com a nova ordem social e econômica naquele momento de derrocada da vocação agrícola da sociedade brasileira e do capitalismo incipiente. Entretanto, a natureza do trabalho executado pelos asilados nestas colônias se relacionava a atividades consideradas como pré-capitalistas como o trabalho no campo, o artesanato e o trabalho artístico.

Somente após 1964 que a psiquiatria passa a ser uma prática assistencial de massa contribuindo com o processo de industrialização no Brasil ao assumir a tarefa de “preservar, manter e adestrar a força de trabalho [...] e atenuar os aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento capitalista” (Resende, 1987, p. 59).

Entretanto, uma experiência dos anos 1920 no Hospital Juquery em Franco da Rocha/SP, relatada por Lima (1999), denota que naquela época a laborterapia já era criticada, inclusive por psiquiatras. Osório César que era psiquiatra,

músico e crítico de arte identificou nas obras artísticas dos pacientes uma semelhança com a produção dos artistas modernos. Vale lembrar que a Semana de Arte Moderna aconteceu em São Paulo em 1922. Com o intuito de valorizar as dimensões artística, social e cultural dos “alienados” e não a dimensão psiquiátrica, Osório César publica *A expressão artística dos alienados* e cria a Escola de Artes Plásticas do Juquery. Naquele momento histórico do Brasil, um psiquiatra se contrapõe à ciência psiquiátrica e seu tratamento moral quando afirma que no hospital psiquiátrico o departamento de arte não tem somente uma finalidade terapêutica, mas também de reabilitar e construir possibilidades profissionais fora do hospital de acordo com as potencialidades dos pacientes (Lima, 1999, p.65).

Na década de 40 do mesmo século, a terapêutica ocupacional proposta por Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro no Rio de Janeiro/RJ via o trabalho como um recurso terapêutico em pé de igualdade com as demais práticas. Esse tinha a finalidade de beneficiar todos os pacientes, crônicos e agudos, com uma ocupação livremente escolhida e não como uma obrigação imposta. As atividades eram variadas (encadernação, costura, música, ateliês de pintura e modelagem, etc.) e respeitavam a subjetividade dos pacientes, não possuindo um caráter financeiro de manutenção do hospital (Guerra, 2008).

De acordo com a mesma autora, na Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1980, em um contexto de abertura política, a atenção em saúde mental passou a associar o projeto clínico ao projeto político. Foi realizada a crítica à psiquiatria tradicional e o trabalho passou a ser visto como instrumento de reabilitação e reinserção sociais criando novas inscrições da loucura na cultura e na cidadania. Nesse contexto, houve a participação de oficinairos não “psi” com diferentes discursos e relações sociais com a loucura, e se efetivou o respeito à singularidade na loucura com a invenção da clínica ampliada, antimanicomial ou psicossocial.

Em relação ao início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tomamos como exemplos as experiências do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luís Cerqueira criado em 1987 na

cidade de São Paulo e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) criado em 1989 em Santos como perspectivas pioneiras no processo de construção de uma “nova *práxis*” de atenção integral em Saúde Mental em Saúde Coletiva no Brasil. Incluindo nessa as *práxis* referentes ao encontro da loucura com o trabalho.

Através das contribuições de Amarante (2008) encontramos que no projeto do CAPS Prof. Luís Cerqueira a família e o trabalho são vistas como dimensões do campo macrossocial a serem considerados no programa de psicoterapia, socioterapia e terapia ocupacional; ou seja, são dimensões que contribuem terapêuticamente com o tratamento. No projeto do NAPS em Santos o trabalho compôs, desde o início, o *projeto terapêutico* do cuidado na Atenção Psicossocial juntamente com outras atividades como o atendimento individual, o atendimento aos familiares, as assembleias, os passeios, as visitas domiciliares, dentre outras. Ou seja, o trabalho era considerado como um dos componentes importantes na construção do poder de contratualidade social dos sujeitos da experiência da loucura, sendo esse o principal foco de atenção das práticas de atenção e cuidado da equipe do NAPS.

