

**ENEIDA SILVEIRA SANTIAGO**

**O TRABALHO COMO ESTRATÉGIA  
DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:**

**Cartografias do conceito Trabalho nas políticas públicas de saúde**

**ASSIS**

**2014**

**ENEIDA SILVEIRA SANTIAGO**

**O TRABALHO COMO ESTRATÉGIA  
DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:**

**Cartografias do conceito Trabalho nas políticas públicas de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP - Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

ASSIS  
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

S235t Santiago, Eneida Silveira.

O Trabalho como estratégia de atenção em saúde mental : cartografias do conceito Trabalho nas políticas públicas de saúde / Eneida Silveira Santiago. – Assis, 2014.  
179 f.

Orientador: Silvio Yasui.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras, 2014.  
Inclui bibliografia.

1. Trabalho – Aspectos psicológicos – Teses. 2. Relações de Trabalho – Teses. 3. Saúde mental – Políticas públicas – Teses. 4. Política de saúde mental – Teses. I. Yasui, Silvio. II. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras. III. Título.

CDU 613.86:331

À minha família,  
por transmitir e alimentar  
em mim o desejo de saber,  
em especial minha mãe, Ilda.

## AGRADECIMENTOS

Ao Silvio Yasui, orientador paciente, que instigou o trabalho desde o início, sempre com tolerância e cuidado, me ensinando sobre a Saúde Mental.

Às queridas Ana Cláudia Barbosa Silva-Roosli (UEL) e Cristina Amélia Luzio (Unesp-Assis), pelo acolhimento e valiosas contribuições por ocasião do Exame de Qualificação.

Aos eternos e novos amigos, pelo suporte, carinho e paciência pelas ausências e a manutenção da sempre expectativa pela presença: Ana Cláudia, Maiango, Ana Céli e Guilherme (especialmente pelo apoio linguístico), Disete, Sandra Lourenço, Simone Pantaleão, Magda, Ana Lúcia e João Franco.

Aos colegas de doutorado, pelo espaço de acolhimento e compartilhamento das crises e anseios e pela amizade.

À Unesp-Assis, pela formação pessoal e profissional ao longo de quase duas décadas; em especial ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, pela disponibilidade e pelos auxílios para participação em eventos.

Para E., pela história compartilhada.

E a todos que direta ou indiretamente atravessaram esta construção.

“A obra não existe como objeto natural, individualidade inalterável no decorrer da história. Ela torna-se algo, é determinada como tal na relação estabelecida com cada intérprete. O que existe é a matéria da obra, mas essa matéria não é nada enquanto a relação não faz dela isso ou aquilo.”

Paul Veyne - Como se escreve a história

“Fizeram-me dizer que a loucura não existia, enquanto o problema era absolutamente inverso: tratava-se de saber como a loucura, sob as diferentes definições que pudemos lhe dar num momento dado, pôde ser integrada num campo institucional que a constituía como doença mental.”

Michel Foucault

“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.”

Franco Basaglia

“O trabalho continua sendo uma referência não só economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente dominante, como provam as reações dos que não o tem.”

Robert Castel

SANTIAGO, E.S. **O TRABALHO COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Cartografias do conceito Trabalho nas políticas públicas de saúde**. 2014. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

## RESUMO

O presente estudo se refere às proposições jurídicas e políticas do Trabalho como estratégia de Atenção em Saúde Mental no Brasil a partir da Primeira República até os dias atuais. Cartografamos a composição de forças dessa articulação em legislações de assistência psiquiátrica e políticas públicas de Saúde Mental, em diálogo com alguns operadores analíticos de Michel Foucault. Problematizamos os conceitos de Trabalho que alimentam os agenciamentos do discurso presente nos documentos, bem como os sentidos que emergem dessas produções. Em nossas discussões apontamos que o Trabalho como modalidade de assistência psiquiátrica nas instituições asilares não surge no universo da psiquiatria, mas do capitalismo. Associado inicialmente às medidas de ocupação de *mentes vazias* dos desajustados, mais tarde ganha a posição de instrumento de disciplina e normalização social. Com a Reforma Psiquiátrica, as atividades de Trabalho na Saúde Mental são reinventadas como espaços possibilitadores de acesso ampliado à vida em sociedade, à cidadania e contratualidade social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ao nos questionarmos sobre o que torna a questão da loucura em articulação com o Trabalho e o trabalhar alvo de materiais jurídicos e políticos, evidencia-se a enunciação de que o direito e a produção política agem a partir de racionalidades particulares e historicamente constituídas, nunca universais. Chegamos à conclusão de que as legislações e políticas públicas são pautadas, atravessadas e constituídas pela história, não havendo unidade política fora de uma conjuntura histórica e social. Isso quer dizer que a loucura, o louco e as atividades de Trabalho na Saúde Mental ganham importância política para dar conta de distintas funções, conforme o momento social. Identifica-se uma ambiguidade na presença do Trabalho nos documentos de Saúde Mental que se faz notar no demasiado discurso de valorização da inserção, via emprego, no mercado formal de trabalho, na polissemia de termos e expressões utilizadas para designar o trabalhar e na insuficiência de estratégias políticas e legais que deem sustentabilidade material às experiências práticas. Lutas díspares povoam o cenário das políticas públicas de Saúde Mental, em que as proposições que visibilidade queremos do Trabalho na Saúde Mental e que trabalhar queremos ainda precisam ser percorridas para que o cuidado e a Atenção em Saúde Mental, pela estratégia do Trabalho, não sejam excludentes e segregadores, como histórica e juridicamente a loucura e a diferença têm sido.

Palavras-chave: Relações de Trabalho. Saúde Mental. Saúde Coletiva. Políticas Públicas. Intersetorialidade.

SANTIAGO, E.S. **LABOUR AS A STRATEGY FOR MENTAL HEALTH CARE: Mappings of the concept of work in public health policies.** 2014. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014.

#### ABSTRACT

The present study refers to the juridical and Labour policy propositions as a strategy of Mental Health Care in Brazil from the First Republic to the present day. Mapping the composition of forces of the matter in psychiatric assistance and public mental health policy legislations, In dialog with some analytical operators from Michel Foucault. Problematizing the concepts of labor that feed assemblages of discourse present in the documents. As well as the senses that emerge from its productions. In our discussions we point out that the work as a form of psychiatric care in nursing homes does not arise in the world of psychiatry, but of capitalism. Initially associated to measures of occupation of *empty minds* of the misfit, that later won the position as an instrument of discipline and social normalization. With the Psychiatric Reform, Labor in Mental Health activities are reinvented as spaces that enable ample access to life in society, citizenship and social contractuality of individuals in psychological distress. When we ask ourselves about what makes the question of madness in articulation with Labor and the work target of juridical and political materials, highlights the enunciation that the law and public production act from particular rationale historically constituted, never universal. We conclude that the laws and public policies are based, traversed and constituted by history, with no political unity out of a historical and social context. This means that madness, the mad and the activities of Labour in Mental Health gain political importance as it is accounting for different functions, according with the social moment it is Identified an ambiguity in the presence of Labour in documents referring to Mental Health, that makes itself note for the over valorization of insertion, via employment in the formal labor market, the polysemy of terms and expressions used to designate the work and lack of political and legal strategies that provides material sustainability to practical experiences. Disparate struggles populate the landscape of public policy for Mental Health, in that propositions of *what visibility do we want in Labour in Mental Health and what kind of work we want* still need to be covered so that care and Attention in Mental Health, via the Labour strategy, are not excluding and segregational as historical and juridically the insanity and difference have been.

Keywords: Labor Relations. Mental Health. Public Health. Public Policy. Intersectionality.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefícios de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIST	Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I	Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial
CONAES	Conferência Nacional de Economia Solidária
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECOSOL	Economia Solidária
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBES	Fórum Brasileiro de Economia Solidária
FSM	Fórum Social Mundial
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMI	Fundo Monetário Internacional
GM	Gabinete Ministerial
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LGBT	Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU BRASIL	Organização das Nações Unidas no Brasil

PL	Projeto de Lei
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRONINC	Programa Nacional de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares
PSF	Programa Saúde da Família
PRONACCOOP	Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SESI	Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO: INÍCIOS, FINS E MEIOS</b>	12
Considerações metodológicas	13
<b>1 - TRABALHO E PRODUÇÃO DE SI: EXPLORAÇÕES CONCEITUAIS</b>	19
O Trabalho como experiência íntima e singular	20
Trabalho e contemporaneidade	23
Trabalho e produção de si	28
<b>2 – AÇÃO DO ESTADO, POLÍTICA PÚBLICA E GESTÃO EM SAÚDE: CONFIGURAÇÕES CONCEITUAIS</b>	30
Políticas Públicas: alguns conceitos, divergentes definições	31
Políticas Públicas e ação do Estado	33
Políticas Públicas e Gestão em Saúde no Brasil contemporâneo	41
<b>3 – A CONFIGURAÇÃO DE FORÇAS NA PRODUÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO TRABALHO: PROBLEMATIZAÇÕES HISTÓRICAS</b>	43
Proposição 1 - Trabalho como ocupação	45
Proposição 2 - Trabalho como prática curativa	49
Proposição 3 - Trabalho como produção de vida	56
Saúde Mental e Trabalho: relações intersetoriais	58
O mundo do trabalho: espaço da criação ou do estranhamento?	62
Da reprodução à criação	64
<b>4 – DE DIREITO SOCIAL A DISPOSITIVO DE SAÚDE: O TRABALHO E SUA EMERGÊNCIA NA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE VIGENTE</b>	67
A Declaração Universal dos Direitos Humanos: o direito ao Trabalho	68
A Constituição Brasileira: Trabalho e Saúde como direitos agora articulados	74
A Legislação de Saúde: Trabalho como dispositivo de Atenção em Saúde	81
A articulação Trabalho-Saúde como ato reflexivo-político	88

<b>5 - OS SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA E DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: ASPECTOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO POLÍTICO QUE ARTICULE TRABALHO E SAÚDE</b>	90
Quem sabe sobre a doença mental?	91
Quem sabe sobre a saúde mental?	108
A concretude para <i>um outro lugar</i> social da loucura	118
A “abertura” da loucura: o homem dentro ou fora dos parênteses?	120
Trabalho como estratégia de saúde	121
Qual o lugar político e social do louco e da loucura?	125
<b>6 - ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL: A COMPOSIÇÃO DE SEU DISCURSO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	132
A Economia Solidária como Política Pública: a produção de contratualidade social	134
Saúde Mental e Economia Solidária: a produção da intersetorialidade	138
A produção do presente	149
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SUAS ARTICULAÇÕES COM O TRABALHO</b>	156
<b>REFERÊNCIAS</b>	160

## INTRODUÇÃO

### INÍCIOS, FINS E MEIOS

Onde é o início?

Como marcar, como estabelecer quando exatamente algo começa? Início de um interesse, de uma curiosidade e de uma inquietação. Como saber em que ponto uma incerteza transforma-se em combustível para a busca?

É na tentativa de dar conta dessa dificuldade que inicio a trajetória desta tese: em que contexto ela se constituiu como tema e, posteriormente, como materialidade? Como meio de aproximação das respostas a essas questões, primeiramente falarei de minha jornada.

Admito a constatação de que o trabalho me intriga. O trabalho enquanto *fazer*, enquanto se dedicar a algo em que se investe afetos, desejos e saberes e que, ao mesmo tempo, produz outros afetos, outros desejos e outros saberes.

Muito comumente, o trabalho é associado à concretude de uma tarefa e de um resultado. Não é exatamente essa dimensão que me atrai. Mas, por muito tempo foi.

De um envolvimento pelo campo do trabalho na graduação em Psicologia, busquei em minha vida de recém-graduada espaços em que essa temática se fizesse presente. Foi assim que adentrei a área de Gestão de Pessoas como primeira atuação profissional de psicóloga. Certa de que a historicidade da área em seus reflexos nas práticas e demandas poderia ser reinventada, percebi-me frustrada ao localizar o pouco e tortuoso espaço para algo além da reprodução do que estava posto. Diante desse impedimento, uma linha de fuga foi localizada: a saída do ambiente exclusivamente organizacional, o estabelecimento de parcerias e a constituição de projetos em espaços institucionais e coletivos, isso já no âmbito acadêmico.

Mesmo com o foco no trabalho, rapidamente a ideia de um *fazer* integrado com outros campos se fez clara e necessária. Não se tratava do abandono de um foco, mas da constatação de sua inegável articulação com diversas dimensões que, conjuntamente, compõem e constroem a vida, que é singular e individual, mas também coletiva e histórica. Ou seja, olhar o trabalho não significa estar, unicamente ou prioritariamente, em uma organização. Muito pelo contrário, o trabalho está onde a vida acontece: em todo lugar.

A constatação da onipresença do trabalho ocorreu durante o curso de mestrado<sup>1</sup>, em um período de intenso contato com a saúde mental. Contato advindo pela proximidade e cumplicidade com amigos, também mestrandos, e seus objetos/temas de pesquisas, que estimulavam discussões acaloradas, aprendizagens significativas e aberturas de olhares, como a da íntima e histórica proximidade do trabalho com a saúde mental.

Nessa conjugação, a questão do trabalho ligado à saúde e da saúde ligada ao trabalho se mostraram como relações estabelecidas e inegáveis: seja no necessário estudo e intervenção nas atividades de trabalho propiciadoras de relações de sofrimento e doenças, seja na relação em que, de modo ampliado e diverso, se objetiva a integração de ações de saúde com o trabalho, isso em variados eixos de serviços e no dimensionamento da integralidade do trabalhar. Relações inegáveis, assim como o contexto no qual elas estão: um universo capitalista rígido, exigente e infiel, que prioriza a competição e é altamente intolerante às diferenças e singularidades dos sujeitos que nele habitam e das histórias que ali constroem.

### **Considerações metodológicas**

A partir disso, esclarecemos que o **tema** desta tese se refere às proposições jurídicas e políticas do trabalho como estratégia de atenção em saúde mental no Brasil, a partir do período denominado Primeira República até os dias atuais.

Como **objetivo principal**, cartografamos e problematizamos a composição de forças dessas proposições a partir de legislações psiquiátricas e políticas públicas de saúde mental, por meio de diálogos firmados com alguns operadores analíticos de Michel Foucault. Buscamos explorar a presença da temática trabalho, analisando os conceitos de trabalho que alimentaram os agenciamentos do discurso, bem como os sentidos que emergiram dessas produções.

Enquanto **problema**, abarcamos as seguintes formulações: na atualidade, onde a temática trabalho está localizada nas políticas públicas de saúde mental? Qual o conceito de trabalho utilizado nas políticas em questão? Que rupturas operaram com conceitos anteriores e que atualizações delas foram produzidas? Que configurações de estratégias de atenção em saúde mental a temática trabalho compõem? Que arranjos políticos, jurídicos e subjetivos emergiram como efeitos da produção desses dispositivos?

---

<sup>1</sup> SANTIAGO, E.S. **Entre a Lei e o Desejo**: uma construção de um Sujeito Organizacional. Assis, 2005. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp.

Levantamos a **hipótese**, ao iniciar esta pesquisa, de que há uma significativa presença da temática trabalho nas legislações e políticas de saúde e saúde mental, ao mesmo tempo em que um repertório de conceituações de trabalho, trabalhar e do *sujeito que trabalha* se fazem presentes no interior e nas adjacências desses escritos, quanto aos usos e possibilidades depositadas na experiência trabalho em seus casamentos com objetivos terapêuticos, de promoção de reinserção e de geração de renda, e de contratualidade e autonomia social, compondo o trabalho como estratégia ampliada de atenção em saúde mental, como bem indica o título desta tese.

Diversas composições reflexivas fizeram parte do trajeto de confecção desta pesquisa, foram elas:

- O estabelecimento da complexidade e dos possíveis limites da relação entre o campo da atenção em saúde mental e o campo do trabalho, e os sistemas tecnológico político e de poder daí produzidos;

- A problematização de como se situou/situa histórica, social e juridicamente a relação entre trabalho e atenção em saúde mental;

- Os processos e regimes de objetivação e subjetivação disparados pelas políticas de saúde mental que contemplavam e contemplam a temática trabalho;

- As conversas, composições e transversões dos documentos e ações em saúde mental que contemplam a temática trabalho com outros campos para além da saúde mental.

No Brasil, os anos de 1980 e 1990 testemunharam uma mudança no processo de pensar, agir e vivenciar a saúde. A instauração de um quadro jurídico-institucional democrático acompanhou, ao mesmo tempo em que alimentou, essas mudanças. Nesse cenário, as proposições práticas de atenção e cuidado à doença mental, bem como à saúde mental, também sofreram rearranjos, sendo marcadas por instâncias internacionais e nacionais. Nesta empreitada, escolhemos documentos que nos permitissem analisar o processo em si, os trajetos anteriores às mudanças e os efeitos do processo que ainda se operam.

Em nossa jornada, cartografamos materiais oficiais que direta ou indiretamente colocavam o trabalhar como estratégia de atenção em saúde mental, sendo tanto políticas dirigidas ao trabalho quanto geradoras dele.

A cartografia, como instrumento de indagações nesta pesquisa, foi escolhida posteriormente ao início desta jornada, como o fazer científico tradicional desmerece. Como enunciação dos estudos realizados, de passeios por percursos ora familiares, ora

desconhecidos, e como possibilidade da valorização de representações das realidades vividas e percebidas, a cartografia se mostrou possível e já presente no trajeto.

Para Kirst (2003), a cartografia é:

[...] um termo que faz referência à ideia de ‘mapa’, contrapondo à topologia quantitativa que categoriza o terreno de forma estática extensa, uma outra de cunho dinâmico, que procura capturar intensidades, isto é, está disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado (p. 92).

Dessa forma, a cartografia não é exatamente um método em si, mas uma discussão metodológica que se atualiza na medida em que os caminhos e os encontros do cartógrafo com os territórios estudados acontecem. Encontros e afetações que, não sendo a finalidade do processo sucessivo de aproximação e distanciamento, são parte integrante do movimento de conhecer. Conforme Deleuze e Guatarri (1997, p. 169), “cartógrafo e objeto nascem juntos e percorrem a vida de um modo inseparável na criação de problemas”. Assim, no processo da pesquisa, o caminho só se faz através da ação de caminhar.

A composição das cartografias, como nos mapas emprestados da geografia, são desenhos de paisagens que se fazem ao mesmo tempo em que se transformam. Os desenhos são abertos, assim como são *os mundos* que representam, não sendo, nem pretendendo ser, estáticos, fechados ou definitivos.

Segundo Rolnik (1989, p. 15), as “paisagens psicossociais também são cartografáveis”. Para ela, a tarefa de cartografar pressupõe a valorização do processo formativo e das histórias que constroem *realidades*, mas também dos afetos mobilizados e dos sentidos produzidos a partir das mudanças subjetivas que o contato com a vida social e com o cotidiano dispara. Desta forma, a cartografia “é uma prática de pesquisa que acompanha o processo de produção de subjetividade” (ROLNIK, 1989, p. 21).

Na jornada desta tese, as cartografias foram construídas a partir de nossos contatos e das experimentações de leituras e análises de documentos vários, sendo que essas páginas são a possibilidade de uma *outra* paisagem, de novos territórios de expressões e visibilidades do trabalho em sua articulação com a saúde mental. Desta forma, as cartografias que aqui traçamos dão expressividade aos campos de lutas e enfrentamentos em torno da relação trabalho-saúde mental, seus movimentos, acareações e agenciamentos.

O trabalho é uma estratégia intersetorial, de múltiplas referências e interdependências; assim os materiais analisados também refletem essa complexidade ao serem de diversas iniciativas, áreas e esferas: são produções federais; contemplam desde a legislação básica do



Sistema Único de Saúde (SUS) até portarias, decretos e relatórios de orientações de ações e serviços. Em comum os documentos têm o fato de serem produções de áreas que articulam o planejamento e a gestão em saúde mental, integrando estes com políticas e práticas sociais e econômicas.

As publicações foram interrogadas sobre alguns pontos:

- O(s) conceito(s) de trabalho apresentado(s);
- As formas e os sentidos sobre os quais esses conceitos arquitetam o trabalho como estratégia de atenção;
- As ações que são orientadas por esses conceitos;
- As possibilidades políticas e subjetivas que são produzidas pelos conceitos proferidos;
- As possibilidades de articularem respostas às demandas colocadas pelo campo legal, político e social, sobre as quais as políticas em questão se posicionam;
- Os arranjos políticos, jurídicos, sociais, econômicos e subjetivos que emergiram como resultados do conceito trabalho proferido, bem como os efeitos desses;
- O(s) modo(s) como os processos histórico e social contemporâneos atravessaram e atravessam as políticas e ações em que o trabalho é colocado.

Entendemos que esta tese **se justifica** por poder contribuir com aqueles que estudam tanto a temática do trabalho quanto da saúde mental, pois ela apresenta a oportunidade de colocar sob suspeita impressões ou argumentações de que qualquer discurso das políticas públicas que orientem ações para a geração ou manutenção de iniciativas de trabalho basta por si só. A utilização da atividade laboral em diferentes cenários, em variadas interfaces com a saúde mental, alicerçando diversos saberes discursivos e práticos, está presente no projeto legislativo e político brasileiro há muitas décadas, não sendo ainda discutido mais atentamente, conforme nossas impressões.

Pensar o trabalho (suas nuances, dimensões e contrastes) já foi claramente colocado como importante e se fez mais urgente ainda diante das recentes crises do capitalismo. Mas notamos que pouco, e insuficientemente, se reflete sobre sua crescente presença (enquanto dimensão ética, subjetiva, social e econômica) nos escritos de outras áreas, bem como de áreas fronteiriças. Inversamente, essa presença e interface é cada vez maior.

Nos espaços práticos e cotidianos do cuidado em saúde e nas iniciativas comunitárias e territoriais, identificamos uma variedade e complexidade de ações do trabalho articulado à saúde mental. Porém, muitas são recentes, algumas ainda embrionárias, condições que dificultam uma problematização mais abrangente da real possibilidade de ruptura de uma

naturalização capitalista do trabalho como indicativo unicamente utilitário e não como possibilidade de experimentação de outros modos de agir, pensar, sentir, se relacionar e de viver.

Para pesquisar a relação trabalho-saúde mental, utilizamos a análise documental. Ao realizarmos uma análise documental, acreditamos ser essa uma oportunidade de posicionamento crítico e político, pois as publicações oficiais são o espaço da emergência de saberes produzidos pelo Estado. Colocar perguntas a eles é impedir que sejam postos como instituídos e acoplados, sem a devida reflexão, às formas de viver das pessoas, produzindo uma nova cronicidade. A análise cuidadosa, mas não definitiva, abre a oportunidade para que futuramente outros escritos sejam fomentados.

Assim, esta tese se compõe de ensaios teóricos, ou seja, são escritos que podem ser lidos separadamente, inclusive em ordenação diferente da que é apresentada aqui. Para fins de melhor compreensão, e por exigências acadêmicas, esses artigos são denominados “capítulos” e seu sequenciamento é uma sugestão aos leitores.

No primeiro capítulo, apresentamos e discutimos uma dupla possibilidade de compreender o trabalho: enquanto atividade dirigida com o fim de criar valor, sendo calibrada por relações econômicas e produtivas, e também do trabalho em suas potencialidades de criação de processos de subjetivação.

No segundo capítulo, abordamos as políticas públicas em suas concepções e colocações diversas para tentar gerir os embates, imanados e virtualizados, da relação entre Estado, sujeitos de direitos e mercado econômico.

No terceiro capítulo, refletimos sobre as múltiplas transformações da relação entre atenção em saúde e trabalho a partir da clareza de que a sociedade capitalista historicamente utilizou a aptidão ou inaptidão para o trabalho como um importante elemento para a definição de *normalidade*.

No quarto capítulo, relatamos a constituição e articulação do trabalho como dimensão que passa de direito social a dispositivo de atenção em saúde. Analisamos documentos jurídicos magnos e leis fundamentais e sobre elas operamos uma análise das composições de forças dessa constituição, refletindo sobre: o estabelecimento dessa complexidade, os possíveis limites da ligação trabalho-saúde e os sistemas tecnológico, político e de poder daí produzidos.

No capítulo quinto, cartografamos, a partir da Primeira República até os dias atuais, as legislações de assistência psiquiátrica brasileira e as políticas públicas de saúde mental em

suas intersecções com a temática trabalho. Tais materiais são analisados enquanto discursos norteadores oficiais e oficiosos sobre o louco e a loucura.

No capítulo sexto, mapeamos a composição da economia solidária com a saúde mental. Inicialmente, discutimos as colocações da economia solidária enquanto proposta de constituir outras formas, mais éticas, justas e incluídas, de viver em sociedade. Após isso, cartografamos as acepções da política pública brasileira de economia solidária e saúde mental em suas proposições, conceituações, discursos e sentidos presentes e ausentes, bem como de seus sentidos disparados.

Concluimos esta tese retomando as discussões feitas ao longo de suas páginas e fazemos algumas considerações.

Por fim, apresentamos as referências utilizadas.

Fechamos essas primeiras linhas de forma reflexiva, assumindo como o caminho da pesquisa é árduo, sofrido, porém necessário, assim como a atividade trabalho. É com eles (trabalho e pesquisa) que constituímos respostas às questões que muitas vezes não nos reconhecíamos capazes de formular. São eles que, na ânsia e necessidade de fechamentos, produzem aberturas e de repente as questões e os trabalhos formulados no início se multiplicam, se desdobram, sem ter um fim aparente.

Por isso, retomo a pergunta lançada no início desses parágrafos - onde é o início - e esboço uma possibilidade de resposta: o início, assim como o fim, não existe. Existe o processo, existe o meio. E esta tese é contribuinte deste *meio*.

## CAPÍTULO 1

### TRABALHO E PRODUÇÃO DE SI: EXPLORAÇÕES CONCEITUAIS

Nas áreas de estudo que se dedicam abarcar a relação entre trabalho e subjetividade, qualquer esboço de definição do conceito trabalho deve, obrigatoriamente, contemplar as dimensões de produção de si e de produção de trocas nos âmbitos materiais, subjetivas e sociais.

Em uma localização histórica e sociológica, com a passagem dos processos artesanais para o manufaturado, o crescimento rápido da produção industrial e posterior florescimento das cidades e da vida urbana, o trabalho e o trabalhar viveram um destacado crescimento quantitativo, personificado na categoria social do trabalhador, a quem foi imposto a transformação de toda forma de atividade social em trabalho (OFFE, 1989).

Em uma perspectiva marxista (MARX, 1991), o homem que trabalha diferencia-se dos animais ao modificar a natureza para suprir suas necessidades, ao mesmo tempo em que se modifica, em um processo que é também da transformação das necessidades financeiras, intelectuais, sociais, simbólicas e afetivas, bem como das possibilidades de acesso a elas. Com o estabelecimento de objetivos e parâmetros de racionalidade, novas formas de organização dos processos produtivos são estabelecidas e transmitidas, assegurando a manutenção das relações e das forças envolvidas.

A racionalidade produtiva impõe um tecnicismo na relação entre homem e natureza e entra homem e experiência de trabalho, bem como do homem com suas necessidades. A partir deste viés técnico, no contexto capitalista, a produção se fortaleceu na medida em que mais francamente guiou esforços para potencializar o trabalho humano, ao mesmo tempo em que acentuadamente dissociou o trabalhador de todo conhecimento pessoal que ele empregava, ou poderia, em sua experiência de fazer laboral cotidiano. Direcionado em seu trabalhar, o sujeito perigosamente aproxima-se de uma relação de estranhamento, e não de apropriação em suas relações com o trabalho.

Para Marx (1983), o trabalho humano nos afasta do universo da natureza, nos constituindo humanos, ao mesmo tempo em que é instrumento de intervenção na natureza; é condição necessária à nossa existência subjetiva e social, como também assume feitios históricos específicos, não podendo ser formatado unicamente pelas dimensões capitalistas ou

restritivamente discutido nos limites do emprego formal ou de uma atividade laborativa. Além disso, pode ser orientado para a produção de mercadorias e relações de valor.

O trabalho, em sua objetivação e autocriação humana, é dialeticamente gerador de momentos particulares e universais, mas também de miséria e fortuna, quando, no contexto da sociabilidade burguesa, a venda da força de trabalho alimenta um imediatismo de necessidades, muitas delas de subsistência. Com isso, a possibilidade criadora do trabalhar, que pertence àquele que trabalha, é direcionada para uma criação útil que é expropriada pelo capital, ganhando valor de troca pela via da remuneração financeira na forma de salário.

Na perspectiva que relaciona trabalho e produção da subjetividade, o trabalho demanda engajamento do corpo e da mente daquele que tem mobilizado seus saberes e gestos para criar uma relação ou um produto, que pode ser material, mas não necessariamente será. Em um importante esclarecimento, Dejours (2004) sinaliza que não é o *trabalho* atrelado a conceitos e dispositivos como emprego ou salário que deve ser priorizado, mas o *trabalhar* como oportunidade de experiência íntima e singular.

Desta forma, trabalho é definido como “aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar, [sendo este] um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais)” (DEJOURS, 2004, p. 28).

Esclarecemos que, ao longo desta tese, privilegiamos a ótica que discute e analisa as relações entre trabalho e subjetividade, e com ela contextualizamos o problema sobre o qual nos propomos a refletir.

Neste primeiro capítulo apresentamos e problematizamos conceitualmente o trabalho e o trabalhar em seus enlaces e funções econômica, subjetiva e social. Esclarecemos que os apontamentos conceituais aqui realizados são embasamento para todas as demais colocações feitas ao longo das páginas desta pesquisa.

### **O Trabalho como experiência íntima e singular**

Mesmo enquanto atividade que tem uma finalidade, o trabalho oportuniza, para aquele que o realiza, desafios sobre como se colocar diante deste algo a ser realizado, processo que é orientado por normas que objetivam garantir o alcance, justamente, da finalidade previamente estabelecida.

Não estando restritas ao universo do trabalho, as normas podem, conceitualmente, ser compreendidas como uma noção que promove e abarca distinções permanentes entre

polaridades, alimentando um sistema articulado com pretensões de poder que exige obediência sob mecanismos de coerção que ganha vestes de verdade (FOUCAULT, 2008a; 2010a).

Contrariamente à ideia das raízes que tentam nutrir, as normas implicam o sujeito que realiza a tarefa em uma relação que não será de passividade, mas de apropriação do estabelecido. Ao se apropriar, o trabalhador poderá reconstruir o que recebe como *trabalho prescrito*, em uma versão reconfigurada em *trabalho real*.

Ao mesmo tempo, as normas prescritas também têm um caráter dinâmico que as colocam atentas às transformações visualizadas, para que possam (re)adequar-se, em um jogo de apreensão e normalização das experiências criadoras que se destacam no universo do trabalhar, em uma captura para sujeição de qualquer visibilidade imaginativa. Isso faz com que as normas possam, também, ir se sofisticando, mesmo que muitas vezes se aproximem de discursos contraditórios.

A relação entre trabalho prescrito e trabalho real é dual. Quanto maior a defasagem entre eles, mais elevado será o indicativo de mobilização subjetiva do trabalhador para arcar com as lacunas e insuficiências das normas diante das variabilidades do próprio trabalho. Todavia, a mesma defasagem entre prescrito e real também evidenciará, de forma factual, a engenhosidade que o trabalhar sofreu (DEJOURS, 1996; 2004).

As normas que guiam o trabalhar, mesmo sendo muitas vezes rasas em suas sustentações, são rígidas em suas exigências, causando confrontações entre o *previamente definido* e o *posteriormente realizado*. O distanciamento entre essas duas localidades é reflexo das realidades fabricadas em condição de verdade, que muitas das atividades de trabalho sofrem.

De conduta, posturas, resultados e competência, as normas são operadores circundantes construídos por variadas instâncias reguladoras, que travestem seus posicionamentos em verdades inquestionáveis. As mesmas normas também são construídas pelos sujeitos do contexto produtivo, pela organização de trabalho e pelos discursos sociais e políticos. A norma orienta um *deve ser mais verdadeiro* permeado de práticas de homogeneizações de qualquer forma de ser e estar singular no universo laboral que seja distinta do estabelecido, em uma administração das diferenças.

No contexto de vida e trabalho capitalista, os processos da prescrição, da inventividade e (re)estabelecimento da norma são a essência da articulação entre trabalho, trabalhar e sujeito que trabalha. A vivência e apropriação desses processos envolvem obrigatoriamente relações de subjetivação.

Desta forma, assumimos a compreensão de que o trabalho não é estático, tampouco o trabalhar. Mesmo com a mais técnica ou rígida orientação da norma para a realização de um trabalho, não há adaptação ou mesmo obediência fria às suas imposições. Pelo contrário, são os movimentos constantes e diversos e não a adaptabilidade que dão ao trabalhar o imperativo de engenhosidade inventiva e ao sujeito que trabalha, o ensejo da experiência íntima e singular, mas também coletiva e partilhada, que é criada e recriada constantemente.

O trabalhar nunca pode ser dado como acabado; pelo contrário, é a possibilidade criadora que o trabalho contém que o torna um importante componente para a conquista da saúde:

Os especialistas e os cientistas levaram muito tempo para compreender que o trabalho é um dado fundamental da saúde. Não somente de maneira negativa (o trabalho como causa de doenças, de intoxicações, de acidentes, de desgastes etc.), mas também de forma positiva (DEJOURS, 1993, p. 101).

A positividade do trabalho está justamente nas criações frente às normas que os processos de trabalho impõem. Estas criações, inclusive de novas normas, são o espaço de experimentação subjetiva, ao mesmo tempo em que se configuram como movimento de questionamento das verdades e de resistência ao sujeitamento que o trabalho, em alguns contextos, impõe ao sujeito que trabalha.

Experimentar e criar diante das normas que o trabalho coloca não significa uma redução de danos diante da expectativa do alcance de um *não ter que trabalhar*, pelo contrário; e as vivências de sofrimento intenso diante do desemprego demonstram isto.

As observações do

[...] não-trabalho conduzem a criticar severamente a idéia, não obstante muito difundida, que a felicidade seria não ter nada para fazer. Muita gente pensa que quando os trabalhadores lutam contra certos aspectos do trabalho, tais como as más condições de higiene, os ritmos, a monotonia etc., é porque eles são preguiçosos e que seu ideal seria a inatividade, a passividade, a ociosidade, uma espécie de ideologia de uma vida de rendas. Isto é fundamentalmente falso (DEJOURS, 1993, p.101-2).

A possibilidade criadora que o trabalho coloca em voga é de grande relevância para a conquista e manutenção da saúde do sujeito que trabalha, porém é fundamental o questionamento quanto às condições desta relação, ou seja: “então, saúde através de qual trabalho?” (DEJOURS, 1993, p. 102).

A preocupação com as condições do trabalho, com a intensidade de suas cargas física e psíquica e os desafios cognitivos e relacionais deve ser acompanhada também de

considerações quanto à *utilidade* do trabalho realizado (como o social insiste em priorizar), o que traz para a discussão questões dos ordenamentos sociais contemporâneos.

### **Trabalho e contemporaneidade**

Desde o século XVIII, com sua emergência, que coincide também com o surgimento do Estado Moderno, o capitalismo, a partir de uma lógica específica, tem demandado um homem adaptado aos ideologismos do capital, disciplinado em suas obrigações e submetido às relações de produções que fomenta. Produções que não são apenas de mercadorias, mas também de relações sociais, econômicas, históricas e de subjetividades.

Foucault (2008a; 2008b) aponta como, a partir da modernidade, a sociedade capitalista utiliza intensamente o dispositivo disciplinar como estratégia de organização da vida coletiva. Apesar dos discursos cada vez mais intensos de democracia e direitos sociais, o indivíduo será investido através de operadores normativos (a partir de normas) de pacificação e docilidade, em que as instituições, mesmo em ações invisíveis, promoverão o sequestro das potencialidades destas pessoas para redirecioná-las a parâmetros normalizadores acionados em dispositivos institucionais de meio fechado:

O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola, [...] depois a caserna, [...] depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência (DELEUZE, 2010, p. 147).

Enquanto experiência de subjetividade, a modernidade inaugura também uma valorização da autopercepção do indivíduo para além do todo do mundo externo, em um *eu olhando para si mesmo* (ORTEGA, 1999). Desta forma, qualquer processo de subjetivação a ser construído se torna, paradoxalmente, um jogo diante das normas que submetem e, ao mesmo tempo, possibilitam uma existência.

Discutimos acima como as normas que definem também são as normas que impulsionam a criação de resistências diante delas. Assim, no contexto social, qualquer estética existencial, a partir da modernidade, precisará lidar com as normas, que são de um saber capitalista.

O saber capitalista, enquanto um tipo de poder disciplinar, é capaz de gerir todo um grupo social, impondo modelagens de condutas a partir do investimento de ordens morais, sociais, políticas e produtivas (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2008).



O capitalismo opera submetendo os indivíduos a formas de controle que acontecem prioritariamente no corpo e pelo corpo dos indivíduos. Mas não somente o corpo biológico interessa ao capitalismo, também o corpo social, político, subjetivo e utilitário do trabalhador, que tem seu corpo força de trabalho, seu corpo potência que, formatado, torna-se sujeito, mas, contraditoriamente, ganha visibilidade.

Citamos um exemplo do que discutimos, em articulação com o tema e os objetivos dessa pesquisa:

No saber capitalista o indivíduo com seu corpo força de trabalho deve colocar-se forte, atuante e disponível para as condições diversas de vida e trabalho, sendo que este pode contribuir para processos de adoecimento mais ou menos intensos a partir das dificuldades em reinventar diante das normas prescritas do trabalhar. Na atuação e no contato com os processos de trabalho e saúde do trabalhador, está relativamente presente a identificação da reticência dos trabalhadores em falar sobre a doença e o sofrimento que por vezes vivenciam. São processos diversos de um saber capitalista marcado pela capacidade de fazer, de trabalhar, que atuam e pressionam este sujeito adoecido em direção a um sentimento de vergonha de sua condição como resultado de uma impossibilidade de atender as expectativas de adequação utilitária ao coletivo, de *contribuir com a sociedade*. Vergonha como condição por vezes confessada, mas cercada de justificativas, como se fosse preciso desculpar-se.

Percebemos neste exemplo como o discurso do *bom trabalhador* (dedicado, competente) se infiltra e subjetiva um indivíduo docilizado e obediente, que tem seu corpo gerido por saberes externos a ele, ao mesmo tempo em que diminui suas resistências e potencialidades de enfrentamentos e subversões do que vivencia.

A visibilidade e a conseqüente valorização social daquilo a que nos dedicamos enquanto atividade laboral faz retornar a perspectiva de que não é *qualquer trabalho* que, por sua própria existência, oportunizará todo o cardápio de embates, experimentações e inventividade subjetiva que sinalizamos até agora como muito importantes.

O mesmo Dejours (1993) citado acima esclarece que “por paradoxal que isso possa parecer, um trabalho onde não há grande coisa a fazer, mas que é preciso estar presente e fazer de conta que se está ocupado, vai gerar, rapidamente, um aumento da carga psíquica, seguida por uma intensa fadiga” (p. 103).

Do ponto de vista utilitário e de força potencial, a sociedade capitalista confere *status* privilegiado a algumas categorias profissionais e variados tipos de atividades de trabalho. Para assumirem esta posição, esses são pautados por componentes de poder travestidos de valores, como retorno financeiro elevado, inovação e contribuição histórica e social.

Não é o lugar social que um trabalho ocupa pelo que ficará estabelecida a medida da experiência subjetiva no trabalhar. Porém, como intermédio entre experiência individual e experiência coletiva, o trabalho socialmente desvalorizado promoverá novos litígios para aquele que trabalha. Desta forma, afirmamos que o *sentido* do que se faz, independente da valorização social que constrói ou recebe um trabalho, torna-se mais importante, psiquicamente, do que o próprio fazer.

Mais recentemente, novas configurações de forças contribuíram para a emergência de novas categorias de análise social que imanam do redimensionamento do capitalismo contemporâneo, em que novos dispositivos de controle em meio aberto são acionados em substituição à disciplina nos meios restritos. O gerir da vida controladamente em meio aberto Negri e Hardt (2004) denominam de *Império*, por pretender tudo englobar, ultrapassando as organicidades humanas, privilegiando mais amplamente as subjetividades, como nos acompanhamentos e domínios das mídias, do espaço cibernético e virtual e das realizações biotecnológicas.

No movimento do Império, as existências, assim como o corpo, são totalizadas em um processo globalizador que rompe as fronteiras físicas e relacionais e convida os indivíduos a transitarem livremente. Tornam-se mais presentes as perspectivas, destacadas nos meios de comunicação, da maior mobilidade entre as estruturas sociais, do (re)planejamento das cidades e da preocupação com a *retomada* de espaços urbanos outrora invadidos, como no caso das *cracolândias*. No âmbito do trabalhar, os discursos habilitam a livre concorrência no mercado produtivo, econômico e social.

Bauman (1999) recusa o uso da palavra globalização, para privilegiar, como utilizamos acima, o termo processo globalizador. Para além de vinculações econômicas ou políticas, o processo globalizador produz consequências sociais como, por exemplo, novos exercícios de segregação e apartheid social. São ilustrativos desses, os eventos recentes de *rolezinhos* nos shopping centers e os inflamados discursos favoráveis e contrários a eles, exemplificando processos de criminalização da pobreza e hierarquização do poder de compra de coletividades específicas, já que, paradoxalmente, em um contexto de crescimento econômico, extremo incentivo e valorização do consumo, propostas de impedimento de entrada nos shopping centers de grupos sociais chegou a ocorrer em algumas cidades, em um reflexo da

[...] tendência atual de criminalizar casos que não se adequam à norma idealizada [...]. A complexa questão da insegurança existencial colocada pelo processo de globalização tende a se reduzir à questão aparentemente direta da lei e da ordem (BAUMAN, 1999, p. 10-1).

Acompanhando as colocações de Bauman (1999), Wiewiorka (2004) chama a atenção para a tendência de aparecimento de novos atores sociais, bem como a formação e o incremento de guetos com esses novos personagens, mas não somente com eles. Como consequência dos *fechamentos identitários*, os processos de normalização se incrementarão, produzindo igualmente párias sociais, já que, se novos atores surjam no cenário social e passem a serem muito valorizados, outros precisariam ceder lugar, sendo menos valorizados.

No estado atual do que denomina mundialização, em abandono ao termo globalização ou processo globalizado, Wiewiorka (2004) também destaca a emergência de negociações e diálogos essencialmente políticos em espaços como o Fórum Social Mundial e o Fórum Econômico Mundial, bem como a presença e maior participação da vida social e política de organismos internacionais, como o FMI e o Banco Mundial.

Na mundialização, a conflitualidade é contida através de seu redirecionamento a uma administração das incertezas, que exprime transformações mas promove desestruturações.

Mais diretamente nas relações de trabalho, este contexto de reconfigurações mostrará precarizações no trabalho, processo alimentado pelas políticas de gerência participativa, de centro de controle de qualidade (qualidade total), com significativa presença de trabalhadores em situações precarizadas (desespecializados, polivalentes, multifuncionais, subcontratados, temporários e, em grande número, terceirizados).

Nos últimos anos, a precarização das condições de trabalho chegou a um patamar sem igual na história, causando também um redimensionamento das relações sociais, do mundo do trabalho, do próprio trabalho e da experiência-trabalho.

Neste contexto, inicia-se uma descentralização da produção, declínio das grandes fábricas e da administração centralizada e hierarquizada. “Há mais autonomia, mais desagregação da produção em unidades dispersas e, portanto, maior diversificação de produtos” (HOBSBAWM, 2008, p. 14). Em consequência, cresce o terceiro setor, a classe operária dissipa-se, fragilizando-se e diminuindo.

As novas condições de trabalho passam a habitar o mundo do trabalho neoliberal marcado pelo emprego temporário, parcial, multifuncional, pelo desemprego e o subemprego, que pouco contribui para a existência de uma identidade coletiva de sujeitos que trabalham, pelo contrário. Vemos entidades sindicais burocratizadas, distantes dos movimentos sociais autônomos, com estatutos de moderação quando pesa a perda da radicalidade social (ANTUNES, 2010).

Um dos principais centros na construção de resistência coletiva dos trabalhadores (os

movimentos sindicais) perdem sua força. As lutas tornam-se fracamente coletivas e fortemente individuais, em uma tentativa de suavizar as consequências no trabalho destas mais recentes configurações da vida em sociedade. Os poucos movimentos de luta existentes são pela preservação de direitos sociais que se encontram ameaçados, em oposição a novas conquistas, que, quando ocorrem, são medidas compensatórias de proteção social garantidas pelo Estado neoliberal que tenta apaziguar as conflitualidades em, como nomeia Wiewiorka (2004), um novo paradigma da violência que se localizaria no cruzamento entre social, político e cultural.