No final do século XX e início do século XXI as mudanças estruturais e desestruturantes no campo socioeconômico advindas do incremento da economia de mercado, como o desemprego estrutural, provocam a construção de alternativas relacionadas à questão do trabalho em perspectivas diferenciadas da relação capital-trabalho encarnada no formato do emprego.

Neste contexto, acontece o encontro da Saúde Mental com a Economia Solidária (ECOSOL) através da realização do evento *Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental* em 2004, realizado em Brasília/DF. Deste encontro foram construídas estratégias de inclusão social pelo trabalho dos usuários dos serviços de saúde mental, com transtornos mentais graves e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio da constituição de empreendimentos econômicos solidários como grupos informais, associações e/ou cooperativas (MS, 2005).

Nos relatos dos grupos de discussão desse evento, os participantes do evento consideraram a

importância da formação das cooperativas, contemplando a diversidade de seus cooperados através da ampliação para pessoas interessadas que não sejam “usuárias” dos serviços de saúde mental, efetivando, assim, a premissa da integração com a formação de grupos mistos, heterogêneos. Entretanto, é fato que os projetos de cooperativas que estão em formação nascem no CAPS ou a ele estão ligados de alguma forma. Sendo o CAPS um dispositivo de atenção e cuidado, seria este o melhor lugar para abrigar as iniciativas de inclusão social pelo trabalho? Tais iniciativas não deveriam estar na cidade, nos espaços de circulação social e da produção econômica? Não seria melhor que a tarefa de inclusão no trabalho fosse de toda a rede (incluindo nessa não somente as políticas públicas, mas, ainda, a comunidade, universidades, instituições privadas, etc.) e o CAPS definisse qual seria a sua função nessa rede?

Considerou-se o CAPS como um dispositivo estratégico na rede de atenção em saúde mental por realizar as oficinas terapêuticas e de geração de trabalho e renda; esta última podendo vir a se tornar cooperativas, associações ou outras formas de organização de trabalho produtivo que, ao construir a autonomia de seus participantes, possam se deslocar, saindo do CAPS para outros territórios.

Outras dimensões são apontadas, como a legislação das cooperativas sociais; a garantia de uma renda mínima através, por exemplo, de bolsa trabalho; a criação de um fórum intersetorial de geração de renda com a participação ativa dos usuários em todo o processo de discussão; a ECOSOL fazendo parte de processos de formação no campo da saúde mental; a busca de recursos que possam dar sustentabilidade às ações através de financiamento público intersetorial; a criação de um colegiado que envolva não só o CAPS, mas também todos os serviços da rede de atenção básica; a realização de formação, capacitação e qualificação de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental sobre o tema da articulação saúde mental e ECOSOL, assim como a garantia da incubagem dos projetos; e o mapeamento nacional das iniciativas.

São exemplos dessas iniciativas: a Associação Trabalharte em Juiz de Fora/MG; o Projeto Suricato – Associação de Trabalho e Produção

Solidária – em Belo Horizonte/MG; a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo composta por 76 projetos/empreendimentos e 1420 trabalhadores; o Projeto Geração Poa em Porto Alegre/RS; o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) no Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira em parceria com a Associação Cornélia Vlieg em Campinas/SP; a ATUT, uma associação de usuários e pessoas da comunidade do entorno do Hospital São Pedro em Porto Alegre/RS.

Desde a realização desse evento, algumas ações têm sido realizadas a partir da luta política dos envolvidos junto aos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, como a criação do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo trabalho (CIST) pela Área Técnica da Saúde Mental; processos de formação e de incubagem sendo realizados por Incubadoras Universitárias ligadas ao Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC); a criação da Portaria Nº 1.169/MS em 2005, que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho (sua terceira chamada foi em 2012), destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; cursos de gestão de empreendimentos de saúde mental e ECOSOL para trabalhadores da área; dentre outras ações. Entretanto, ainda há muito que fazer nesse campo.