O uso da força dá lugar a uma espécie de chantagem, onde a adesão das nações implica pertencer ao sistema, seguir sua cartilha política e ter acesso aos seus benefícios que, na tese de interdependência, seriam balizados pelo critério de equanimidade. Por outro lado, a não adesão significa ficar fora da proteção do sistema e renunciar às pretensas vantagens oferecidas por ele, que podem ser de natureza comercial, tecnológica e financeira. [...] A inclusão do setor social na agenda da cooperação técnica de organismos bilaterais e multilaterais, ainda que se justifiquem pelo aspecto técnico, implica uma gama de condicionalidades políticas impostas aos países na negociação dos acordos de crédito (FONSECA, 1998, p. 5-6).

Na contemporaneidade acima delineada, o trabalho assume uma faceta destrutiva, a de um agente que esvazia as possibilidades de sentidos das experiências, destrói os direitos sociais e brutaliza grandes contingentes de sujeitos trabalhadores, afetando “tanto a materialidade da classe trabalhadora, a sua forma de ser, quanto sua esfera mais propriamente subjetiva, política, ideológica, dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas” (ANTUNES, 2010, p. 178). A partir do advento deste capitalismo contemporâneo, os trabalhadores passam a vivenciar também novas formas de violências, que são de um trabalhar mais violento, de um universo econômico mais perverso e de um Estado mais omissivo, como sinalizou Wiewiorka (2004). O requinte nessas novas formas produz um estranhamento singular nos sujeitos trabalhadores, em que o “envolvimento cooptado possibilita ao capital apropriar-se do **saber** e do **fazer** do [seu] trabalho” (ANTUNES, 2010, p. 34, grifo do autor).

Das consequências dos processos e relações de trabalho constituídos nesse contemporâneo, Dejours (2007; 2004) faz uma análise de como os indivíduos (incluídos ou excluídos nos processos) são direta ou indiretamente afetados pelas consequências desses, visto que essas relações constroem o universo social em que todos nós, trabalhadores ou não, nos inserimos.

O mesmo autor também sinaliza como o trabalho e o trabalhar devem ser entendidos e colocados como “condição transcendental de manifestação absoluta da vida” (DEJOURS,

2004, p. 31). Vida de sujeitos que transformam o trabalho e suas condições, e do trabalho que transformam os sujeitos. Autotransformação que gera resultados e cerceamentos.

Desta forma, em nossas relações contemporâneas com o trabalho e o trabalhar, esses se tornam ambíguos: são imperativos constitutivos de nossa condição de sujeitos sociais e, em nossos processos de subjetivação, construtores de melhorias materiais, tecelões dos nós das vinculações coletivas e políticas, mas também são palco de embates, de imposições normalizadoras que, em controle em meio aberto, abrem espaços para criações autorizadas sem positividade criadora alguma.

Aumenta-se a possibilidade da produção do homem refém de sua relação com o universo do trabalho, do qual precisa participar. Participação esperada e promovida pelo macropolítico social e estatal e cerceada pelo micropolítico do *ser sujeito que trabalha* de modo particular e sem limitações nos *processos e possibilidades de ser*.

Sendo o trabalho sob a forma capitalista uma emergência a partir do século XVIII, com um redimensionamento durante o século XX, cabe ao sujeito que trabalha construir estratégias para combate às prescrições cotidianas do trabalhar a que é lançado, fortalecendo sua capacidade inventiva para criar novas prescrições, novos litígios, novos conceitos e novos sentidos de uma experiência-trabalho que seja mais ética existencialmente, ao mesmo tempo em que proporcionem condições de atendimento às demandas materiais e imateriais da vida.

### **Trabalho e produção de si**

Para Foucault (1986a), a tomada de conhecimento das redes históricas que nos cercam e nos possibilitam a construção de conhecimentos de nós, dos coletivos e da própria história é condição para a invenção de formas de vida singulares em que a localização em uma teia externa de normas, saberes, verdades e relações de poder não alimentam a construção de uma subjetividade a priori. Ao mesmo tempo, o mesmo Foucault nos impulsiona a procurar saber sobre os discursos que, ao pretenderem dizer uma verdade sobre o sujeito, sobre nós, têm efeitos de subjetivação ao funcionarem, circularem e serem admitidos como verdadeiros, quando a verdade seria algo articulado aos conhecimentos e éticas do cuidado de si, como práticas de liberdade:

Através de quais jogos de verdade o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser vivo, ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminosos? Através de quais jogos de verdade o ser humano se reconhece como homem de desejo? (FOUCAULT, 2010a, p. 13-4).

Nas experiências de trabalho este é oportunidade para a invenção e reinvenção de si e dos meios e processos de trabalho. Todavia, neste universo estão presentes pressões dos discursos, travestidos de verdades, que carregam operadores normalizadores de um trabalhar enquadrado em parâmetros de adequação e prescrição prévia. Condições que produzem embates e desafios de conciliação.

Teremos a oportunidade, nos próximos capítulos, de cartografar e discutir como, nos últimos anos, é cada vez maior a presença do trabalho nas legislações, programas e ações em saúde mental, que o colocam e o destacam como importante oportunidade para a (re)construção de um processo de enunciação social e exercício da cidadania a partir do abandono de paradigmas de assistência e tratamento da loucura em eixos manicomial-hospitalocêntricos:

[...] novos desafios têm que ser enfrentados, com a mesma coragem que tem nos pautado e a indispensável participação da sociedade. Por ser um projeto amplo de inclusão social e promoção da cidadania, a Reforma Psiquiátrica tem que enfrentar de maneira objetiva os percalços no caminho da reintegração social dos usuários de serviços. Não bastam as residências terapêuticas, o Programa De Volta para Casa: é preciso ir além. Daí a importância de os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego estarem perfeitamente articulados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 7).

O trabalho e o trabalhar pronunciam diversos aspectos da vida psicológica, social e política dos indivíduos. Sua presença nos discursos da saúde e saúde mental não é recente e sua função articuladora e constitutiva de componentes de práticas, teorias, aparelhos e sujeitos o colocam em posição de ser, enquanto potencialidade, uma estratégia de cuidado, ao permitir a construção, a invenção de si. Compreendendo “*o si*” como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2001b, p.236).

No entanto, é desafiador articular a possibilidade inventiva do trabalhar com os discursos utilitários do mercado de trabalho contemporâneo, em experiências de si que constantemente sejam espaços de criações de modos de vida mais belos e éticos em sua estética existencial, pois, como Foucault (2001b) mais uma vez esclarece, “a partir da ideia que o indivíduo não nos é dado, acho que há apenas uma consequência prática: temos que criar a nós mesmos como uma obra de arte” (p.59).

## CAPÍTULO 2

### AÇÃO DO ESTADO, POLÍTICA PÚBLICA E GESTÃO EM SAÚDE: CONFIGURAÇÕES CONCEITUAIS

Nas últimas décadas, crises em diversos âmbitos da vida em sociedade ocorreram no mundo todo, exigindo redefinições de conceitos e ancoragens em relações econômicas, políticas e sociais, levando a uma reorganização do capitalismo, que precisou se deparar com a necessidade de reestabelecer a relação Estado-sociedade construída desde o final da Segunda Guerra Mundial. Os desafios colocados ao Estado foram, entre outro, os de repensar sua posição quanto aos serviços disponibilizados para a população de como constituir estratégias de ações frente à crescente desigualdade social e pobreza, de como contemplar a inclusão de novos segmentos e novos atores sociais no espaço da cidadania, e de formulações de políticas públicas que balizassem essas e outras questões.

Nesta contemporaneidade, o Estado enfrentou uma significativa dificuldade em privilegiar formas mais resolutivas de enfrentamento de insuficiências sociais que, em contrapartida, se tornaram cada vez mais elevadas. São insuficiências sociais que se traduzem em um desmonte gradativo das condições de vida em sociedade de uma expressiva parcela da população que com isso presencia seu acesso aos direitos sociais mais básicos ficar extremamente prejudicado. É diante desta *fragmentação social* que as políticas públicas, como braço mais visível da ação estatal, se colocam como importante estratégia de enfrentamento e combate aos conflitos e contradições advindas das articulações da vida.

No campo da saúde, os anos recentes também acompanharam uma intensificação das discussões que relacionavam a vivência da saúde e da doença com as produções sociais e econômicas da sociedade. Abandonando modelos biologicistas e de causalidades lineares, a noção da produção social da saúde implicou uma retificação dos objetos, objetivos, atores envolvidos e práticas realizadas na complexidade da gestão e do cuidado em saúde (BATISTELLA, 2007).

Isso posto, neste capítulo nossa discussão contempla diferentes momentos. Inicialmente apresentamos o campo conceitual das políticas públicas destacando sua diversidade. Em seguida, problematizamos como as políticas públicas como efeito da construção do Estado moderno assumem e propagam a função de imantar relações de força e poder biopolítico no campo social a partir de princípios de racionalidade do mercado

econômico. Concluímos abarcando os desdobramentos das questões levantadas nas políticas públicas de gestão em saúde como complexo processo de governo<sup>2</sup> da atenção e do cuidado de indivíduos e grupos.

### **Políticas Públicas: alguns conceitos, divergentes definições**

As discussões sobre políticas públicas ganharam visibilidade nas últimas décadas. No Brasil, a partir das décadas de 1970/1980, vivemos processos de redemocratização da sociedade, acompanhamos uma trajetória inflacionária e recente estabilidade econômica. Também presenciamos a derrocada do Estado do Bem-Estar Social que impuseram para o Estado e a constituição ou retomada de foco em questões variadas como saúde, educação, relações de trabalho, justiça social e direitos básicos de grupos sociais específicos, muitos deles considerados prejudicados. A partir deste contexto, o Estado, como importante ator social, é convocado a criar novas formas de legitimidade para sua intervenção no social, por meio de políticas públicas como as que aqui abarcamos.

Neste ensejo, coloca-se a difícil tarefa de conceituar política pública, ainda mais quando Secchi (2010) nos alerta que qualquer ensaio de definição de política pública será arbitrária, já que não há consenso na literatura especializada.

As políticas públicas são definidas diversamente a partir da perspectiva que se assume. Como escolha de definição mais palpável, podemos compreendê-las como sendo ações planejadas do Poder Público com o objetivo de enfrentar situações problemas que ganham relevância de alguma ordem em determinado momento histórico, como destaca Souza (2007):

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007, p. 69).

O *mundo real*, citado por Souza (2007), é a vida dos cidadãos a que as políticas públicas são direcionadas e na qual irão repercutir. Esse *mundo real*, objeto das políticas

---

<sup>2</sup> Esclarecemos quanto aos diferentes usos dos termos “governo” e “governo”: aceitando sugestões feitas por Veiga-Neto (2005), utilizamos “governo” para designar a instância estatal que chama para si, ou centraliza, a ação de governar (por isso falarmos em Governo Municipal ou Governo da República); já a expressão “governo”, como indicando as diversas instâncias que desenvolvem o ato ou a ação de governar de diferentes modos, de conduzir condutas, podendo ser a família, a escola, a igreja ou o Estado (como uma das instâncias possíveis), entre outros.



públicas, é permeado de interesses diversos e conflitos vários, que nascem da vinculação entre o político, econômico e social que as mesmas políticas são desafiadas a se colocarem, inclusive através das interlocuções entre órgãos públicos e diferentes instâncias e agentes da sociedade.

Souza (2006), ao buscar sintetizar o estado da arte da área, faz apontamentos organizadores das diversas conceituações de política pública. A autora indica alguns grupos de definições: os que privilegiam a atuação do governo na solução de problemas, os que propõem a analisar os efeitos das ações do governo, os que questionam as razões de uma política, bem como os destinatários e os resultados produzidos, e os que chamam a atenção para o que o governo escolhe não fazer, em uma inatividade governamental.

[...] do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus desdobramentos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006, p. 06).

A partir dos protagonistas dos processos de estabelecimento, as políticas públicas podem ser definidas como sendo de abordagem estatista ou multicêntrica (LIMA, 2012).

Na **abordagem estatista**, a política pública é emanada por um ator estatal; mesmo tendo figuras não estatais influenciando o processo de formulação, elas não decidem sobre este ou o conduzem. A figura decisória sobre a ação empregada é que adjetiva a política formulada. Na **abordagem multicêntrica**, é considerado o problema sobre a qual a política se debruça e não o formulador das ações de enfrentamento dele. Neste sentido, é o caráter público do problema a ser enfrentado que adjetiva a política. Quando este problema é da sociedade e o ator protagonista é o Estado, chama-se **política pública estatal**, quando o protagonista não é estatal, chama-se **política pública não estatal** (SECCHI, 2010; LIMA, 2012). Como importante exemplo brasileiro de ação pública estatal de saúde citamos o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto as ações públicas não estatais têm presença histórica nas áreas de saúde e assistência social, como as antigas Santas Casas de Misericórdia e instituições de acolhimento de crianças *rejeitadas*, com marcada condução institucional de entidades religiosas e civis, e as mais recentes associações, entidades e organizações não governamentais que concentram reflexões, movimentações e processam reivindicações sociais.

Tão complexa quanto a conceituação de política pública é a compreensão e problematização de *para quê?* e *a quem?* elas se colocam. Fortemente ligadas ao questionamento sobre o papel do Estado, as políticas públicas têm ganhado destaque nos últimos tempos, em que esse papel, a partir de rearranjos, precisou ser urgentemente repensado e ressignificado em termos de função, atuação e responsabilidade.

### **Políticas Públicas e ação do Estado**

Entre as dimensões fundamentais a serem consideradas quando estudamos políticas públicas estão as relações entre as políticas e o Estado, bem como entre Estado e sociedade civil.

As políticas públicas determinam as competências do Estado e, ao serem elaboradas, executadas e avaliadas, têm como primeira referência legal a Constituição Federal. Apesar de ter como gênese a Constituição, as políticas públicas são orientadas e reguladas por legislações infraconstitucionais, ou seja, leis orgânicas e leis complementares, que estabelecem parâmetros para que a gestão pública ocorra. Associada à Constituição e às legislações infraconstitucionais, também há deliberações ministeriais (como as portarias e decretos ministeriais) que estabelecem normas operacionais básicas (NOB) para políticas específicas. É o conjunto formado por esses três componentes (Constituição Federal, legislações infraconstitucionais e resoluções ministeriais) que constitui o marco legal da política pública de uma área temática.

Como ações do Estado, as políticas públicas são pensadas e produzidas em conjunto com outras instituições e instâncias, não podendo ser reduzidas às políticas estatais, como pontuamos acima. Sua formulação constitui desenhos que fundamentarão programas, projetos, sistemas e bases de dados e informações que atuam em uma determinada sociedade, em setores e questões específicas.

Assumimos nesta discussão a compreensão de que as políticas públicas têm no Estado seu responsável maior. Sua implementação e acompanhamento envolvem órgãos públicos e diversos organismos, bem como agentes da sociedade civil (HÖFLING, 2001). Nesse sentido, a identificação e o questionamento sobre políticas que *não são elaboradas* apesar de movimentações e expressões de demandas sociais e políticas, demonstram igualmente que as políticas evidenciam também as dimensões sobre as quais o Estado se ausenta, configurando uma *não ação* que se transmuta em uma ação, no caso, de abandono.

Marcadas em um determinado momento histórico, as políticas, assim como as problemáticas das quais elas tentam dar conta, são evidências do que se julga importante e merecedor de ser foco de atenção e intervenção em um dado contexto, em uma dada sociedade. Assim, a análise das políticas públicas contemporâneas lança luz à certeza de que elas mostram as construções discursivas de posicionamentos, saberes e verdades sobre o Estado que *fala* e as questões sobre as quais se produz *intervencões*. Neste sentido, as políticas públicas são efeito da construção do Estado moderno, iniciado no fim da Idade Média, a partir do advento da modernidade (GUARESCHI et al., 2010).

Na perspectiva foucaultiana (2008a; 2010b), o Estado não é o detentor ou propagador do poder, mas parte de um conjunto relacional de poder em que o governo dos indivíduos é construído, sendo que as fronteiras desse Estado podem ser traçadas por sua razão governamental, ou governamentalidade: na soberania do poder em seu governo da morte, no Estado medieval, e na sofisticada arte de condução de condutas, no Estado moderno.

Até o século XVII, o Estado Medieval tinha para si todas as atribuições, personificadas na figura do monarca. O rei era a própria governamentalidade, que fazia uso, em um exercício de poder soberano, da interferência na vida dos súditos de forma verticalizada (mando-obediência) como Política de Estado. Com a passagem para a modernidade, o Estado se vê solicitado a mediar interesses que colocam suas limitações em espaço externo ao próprio Estado, esclarecendo que no Estado Medieval, devido à presença do poder de soberania, o horizonte de ações do Estado era ilimitado tanto externa, quanto, e principalmente, internamente.

Se a modernidade traz a evidência dos limites e desafios do governo da vida, ela também traz a necessidade da delimitação da prática governamental, através do questionamento *do que é e do que não é* da esfera do Estado. Em um processo de demarcação que percorre séculos, expansões territoriais, revoluções e redefinições estruturais de sistemas econômicos e políticos (HOBBSAWM, 2008), é somente na segunda metade do século XIX que a ação estatal é definida e legitimada em uma racionalidade.

A racionalidade estatal indica o questionamento daquilo em que seria útil intervir e daquilo sobre o qual não se deveria agir de modo algum. Em uma emergência da biopolítica (enquanto ação política de legislar sobre o corpo biológico da população), há a extensão desse espaço de exercício para a vida dos indivíduos e de grupos por meio das legislações e, principalmente, das políticas públicas.

A nova forma de exercer o poder, chamada biopolítica, é peça fundamental no universo da emergência do capitalismo e dos Estados Modernos, em que os corpos e as vidas, alvos de intervenções contínuas, são mergulhados em campos de visibilidade: natalidade, longevidade e mortalidade como intentos da higiene pública; velhice, acidentes e doenças como pontos da assistência e seguridade social, entre outros.

Foucault (2003) sinaliza como que, na biopolítica, as pessoas perdem “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (p.96). A letra jurídica versa sobre um *fazer viver*, preferencialmente, normalizado: moralmente respeitado, medicamente saudável, socialmente seguro.

“Para falar das ações do governo dos Estados – as políticas públicas –, remetemo-nos a um processo mais amplo e complexo que consiste no governo como maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos” (GUARESCHI et al, 2010, p. 333). Essa perspectiva exige a ampliação e o reposicionamento diante dos conceitos e dos objetivos das políticas públicas acima citados:

As políticas públicas se configurariam, em parte, na sociedade biopolítica, como as ações do Estado decorrentes da necessidade de intervir nos fenômenos da população para, ao promover autonomia, atuar conforme os interesses dos fisiocratas. Uma população pensada como totalidade, mas fracionada pelas características demarcadas pela estatística, demografia, etc. em diferentes fatias populacionais que, em função dessas características, passaram a exigir campos específicos de políticas para a construção das intervenções (GUARESCHI et al, 2010, p. 335).

Com a construção do Estado moderno nos últimos séculos, o Estado liberal, instaurou-se uma rede de tecnologias de poder disciplinar, normalizador e biopolítico enquanto procedimentos institucionais de gestão, modelagem e captura dos indivíduos e da coletividade, em especial de grupos anormais, desajustados, suspeitos e vulneráveis. As ações legais e políticas, assim como as instituições sociais e estatais, foram os operadores legitimados da intervenção do Estado na sociedade, provocando também modos de subjetivação.

A partir da modernidade, o Estado também acompanhou a gênese e transformação de relações capitalistas e sobre elas este mesmo Estado, promoveu o estabelecimento de direitos civis, sociais, políticos e econômicos, em um processo que é de instauração do Sujeito de Direitos, amparado pelo regulamento de políticas públicas. Temos aí, “um processo que aproxima diretamente Estado moderno, Políticas Públicas e Sujeito de Direitos na construção do elemento subjetivo das políticas públicas” (GUARESCHI et al, 2010, p. 337); a questão do

governamento da relação entre segurança, população e Estado torna-se protagonista pela via de ações estatais e não estatais.

Recentemente, nas tramas neoliberais desse mesmo Estado, o mercado econômico se tornou incisivo na tentativa de empregar esforços na produção de sujeitos *ditos* autônomos, ao mesmo tempo em que foi fonte de morbidades sociais, econômicas e políticas, constituindo um embate: o sujeito de direitos vê-se, subjetivamente, fixado como um “*homo oeconomicus*”<sup>3</sup>. A contradição que se instaura é: como a autonomia de um sujeito pode ser vivenciada diante a fixação que os dizeres políticos o colocam?

*Homo oeconomicus*, como conceito originalmente da economia clássica, indica em uma primeira colocação quase literal, o homem economicamente ativo. Há também o sentido de homem estabelecido como objeto de trocas (BOURDIEU, 2005). Finalmente, Foucault em seu curso “O nascimento da biopolítica” (2008a), esclarece ser o *homo oeconomicus*, mais do que um empreendedor qualquer no mercado econômico contemporâneo, é o homem empreendedor de si. Um homem *mercadorizado* pelo mercado econômico.

Em outra consideração sobre a biopolítica neoliberal, Foucault (2008a) funde o *homo oeconomicus* à teoria de capital. Neste arranjo, o homem adere voluntariamente ao mercado econômico (em seus imperativos e exigências) e, precisa enquanto homem-agente econômico, valorizar e amplificar suas habilidades e capacidades profissionais/produzidas para se tornar competitivo e *ser desejado* pelo mercado de trabalho: neste estatuto, o homem se tornaria para o Estado reconhecidamente cidadão.

Neste contexto, Foucault (2008a) denuncia a inversão das relações sociais em relações econômicas para, posteriormente, apontar que, em uma nova abrangência de poder soberano, a biopolítica, por meio de políticas estatais, agiria incentivando a vida e aniquilando os movimentos considerados arriscados e perigosos (FOUCAULT, 2010b). Seria a emersão do indivíduo governável por meio das leis econômicas de mercado associadas às leis, políticas e programas de Estado.

A partir dos redesenhos recentes do mercado econômico (iniciados nos anos de 1970/1980), as intervenções estatais pela via das políticas públicas dirigiram seus empenhos crescentes para a área social<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Termo em latim que pode ser conceitualmente traduzido como o homem considerado essencialmente em sua faceta econômica.

<sup>4</sup> Esclarecemos que são vários os tipos e pontos a serem abarcados pelas políticas públicas. Como direcionamento aos objetivos dessa tese, fazemos a opção por nos aprofundarmos nas políticas públicas sociais, por ser esse o principal (mas não único) espaço em que a dimensão Trabalho (nosso objeto de estudo) é localizada. Posteriormente no capítulo quarto (“De direito social a dispositivo de saúde: o trabalho e sua emergência na legislação de saúde”), problematizamos essa questão.

Constituídas no século XIX, a partir das lutas de movimentos populares diante dos conflitos das relações entre capital e trabalho, as políticas sociais referem-se às políticas públicas voltadas ao estrato de proteção dos direitos sociais básicos<sup>5</sup>, desempenhando estratégias de enfrentamento à pobreza e desigualdade, minimizando os efeitos perniciosos de políticas econômicas que acabam por marginalizar grupos do acesso às diferentes instâncias da vida.

O foco da ação estatal na área social ocorre pela compreensão de que seria este o principal campo de *deciframento* das relações humanas, de intervenção na organização do cotidiano das pessoas e, em contrapartida, espaço de primazia da percepção dos perigos e insuficiências que esses mesmos indivíduos expõem e a que são expostos.

Claus Offe (1984)<sup>6</sup>, na constituição de teses de discussão sobre a relação do Estado com o proletariado, aponta como as políticas públicas sociais teriam, em seu cerne, dois objetivos de mediação e regularização de oferta e procura do mercado de trabalho: evitar que todos os indivíduos ingressem no mercado de trabalho (já que não haveria necessidade ou espaço para absorvê-los) e ao mesmo tempo, evitar uma *fuga em massa* do mercado. Em outra tese, que também resgatamos aqui, está a de que as várias políticas públicas comporiam um contexto de integração dos indivíduos (força de trabalho) ao mercado: políticas sociais, de saúde, educacionais, previdenciárias, entre outras, teriam função de habilitar (ou reabilitar) o acesso dos indivíduos (capacitados e obedientes) ao mercado econômico e produtivo.

Pelo discurso da oficialidade, as políticas públicas dispõem-se a cobrir riscos, contingências e necessidades da população e objetivam a proteção e a promoção da cidadania, diretrizes efetuadas enquanto programas, políticas setoriais e ações do Estado (CASTRO, 2010; BRASIL, 2013c). Assim, foi a partir do objetivo de que a forma econômica funcionasse como deciframento das relações sociais (regulando os laços entre capital, mercado econômico e de trabalho) e das relações cotidianas que as políticas públicas sociais foram inseridas na sociedade neoliberal.

Desde o final do século XIX, com a expansão do capitalismo industrial foi introduzida na sociedade moderna a política social, com a tarefa de regular as relações entre capital e trabalho. A ciência, a técnica, o cálculo atuarial, as projeções estatísticas passaram a ser utilizadas pelos sistemas de proteção social administradas pela complexa burocracia do Estado do Bem-Estar Social para prevenir os riscos sociais (BENECKE; NASCIMENTO, 2003, p. 64).

---

<sup>5</sup> Liberdade, saúde, educação e trabalho e renda, entre outros.

<sup>6</sup> Não ignoramos que Foucault e Offe traçam caminhos teóricos distintos, porém suas reflexões podem produzir diálogos. A relação das políticas públicas sociais com o governmentamento da classe trabalhadora é um deles.

Podemos ainda compreender que as políticas públicas sociais são:

[...] ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2012, p. 31).

As políticas públicas de Estado são ações construídas a partir da preocupação do próprio Estado em proteger socialmente indivíduos e grupos como forma de avaliar o acesso desses à cidadania, prevenindo riscos sociais (BENECKE; NASCIMENTO, 2003). Porém, não esqueçamos que o investimento nas pessoas é um tipo de investimento no capital humano, devendo ser racionalizado (FOUCAULT, 2008a).

A mundialização do modo de produção capitalista e os requintes dessa organização são acompanhados por desorganizações, refugos, excedentes e descompassados quanto aos rígidos parâmetros de colocação e colaboração nesse sistema. Os indivíduos atingidos no processo, perdem a intermediação de sua capacidade produtiva como indicativo e construtor de colocação social, subjetiva e econômica. Para isso, as políticas públicas sociais, como ação política, começam a intervir no plano social como esforço de remediar e restabelecer esta capacidade produtiva utilitária. Além disso, para Foucault (2008a), a política social também é uma política de repartição de acesso ao consumo, sendo este entendido como provedor de discursos de conduta que também são racionalizados pelo mercado.

No Brasil, a intervenção estatal no social, tanto em termos de origem quanto de atuação, nas primeiras décadas do século XX, esteve diretamente ligada à classe operária e sua colocação nos cenários políticos e sociais (CARDOSO JR; JACCOUD, 2012).

Nesse contexto, observamos a:

[...] emergência de uma esfera diferenciada de intervenção estatal – a social –, distinta das esferas econômica e política. De fato, o avanço do processo de legitimação da participação do indivíduo pobre no espaço político e a reprodução da pobreza no âmbito das relações econômicas, em que pese à progressão na produção de riquezas, permitiu a ampliação do campo de ação social do Estado por meio de políticas sociais. Foi neste ambiente que se afirmou a questão da desigualdade como questão central, cujas implicações situam-se fora do campo econômico e requisitam a intervenção pública pela via de políticas de Estado. A cidadania, expandida tanto em termos políticos como em termos sociais, permitiu a construção de um novo paradigma para a organização da proteção social: os direitos sociais (CARDOSO JR; JACCOUD, 2012, p. 187).

Ao objetivar promover a *proteção* de grupos para garantir seu acesso à cidadania, em um esforço biopolítico, rapidamente nos debruçamos sobre a necessária problematização do

conceito cidadania. Ou seja: o que é isso que as políticas públicas, em especial as sociais, tão fortemente tentam garantir?

Kymlicka (1998) esclarece que:

[...] a cidadania refere-se a um ideal normativo substancial de **pertença e participação** numa comunidade política. Ser um cidadão, neste sentido, é ser reconhecido como um membro pleno e igual da sociedade, com o direito de participar no processo político. Como tal, trata-se de um ideal distintamente democrático (KYMLICKA; CRAIG, 1998, p. 01, destaque nosso).

Com base na definição de Kymlicka e Craig (1998), trazemos algumas colocações de Vale (2012) quando esclarece que o imperativo **pertença** implica regulação dos direitos e deveres dos cidadãos pelo Estado, como agente que se coloca responsável (mas não unicamente) pela inclusão no processo social, enquanto **participação** envolve autonomia.

Porém, questionamos: qual a possibilidade de **pertença** (à cidadania ou qualquer outra dimensão), quando esta precisa ser regulado por outrem? Que ideal **participativo**, que pressupõe autonomia em um processo, já coloca a *necessidade* de regulação de outro? Se *outro* regula, entendemos que a existência de participação, autonomia e **pertença** já ficam comprometidos e direcionados a uma cidadania autorizada e guiada por uma norma.

Estamos chamando a atenção sobre como o discurso e a implementação de ações advindos dos planos da relação entre Estado, políticas públicas e sujeito de direitos são configurações de intervenções na população, que não consegue garantir-se na lógica do mercado para acessar a cidadania.

Wanderley Guilherme dos Santos (1979), ao investigar o desenvolvimento da cidadania no Brasil, identificou uma íntima relação entre o exercício da cidadania e um sistema de estratificação ocupacional definido por normas legais que produziam normas sociais, que denominou de cidadania regulada.

A partir da análise histórica do mercado do trabalho, o autor cita a existência de uma associação entre cidadania (por vezes restrita) e inserção formal no referido mercado como medida de normalização.

Como exemplos, citamos:

- **O exercício do voto:** durante os anos de 1930 no Brasil, os votos para as eleições eram divididos em dois grupos, os chamados votos do povo e os votos das associações profissionais (ou sistema classista). Compunham o sistema classista apenas trabalhadores de profissões reconhecidas formalmente, o que contribuía para que esses votantes fossem em número bem menor (SANTOS, 1979; VALE, 2012);



- **O acesso à saúde:** a configuração de uma política de saúde com objetivos mais igualitários é muito recente, datando da promulgação da Constituição de 1988 e da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Antes disso, o acesso da população aos serviços de saúde estava condicionado à contribuição para a previdência social (enquanto um sistema de proteção social da classe trabalhadora). Contribuição que, por sua vez, estava submetida a um vínculo formal dos trabalhadores urbanos inicialmente e somente depois também aos trabalhadores rurais (SANTOS, 1979; BAPTISTA, 2007).

A partir dos exemplos colocados acima (apenas dois de tantos outros que poderiam ser analisados), verificamos como, no Brasil, histórica, política, econômica e socialmente a aproximação e o exercício da cidadania (enquanto acesso a direitos) estiveram intimamente ligados ao trabalho realizado, ou seja, à força produtiva e racionalizada de investimento das pessoas no capital. Durante muito tempo aqueles sem profissão (formalmente reconhecida) ou desempregados não tinham direitos. Logo, não eram cidadãos.

Cabia ao Estado a formalização das atividades profissionais realizadas pelas pessoas, em uma factual caracterização de uma cidadania que sofre regulação estatal, em que a carteira de trabalho (uma evidência trabalhista) se torna uma certidão de nascimento social e cívico (SANTOS, 1979).

A relação entre cidadania e emprego formal, durante muitos anos, gerou uma pressão de diversos setores e grupos sociais para que os Direitos Sociais (autorizados exclusivamente aos trabalhadores formais) fossem estendidos a toda a população, o que lentamente ocorreu como discurso e, em nossa análise, como forma de administração da pressão social e da cobrança pela ação estatal por parte de organizações coletivas e sindicais.

Contemporaneamente, a crescente formulação e implantação de políticas públicas (em especial as sociais) responderam a uma dupla e contraditória função como ferramentas normalizantes estatais de gestão e investimento contraditório da vida: a de atender as pressões sociais e as cobranças de uma *dívida social* com indivíduos e grupos específicos e a de assumir uma função econômica ao serem

[...] destinadas às populações que não conseguem se garantir na lógica do mercado. Assim, as políticas públicas, ao se direcionarem para as pessoas que não conseguem acessar seus direitos mediante sua inserção no mercado econômico, estariam fortalecendo a fragmentação existente entre sujeito de direitos, usuário das políticas, e sujeitos econômicos, capazes de sustentarem-se nas práticas econômicas. As políticas públicas estariam atuando no sentido de assegurar os sujeitos desprovidos das condições de garantir sua inserção no mercado e de recolocá-los na dinâmica de multiplicação espontânea inerente à racionalidade econômica (GUARESCHI et al., 2010, p. 338).

Assim, a partir de nossas análises, as políticas públicas se debruçam sobre as mazelas sociais ao mesmo tempo em que se dispõem a fomentar e avalizar a perversa aderência dos indivíduos às necessidades normalizadoras do mercado.

### **Políticas Públicas e Gestão em Saúde no Brasil contemporâneo**

Desde a constituição do Sistema Único de Saúde, em 1988 lidar com a gestão em saúde no Brasil significa, obrigatoriamente, estabelecer diálogos com as políticas públicas. Como política pública de saúde, o SUS está *em implantação cotidiana*, em um processo social de permanente construção, visto que os desafios do viver coletivamente impõem constantemente desafios à gestão em saúde para constituir respostas às demandas que vão se impondo e se transformando.

Barros e Benevides de Barros (2007) propõem a tese de que a gestão não é apenas organização dos processos, mas o que se passa entre o que nomeiam, a partir das leituras foucaultianas, de *vetores-dobras* do processo.

[...] discutir a gestão em saúde terá que passar, necessariamente, pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações). [...] Os vetores, entretanto, não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão, sustentadas num princípio de inseparabilidade e co-extensão de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.02).

Desta forma, as políticas públicas são parte do processo de constituir a gestão em atenção em saúde, não sendo o único ou mesmo o mais importante definidor do processo. Não há discurso jurídico ou a concretude de uma constituição, lei ou política que exista sem a aceitação da sociedade que a reconheça e lhe dê *existência* na esfera das relações cotidianas dos serviços e das ações diárias de cuidado. Por isso, Foucault (1986a) afirma que a letra jurídica e política é, essencialmente, abstração.

A guisa de nossas considerações, apontamos que a gestão em saúde, a partir de seus ditames constitucionais e de política pública das últimas décadas, tem enfrentado o desafio de legislar *no* social, sem legislar *o* social.

Legislar no social é reconhecer e respeitar (e não enquadrar por princípios normalizantes) formas singulares de vivenciar a saúde e a doença. Para isso, o desafio das políticas públicas é orientar a atenção em saúde a partir de nuances não mercantilizadas de

saúde (que, por exemplo, deixem de focar a bipolaridade doença-cura, que mesmo ausente da escrita fria da política, ainda permeia algumas práticas de cuidado, como no caso das medicalizações excessivas na saúde mental); a necessidade de promover discussões ampliadas e democráticas sobre as aproximações público-privado (analisadas como insuficientes, como nas recentes parcerias entre Ministério da Saúde e comunidades terapêuticas privadas para que estas acolham pessoas com questões recorrentes relacionadas ao uso, abuso e dependência de drogas).

Em um diagnóstico biopolítico do presente, as políticas públicas como ação estatal têm dificuldade em se desvencilhar das interferências do mercado econômico, que traz uma lógica interna de racionalidade neoliberal. Esse mercado se interessa pelo arranjo de estratégias para que os indivíduos se tornem *empreendedores de si* na construção de um modo de existir normalizado orientado para a adesão voluntária às demandas desta mesma lógica. Desta forma, o sujeito de direito reformulado como *homo oeconomicus* torna-se ilusória e normalizadamente autônomo em sua submissão ao satisfazer as necessidades do mercado, conquistando seu lugar no arranjo econômico, sendo, nessa medida, um indivíduo modulado e ajustado em seu modo de pensar e viver.

Diante disto, ao pensarmos as políticas públicas, um dos maiores desafios para a Psicologia ou outras áreas é não ignorar que as ações do Estado trazem os diálogos e a racionalidade da Economia Política e do Mercado para seu interior, ao mesmo tempo em que os disseminam em seu exterior, inclusive nas ações em gestão em saúde.

### CAPÍTULO 3

#### **A CONFIGURAÇÃO DE FORÇAS NA PRODUÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO TRABALHO: PROBLEMATIZAÇÕES HISTÓRICAS**

Neste capítulo investigamos a constituição histórica da articulação entre trabalho e Atenção em Saúde Mental a partir de suas múltiplas transformações e da configuração de forças que daí emergiram. A concepção de história aqui assumida, apoiada nos escritos foucaultianos, é a de uma multiplicidade (e não linearidade) de tempos e séries diversas que se misturam e se embaralham, formando relações e virtualidades. Ao longo do trajeto destas páginas, também problematizamos como se situou e se situa subjetiva e socialmente esta relação: trabalho-atenção em saúde mental.

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

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

Essa aliança suscita um aparente ineditismo e singularidade, porém a parceria entre saúde mental e trabalho pode ser visualizada ao longo da história da Psiquiatria e da assistência e atenção em saúde mental.

Resende (2007) problematiza como a sociedade capitalista utilizou e utiliza a aptidão ou inaptidão para o trabalho como importante critério para a definição da diferença ou da *normalidade*. Na atualidade, acompanhamos o estabelecimento, nas organizações produtivas, de conjuntos de modelos e normas de condutas bem específicas para os trabalhadores. São posturas, comportamentos e ritmos que sujeitam, em uma constante tentativa de disciplinização e docilidade do tempo, corpos e mentes dos trabalhadores para fins de otimização do trabalhar. Trata-se da gestão do trabalho e do trabalhador, que pouco respeita ou autoriza variações ou movimentos espontâneos, fruto de qualquer individualidade. Ceder a essas exigências de postura é ser considerado um trabalhador competente, porém massificado

e apagado em sua singularidade. Tal fato é indicativo e resultado direto de como a atividade laboral, no último século, 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., 1997; CODO; JACQUES, 2002) discutem como a construção de significação na situação de trabalho é importante para a subjetividade humana, sendo o sofrimento no trabalho, e uma posterior desvalorização social, fruto da impossibilidade ou dificuldade dessa significação.

Sobre essa questão, Codo et al. (1997) teorizam que, oposto à linearidade da relação de trabalho em que o *sujeito* (trabalhador) atua, ele investe seu saber e sua energia em um *objeto* (ação realizada). Uma terceira dimensão presente nessa relação laboral *sujeito-objeto* seria o *significado*, estabelecendo com as duas anteriores, agora um circuito de trocas constantes. A partir disso, os autores propõem a utilização da palavra *gesto*, em substituição à palavra *comportamento* no trabalho, para enfatizar a importância da atividade humana em toda sua potencialidade de estética existencial. São novas formas de vida e novas formas de subjetivação em modos originais de experimentar a si mesmo e a vida e produzir diferentes sentidos sobre si e sobre seus saberes tecnológicos (seu saber-fazer). “Onde buscar a compreensão do homem se não na forma como o homem produz sua própria vida?” (CODO et al., 1997, p. 267).

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

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

É neste contexto que, de um lado, temos um mundo do trabalho que privilegia a obediência e a normalização das posturas e condutas, em que o sujeito que trabalha é lançado como objeto no *jogo da verdade* do mundo produtivo (FOUCAULT, 2004b), e de outro lado, uma preocupação em constituir estratégias de cuidado em saúde mental. A partir disto, objetiva-se neste capítulo, problematizar a relação do trabalho com a saúde mental, presente na história dos modos de cuidar, e mais recentemente, expressamente colocada nas atividades de inclusão social pelo trabalho e de geração de trabalho e renda.

Como fio condutor para as problematizações que aqui fazemos da constituição histórica dessa articulação, apresentamos três teses centrais sobre as quais compreendemos que a relação entre trabalho e atenção em saúde mental vai construindo-se. Essas proposições são:

1. O trabalho como instrumento de ocupação, de evitar a ociosidade, *restabelecendo* a ordem para que as pessoas em sofrimento psíquico 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 (re)inserção social.

Esclarecemos que não buscamos o estabelecimento de uma linearidade constitutiva ou organizativa da presença do trabalho no campo da saúde mental, muito pelo contrário. A colocação das teses foi a estratégia escolhida para, ao valorizar os pormenores históricos, denunciar o passado, fazer a crítica do presente e traçar o processo de objetivação da articulação dos campos. Dessa forma, contemplamos o objetivo deste capítulo discutindo cada uma das três teses citadas.

### **Proposição 1 - Trabalho como ocupação**

O trabalho como modalidade terapêutica não surgiu no universo da Psiquiatria, pelo contrário. É durante a Idade Média que se pode identificar uma condenação do ócio e da improdutividade, em que a criação de casas correcionais visavam, pela imposição do trabalho, impedir o risco de desordem social potencialmente identificada na mendicância e na ociosidade de uma parte indesejável da população: a que poderia ameaçar a sociedade produtiva que se esboçava na época. Neste momento, o trabalho (sua realização ou a capacidade para este) era um importante instrumento de medida da adequação social do indivíduo, aplicado por meio de mecanismos de disciplina e normalização.

A partir do séc. XVIII, com o surgimento do capitalismo, o mundo urbano-industrial passa a demandar um homem adaptável às exigências do trabalho mecanizado. Não bastava o desejo para trabalhar ou a dedicação ao trabalho; buscava-se a adequação absoluta. Esse ajustamento, ao mesmo tempo em que era afirmado e reforçado pela gestão do pormenor, da minúcia no ambiente fabril (do corpo biológico e do corpo força de trabalho, por exemplo), igualmente se ampliava na vigilância do campo social, nos espaços de circulação e de existência pública, com enquadramentos disciplinares de diversas instituições pedagógicas,

médicas, criminológicas, psicológicas e psiquiátricas<sup>7</sup> como forma de normalizar, ou seja, de vigiar, examinar, controlar e corrigir continuamente com vistas a trazer para a *norma*, para o *aceitável*, as pessoas, salvando o indivíduo de seus desarranjos e mantendo a sociedade organizada através de práticas de interdições, evitando os *desvios sociais* (FOUCAULT, 1996, 2004a).

O controle e a ordem social eram garantidos pela distinção de classes de valorização existencial, que, apesar de serem diversas, eram limitadas por uma dualidade que estabelecia e regulamentava os indivíduos dentro delas: o trabalhador e o vagabundo, o são e o louco, os bons costumes e os maus costumes, o homem respeitável e o homem perigoso, a família estruturada e a família desestruturada, o indivíduo recuperável e o indivíduo irrecuperável, entre outros.

Muitas das instituições e saberes que emergiram em novas tecnologias neste momento histórico objetivavam difundir estratégias de governo desses grupos sociais, convocando outras instituições a ocuparem igualmente o lugar da vigilância e da correção, mergulhando os indivíduos em um repleto, e progressivamente complexo, campo político e de poder. Por isso, essas tecnologias podem ser denominadas *tecnologias de poder* (FOUCAULT, 1986a; 2003), em um contexto que o também Foucault (2004a) nomeou de *sociedade disciplinar*.

Na sociedade disciplinar, o corpo é identificado como objeto e alvo de um poder relacional, em oposição às relações de suplício e violência física de um poder esmagadoramente visível, que caracterizaram a *sociedade de soberania* (período desde a Idade Média até a segunda metade do século XVIII). Na sociedade disciplinar, a condenação e o julgamento dos indivíduos são mais velados e sutis. A violência ainda é empregada, mas não assumida como estratégia, sendo justificada pela necessidade de agir sobre o corpo, para adestrá-lo. Em comparativo, se na sociedade de soberania a preocupação era gerir a morte, na sociedade disciplinar gerir a vida é o ponto a ser exercitado, sendo o corpo a representação mais factível dessa vida e seus modos de viver. Passa-se do *fazer* morrer para o *como* viver ou, ainda, da “soberania sobre a morte à regulamentação da vida” (FOUCAULT, 2010a, p. 297).

Disciplinar o corpo objetiva produzir indivíduos dóceis e contribuintes (ou não interferentes) de um equilíbrio e uma ordenação social. Desta forma, a vigilância se preocupa em cobrir todo o corpo social em seus diversos e distintos momentos e campos de existência,

---

<sup>7</sup> Escolas normais, reformatórios, casas de correção, orfanatos, centros de reabilitação, hospitais gerais são alguns dos diversos exemplos possíveis de serem citados.

como as inúmeras instituições atuantes como dispositivos de normalização social (instituições pedagógicas, psicológicas, psiquiátricas, médicas e criminológicas), que, ao mesmo tempo em que auxiliavam na cobertura do espectro social, tinham seu funcionamento reforçado pelo poder e pela disciplina investidos no corpo. Assim, como Foucault (1996) destaca, os corpos são, ao mesmo tempo, vigiados, controlados e corrigidos continuamente.