De acordo com o exposto acima, podemos identificar que muitas das iniciativas de inclusão social no trabalho produtivo acontecem no âmbito do CAPS, embora não sejam somente a ele circunscritas, sendo a oficina, na maioria das vezes, o dispositivo disparador do processo. No documento *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, os CAPS são descritos como um serviço aberto e comunitário de referência e tratamento às pessoas com transtornos mentais graves onde são realizados “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (MS, 2004, p. 13). Nesse sentido, oferece os seguintes recursos terapêuticos: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades

comunitárias, assembleias ou reuniões de organização do serviço.

Nesse texto, as oficinas são uma das modalidades de atendimento em grupo, existindo uma aparente diferenciação entre oficina terapêutica e oficina geradora de renda, dentre outras. Entretanto, no mesmo documento, encontramos a realização de atividades produtivas como um dos objetivos das oficinas terapêuticas e a oficina geradora de renda como uma oficina terapêutica quando esta é considerada como uma das principais formas de atendimento nos CAPS, podendo ser de diferentes modalidades: expressivas (artes plásticas, corporal, verbal, musical, fotografia, teatro), de geração de trabalho e renda (culinária, marcenaria, costura, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, etc.) ou de alfabetização (aprendizagem e exercício da escrita e da leitura como um recurso importante na (re)construção da cidadania):

Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (MS, 2004, p. 20).

Dessa maneira, as oficinas *geradoras de renda* (nesse texto não há referência direta ao trabalho) são consideradas um recurso terapêutico onde o atendimento é realizado em grupo, assim como outras modalidades de oficinas. Essa diferenciação indiferenciada, nesse documento norteador das ações e funcionamento dos CAPS no Brasil, pode ser encontrada no cotidiano das práticas de atenção em saúde mental. Tal fato nos parece causar alguns equívocos no tocante à relação entre loucura e trabalho, como por exemplo, considerar o trabalho como terapêutico – sendo instrumento de ressocialização – sem ampliar a discussão sobre o direito ao trabalho e a (re)inserção social que implica no relacionamento concreto com o mundo da produção, para além dos limites dos serviços de saúde mental.

Guerra (2008), em pesquisa realizada junto aos

oficineiros dos serviços de saúde mental no Estado de Minas Gerais, observou que existia uma discussão sobre o trabalho nas oficinas de produção porque nessas se lida com o trabalho e com a circulação de mercadorias; mas quem encampava mais organicamente essa questão eram as cooperativas, consideradas como trabalho protegido, porque lidavam diretamente com o mercado de trabalho e o mercado de consumo demandando ações e infraestrutura diferenciadas das oficinas.

Por isso, eram consideradas como *um outro passo no projeto de saúde mental*. Nessa direção, não existiria uma *linearidade* entre estes dois dispositivos, rompendo com a ideia de que um seria a continuidade do outro porque se constituíam como “dois territórios diferenciados de operação no campo da saúde mental” (Guerra, 2008, p. 44).

Tal afirmação nos aponta para a diferença entre o trabalho como recurso terapêutico no âmbito das oficinas nos serviços de saúde mental (unidade básica de saúde, CAPS e Centros de Convivência) e o trabalho protegido no âmbito das cooperativas ou outros dispositivos com potência de gerar renda (ainda que mínima) para os seus participantes. Sendo que, nesse último, os participantes se relacionariam com maior intensidade com os territórios para além dos serviços, exercendo um trabalho organizado com ações mais complexas relacionadas à produção, ao consumo de matéria-prima e à comercialização de seus produtos. Tais dimensões foram ainda associadas, pelos oficinairos, à organização do trabalho na perspectiva capitalista.

Essas questões nos provocam a pensar se para os “oficineiros” seria possível existir uma economia do trabalho diferente da capitalista e se todo trabalho que implica em trocas de bens e geração de recursos financeiros – e, por isso, demandam processos de gestão – seja necessariamente alienado.

Oficinas terapêuticas e cooperativas, assim como outras formas de trabalho, são instâncias diferenciadas em função da contratualidade construída para a existência e realização de cada uma em seus acontecimentos cotidianos. Entretanto, essa diferença não produz uma dicotomia, mas antes complementaridade em função da dialogia possível entre ambas as

experiências no contexto do projeto terapêutico singular dos que são atendidos pelos serviços de saúde mental em qualquer território nesse país.