A disciplina tem seu aspecto político ao propiciar indivíduos mais obedientes, respeitosos e adequados socialmente, e as instituições são parte das estratégias de governamento de indivíduos e grupos específicos<sup>8</sup>. As punições e a aplicação de disciplinamentos não mais ocorrem em função dos atos, mas pela transgressão das normas.

Uma gama de dispositivos e tecnologias são construídos e ativados, como instrumentos capazes de fazer valer a obediência às normas, vários dos quais são importados para o campo da assistência em saúde mental. Alguns deles são: o emprego de um novo modelo de organização espacial (como os hospícios e seu cotidiano *panópticamente* visível), que se compunha com o aumento da imposição incisiva das clausuras e privações das liberdades (do corpo físico e jurídico do doente mental), em oposição aos suplícios físicos do poder soberano; o corpo docilizado e obediente como fruto também do treinamento e exercício físico (propiciado pelas atividades físicas impostas pelo trabalho braçal nas instituições psiquiátricas); do controle do tempo, para sua otimização (função da rígida e obediente definição de horários aos detalhes vários da vida asilar); da utilização de tecnologias políticas de observações, registros, exames, comparações, hierarquizações e classificações do normal/anormal (fundamentos de manuais, prontuários clínicos e arquivos distintos de anotações de infâmias e desvios).

As sanções normalizadoras são imanentes aos processos e recompensam ou punem os comportamentos a partir da proximidade ou afastamento de modelos ideais de modos de vida. A contabilização é fundamental, já que não há exterioridade ao poder: a inclusão a um modo hegemônico de existência é a única meta a ser almejada.

As tecnologias de poder são facilmente visualizadas nas atividades de trabalho no campo da saúde mental. Com a fundação da Psiquiatria, o trabalho é instaurado como prática curativa, sendo que para Saraceno (1999, p. 21), “o trabalho em manicômios é tão antigo como o próprio manicômio”.

*Curar-se para trabalhar* se tornou um mantra na consonância utilitária da sociedade produtiva e disciplinar. Estar impossibilitado para isso evidenciava um descompasso a ser

---

<sup>8</sup> Como, por exemplo, a pedagogia para o governamento das crianças e adolescentes, o direito de família para o governamento do grupo familiar, a fábrica para o governamento dos trabalhadores, entre outros.



urgentemente corrigido no âmbito da qualificação, da orientação e da existência como um todo. Se o louco estava em descompasso pela própria loucura, estava mais ainda por não poder/querer *contribuir com a nação*<sup>9</sup>. Curar-se pelo trabalho se justificava imediatamente, assim como a indicação do trabalho para evitar o enlouquecimento, ambos como autênticos processos de “introjeção das normas do pacto social construído entre os pares, a normalização dos cidadãos e da própria cidadania” (AMARANTE, 2007, p. 26). O trabalho, como dispositivo organizador das atividades asilares, era o meio e o fim do tratamento.

Apesar da colocação terapêutico-curativa, o que discursivamente verificamos é um intenso objetivo de ocupação do tempo livre, que no espaço da instituição manicomial significa praticamente todo o tempo. Atividades repetitivas e de manutenção da própria instituição manicomial evidenciam o caráter de evitação da ociosidade dos pacientes, atreladas também a uma contribuição para a subsistência material da instituição e de diminuição do ônus do próprio interno para o Estado.

O dito popular *mente vazia, oficina do demônio* demonstra essa preocupação com a ociosidade em uma tática de tempo disciplinar (FOUCAULT, 2004a). O tempo surge como importante dimensão a ser administrada para o caminho rumo ao progresso. Linear, sequencial e desenvolvido por fases, ele deveria ser produtivo, por isso se tornou objetivado e capitalizado para ser integralmente útil, inclusive no campo psiquiátrico. Controlava-se o tempo para se controlar a existência do trabalhador (no contexto do mercado de trabalho), bem como do trabalhador-paciente (no espaço institucional). Isto a partir de um modelo ideal e do afastamento ou proximidade dele<sup>10</sup>.

Com Phillip Pinel, o pai da psiquiatria, em sua proposta de Tratamento Moral, a disciplina e a ordem do trabalho mecânico, rigorosamente executado, eram utilizadas como medida de assistência psiquiátrica sistemática imposto aos doentes mentais, que eram, pela primeira vez, separados dos demais colegas de infortúnio.

Neste momento, o ambiente da psiquiatria colocava o trabalho de maneira similar ao colocado no social: pautado pela lógica do controle do relógio das fábricas, da organização higienista-urbanística das cidades, que regia o mundo, e a reger o trabalho enquanto movimento disciplinado que sistematizava técnica e racionalidade, inclusive no manicômio.

---

<sup>9</sup> A capacidade para trabalhar era um indicativo tão destacado de normalidade/anormalidade naquele momento que características como “falta de disposição ou aptidão para o trabalho, excessiva modéstia, a incapacidade intelectual (para o trabalho) – (eram) argumentos arrolados pelos alienistas [...] para delinear o perfil ‘patológico’ e justificar o internamento da maioria dos homens levados ao hospício (CUNHA, 1989, p. 126).

<sup>10</sup> O *modelo do homem ideal* era tão usual na Psiquiatria que “João Pinheiro Silva, alienista brasileiro do início do século XX, considerava que os asilos de alienados tinham muitas analogias com os estabelecimentos de educação porque reeducavam os comportamentos e as mentes desregradas” (AMARANTE, 2007, p. 33).

Podia-se assim perceber que:

[...] o trabalho não foi instituído como medida de sanidade mental somente no interior do asilo. A valorização e dignificação do trabalho eram bases para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista [...]. A indicação do trabalho como medida terapêutica surge no bojo de reformas humanitárias, da busca de igualdade entre os homens, do surgimento da sociedade industrial e da transformação da loucura em doença mental, que estavam em curso (LIMA, 2004, p. 62-3).

No século XVIII, é constituído um conjunto de dispositivos cristalizados a partir de práticas configuradas em um contexto histórico preciso: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo) e um grupo de detentores de toda Verdade e provedores de todo Discurso sobre a loucura (os médicos psiquiatras) (CASTEL, 1991).

Esses dispositivos são cruciais para a colocação do trabalho como ação reabilitante.

### **Proposição 2 - Trabalho como prática curativa**

A racionalização do tempo e das ações que se colocavam no tempo acima abordado iriam se refletir também na *organização* do saber e das práticas psiquiátricas. Neste contexto, o trabalho avançará da categoria de ocupação necessária em um mercado do privilégio da produtividade para prática curativa prescrita pelo psiquiatra.

Pertencentes ao conjunto de ações terapêuticas do paciente manicomial, as atividades laborais, nesta segunda proposição, se colocavam como estratégia de transformação da personalidade e dos comportamentos dos insanos, ideias ainda muito norteadas pelos preceitos de Pinel.

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

Com base nesta articulação do trabalhar 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, espaços organizados para atividades com barro, madeira ou couro (para os homens) e bordados e costura (para as mulheres). As atividades indicadas aos pacientes eram determinadas a partir do diagnóstico

dado a eles e de faixas de *potencialidade de vida normalizada*, em uma prática terapêutica respaldada em ciências médicas, com nomes variados como laborterapia, ergoterapia e praxiterapia (LIMA, 2004). A variedade de enunciados, inclusive, evidencia práticas polissêmicas que, historicamente, ora dialogam, ora rivalizam, mas em comum operam pela matriz do trabalho.

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

Como ilustração do que delineamos, citamos a história de Eunice, professora de 30 anos, internada no Hospício do Juquery, em São Paulo no início do século passado com o diagnóstico de loucura maníaco-depressiva. Eunice é resgatada do anonimato normalizado a que a assistência psiquiátrica e a instituição asilar a reduziu. Seu livramento é feito pela discussão que Cunha (1986; 1989) promove sobre as mulheres internadas no Juquery a partir dos discursos registrados nos arquivos do hospital.

Segundo anotações do alienista em prontuário clínico, Eunice era a filha mais nova de uma família amorosa e *bem estruturada*<sup>11</sup> que a teria habituado a *mimos excessivos*, tendo com isso desenvolvido na menina *um precoce brilhantismo intelectual*, vindo ela a se tornar *muito inteligente*. Destacou-se na Escola Normal<sup>12</sup>, onde era constantemente elogiada por professores e colegas, o que *a teriam tornado orgulhosa*. Poucos anos após formada, passou a morar sozinha em uma cidade distinta da em que residia com a família, isso tudo para dirigir um grupo escolar, posição em que se destacou. Assumiu muitas atividades, *trabalhando demais*, mesma época em que passou a apresentar comportamentos estranhos: escrever livros didáticos, fundar escolas para a alfabetização de adultos, *comprar livros e livros para ler*. Se revelava *completamente independente*, não se submetendo às intervenções e conselhos dos pais ou irmãos, tanto que escolhera permanecer solteira aos 30 anos, tendo rompido mais de um noivado (*dois ou três*). O alienista associou a condição de não estar casada aos 30 anos com uma *hiperexcitação intelectual* (CUNHA, 1989).

---

<sup>11</sup> Esclarecemos que as terminologias aqui colocadas são as utilizadas pelo alienista nas anotações do prontuário da paciente, conforme indica o material de Cunha (1989). Neste texto, essas terminologias são colocadas em itálico para facilitar sua identificação.

<sup>12</sup> Denominação da época para as instituições de formação de professores.

O que assinalamos, com a ilustração da história de Eunice, é a existência de um discurso médico recheado de saberes morais que atentamente olhava, examinava e classificava a partir de variados preceitos normalizadores que pouco médico, científico ou terapêutico eram nas entrelinhas dos dizeres higiênicos. Estes marcados por indicativos desviantes, se evidenciavam após as capturas de detalhes infames de histórias de vidas resistentes aos processos disciplinares impostos. Relatos que meticulosamente compunham dossiês, prontuários e relatórios, sendo estes documentos estratégicos na visibilidade de discursos a serem enfrentados para fins de recolocá-los na norma.

O que estamos colocando em pauta é a necessidade da clareza de que o discurso do tratamento, do cuidado em saúde mental e de sua articulação direta ou indireta com o trabalho, nas perspectivas aqui abordadas, são estratégias de poder, já que, apesar de discursar sobre a loucura, este discurso está além da noção de saúde ou de doença: é um dispositivo de biopoder (FOUCAULT, 2010a).

O saber capitalista, enquanto um tipo de poder disciplinar, é capaz de gerir sobre todo um grupo social, impondo modelagens de condutas a partir do investimento de ordens morais, sociais, políticas, produtivas e normativas (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2008). A essa concepção, Foucault (2010) denomina biopoder, que é o exercício de práticas positivas de poder que incidem na vida e no corpo dos indivíduos e dos coletivos.

A modernidade não apenas disciplina corpos individuais, ela também produz corpos coletivos. A urbanização das cidades, a edificação do Estado, a estruturação institucional e a formação econômico-produtiva da sociedade e a organização e especialização do trabalho são exemplos do disciplinamento de corpos sociais conforme uma racionalidade utilitária, capitalista (PRADO FILHO; TRISOTTO, 2008, p. 118).

As biopolíticas, enquanto transformações do biopoder em práticas de governança dos indivíduos e das populações objetivam:

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

O capitalismo submete os indivíduos a formas de controle que acontecem no corpo e pelo corpo, sendo esta uma estratégia biopolítica. Não somente o corpo biológico interessa ao capitalismo, mas o corpo força de trabalho do proletário (o corpo potência).

Parte deste dispositivo de biopoder consiste na construção e manutenção de identidades modelos (identidades normalizadas) e na formação de processos de patologização da vida e dos modos de ser distintos dos padrões definidos. A partir da clareza dos modos de existir descompassados, tenta-se produzir outras subjetividades identitárias, agora marcadas pela condição de docilidade, de submissão às práticas de adestramento disparadas por estabelecimentos disciplinares<sup>13</sup>.

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

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

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

O biopoder fundamenta as afirmações psiquiátricas impostas a Eunice: o desajuste existencial justifica sua institucionalização e a readequação/submissão ao discurso de verdade a liberta dos braços asilares. Retornando à casa dos pais, Eunice vai em direção de um enquadramento de seu *modo de ser singular* ao perfil do *ser mulher normalizado* naquele contexto.

O exercício do biopoder produz modos de ser legítimos e ilegítimos de indivíduos, grupos e populações inteiras. São noções condizentes com papéis sociais adequados a padrões de disciplina que justificariam prescrições e campanhas de gestão de corpos, ou seja, de ajustamento a uma relação de docilidade-utilidade adaptativa aos processos capitalista. O corpo, nesse viés, se torna investido social e politicamente (FOUCAULT, 1986a). Desta forma, a norma da qual o doente mental desviaria, mais do que uma medida técnica (da psiquiatria), é uma modalidade de poder.

---

<sup>13</sup> Além do Manicômio, outras instituições são igualmente configuradas em uma função disciplinar (como o Direito e a Pedagogia) que gerenciam populações específicas: aos doentes mentais, o asilo; aos jovens, os estabelecimentos de educação; aos delinquentes, a prisão.

A partir de nossos estudos e reflexões, destacamos aqui que o dispositivo trabalho no contexto manicomial era indicado como prática curativa não da loucura, mas do desvio ao papel social estabelecido pela norma. Isto se torna claro quando investigamos que o que conduzia homens e mulheres ao tratamento asilar eram pontos opostos e os que os *libertavam* pela cura também, já que os sexos teriam uma diferença *natural* e básica. Por isso, os tipos de atividades de trabalho destinados aos gêneros deveriam reforçar/impor essas noções como caminho de volta à normalidade e evitação do *antinatural*: homens realizando atividades com valores socialmente masculinos, como força e independência, mulheres em ações que eram espaços para emersão de virtuosidade, obediência, cuidados domésticos e maternagem<sup>14</sup>. Para homens e mulheres, a presença do trabalho no ambiente asilar e na caixa de ferramenta psiquiátrica era algo posto.

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

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

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

Já vimos que, guiadas pela cura, as ações de trabalho no espaço institucional seguiram um Discurso Mestre que não ficava restrito ao manicômio: a da capacidade de trabalhar como indicativo de adequação social e, no reverso, a incapacidade como inadequação. Sobre essa questão, Foucault (2000) esclarece como a constituição da loucura como doença mental teria sido responsabilidade do capitalismo e não da psiquiatria, sendo que o louco, ao não se ajustar à ordem social vigente, não apresentaria valor no mundo do trabalho, sendo considerado inábil, anormal, patológico e, portanto, passível de tratamento para a *correção* disso. Segundo

---

<sup>14</sup> É fundamental frisarmos que os distintos olhares do normal/anormal lançados para homens e mulheres também são distintos quando verificamos serem eles de grupos mais ou menos abastados. As mulheres de extratos sociais mais elevados, por exemplo, eram vistas de forma mais sutil e com maior tolerância quanto aos indicativos de degeneração. O mesmo ocorria quando estas eram internadas: os trabalhos a que eram submetidas também se diferenciavam das atividades impostas às mulheres menos abastadas (CUNHA, 1986; 1989).

Franco da Rocha, alienista responsável pelo estabelecimento do Hospital do Juquery, “o insano que trabalha e vê o resultado de seu suor se sente mais digno; sai da condição ínfima de criatura inútil e eleva-se aos seus próprios olhos; se adapta a um *modus vivendi* que lhe suaviza grandemente a desgraça” (CUNHA, 1986, p. 71).

Impulsionadas pelas modelagens de conduta capitalista de ordens morais e produtivas, instituições denominadas colônias de alienados foram construídas em grandes áreas agrícolas em que os pacientes eram submetidos ao trabalho com fins terapêuticos. No território brasileiro, entre 1841 e 1950, 41 instituições agrícolas foram implantadas, sendo que em alguns estados, esta era a única forma de assistência psiquiátrica (RESENDE, 2007).

No Brasil, a constituição das colônias aconteceu em um contexto político e ideológico preocupado com a constituição de estratégias que poderiam lidar com o desvio moral, para além do desvio mental, do povo brasileiro: da reversão da moleza, preguiça e índole duvidosa de alguns grupos sociais nacionais. Por esse viés, o trabalho terapêutico era também um princípio organizador (mais claro ainda) da sociedade e de adequação normalizadora higienista de parte da população brasileira a uma ordem social burguesa (RESENDE, 2007; CHALHOUB, 2001).

Neste contexto, tratar e curar a loucura pelo trabalho se configurava em um autêntico esforço de manutenção do ato civilizador ao estar em consonância com as preocupações e práticas de normalização dos espaços público e privado (FOUCAULT, 1986c) para superar as mazelas do progresso.

Destacamos que, no ambiente institucional, mesmo como ação curativa e indicativa de readequação social, o trabalho ainda em essência estava centrado em princípios de ocupação do tempo, dos quais tentará se desviar cada vez mais e mais.

Neste cenário, também encontramos exceções. Entre os exemplos das práticas focalizadas no *fazer* como ação terapêutica que se sobressaem pelo distanciamento da pura ocupação do tempo para os doentes mentais ou do ajustamento aos papéis sociais, destacamos as experiências de Nise da Silveira e de Osório César como movimentos contra-hegemônicos do trabalho no cuidado em saúde mental.

Nos anos de 1920, o mesmo Hospital Psiquiátrico do Juquery contava com o médico psiquiatra, músico e crítico de arte Osório César, que passava a recolher, catalogar e analisar trabalhos expressivos encontrados soltos e perdidos pelos pátios da instituição, denominando seus autores de *artistas* e não mais de *pacientes*. Em 1929, Osório César publicou *A Expressão Artística dos Alienados*, o que contribuiu para transformações nas práticas

terapêuticas institucionais com a criação da *Escola de Artes Plásticas do Juquery* (LIMA, 2004).

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

A partir de 1946, os trabalhos de Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional no Rio de Janeiro se basearam no compromisso de criar práticas terapêuticas mais humanistas para a atenção à esquizofrenia, com Nise passando a pesquisar e desenvolver técnicas 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<sup>15</sup> (LIMA, 2004).

Apesar de significativas na história das experimentações no campo da doença e da saúde mental, tanto as iniciativas de Osório César quanto de Nise da Silveira tinham como matriz o universo da arte. Mesmo assumindo claramente para nós que a atividade artística é uma experiência de trabalho por contemplar, enquanto tarefa dirigida, uma gama de aspectos e trocas subjetivas e sociais, percebemos que para os médicos em questão não há um posicionamento neste sentido. Pelo contrário, apesar de não estruturarem uma negativa, eles caminham no sentido de, em exemplos específicos de Nise da Silveira, promover interlocuções com críticos de arte, buscar uma organização museográfica<sup>16</sup> das obras para posteriormente investir na criação de um museu.

Os estudos e as práticas de Osório César e Nise da Silveira foram contemporâneos e representantes do embate entre práticas assistenciais de trabalho e psiquiatria científica, bem como da terapia química e medicamentosa. Mas essas experiências precederam, e muito, a transformação da parceria entre trabalho e atenção em saúde mental (aqui não mais chamada de tratamento ou assistência psiquiátrica).

---

<sup>15</sup> Infelizmente, não é possível nos aprofundarmos aqui na importância e no processo de trabalho de Nise da Silveira. Porém, como dimensão de seu destaque e contribuição com a psiquiatria, a psicologia e a arte, citamos uma exposição montada em comemoração a seu centenário de nascimento, em 2006, e patrocinada pelo Ministério da Saúde: “Nise da Silveira – caminhos de uma psiquiatra rebelde” (MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE). Sobre este projeto, chamamos a atenção para o nome da exposição (que ressalta a *contramão* do trabalho da psiquiatra à época de sua constituição) e a parceria da atividade com o Ministério da Saúde (como forma de reconhecimento político e social).

<sup>16</sup> Organização de obras de arte em formato de catálogo de museu.



### **Proposição 3 - Trabalho como produção de vida**

Observamos no Brasil, a partir dos anos de 1970, 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, 2007; FREITAS, 2011). Eram ações com o objetivo de redução das internações psiquiátricas, de desenvolvimento do atendimento extra-hospitalar, de substituição progressiva do modelo assistencial centrado na instituição psiquiátrica por redes de atenção integral em saúde mental, bem como a revisão do arcabouço jurídico-legal para o reconhecimento e a garantia dos direitos civis e de cidadania aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

Costa-Rosa (2000) nomeia dois modos básicos de práticas em saúde mental: o Modo Asilar e o Modo Psicossocial, sendo o último fundamentado nas práticas da Reforma Psiquiátrica e nos 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 busca. 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 idéia de produção e desta para a idéia 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 e novas estratégias de atenção em saúde mental (NAPS, CAPS, oficinas terapêuticas, atividades de trabalho protegido, de reinserção social, 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), nova estratégia de promoção da cidadania e ampliação da contratualidade social dos usuários da rede de saúde mental (com iniciativas de inclusão social pela arte, cultura e trabalho) são alguns dos reflexos diretos dos princípios acima apresentados.

Os novos pressupostos têm como sustentação o conceito de território, que 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, p. 48), território é o espaço em que os sujeitos “vivem, trabalham, sofrem e sonham [...] Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as

relações”. É essa base territorial que se coloca como elemento organizativo e assistencial da saúde enquanto produção coletiva, histórica, social e política (MONKEM et al., 2008).

### **Saúde Mental e Trabalho: relações intersetoriais**

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

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

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

A cidade é reinventada em suas possibilidades de vida e política, colocando em foco *as cidades da cidade*, ou seja, a diversidade de zonas, redes de encontros, laços sociais, comunidade de afetos e histórias diversas que necessitam ser vislumbradas e respeitadas como afirmação da vida. Desta forma, a saúde seria justamente essa capacidade de asseverar a vida (de forma complexa e integral) não mais como contraponto da doença, deixando de alimentar saberes e práticas referendadas pela lógica curativa. As perspectivas sobre a cidade, sobre a vida e sobre a saúde mudam.

Essa cidade múltipla que agrega tramas diversas e compõe a vida e a saúde, que se constroem constantemente, é a sustentação dos conceitos de integralidade e intersetorialidade.

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

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

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

O sujeito integralmente olhado e cuidado para a conquista da saúde, e pessoalmente implicado no processo, pressupõe o estabelecimento de uma rede psicossocial que relacione dimensões subjetivas e práticas objetivas (atores, saberes, instituições).

No campo do trabalho em suas articulações entre saúde e saúde mental, o exercício da integralidade e da intersetorialidade transpassa e é transpassada por novas conceituações, definições, operadores e dispositivos, como apresentamos e discutimos ao longo desta tese.

Lembremos de nossos apontamentos históricos e de sua faceta mais presente do trabalho articulado à saúde: as denominadas oficinas terapêuticas. Elas também estão conceitualmente presentes aqui, no cenário ampliado do cuidado.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de sua atual Política Nacional de Saúde Mental, contempla e define as oficinas terapêuticas como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (BRASIL, 2002, p. 51). Já as chamadas cooperativas sociais, outra configuração da relação trabalho-saúde, são constituídas “com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico, por meio do trabalho” (BRASIL, 2002, p. 13-4). Os considerados em desvantagem são “os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos, entre outros” (BRASIL, 2002, p. 14).

Nas próprias palavras do MS, identificamos uma clara tentativa de 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*, no acontecer cotidiano para além dos dizeres políticos, 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 que desenvolvem 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, p. 67).

Diretamente relacionadas, as oficinas

[...] 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 da tentativa de privilegiar o campo da cidadania, das contratualidades sociais e da construção de uma *outra* condição existencial para o usuário do serviço, muitas vezes ainda encontramos nas atividades de trabalho no contexto da saúde mental um, por vezes, sutil manejo de ajuste, de reabilitação marcada por caminhos de inabilidade-habilidade e de novas estratégias de disciplinarização pelo trabalho, em que nos aprofundaremos nos próximos capítulos.

Lappann-Botti (2004), em sua tese de doutorado, entrevistou usuários e profissionais de oficinas de reabilitação psicossocial em serviços de atenção em saúde mental em Minas Gerais. Seu objetivo era, a partir das representações dos sujeitos, identificar funções, objetivos e propostas das experiências. 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 dessas falas, outras também chamam a atenção:

*“é uma terapia pra gente conversar, falar o que está sentindo. Às vezes agente nem está bem em casa, vem prá cá e melhora”* (p. 87).

*“Eu acho que mud(ei) porque eu acabei descobrindo que vivia muito mal, pois vivia de trabalho excessivo, rotineiro, todo dia a mesma coisa e aqui a gente faz muitas coisas diferentes.”* (p. 101).

Silva (1997), em sua dissertação de mestrado, apreendeu e problematizou o significado e as vivências do trabalho e do trabalhar de 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). A autora convidou os participantes do Projeto a relatarem suas experiências e percepções. Da leitura deste material, selecionamos alguns relatos:

“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 levam a um novo questionamento: até que ponto, de fato, as atividades de trabalho no contexto da saúde mental podem significar uma ruptura da exclusão promovida pela loucura e a construção de *outra* condição existencial? Ou seria muito mais uma troca: da exclusão pela loucura para a marginalização pelo capitalismo?

Preferimos aqui a denominação *outra condição existencial* em detrimento à denominação *nova condição existencial*. Muito mais do que um trocadilho de palavras, a opção pela primeira 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 psíquico intenso possa evidenciar. Por isso, compreendemos que *nova condição* ainda evidenciaria um discurso de saber-poder na medida em que acentua o contraponto, a *velha condição*, como algo desvalorizado e como tal, a ser abandonado. Ainda há o imperativo normalizador na expressão, por isso a abandonamos.

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

Tais indagações são urgentes quando analisamos o mesmo mundo do trabalho que irá *compor* com os usuários das atividades de trabalho: 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 e sociais.

## 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 resultados das atividades terapêuticas e de geração de trabalho/renda terão no mercado capitalista. Um mercado por excelência pouco afeito às diferenças.

Este questionamento permeou a fala de Paul Singer<sup>17</sup> 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? (BRASIL, 2005b, p. 12).

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

Guareschi (2006) discute como, pela lógica do neoliberalismo, os avanços do capitalismo caminham em direção à *liberdade* de produção, trabalho e consumo. Liberdade regida pela competitividade, e essa pela exclusão:

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

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

Permeados de estratégias de culpabilização legitimadas socialmente, essa massa sobrança (atravessados pela diferença) tem seus *saberes* e sua singularidade rejeitados. A

---

<sup>17</sup>Paul Singer é o Secretário Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) desde 2003. Logo, sua fala pode ser lida como indicativo de uma preocupação oficial.

esses restariam a incessante busca pelas brechas do capitalismo: o trabalho precarizado, flexível, terceirizado, desregulamentado (ANTUNES, 2010).

Nessas brechas, as atividades que permitam a formação da tríade sujeito-objeto-significado (discutido no início deste capítulo) (CODDO et al., 1997) 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 e de vida. Isto visto, já que defendemos a tese de que não é *qualquer* trabalho que é potencializador de engajamento subjetivo, logo, não é *qualquer* trabalho ou o acesso a *qualquer* atividade laboral que basta em si, ou retornamos ao viés trabalho-ocupação ou trabalho-curativo.

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

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

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

Retornando ao dilema sobre “*como incluir em um mercado de trabalho excludente?*” (a essência das mais recentes propostas da parceria trabalho - atenção em saúde mental), percebemos o risco de que os dispositivos das atividades de trabalho no contexto da saúde mental caiam na cilada de trocar “seis por meia dúzia”, ou seja, ao buscar romper com a exclusão (imposta pela doença mental), caiam na exclusão do mercado de trabalho do neoliberalismo. De que, na tentativa de produzirem vida e autonomia, produzam estranhamento e manutenção do capital em suas formas mais diretas.

Mesmo com a clareza de que algumas atividades de trabalho e renda têm como eixo norteador das ações os princípios da economia solidária e de que esta se efetiva como uma proposta de inclusão social, mas não necessariamente de inclusão social no capitalismo, também lembramos como os empreendimentos e iniciativas solidárias lutam fortemente contra o endereçamento na marginalidade do mundo social e do trabalho, o que fortalece mais ainda a reflexão sobre os desafios aqui apresentados.



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

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

O empreendedorismo, enquanto prática que pretende renovar e inovar a realidade do trabalho e do trabalhar a partir de princípios produtivos, estimula a introjeção de um comportamento competitivo: o autoempreendedor ou empreendedor de si. Se percebe, nesta questão, um processo de individuação e subjetivação disparado e controlado pelo mercado por ideais normalizadores.

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

### **Da reprodução à criação**

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

Sendo assim, nossa indagação é sobre a real possibilidade de ruptura dessa edificação, ou seja, será possível a construção de uma articulação trabalho-atenção em saúde mental que

quebre esta que percorre toda a história da saúde mental e da loucura e toda a existência do capitalismo? Até que ponto as políticas oficiais contribuem ou podem vir a contribuir para que um dos processos apresentados (se o de manutenção da diferença ou o da produção da vida) se arquitecte?

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 pesquisadores, 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 mais atuante, sendo protagonista de sua própria história, autor de sua própria *verdade*.

O desafio que aqui colocamos foi o de em diálogo com alguns operadores metodológicos foucaultianos, produzir um emaranhado de descontinuidades, um estranhamento frente à *história oficial* de um cuidar em saúde mental linear e evolutivo, o abrir de um espaço de análise e reflexão, e que assim pudéssemos contribuir para que os usuários-trabalhadores dos dispositivos de atenção em saúde mental passassem a ser considerados trabalhadores, que também são usuários.

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

Investigamos neste capítulo a constituição histórica da articulação entre atividades de trabalho e atenção em saúde mental em seus diversos propósitos e dimensões que contribuíram para a produção do cuidado de pessoal em sofrimento psíquico em diferentes momentos. História compreendida como uma multiplicidade (e não linearidade) de tempos e séries diversas que se misturam e se embaralham formando discursos proferidos como

verdades. Na articulação que aqui discutimos, concluímos que o trabalho como modalidade terapêutica nas instituições asilares não surgiu no universo da psiquiatria, mas sim do capitalismo. Associado às medidas de ocupação de *mentes vazias* dos desajustados, mais tarde ganhou a posição de instrumento de disciplina e normalização social. Com a Reforma Psiquiátrica, as atividades de trabalho no campo da saúde mental foram reinventadas como espaços possibilitadores de acesso à cidadania e contratualidade social dos usuários da rede.

## CAPÍTULO 4

### DE DIREITO SOCIAL A DISPOSITIVO DE SAÚDE: O TRABALHO E SUA EMERGÊNCIA NA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE VIGENTE

Neste capítulo, traçamos o caminho político e social da constituição do trabalho como Direito Social. Veremos suas articulações em documentos jurídicos magnos e leis fundamentais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Federal Brasileira de 1988. Após isso, também problematizamos sua emergência como dispositivo de cuidado a partir da Legislação de Saúde vigente no Brasil.

O direito ao trabalho integra os chamados direitos sociais básicos, ou seja, as condições materiais imprescindíveis para que a vida aconteça de forma a ser considerada digna (DIAS, 2004). Por *direito* conceitualmente se abarca “o conjunto de princípios, regras e institutos voltados a organizar situações ou instituições e criar vantagens, obrigações e deveres no contexto social” (DELGADO, 2001, p. 15). Dessa forma, cartografar a relação e a articulação de “*direito*” e “*trabalho*” é a oportunidade de acompanharmos e problematizarmos a composição de forças presentes, ou ausentes, na arquitetura organizativa e simbólica desta dimensão tão complexa e tão essencial: a experiência trabalho.

No mundo, as primeiras discussões políticas e legais relacionadas ao trabalho culminaram na aprovação, em 1802 na Inglaterra, da que é considerada a primeira lei trabalhista. Como resposta para as reivindicações de grupos organizados de trabalhadores, esse primeiro imperativo legal foi voltado para a atividade laboral em seus aspectos concretos, atendendo as exigências dos trabalhadores, as quais naquele momento histórico eram por mudanças nas condições de trabalho (PAOLI, 1989).<sup>18</sup> No Brasil, as primeiras normas trabalhistas datam de 1891 e regulamentavam as atividades de menores entre 12 e 18 anos.

Nos anos e décadas seguintes, no mundo e no Brasil, vários outros documentos jurídicos foram instaurados na tentativa de construir uma sociabilidade mais democrática, tanto no que tangia ao trabalho, quanto a outras dimensões. Todavia, histórica e legalmente ainda havia um descompasso entre os questionamentos sociais, o realismo político e a ação estatal. Assim como também havia uma ausência ou fragilidade quanto a uma reflexão, por

---

<sup>18</sup> Conhecida como *Moral and Health Act*, a primeira lei trabalhista foi promulgada pelo primeiro ministro inglês da época Robert Peel e fixava medidas como proibição do trabalho noturno e limitação do trabalho infantil a jornadas de 12h (BRASIL, 2013a).

parte do Estado, sobre as razões das reivindicações apresentadas, fato que poderia contribuir para uma maior clareza sobre a trama social e seus desdobramentos nas equivalências e desigualdades coletivas e individuais. Por isso, chamamos a atenção para a diferenciação entre os termos direito *do* trabalho e direito *ao* trabalho.

A partir de nosso entendimento, traçar a jornada de aprovações de leis e tratados trabalhistas como espaço privilegiado de construção jurídica é percorrer a história do direito *do* trabalho<sup>19</sup>. Questionar-se quanto às discussões dos universos simbólicos que perpassam a sociedade em suas relações com o trabalho, que por vezes se refletem no domínio político e jurídico, é atentar-se para a constituição do direito *ao* trabalho.

Destacamos que o trabalho compreendido como Direito é ao mesmo tempo um reflexo da complexidade de nossa existência subjetiva e singular (por isso é um dos Direitos Humanos, como reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos), sendo igualmente uma dimensão de nossa vida societária (sendo um Direito Social, como reconhecido pela Constituição Brasileira)<sup>20</sup>.

### **A Declaração Universal dos Direitos Humanos: o direito ao trabalho**

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (1948), houve o reconhecimento internacional de diversos direitos do homem, a saber: o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à justiça, à segurança, à família, à propriedade, ao trabalho, à saúde, à educação e à cidadania. Pela primeira vez alguns aspectos da vida subjetiva, social, econômica e política foram contemplados como necessários dispositivos existenciais. Estando no conjunto, o trabalho foi um exemplo disso. E neste documento, pela primeira vez, ele foi

---

<sup>19</sup> É inegável a importância da discussão sobre a história da constituição do direito do trabalho a partir dos aportes teóricos da Psicologia, porém não é nosso objetivo, tampouco teremos a oportunidade de aqui o realizarmos.

<sup>20</sup>As diferenças entre os conceitos de Direito Humano e Direito Fundamental ou Básico são duas: quem são os destinatários do direito e quem se responsabiliza por garanti-los. Tanto os direitos humanos quanto os direitos fundamentais são propostos para proteger toda e qualquer pessoa, a diferença é a compreensão lançada sobre a dimensão a ser priorizada dessas pessoas: no Direito Humano é privilegiado o sujeito enquanto ser vivo, de necessidades e deveres diversos, enquanto no Direito Fundamental, é o indivíduo sujeito de uma comunidade, de uma nação, que ganha foco. No entanto, o primeiro é positivado pelo Direito Internacional, enquanto o segundo pelo Direito Constitucional de um determinado Estado. Já por Direitos Sociais se entendem as garantias estabelecidas (direitos) a partir de movimentos sociais que tiveram suas reivindicações reconhecidas juridicamente, no âmbito mundial, pelo Direito Internacional e no âmbito nacional brasileiro, pela Constituição. Cesário Júnior (1980) problematiza que, alheio aos tipos e garantias, todo direito é evidentemente um Direito Social, já que não haveria direitos (ou a necessidade de estabelecê-los ou reivindicá-los) senão em sociedade. Compartilhamos a colocação de Cesário Júnior; entretanto, reconhecemos que comumente está presente na literatura o uso da concepção de Direito Social como resposta a uma exigência de grupos diversos. Razão esta que tanto contribuiu e contribui para a lupa lançada nos Direitos Sociais nas últimas décadas, tão marcadas por insalubridades econômicas e sociais.

colocado como imprescindível à nossa humanidade. E essa primazia naquele momento se traduziu pela sua composição como Direito Humano.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada definitivamente em 1948 em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo um documento resultado de um processo de reflexão e esforços iniciado em 1945, para que as violações e opressões contra as pessoas, em suas prerrogativas humanas e liberdades individuais ocorridas na Segunda Guerra Mundial, então recentemente encerrada, não mais se repetissem.

Anteriormente ao período dos anos de 1940, outros documentos já haviam sido elaborados como forma de mobilização e reação às injustiças e tratamentos considerados desumanos, como a Declaração dos Direitos Ingleses (elaborada no pós-Guerras Civis Inglesas) e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (redigida pós-Revolução Francesa). Para a constituição da base do que depois viria a ser a DUDH, os esforços se tornaram declaradamente internacionais e não mais de grupos ou comunidades isoladas. Apesar da proposta de uma coletividade, apenas membros de oito países se envolveram com a confecção do primeiro esboço. Posteriormente, representantes de 50 países participaram da redação da versão final.

Desde sua adoção em 1948, a DUDH foi traduzida para centenas de idiomas e inspirou a constituição de Cartas, Tratados, Pactos e Protocolos, expandindo o corpo do Direito Internacional dos Direitos Humanos. Internacionalmente, as Nações Unidas, desde a aprovação da Declaração, assumiram uma posição de monitoramento de violações de seus preceitos, chegando, inclusive, ao dispêndio de auxílios financeiros e materiais para a manutenção dos direitos humanos como estratégia de permanência da paz e da segurança internacional (ONU BRASIL, 2013).

Em termos jurídicos, originalmente a DUDH foi tecnicamente interpretada como uma recomendação, não tendo força legal. Pelo excesso de formalismo, essa compreensão foi abandonada. Nas últimas décadas, quanto à vigência dos Direitos Humanos, há o entendimento amplamente defendido de sua força vinculante universal<sup>21</sup>, independente de sua presença em leis e tratados. Em contrapartida, a pauta dos Direitos Humanos tem estado cada vez mais presente nas Políticas de Estado de variados países.

Quanto às suas proposições, a DUDH é avaliada pela ONU como “um documento marco na história dos direitos humanos” (ONU BRASIL, 2013, p. 02), ao ser proclamada

---

<sup>21</sup> O termo jurídico “força vinculante” se define pelo reconhecimento e aceitação coletiva, como instrumento de justiça, de uma concepção ou norma que não é contemplada pela letra jurídica (CESÁRIO JUNIOR, 1980).

“como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações, ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos” (ONU BRASIL, 2013, p. 02).

O Ministério da Justiça brasileiro, em uma análise sobre a DUDH, afirma ser este “um guia para garantir os direitos de todas as pessoas e em todos os lugares do globo” (BRASIL, 2013d, p. 01) e destaca a importância desses direitos em sua intersecção na/com a vida:

Os direitos humanos são os direitos essenciais a todos os seres humanos, sem que haja discriminação por raça, cor, gênero, idioma, nacionalidade ou por qualquer outro motivo. Eles podem ser civis ou políticos, como o direito à vida, à igualdade perante a lei e à liberdade de expressão. Podem também ser econômicos, sociais e culturais, como o direito ao trabalho e à educação, e coletivos, como o direito ao desenvolvimento. A garantia dos direitos humanos universais é feita por lei, na forma de tratados e de leis internacionais, por exemplo (BRASIL, 2013d, p. 01).

Tentando a amplitude necessária para acolher diferenças e particularidades, os Direitos Humanos, como direitos básicos do homem, buscam no discurso colocar lado a lado questões tanto objetivas quanto subjetivas, tanto biológicas quanto econômicas e sociais, como a importância de estar vivo e estar livre, ou estar livre e estar saudável, que são centrais como pontos de investimento na vida e no sujeito social, mas não bastam por si e, pelo contrário, ao tentarem abarcar as diferenças, acabam por categorizar os indivíduos:

Trata-se, em verdade, de uma especificação da titularidade dos direitos humanos que marca a passagem do plano abstrato do destinatário genérico – “o homem”, o gênero humano – para categorias concretas ou grupos sociais específicos (trabalhador, idoso, mulher, criança, adolescente, deficiente, consumidor, etc.) (GIACÓIA JUNIOR, 2008, p. 271).

Dissertando sobre a questão do trabalho como Direito Humano básico que atrela aspectos sociais, econômicos e laborais, destacamos os seguintes trechos da DUDH em seu artigo XXIII:

1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2. Toda pessoa, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho. 3. Todo ser humano que trabalhe tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana, e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social. 4. Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e neles ingressar para proteção de seus interesses (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, p. 05).

A partir dos pontos ressaltados acima e da análise atenta de todo o documento, podemos afirmar que, na DUDH, a concepção do Direito ao Trabalho se organiza em três frentes discursivas, que são: 1. do trabalho diretamente ligado à categoria *emprego* e à

manutenção deste; 2. do trabalho provedor de uma remuneração financeira e esta como imperativa da vida material e imaterial; 3. da possibilidade do estabelecimento de enfrentamentos às desmazelas produzidas pelo trabalho.

Há na Declaração um esforço na construção de uma justiça corretiva com a produção de equidade, em uma clara tentativa de afastamento dos arbítrios do poder soberano anteriormente vigentes. A equidade, enquanto disposição em reconhecer o direito de cada um, pressupõe a negociação e o estabelecimento de normas em comum que implicam um balanço, por parte dos indivíduos, entre ganhos e perdas da escolha de obedecer a uma regra. Assim, os direitos apresentados pela Declaração são normas colocadas como condição para adentrar nossa humanidade exercida em diversos aspectos (e esse adentrar indicando a constituição de um sujeito de direitos), por isso sendo nomeados de Direitos Humanos.

Com relação ao trabalho, compreendemos que as normas apresentadas pela DUDH produzem uma mediação das relações entre trabalhador, trabalho e capital. Apesar da tríade e de apresentar seu conteúdo como um “objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades” (DUDH, 1948, p. 02), há no documento um direcionamento de fala ao indivíduo, ao trabalhador, como principal agente a alcançar e aderir ao normatizado (impulsionando o alcance coletivo). Como nos dizeres da ONU sobre o que é o documento, acima destacado e aqui repetido: “uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações” (ONU BRASIL, 2013, p. 02).

Mesmo compondo com outros dez os direitos sociais básicos, o direito ao trabalho na DUDH fica solitário, já que não é articulado com dimensões subjetivas e interdisciplinares, restando a ele a objetividade. E diante da norma objetiva, a vida complexa e afeita aos imprevistos e saltos exigirá malabarismos que serão, mais uma vez, responsabilidade dos indivíduos e não da norma.

Ewald (1993) (ex-assistente de Foucault e debatedor de suas ideias), afirma como, contemporaneamente, o balanço a ser feito para compartilhar ou não as normas socialmente colocadas como direitos e deveres deixam de ser permanentes, tornando-se um movimento de balanços a serem feitos e refeitos, renovados perpetuamente e, muitas vezes, flexibilizados. Assim, ainda segundo o autor, a justiça social, a partir de suas medidas comuns de garantia e acesso a direitos, se torna mediada pelas normas sociais que pactuamos.

Se a DUDH é um guia para garantir os direitos das pessoas e “a base da luta universal contra a opressão e a discriminação, defende[ndo] a igualdade e a dignidade das pessoas e reconhece[ndo] que os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser aplicados a



cada cidadão do planeta” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013, p. 01), podemos afirmar ser este um documento que aponta um direito normalizado e normalizador, ao oferecer um modelo organizador que disciplina o olhar para uma determinada ordenação de *prioridades* do homem que trabalha (emprego-remuneração-associação sindical) e assim profere resumida e simplificada serem estas as normas, a *base* do exercício da cidadania e dos direitos humanos relacionados ao trabalho.

Lembramos como, para Foucault, a norma que igualiza é a mesma que diferencia os indivíduos ao fornecer medidas comparativas e classificatórias de equivalência. A norma é uma medida comum que permite que cada indivíduo pense, comparativamente, sua identidade e, por consequência, seu lugar no jogo social.

A norma convida cada indivíduo a reconhecer-se diferente dos outros, encerra-o no seu caso, na sua individualidade, na sua irredutível particularidade. Precisamente, o normativo afirma tanto mais a igualdade de cada um perante todos, quanto infinitiza as diferenças (EWALD, 1993, p. 109).

Desta forma, as normas colocadas pela DUDH no âmbito do trabalho marcam como identidade mestra o “ser trabalhador formal” e, como identidades orbitantes a esta primeira, o “ser trabalhador/não ser trabalhador”, “ter trabalho formal/ter trabalho informal”, “ser empregado/não ser empregado”, “gozar de condições justas/vivenciar condições injustas de trabalho”, entre outras.

Nossa identidade é um indicativo do modo de vida que constituímos. Como tal, ao disponibilizar um *cardápio* de identidades possíveis, a Declaração define fronteiras nas possibilidades de estilos e modos de vida a serem escolhidos, priorizando destinos positivados e fundamentados em segurança, liberdade e felicidade.