Para isso, é preciso romper com as históricas concepções de trabalho produzidas no âmago do nascimento do capitalismo e no bojo de suas crises e transformações no decorrer da história, assim como se rompeu com o modelo assistencial asilar secularmente produzido pela psiquiatria associada ao projeto capitalista de exclusão e alienação. Existem outras formas de se trabalhar, assim como existem outras formas de cuidar, e essas podem se encontrar em um projeto transformador da sociedade – embora tal tarefa implique em muita luta política, muito diálogo e negociação, muita resistência à inércia cotidiana, muita insistência e, porque não dizer, umas pitadas de teimosia.

Vale lembrar que a ideia de se ter espaços diferentes para o cuidado e para o intercâmbio de produtos e serviços continua presente, de alguma forma, nas atuais discussões sobre o trabalho dos sujeitos da experiência da loucura nos serviços de saúde mental. O espaço de atenção à saúde mental ser diferente do espaço de trabalho dos que são atendidos pelo CAPS foi uma das propostas extraídas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Não obstante, nesse caso, a prerrogativa é se centrar no estímulo à inserção no território da contratualidade social mediada pelo intercâmbio de afetos, bens e a construção de redes sociais, produzindo autonomia como interdependência. Busca-se romper, assim, com as históricas condições de trabalho assistido e protegido para assumir a condição de trabalhadores cooperados que podem ser acompanhados por outros, mas não demandando mais “assistência” ou “proteção” e, sim, incentivos e acompanhamento para desenvolver o intercâmbio no mundo das trocas econômicas e sociais.

Essa é uma discussão atual que conta com a contribuição de alguns autores brasileiros que se dedicam ao campo da saúde mental com o intuito de refletir sobre o lugar do trabalho nas práticas clínicas no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e, com isso, construir referências teóricas que possam contribuir com esse processo em curso.

Lima (2008, p. 61) constata com

“estranhamento” que a *atividade* como ocupação esteve presente nas práticas da instituição psiquiátrica desde o seu nascimento, estando também presente nas reformas psiquiátricas do século XX no processo de desestabilização do modelo asilar de atenção em saúde mental. No Brasil, alguns dos dispositivos utilizados para cumprir essa tarefa são os ateliês, os laboratórios e as oficinas, apresentando “enfoques e objetivos muitas vezes diferentes. Estão presentes nos CAPS, nos hospitais-dia, e nas experiências de desinstitucionalização desenvolvidas em hospitais psiquiátricos”. Além desses, a autora cita os Centros de Convivência criados nos processos de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico do Juquery e da Casa de Saúde Anchieta em Santos.

Esses dispositivos têm, como referências, a Psicoterapia Institucional da Clínica La Borde na França e a Psiquiatria Democrática Italiana. Os *ateliês* em La Borde e seu paradigma estético na criação de arte e de territórios existenciais; os *laboratórios* em Trieste e seu paradigma político de experimentação e produção de fazeres e saberes sobre a vida, o social, a troca, a contratualidade, universos simbólicos e linguagens. No Brasil, as *oficinas* e o paradigma ético-estético-político da Atenção Psicossocial onde se é possível engendrar, criar, produzir subjetividade – “novas formas de relacionamento, novos espaços existenciais, novos modos de ser” (Lima, 2008, p. 71).

De acordo com as Portarias nº 189/91 e nº 224/92 do SUS, as oficinas possuem duas modalidades: a terapêutica, na qual são desenvolvidas atividades que promovem a subjetivação, socialização do sujeito, privilegiando sua particularidade (atitude clínica); e a de produção com recursos para a reinserção produtiva, em que o trabalho, a aprendizagem de formas de trabalhar e a entrada no mercado de trabalho são prioridades (Guerra, 1999 citada por Ribeiro, 2008, p. 107).