Art. XXIV, 2. No exercício de seus direitos e liberdades, toda pessoa estará sujeita apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer às justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática (DUDH, 1948, p. 04).

Enquanto destinos caução, o trabalho é um destacado dispositivo de normalização nesta estratégia de governo da vida que é a Declaração.

Com um pouco de esforço, compreendemos que o documento citado traz o privilégio do termo *emprego* e não dos termos *trabalho* ou *ocupação*. Isso porque, lembramos, enquanto escritura de princípios jurídicos referidos a princípios de racionalidade, a DUDH e suas recomendações estão localizadas em um contexto sócio-político-econômico de quando foram

constituídas. Lembramos ainda que a discussão sobre as diferenças entre os termos destacados (em especial emprego/trabalho) e suas utilizações são recentes. Justifica-se até certa medida o uso do termo *emprego*, porém a questão a ser posta é: por que seu discurso não foi alterado a partir das discussões que envolvem a questão, que foram e são realizadas em espaços acadêmicos e políticos?

Como importante perito de normas, localizamos que o Estado ainda é fortemente direcionado pela questão do Emprego e não do trabalho, como estamos discutindo nessa tese. Apesar de não ser uma máquina alheia à sociedade, o Estado é a materialização das contradições e tensões da sociedade. Desta forma, apesar de produzir esforços em ações geradoras e direcionadas ao trabalho, o Estado ainda acaba por refletir uma questão social maior: a da dificuldade de construir um modo de vida pautado pelo trabalho, pela ocupação, de forma *outra*, menos mercadológica e competitiva, e de um desenvolvimento econômico mais sustentável e sinceramente incluyente.

Como segundo ponto a ser abarcado pela questão acima lançada, há o fato de que manter o discurso centrado no emprego legitima e acoberta as relações de dominação capitalista-mercadológica, ao não permitir terreno para que processos de modos de ser e trabalhar distintos do colocado pela norma ocorram: contempla-se a diferença enquadrando-a em padrões normalizados de relações laborais dominantes. E de novo provocamos: será mesmo que a singularidade é respeitada ou a maximização da vida (que o documento tenta promover), na realidade, investe somente em pontos delimitados pela norma? Entendemos que a resposta é uma negativa em ambas as questões.

Destacamos como, em poucas linhas do trecho que citamos acima da DUDH, a palavra *proteção* é usada três vezes em colocações que julgamos compensatórias para a necessidade (e ao mesmo tempo dificuldade) de incluir os distantes do modelo de proteção ofertado. Ao longo de todo o texto da Declaração (que são quatro páginas impressas), *proteção* é usada oito vezes.

Não se trata aqui de uma direta oposição às estratégias de proteção social, mas da indicação da necessidade de se configurar um espaço de reflexão e problematização do conceito de *proteção* que se está buscando e se estabelecendo, evitando que o objetivo de proteção social (nos documentos e ações) baste em si, reforçando o discurso emitido sem questionamentos e se arriscando fortemente a ser mais uma operação de normalização (FOUCAULT, 2008a) e de gestão do risco.

É categórica a inovação que a Declaração Universal dos Direitos Humanos promove em variados aspectos, como abrindo espaço legal, político e social para discussões das

nuances mais amplas e diversas da existência humana, ou ao tentar promover uma ruptura com o cerceamento do acesso de grupos específicos aos Direitos Sociais. Mas lembramos mais uma vez que a DUDH é um conjunto de enunciados situados em uma sociedade específica, ou seja, remete às questões e concepções datadas e de um contexto específico. Por isso, não deve ser compreendida como um documento imparcial, sendo, sim, fruto de interesses, alianças e projetos políticos e econômicos vários.

Alguns estudiosos (FISCHMANN, 2009; FONSECA; ARAÚJO, 2011) apontam para a influência da DUDH no ordenamento da Constituição Brasileira em vigor, promulgada em 1988, em que os Direitos Humanos básicos ocupam uma posição de supremacia no arranjo jurídico brasileiro.

### **A Constituição Brasileira: Trabalho e Saúde como direitos agora articulados**

Na Constituição de 1988, os Direitos Humanos são princípios estruturais de garantias fundamentais. Em comparativo às Constituições anteriores, destaca-se nesta a inclusão dos direitos transindividuais para além da divisão em classes (art. 5º), a ampliação dos Direitos Sociais para além da saúde, da educação e da previdência, também a moradia, o lazer, a segurança, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (art. 6º). Na Saúde, o destaque está na coordenação de um sistema único dos serviços municipais, estaduais e federal, o SUS (art. 196º.) (BRASIL, 1988; ESCOLA DE GOVERNO, 2013).

No âmbito do trabalho, a Constituição Brasileira de 1988 o reconhece como um Direito, destacando o que nomeia de *valores sociais* do trabalho:

A República Federativa do Brasil [...] constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político (BRASIL, 1988, p. 01).

[...]

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 06).

Por valor social se compreendem os direitos que possibilitam o exercício profissional com dignidade, remuneração justa e condições mínimas para a sobrevivência:

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: I - soberania nacional; II - propriedade privada; III - função social da propriedade; IV - livre concorrência; V - defesa do consumidor; VI - defesa do meio ambiente, inclusive mediante tratamento diferenciado conforme o impacto ambiental dos produtos e serviços e de seus processos de elaboração e prestação; VII - redução das desigualdades regionais e sociais; VIII - busca do pleno emprego (BRASIL, 1988, p. 73).

Dissertando sobre direitos e condições diversas que envolvem o trabalho (muitos sendo discutidos pela primeira vez de maneira mais demorada), a Constituição (como a DUDH) coloca sob destaque a remuneração (na forma de salário, seguro-desemprego ou fundo de garantia) como meio de obtenção e manutenção de uma existência mais digna aos indivíduos:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos; II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário; III - fundo de garantia do tempo de serviço; IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim; [...] XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil; XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência; XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos (BRASIL, 1988, p. 05-6).

Há no documento a obrigação do Estado em garantir que o direito à remuneração digna seja contemplado. Quando não, o mesmo Estado deve disponibilizar meios de proteção social (BRASIL, 1988). O que vemos nesse diferencial é que, se na DUDH a necessidade de *proteção* é enfatizada, na Constituição esse papel é diretamente atribuída a um responsável: o Estado Brasileiro. Basta lembrarmos, no âmbito do Direito à Saúde, o conhecido trecho do artigo 196º da Constituição que afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 80). As estratégias que envolveriam a busca por esse *dever* do Estado são esclarecidas na sequência do mesmo artigo:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 80).

A proposição da proteção não fica restrita ao âmbito da saúde, do trabalho ou da remuneração; ela se estende às outras composições da vida coletiva e social, como a família, a infância, a maternidade, entre outros.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, p. 82).

A perspectiva ampliada da vida que os artigos 196º e 203º expõem coloca em pauta os esforços que o Estado precisaria empreender para que a proteção social almejada ocorresse. Destacam-se as distintas posições em que o Estado se coloca diante de grupos sociais a serem contemplados pelas determinações: protegem-se alguns, amparam-se outros. É fundamental, mas ausente pela nossa percepção, uma maior clareza dos parâmetros da composição de cada um desses grupos, bem como a implementação de práticas concretas que impedissem ou resgatassem esses grupos da necessidade de atenção específica.

Retomando as contribuições foucaultianas (2005), acreditamos que a designação *proteção social* esconderia uma tarefa preventivista, de gestão do detalhe. As virtualidades das ações seriam capturadas, dimensionadas e traduzidas em estratégias de biopolítica e governamentalidade enquanto avanço das tecnologias de poder: do governo do corpo (da sociedade de disciplina), para o governo da vida, governo das populações (na sociedade de controle), como sinalizado por Deleuze (2003).

Uma rede de proteção, conduzida pelo Estado e composta de variados segmentos<sup>22</sup>, começou a ser estabelecida no Brasil a partir da Constituição de 1988, promovendo políticas e práticas de governo dos indivíduos e das populações cada vez mais dilatadas. Essa rede

---

<sup>22</sup> Não é nosso objetivo aqui discutir a constituição de uma rede de dispositivos de poder direcionados a grupos outros que não os contemplados pela questão do Trabalho, mas sobre essa questão citamos, rapidamente, os exemplos das categorias Infância e Adolescência: a Constituição de 1988 foi também inovadora ao reconhecer que crianças e adolescentes são Sujeitos de Direito e, considerando suas vulnerabilidades, necessitariam de cuidados e proteções específicas. Deste modo, se constituiu nos anos seguintes uma série de legislações para que a atenção e proteção integral a eles ocorressem. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, é um exemplo.

ganhou em requintes e estendeu seus braços a grupos cada vez mais específicos<sup>23</sup>, em uma minúcia *do detalhe do detalhe*.

Em todas essas ramificações da norma e dos processos de normalização, a noção de risco se torna inerente para o alcance dos objetivos propostos, necessitando ser problematizada. Mas, por que falar dos *riscos*?

Para Spink (2010, p. 299), “a mensuração do risco se tornou uma ferramenta útil para o governo de populações”. A autora aponta como a análise da categoria *risco* constitui um forte indicativo da passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de risco (referenciando-se em Ulrich Beck). Diferentemente das denominações propostas por Foucault e Deleuze (2003), ela sugere um deslocamento dos processos de gestão da vida *para* a gestão do risco, esclarecendo que, contemporaneamente, o Governo é lançado em direção aos riscos que permeiam a vida e as populações.

Mapear o risco e analisá-lo se torna uma forma de se relacionar com o futuro, de objetivá-lo. Por isso, os cálculos de probabilidades ganharam relevo no capitalismo moderno, bem como áreas como a Estatística, Medicina Social, Demografia e Economia Política, enquanto ciências de Estado que auxiliariam na mensuração do imprevisível (SPINK, 2010; LUZ, 2001), em que *risco* tem conotações negativadas, calcadas na ideia de perigo.

Spink (2010), resgatando as reflexões de Foucault, sinaliza que na sociedade disciplinar, em um primeiro momento a partir do sec. XVII, em uma gestão da vida, o foco era o corpo-máquina em toda sua otimização, moldada por dispositivos disciplinares. Em um segundo momento, em meados do sec. XVIII, o corpo-espécie ganha destaque e as técnicas de governabilidade e os biopoderes se constituem (sendo que as biopolíticas são consideradas pela autora como estratégia essencial para a gestão do risco, por almejarem a segurança). Tanto os dispositivos de soberania quanto os disciplinares não deixariam de ser utilizados como estratégia de governo, mas a contemporaneidade teria trazido mudanças na natureza dos riscos, ao mesmo tempo em que o teria colocado como conceito central.

---

<sup>23</sup> Na atualidade, um exemplo dessa questão é o reconhecimento dos direitos civis de minorias que cada vez mais se colocam em oposição a ceder aos imperativos de identidades normalizadas, exaltando a liberdade e o respeito à diversidade. A história da luta do movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) mostra a constituição dessa reivindicação.

O risco é, talvez, inerente à vida: viver, diz o ditado, é um risco. Entretanto, o sentido que lhe é dado está implicitamente vinculado ao contexto histórico em que os vários riscos se concretizam. É de especial interesse a progressiva expansão das fronteiras espaciais e temporais que fazem com que os riscos possam ser percebidos para além das subjetividades individuais, para além das fronteiras territoriais e até mesmo para além das fronteiras planetárias. São essas transformações, intrinsecamente associadas aos avanços das tecnologias de comunicação, que possibilitam afirmar que estamos vivendo uma transição que nos leva do risco como fenômeno focal da sociedade moderna à sociedade de risco (SPINK, 2002, p. 151).

A sociedade contemporânea, como uma sociedade de risco, se dedicaria a construir e administrar complexos mecanismos de gestão do imponderável, mas ao mesmo tempo seriam cada vez mais presentes os riscos manufaturados. Cotidianamente, o risco e *o risco do risco* seriam monitorados, delineados e proclamados. Como ilustração dessa colocação, lembremos a mais recente e polêmica 5ª. edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), lançada em maio de 2013. A nova edição traz mais de 300 patologias descritas em 947 páginas e tem sido acusada de transformar a normalidade em anormalidade. Com a profusão de novas patologias<sup>24</sup>, pouco espaço teria sido deixado para rituais íntimos e teimosias particulares, que seriam reflexo de um encolhimento da normalidade na patologia constante do viver (BRUM, 2013).

Spink (2001; 2010) aponta quatro aspectos presentes na gestão das populações quanto a lidar com as probabilidades de ocorrências do *risco*: a emergência de sistemas transdisciplinares (como do campo da saúde), a gestão da informação (de sua origem e circulação), a resignificação da ética (de prescrita para a dialogada) e a configuração de movimentos sociais de resistência globalizada, que utilizariam a internet como território de trocas, substituindo o tempo-espaço local.

A construção dos possíveis sentidos existenciais na contemporânea sociedade do risco colocaria a autorregulação do estilo de vida como ferramenta primordial, estando presente também o monitoramento de indicadores de qualidade. Seria a eclosão de *um outro* sentido no repertório interpretativo de risco, agora positivado: o *risco-aventura*, enquanto “ousadia passível de levar a descobertas” (SPINK, 2001, p. 1282).

Em um reposicionamento frente à questão do risco na contemporaneidade, o risco na perspectiva aventura torna-se recurso para discutirmos sobre “as novas sensibilidades decorrentes do imperativo de enfrentar a imponderabilidade e volatilidade dos riscos modernos” (SPINK, 2001, p. 1278), em especial dos riscos manufaturados como as situações

---

<sup>24</sup> As novas patologias expostas pelo DSM-5 são várias, sendo uma das mais criticadas o chamado Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor, comumente conhecido como birra infantil.

e ocorrências fruto dos cruzamentos entre práticas sociais, políticas, econômicas e culturais nas últimas décadas, como as discutidas nos capítulos 1 e 2.

A defesa que aqui realizamos pela perspectiva do risco-aventura faz ressonância com a conceituação assumida de trabalho enquanto possibilidade de experiência criadora e inventiva frente às normas impostas pela vida em sociedade. Lembrando que, como apresentado no capítulo primeiro, é a inventividade que torna o trabalho um importante componente para a conquista da saúde, além de envolver obrigatoriamente relações de subjetivação.

No trecho da Constituição que mais acima destacamos (do artigo 203), a mensuração do *risco* e das ações a serem empregadas para remediá-lo pode ser, por exemplo, identificada nos seguintes pontos presentes no inciso V: há a **previsão** da existência de pessoas que possam não prover sua subsistência (como deficientes e idosos); há a **antevisão** da impossibilidade da família em assumir esse lugar de forma substitutiva (para promover a proteção); há a **antecipação** na definição da estratégia governamental a ser assumida para ampará-los (na forma de garantia de um salário mínimo de benefício). O risco é avaliado em uma dupla negatividade: da falha do sujeito e da família. E a positividade somente é delineada quando o Estado se incube da função de estar a postos.

O risco negativado evidencia a impossibilidade, enquanto que o risco-aventura colocaria a positividade do espaço de experimentação e criação-recriação da situação denominada *risco* (da questão foco). O risco negativado, com o objetivo de proteção, prevê e tenta evitar o próprio risco.

Nos parece que os documentos até aqui analisados, quanto à configuração do direito ao trabalho, do direito à saúde e da relação entre ambos, proferem uma discursividade calcada no risco negativo. Isso porque, trazendo algumas evidências de nossa afirmação, os documentos bradam sobre condições justas e favoráveis de trabalho (como no artigo 7º. em seus incisos I, IV, XX, XXII, XXVII, para citar apenas alguns exemplos), mas pouco se aprofundam nas conceituações dessas condições ou mesmo sobre o contexto em que serão desafiadas a ocorrer. Ou ainda, assume a existência de competitividade no mercado de trabalho e propõe a flexibilização de aspectos do direito ao trabalho (artigo 60ª. em seu parágrafo 4º.), em princípios de adequação da norma à realidade fática<sup>25</sup> através do que denomina de “atenuação da rigidez protetiva” (BRASIL, 1999, p. 02).

Como mais uma ilustração desse contexto (porém mais recente), apresentamos dados noticiados pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) em 18 de julho de

---

<sup>25</sup> Termo jurídico para designar um fato não citado pelo texto jurídico, exigindo que este seja readequado pela discussão legal (CESÁRIO JUNIOR, 1980).



2013. As informações colocam que “a indústria paulista encerrou o mês de junho com 4,5 mil empregos a menos em comparação com o quadro de funcionários verificado em maio” (FIESP, 2013, p. 01). Neste cenário de repetidas crises econômicas nos últimos anos, com constante fechamento de postos formais de trabalho, entre outras adversidades, as medidas protecionistas e compensatórias disparadas por algumas políticas sociais deixam pouco espaço para a *aventura* no mundo do trabalho, que poderia estar na alteração do privilégio do emprego formal para contemplar formas distintas de atividades laborais, como ocupações e atividades de trabalho não formalizadas, iniciativas solidárias e autogestionadas, entre outros.

Todavia, ao discutirmos a noção de *risco* e ao defender prerrogativas do conceito de *risco-aventura*, não ignoramos os limites deste último, que são de dois fundamentos:

No **primeiro**, destacamos como necessária a reflexão quanto aos limites entre aventura e imprudência ou entre liberdade e abandono. A utilização apressada do *risco-aventura* poderia esconder um discurso culpabilizante dos sujeitos, que, no exercício do *tudo pode*, seriam colocados em um jogo do *nada ocorre*.

Em **segundo**, como discutido por Caponi (2001; 2004; 2009) quando aborda a presença da categoria *risco* na saúde pública (que é um significativo ponto de investimento de seus estudos), ela chama a atenção para como mesmo o risco positivado ainda traria inscrições em dimensões socialmente aceitas. A autora ainda exercita a lembrança, ao mostrar como o risco na saúde é evitado pelo cálculo e gestão a partir da identificação dos efeitos perigosos e estratégias preventivistas. Nessa perspectiva, diferenciar o risco socialmente aceito dos inaceitáveis (como o uso de alguns medicamentos, por exemplo) seria crucial. Este segundo fundamento se desdobra no conflito entre quais riscos devem ser evitados e quais seriam inerentes à existência humana. Com esses apontamentos, Caponi caminha rumo a uma interessante sugestão de redefinição do que seria saúde, a partir das proposições de Georges Canguilhem, como ainda problematizaremos.

Ao mapearmos e discutirmos a presença do trabalho em cartas jurídicas, recorreremos a Foucault (2003) quando este destaca que, contrariamente à ideia do Direito e das Leis como regras coletivas e abstratas que circunscrevem as relações sociais ao poder e ao Estado, seria necessária a clareza de que os princípios jurídicos estão referidos aos princípios de racionalidade, ou seja, são regimes de verdades que emanam práticas econômicas, culturais, sociais e políticas em um determinado contexto. As legislações e documentos produzidos pelo Estado não podem ser descolados da história que os constituiu e os atravessa.

Outro ponto é: a DUDH e a Constituição são marcos, porém seria exagerado atribuir a elas o poder de mudar a realidade de desigualdades sociais existentes no Brasil ou no mundo.

Mais do que possibilidades de alterações da realidade, elas buscariam ordenar e administrar a vida, sendo (como vimos) sistemas táticos de governo da vida e do corpo social. Governar, a partir do que discutimos, como sinônimo de **administração** dos riscos e não de **eliminação** dos mesmos (FOUCAULT, 2010a).

Até aqui, cartografamos a presença do trabalho como Direito Social na DUDH e na Constituição Brasileira. Em comum, ambos os documentos destacam como a realização de uma atividade laboral e o retorno que dela podemos obter são importantes para o indivíduo tanto a partir de aspectos objetivos (como a obtenção da remuneração), quanto subjetivos (como a sustentação da dignidade e o reconhecimento social). Ambos os aspectos contribuem de forma significativa para o estabelecimento e manutenção de nossa humanidade, de forma que se torna inegável a centralidade do trabalho em nossos laços sociais e nossa arquitetura psíquica e vida mental. Enfim, para o conjunto de nossa existência.

O que o trabalho coloca em xeque é a complexidade da vida e do equilíbrio saúde-doença, bem como a implicação de que aspectos internos e externos ao trabalho colocam ao sujeito que trabalha e à própria atividade de trabalhar, a oportunidade da inventividade das condições e prescrições do trabalho conforme seus anseios e necessidades.

O trabalho, Direito Social, como constituído nos documentos até aqui analisados, indica o reconhecimento jurídico em âmbito internacional e nacional das dimensões e complexidades do trabalho. É a partir dessa constatação que, de Direito Social à emergência como dispositivo de atenção, o trabalho adentrará a legislação de saúde e saúde mental.

### **A Legislação de Saúde: Trabalho como dispositivo de Atenção em Saúde**

Passaremos agora à análise da legislação da saúde, com o objetivo de identificarmos a preocupação com o trabalho (bem como sua conceituação) sob a forma de políticas e diretrizes.

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 é um documento representativo de um amplo processo de redemocratização do país. No âmbito da saúde, a criação e posterior implantação do SUS, também legalmente, garantiu uma democratização da assistência e do cuidado em saúde:

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8080/90 e n. 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. [...] O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (BRASIL, 2013g, p. 01).

Parte crucial dessa democratização do acesso à saúde foi o fim do critério até então vigente de que somente trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e contribuintes da Previdência Social poderiam dispor da assistência. Essa abertura do acesso à saúde promoveu o enfraquecimento de uma *cidadania regulada*<sup>26</sup> (SANTOS, 1979) a que a população brasileira era submetida.

O fim do acesso seletivo da população à saúde compôs uma ampliação do próprio conceito de Saúde. Discussões e mobilizações percorreram o Brasil e outros países da América Latina nas décadas de 1970 e 1980, muito impulsionadas por questionamentos e insatisfações da coletividade quanto às condições sociais, econômicas e políticas. Quanto à saúde, os sistemas até então vigentes (basicamente públicos) se mostravam em descompasso com as necessidades e os anseios da população.

No Brasil, as mobilizações neste momento não eram centradas apenas na saúde em seu modelo de assistência ou em sua estrutura institucional. As movimentações pela saúde eram uma peça na composição de uma batalha mais extensa por outros modos de viver, que mobilizavam e aproximavam segmentos e grupos sociais diversos. Neste cenário, a saúde compreendida como dimensão ampliada da vida começava a se evidenciar.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, formulou o que também ficou conhecido como, justamente, *conceito ampliado* de saúde. Defendia-se o direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas e se chamava a atenção para as condições objetivas de existência (a vida biológica, social e cultural) e para

---

<sup>26</sup> O conceito de cidadania regulada, como já discutido no capítulo 2, refere-se à associação entre a cidadania (através da possibilidade ou não do exercício de direitos sociais, políticos e econômicos) e a inserção formal no mercado de trabalho. Santos (1979), em um cuidadoso estudo sobre o desenvolvimento da cidadania no Brasil, identificou e problematizou como essa relação entre direitos e ocupação profissional era presente no país em décadas passadas.

como o estado de saúde seria revelado por essas formas de vida e de viver (BATISTELLA, 1997; BRASIL, 1986).