Nessa perspectiva, em trabalho anterior, a autora sistematiza diferentes modalidades de oficinas a partir do *setting* de trabalho e dos objetivos de cada uma:

[...] oficinas de terapia ocupacional, de cunho psicoterápico; oficinas terapêuticas, que objetivam a intercessão com a comunidade, sem priorizar o aprendizado de um ofício ou a inserção no

mercado de consumo ou de trabalho; oficinas de produção, que têm como objetivo produzir objetos e serviços passíveis de circular socialmente, via exposição, venda ou prestação de serviços; e oficinas de comercialização, responsáveis por viabilizar parcerias que permitam a inserção da produção na sociedade (Ribeiro, 2008, p. 7).

Como complementação, a mesma autora considera que todas essas modalidades de oficina têm como tarefa a promoção da reinserção e da circulação social dos que delas participam no território onde vivem, promovendo uma contratualidade social produzida na concretude do cotidiano através de trocas afetivas, simbólicas, sociais e econômicas. Isso tudo se configurando uma “rede social pessoal”, que pode ser entendida como um “campo social composto pela soma de todas as relações interpessoais significativas para o indivíduo, inclusive as familiares” (Ribeiro, 2008, p. 109).

Observamos que na bibliografia revisada é frequente o termo *uso* ou *utilização* do trabalho ou atividade como ferramenta das práticas clínicas desde o tratamento moral até a Reforma Psiquiátrica brasileira. Vemos nessa concepção uma perspectiva de instrumentalidade ao se dirimir a importância do trabalho como algo que compõe com a prática clínica do cuidado para a construção de autonomia, reservando a esse a condição de prática social complementar.

A reflexão sobre esta representação social ainda presente nos serviços de saúde mental é essencial para a compreensão das práticas clínicas e sociais produzidas nesse campo no decorrer da história brasileira. Neste sentido, entendemos o trabalho como inerente às práticas de cuidado e não somente uma ferramenta/recurso. Tal questão está reconhecida pelo projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira em seus três eixos (retaguarda assistencial, retaguarda de moradia e (re) inserção social pelo trabalho) quando considera o trabalho como parte integrante do projeto terapêutico singular dos que são atendidos pela saúde mental no Brasil, sendo as noções de autonomia e emancipação incluídas no conceito de terapêutico.

Podemos dizer que existe, de maneira incipiente no Brasil, um processo de articulação em torno do trabalho coletivo e autogestionário como

alternativa aos sujeitos da experiência da loucura atendidos nos dispositivos da Saúde Mental. Nesta perspectiva, nosso principal foco de interesse, na contemporaneidade brasileira, é a micropolítica (Guattari & Rolnik, 1996) do processo de constituição de coletivos, que têm como tarefa o trabalho autogestionário, nos dispositivos de atenção e cuidado em Saúde Mental (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e outros) no território com o qual se relacionam; e em outros dispositivos como as associações de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental.

Entendemos este processo como micropolítica por ser marcado pelo encontro, no cotidiano das práticas sociais, entre sujeitos que afetam e são afetados por outros, interferem e sofrem interferências em suas vidas. Essas produzindo sentimentos e atuações singulares e coletivas através de experimentações processuais no campo do trabalho que podem ou não se configurar como um projeto comum em torno de uma atividade produtiva por eles definida. Tais processualidades lhes possibilitam construir outras contratualidades sociais e econômicas que produzem singularizações e coletividades, advindas da amplitude das possibilidades oferecidas pelo mundo do trabalho para o intercâmbio, onde a dimensão terapêutica significa produção de autonomia.

As experimentações neste campo sócio-político acontecem cotidianamente nos dispositivos de Saúde Mental, com as mais diferentes e singulares formas e concepções sobre o encontro da loucura com o trabalho, como uma prática social e de cuidado no âmbito da inserção no mundo do trabalho na perspectiva da economia solidária. Por isso, torna-se imprescindível a troca de fazeres e saberes entre os que a elas se dedicam e a reflexão crítica e autocrítica sobre essas, tendo como parâmetro a história e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim como o incremento da invenção de estratégias e táticas com potência de produzir outras práticas sociais e de cuidado no campo do encontro da loucura com o trabalho.

Considerações Finais

Para finalizar, podemos considerar que o trabalho configurou-se como estratégia de confronto e de luta nos momentos de crise nos

paradigmas da história da loucura. Na crise econômica que desencadeou a grande internação dos loucos, mendigos, vagabundos, delinquentes; no advento da psiquiatria como ciência pautada pela noção de sujeito do cogito cartesiano, onde assume uma função terapêutica disciplinadora na busca pela cura da doença mental através do tratamento moral; na II Grande Guerra quando os hospícios abrem suas portas aos loucos por conta dos bombardeios aéreos e esses conseguem trabalhar nas fazendas da região sem medicação ou qualquer outra forma de tratamento, não sendo identificados como doentes mentais; nas reformas psiquiátricas onde é tanto uma estratégia de ressocialização na França, de emancipação pela inserção no trabalho produtivo na Itália, de reabilitação psicossocial e de inclusão social no trabalho produtivo no Brasil.

Suaya (2009, citando Foucault, 2003) considera que o trabalho foi o instrumento utilizado no nascimento da psiquiatria para fazer o corte entre os loucos e os demais degenerados sociais, que foram o objeto de intervenção da grande internação. A exclusão desse grupo marcou a singularidade do louco como não incluído no processo produtivo, como incapaz para o trabalho e, portanto, objeto da assistência do Estado através do tratamento oferecido pela ciência psiquiatria.

De acordo com a mesma autora, o contraponto a esta perspectiva acontece alguns séculos depois nos movimentos das reformas psiquiátricas que incluíram o trabalho como o eixo nuclear de suas práticas onde a disjunção entre loucura e trabalho é transformada em conjunção.

Entretanto, retomando o contexto brasileiro nos é possível identificar, através do exposto neste artigo, a presença tanto da disjunção quanto da conjunção entre loucura e trabalho que acontece pela coexistência, no cotidiano dos serviços de saúde mental, das práticas hegemônicas da psiquiatria e das práticas das reformas psiquiátricas que se contrapõem àquela com estratégias de luta e de confronto.

Tal realidade também está presente no contexto da articulação saúde mental e economia solidária na atualidade brasileira das práticas de inclusão social no trabalho produtivo, constituídas no âmbito dos dispositivos da rede de atenção ou a ela interligadas. É premente uma ampla discussão a

respeito desta temática, prevenindo que a reedição de antigas práticas de inclusão perversa (Sawaia, 2006) venha a acontecer nos contextos contemporâneos em curso que apontam para a invenção e a potencialização de possibilidades de transformação no encontro da loucura com o trabalho.

Referências

- Amarante, P. (2008). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Amarante, P., & Torre, E. H. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85.
- Barros, D. D. A. (1990). *Desinstitucionalização Italiana: a experiência de Trieste*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2003). *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. O sujeito e o poder. Apêndice. In H. L. Dreyfus, & P. Rabinow, *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-250). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34.
- Guattari, F. (1990). *As três ecologias*. Campinas/SP: Papyrus.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: cartografias do desejo* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Guerra, A. M. C. (2008). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-57). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Lima, E. A. (2008). Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In C. M. Costa, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 59-81). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Lima, M. E. A., & Brescia, M. F. Q. (2002). O trabalho

como recurso terapêutico. In I. B. Goulart (Org.), *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp. 357-377). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ministério da Saúde (MS). (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (MS). (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Oury, J. (1924/2009). *O Coletivo* (A. Menard et al., Trad.). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Passos, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Resende, H. (1987). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis, & N. R. Costa (Orgs), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.

Ribeiro, R. C. F. (2008). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. Costa, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-116). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Rotteli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P. D. C. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Sawaia, B. (2006). Introdução: exclusão ou inclusão perversa. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão - análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 07-13). Petrópolis: Vozes.

Souza, I. D. (2001). *A Primeira Reforma Psiquiátrica: uma história do Tratamento Moral*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Suaya, D. (2010). *Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva*. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.

Recebido em: 04/12/12

Aceito em: 02/08/13