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

O Relatório da Conferência de 1986 foi a sustentação para o aprofundamento das discussões sobre a reestruturação do sistema de saúde no país e, poucos anos depois, a Constituição e o SUS foram aprovados.

A saúde como contemplada no texto constitucional de 1988 significou uma conquista social, fruto do amadurecimento do debate político que vinha ocorrendo, ganhando maior solidez em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (ou também chamada Lei 8.080), em que, em oposição à concepção biomédica, as dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades foram resgatadas.

O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 382).

A partir da Constituição de 1988 e do SUS, saúde e trabalho se tornam constitucional e institucionalmente reconhecidos como direitos sociais coletivos garantidos mediante políticas públicas que se compõem e se definem mutuamente. Além disso, ambos passaram também a ser legalmente vistos como componentes da dimensão social da cidadania.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. [...] Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 01).

Assinalamos, pela nossa análise, que a partir de nossa compreensão, a aprovação da Constituição brasileira de 1988 e do SUS inauguram a configuração do trabalho como

dispositivo de saúde. Trazemos o conceito de dispositivo através daquele que o constituiu, Foucault (1986f), que também esclarece sua função metodológica:

Através desse termo [dispositivo] tento demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1986f, p. 244).

A categoria *dispositivo* é uma formação que em determinado momento histórico é estabelecida com uma função estratégica dominante: a de responder uma demanda ou urgência. Dessa forma, é um discurso que sustenta saberes, ao mesmo tempo em que é sustentado por eles, e pode estar localizado no programa de uma instituição, no campo de práticas de uma área de conhecimento, ou na constituição de leis de atenção e intervenção a uma questão ou grupo específico, como é o caso do trabalho como dispositivo de saúde e sua presença em legislações e políticas brasileiras, como aqui discutimos.

O trabalho em sua roupagem de dispositivo de saúde está localizado na ampliação da noção de saúde, bem como na defesa que a Constituição faz de que não haveria saúde sem aproximações e enfrentamentos das complexidades e adversidades do viver em sociedade. E como já discutimos no capítulo primeiro, não há concepção possível que discuta sobre a vida contemporânea sem contemplar o trabalhar.

A política de saúde a partir da década de 1980 preconiza e almeja modificações em ações e relações de atenção e cuidado em saúde, e que nestas mudanças o trabalhar seja estratégia e medida dos processos em sua organização prática, sustentação teórica e técnica, assim como em seus impasses.

A concepção de saúde como a Constituição traz tem o mérito de se propor a olhar a vida de forma mais amplificada do que o biologismo individual anteriormente privilegiado. No entanto, críticos (CAPONI, 1997; BATISTELLA, 1997) fazem ressalvas a ela, apontando que não haveria uma *discussão* quanto ao conceito, mas uma *apresentação*. Esta ausência estimularia uma única dimensão a ser considerada, a socioeconômica, esvaziando os aspectos biológicos e psíquicos. O mesmo teria ocorrido, em comparativo, ao conceito de saúde proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde)<sup>27</sup>, em que a amplitude da atuação

---

<sup>27</sup> “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.” (OMS apud USP, 2013, 01).

poderia contribuir para uma medicalização do social e do sujeito benemérito que nele transita (BATISTELLA, 1997; SEGRE; FERRAZ, 1997). Tais perspectivas encontrariam fortes ecos nas ações de promoção da saúde, como variadas pesquisas e diversas reflexões teriam apontado (TESSER et al, 2013; TESSER, 2006; BYDLOWSKI, 2004; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; CARVALHO 2005).

Caponi (1997; 2001), produzindo uma interlocução entre a definição ampliada de saúde e a obra de Georges Canguilhem, faz o exercício de um outro conceito de saúde, que privilegiaria as contribuições desse autor.

Com formação em Filosofia, foi com o mestrado em Medicina, com o trabalho de sua Tese, que depois constituiria sua mais conhecida obra (“O Normal e o Patológico”), que Canguilhem problematizou a racionalidade das práticas clínicas e dos conceitos que as permeariam. Ele lançou a discussão sobre o que seria a doença e em que ela consistiria, questão crucial em seus estudos ao longo da vida, sendo que em mais de uma oportunidade (1943 e 1963) ministrou cursos universitários na Sorbonne com o sugestivo título de “As normas e o normal” (DAGOGNET, 1998).

Canguilhem (2011) construiu uma ampla reflexão sobre a vida e a saúde a partir de sua positividade, ou seja, deixando de defini-las por suas oposições. Há uma primazia da vida nos estudos do autor. Ele denuncia que as normas e as imposições normativas (mesmo as momentâneas) que enquadrariam os sujeitos nas *condições consideradas saudáveis e adequadas de vida* deveriam ser abandonadas: a vida não deveria ser sujeitada às normas, já que elas seriam produções do próprio movimento da vida. Atentar-se a isso é o desafio que Canguilhem coloca: saúde seria compreendida, então, como “margem de tolerância (ou de segurança), que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (CAPONI, 1997, p. 291).

Tolerar, enfrentar e superar, não de forma adaptativa, mas em um equilíbrio dinâmico, seria a aventura da construção da saúde. Assim como, igualmente, poder desobedecer, poder adoecer e sair do estado patológico, em formas singulares.

Nota-se como a concepção de saúde, proposta por Canguilhem inclui as vivências do sofrimento e da doença. Como categorias de um mesmo conjunto, elas se compõem e não se anulam. *Saúde*, para o autor, abandona a ideia do não adoecimento, tornando-se a capacidade de criar novas normas, novas formas de viver singularmente frente aos imprevistos e variações inerentes às dores cotidianas da vida (e quantas elas não são!), inclusive criando novas formas de adoecer. Assim, ninguém mais do que o próprio sujeito para *saber* e falar

sobre suas vivências de *saúde* e de *doença*, sem polarizá-las, sem colocá-las como valor e contravalor existencial.

Quando um indivíduo começa a se sentir doente, a se dizer doente, a se comportar como doente, ele passou para um outro universo, ele tornou-se um outro homem. A relatividade do normal não deve de nenhuma maneira ser para o médico um estímulo a anular na confusão a distinção do normal e do patológico [...]. Considerado em seu todo, um organismo é 'outro' na doença e não o mesmo em dimensões reduzidas (CANGUILHEM, 2011, p. 165).

Experimentar e criar diante à vida é também ter condições para isso. Sem naturalizar mazelas ou condições de vida desfavoráveis, Caponi (1997) aponta como integrar o conceito de saúde como margem de segurança pode trazer uma demasiada valorização individualista para o fenômeno saúde-doença, ignorando-se os determinantes sociais: “Poderia-se argumentar que ao falar da necessidade de integrar essas infidelidades do meio como um elemento indispensável para tematizar a saúde, se corre o risco de legitimá-las em lugar de combatê-las” (CAPONI, 1997, p. 304).

Na oposição, mais uma vez, a questão da medicalização do social vem à tona. Patologizar e medicar formas de ser e, mais ainda, de *ser em determinados contextos*, tosariam populações em suas estratégias de enfrentamento autônomo das infidelidades do meio. Haveria ainda os riscos do uso de ações no meio social com justificativas terapêuticas, possibilidade de abertura francamente higienista.

Nesse viés, a disposição proposta é a extensão do conceito de Canguilhem para o âmbito social: saúde como tolerância e criação diante das infidelidades do meio (CAPONI 1997; BATISTELLA, 1997).

Ao trazer a perspectiva canguilhemiana para o social, não há como excluir o trabalho desse arranjo. O trabalho envolve relações entre o meio, os pares e os coletivos, com quem se vive e se trabalha. Na experiência-trabalho, os desafios e os embates são inevitáveis, mas são também oportunidades para que sujeitos se constituam e, se apropriando do visto/vivido, desenvolvam diversas e novas formas de ser, viver e trabalhar em diferentes épocas e organizações sociais. Assim, o trabalho é fim (como o da produção de uma obra), mas também é meio (como da produção de experimentações).

Com o empréstimo das problematizações de Canguilhem, em composição com os dizeres de outros autores estudiosos do trabalho (DEJOURS, 1993; 1996; 2004; 2007; JARDIM; LANCMAN, 2009; LANCMAN; UCHIDA, 2013), não há como pensar a atividade laboral como apenas uma questão de adaptação às exigências e normas que o trabalho nos impõem. Nessa perspectiva simplista, o trabalho se torna uma dimensão limitada em que se

abandona toda a composição e virtualidade subjetiva de sua vivência. É a normativa colocada pelo trabalho, mas é também todo o espaço de possibilidade de reinvenção das atividades laborais (normas várias, colocadas/criadas por sujeitos diversos: agentes internos e externos às tarefas), em que o trabalho se destaca como componente *outro* na objetividade do trabalhar.

É o confronto paradoxal da experiência-trabalho (entre o devo *fazer* e o que posso *criar*, e mesmo para alguns: o que devo *criar* e o que possa *fazer*) que o revela único como componente na batalha do processo pela saúde e pela vida, bem como para outros processos.

A possibilidade criadora que o trabalho coloca em voga é de grande relevância para a conquista da saúde: é a apropriação, reapropriação e reinvenção no processo de trabalhar que tira o sujeito de uma relação de passividade, afastando-o do adoecimento.

Dejours (1993) nos lembra que, na relação saúde-trabalho (enquanto componentes de vida, ou enquanto dimensões relacionadas em cada exclusividade de objetivo e momento), mais do que a existência ou não do trabalho, é necessária a indagação: qual trabalho? Brito e Athayde se aprofundam nesta questão:

[...] do ponto de vista da saúde, a questão não é a de trabalhar ou não trabalhar – o que configuraria um falso problema. As questões são outras: trabalhar para quem, para quem, com quem, por quanto tempo, em que horários, com que ferramentas, em que condições e formas de organização, estabelecendo-se os tipos de relação e de encontros. A questão que se apresenta é esta: **que tipo de trabalho?** (BRITO; ATHAYDE, 2011. p. 26, destaque dos autores).

A partir da clareza de que trabalho e saúde se imbricam em uma interdisciplinaridade e que suas efetivações como direitos e como dispositivos de atenção e cuidado são questões de cidadania em sua integralidade e positividade, nos parece que esta tese se destaca ao se propor a se aproximar e cartografar esse processo.

É clara a importância do trabalho como direito social e acompanhamos como essa compreensão fundamenta o trabalho como dispositivo de saúde. Mas, enquanto tarefa necessária, apontamos também como, neste processo, o questionamento (a partir da proposta de Dejours e Brito & Athayde) e as indagações de *que tipo de trabalho?* estão ausentes dos documentos mestres jurídicos.

O ponto que aqui destacamos é de que não basta reconhecer o trabalho como Direito Social, indicar seu protagonismo como estratégia de saúde ou direcionar esforços políticos (como veremos nas próximas páginas) para que atividades de trabalho se concretizem, sem dimensionar ou delinear esse *que tipo de trabalho?* enquanto condição de vida para uma construção mais livre, criativa e positiva do próprio trabalho e, por consequência, da saúde em suas referências da vida e das formas de ações sobre ela.



Saúde não é silêncio, são movimentos, muitas vezes ruidosos (CANGUILHEM, 2011). O trabalho é componente nos movimentos e nos barulhos. Enquadrar ou retirar o dinamismo das discussões que envolvam seus laços são formas de enquadramento e controle existencial. Desta forma, as políticas públicas de saúde, de trabalho, bem como as intersetoriais devem ser o compromisso da ampliação da vida sem, claro, excluir os indivíduos *proprietários das vidas* em questão.

O SUS, sem dúvida, foi e é uma oportunidade do exercício desse compromisso, ao ter sido criado com a proposta de ser um sistema de acesso integral, universal e igualitário de toda população brasileira, exigindo uma reorientação do sistema de saúde até então vigente, que trazia o foco na medicina curativa. Novas políticas de saúde foram construídas, entre as quais as de saúde mental. Ao longo dos anos de existência do SUS, decretos, portarias e publicações diversas de programas, ações e estratégias que atualizaram, alteraram ou revisaram aspectos organizacionais e operacionais do sistema foram publicados na tentativa de acompanhar a afluência da vida. Novas práticas de saúde foram contempladas, marcando enquanto proposta teórico-prática a indissociabilidade entre ações clínicas e ações coletivas de saúde (promoção, prevenção e cuidado). Diversos esforços discursivos e práticos que, em comum, percorrem os objetivos de colocar em sintonia os princípios preconizados pelo SUS, bem como sua consolidação.

### **A articulação Trabalho-Saúde como ato reflexivo-político**

O SUS é resultado de um processo longo e complexo de correlação de forças que envolveram aspectos históricos, políticos e epistemológico, em que a Saúde em sua intersetorialidade e integralidade como princípios constitucionalmente garantidos se tornaram protagonistas.

A intersetorialidade e a integralidade são compreendidas como ações orientadas em distintos eixos que articulam saberes em uma rede integral de atenção em saúde, evitando a fragmentação do cuidado e do olhar sobre o próprio sujeito e sua vida. Neste contexto, a Saúde Mental comporá e aprofundará o enlace entre esses campos, exigindo escritos específicos que dimensionem e norteiem essas relações.

Diante da exposição aqui realizada, acreditamos que a análise da articulação trabalho-saúde é um ato reflexivo-político. Os documentos oficiais, como os materiais aqui analisados, são espaços de emergência dos saberes e das verdades produzidas pelo Estado. Colocar perguntas a eles é impedir que sejam entendidos como dados, e obedientemente acoplados às

formas de viver em sociedade na atualidade. O questionamento abre a possibilidade para efetuar a crítica como resistência, movendo o jogo dos dados para que outras histórias, outros escritos, e outros saberes sejam fomentados, o que faremos nos capítulos seguintes.

## CAPÍTULO 5

### **OS SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA E DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: ASPECTOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO POLÍTICO QUE ARTICULE TRABALHO E SAÚDE**

Nas últimas décadas, tem sido intensa a discussão e o movimento social e político pela identificação, compreensão e propagação da complexidade e pluralidade do campo da saúde mental. Há uma polissemia de saberes, conhecimentos e práticas que se propõem a abarcar a amplitude da vida em suas vastas transversalidades existenciais, desafiando a utilização de qualquer definição de “saúde mental” que contemple satisfatoriamente as integralidades e articulações da vida sem minimizá-las ou enquadrá-las em paradigmas obtusos e definitivos.

Como “campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (AMARANTE, 2007, p. 15), o território da saúde mental foi, e ainda é, dinamicamente composto por forças de diferentes origens, diversos atores e variadas instituições e dispositivos que impactam mudanças nas legislações, políticas, ideários e práticas de assistência, atenção e cuidado relativos ao sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que são impactados por eles.

Certos desse processo, mas claros da necessidade de problematizarmos sua trajetória histórica, neste capítulo cartografamos, a partir da Primeira República até a atualidade, as legislações de assistência psiquiátrica brasileira e as políticas públicas de saúde mental em sua intersecção com a temática trabalho. Tais materiais são analisados enquanto discursos norteadores oficiais e oficiosos sobre a loucura. Discutimos o projeto legal, social e subjetivo que enquadra o doente mental como suposto detentor da loucura. Refletimos ainda sobre como esses escritos de legislações e políticas propõem se colocarem como continência para a amplitude da vida, bem como sobre de que maneira, a partir de que discursos e de que compreensões. Nossa trajetória ao estabelecermos, desconstruirmos e problematizarmos alguns marcos históricos na composição da legislação brasileira em saúde mental, objetiva delinear a forma como a perspectiva integral da vida (em suas composições com as questões da saúde e do trabalho) emergem como efeito discursivo político e social, mas também subjetivo.

## Quem sabe sobre a doença mental?

A apreciação do projeto legislativo brasileiro em suas leis específicas sobre a doença e a saúde mental permite o delineamento de alguns questionamentos que poderiam suscitar diferentes respostas, a partir dos contextos históricos, sociais e políticos que se privilegiassem. Esses questionamentos norteiam o objeto “doença” e o sujeito “doente”, a partir de seus retratos na legislação e nas políticas públicas de saúde mental brasileira: quem detém o saber sobre a loucura? A quem, ou a quais grupos, fica a vestimenta de detenção factual sobre o discurso científico de toda verdade sobre o padecimento e os padecidos mentalmente? De que elementos esses discursos são compostos? Quais objetivos esses discursos se propõe a alcançar?

A *posse* dos ditames sobre a doença mental autoriza a seu detentor uma privilegiada posição de perito do poder normalizador ao definir e guiar o lugar, os limites, as potencialidades e as intervenções cabíveis e possíveis aos desafortunados. A análise da primeira lei brasileira de assistência aos alienados é um significativo reflexo disso.

Aprovado em 22 de dezembro de 1903, o Decreto 1.132 (BRASIL, 1903) é a iniciativa de uma legislação mais abrangente sobre os doentes mentais, tendo por proposição “Reorganizar a assistência aos alienados”. Durante a presidência de Rodrigues Alves (1902-1906), tal decreto foi redigido por João Carlos Teixeira Brandão, que empenhou seus esforços como psiquiatra e como deputado federal para elaborar e promulgar essa lei, que entrou para a história com seu nome.

A história de Teixeira Brandão exemplifica o processo de constituição e fortalecimento da hegemonia psiquiátrica no Brasil, tanto no campo técnico da saúde mental quanto político.

Teixeira Brandão se tornou médico no Rio de Janeiro em 1877, tendo permanecido por um período estudando psiquiatria na França, Alemanha e Itália. Nos anos seguintes ao seu retorno, sua atuação como alienista<sup>28</sup> contribuiu para que fosse responsabilizado por estabelecer os fundamentos da assistência psiquiátrica brasileira, sendo que ocupou a primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas criada no país (na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, hoje componente da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Ele também transitou por variadas posições no Hospício Pedro II, localizado na capital

---

<sup>28</sup>A Psiquiatria, como hoje a conhecemos, nasceu com o nome de Alienismo, terminologia dada por Phillip Pinel. Desta forma, no momento histórico que aqui discutimos, a denominação usual do especialista em alienação mental era alienista.

fluminense (posteriormente chamada de Hospício Nacional dos Alienados): foi facultativo clínico<sup>29</sup> e diretor do Serviço Sanitário. Foi o primeiro diretor geral da Assistência Médico-Legal de Alienados com formação específica em psiquiatria (sendo posteriormente substituído por Juliano Moreira, que permaneceu na posição até 1926) e foi ainda inspetor geral de Assistência a Alienados (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP, 2013; BRANDÃO, 2013). Em sua trajetória pelas diversas posições no organograma do Pedro II, Teixeira Brandão produziu questionamentos e reflexões sobre a estrutura institucional e assistencial do Hospício, que, analisadas, evidenciam o arcabouço médico, jurídico e social da concepção de doença mental na época.

Foi muito particular o contexto em que Teixeira Brandão se tornou e se aprimorou como médico alienista. Foram momentos em que, no Brasil, os espaços destinados aos desvalidos se caracterizavam pelo conflito entre autoridades quanto à responsabilização pela definição/avaliação da carência de cuidado e abrigo aos *loucos de todo gênero*<sup>30</sup>. Com muitas figuras se colocando capazes de avaliar os doentes mentais, uma superlotação das instituições assistenciais se mostrou inevitável. Muitos eram aqueles *auto autorizados* a falarem sobre a loucura, tais como figuras proeminentes da administração pública brasileira<sup>31</sup> e mesmo autoridades consideradas *distintas* (e não necessariamente médicas) das organizações de saúde<sup>32</sup> (TEIXEIRA, 2008).

Diante da questão “quem sabe sobre a loucura?”, identificamos como resposta, neste momento histórico, a pulverização dos saberes pautada pela relação de poder institucional e social estabelecido, ou potencializado, pelo seu detentor (clínicos, provedores institucionais, legisladores, entre outros).

O fato de muitos falarem sobre a loucura evidencia (e reforça) a percepção social de que o Hospício (e anteriormente as enfermarias das Santas Casas de Misericórdia) eram

---

<sup>29</sup> Termo utilizado à época, podendo ter como correspondente atual a posição de professor do ensino superior de uma área de conhecimento específica.

<sup>30</sup> A partir dos apontamentos de Pereira (1999) e Brasil (2003), esclarecemos que na legislação brasileira o termo *loucos de todo gênero* surge pela primeira vez no Código Criminal do Império de 1830 para designar todo indivíduo acometido por doença mental, termo que permaneceu no Código Civil Brasileiro de 1916, sendo totalmente abandonado somente em 2003 com a entrada em vigor de novo Código Civil, introduzido pela Lei n. 10.406, de janeiro de 2002. Nos ordenamentos jurídicos, a expressão tinha a função de auxiliar na composição de parâmetros para identificar os indivíduos com incapacidade (parcial ou total) de responder civil e criminalmente pelos seus atos. Porém, os legisladores divergiram quanto a adequação legal, social e *científica* que o termo teria, levando a alternâncias do uso na prática jurídica das denominações *loucos de todo gênero* e *alienados de qualquer espécie*, o primeiro para designar os mentalmente incompatíveis com o meio social, enquanto que a segunda expressão denominaria os insanos em geral, do qual a loucura seria apenas uma parcela.

<sup>31</sup> Como ministros e legisladores do Império que davam obrigatoriamente autorização prévia aos oriundos de suas províncias para que fossem admitidos aos Hospícios; norma que foi revogada somente em 1854.

<sup>32</sup> Como indica a obrigatoriedade de acenos da admissão de novos pacientes pelos provedores das Santas Casas, que foram válidos até 1862.

espaços de depósitos e caridagens de todo tipo de desafortunados, em um importante (e historicamente recente) papel no sistema de normalização social, como discutido por Foucault (2010b).

Neste final do século XIX, a característica complacência com o louco (visto como alienado de si) foi questionada por Teixeira Brandão, ao mesmo tempo em que ele se levantava pela reestruturação da administração dos asilos, bem como de suas terapêuticas, para que assumissem um discurso considerado mais médico-científico, sobre os quais novos embasamentos legais se constituiriam.

Três pontos são marcantes na ascensão do nascente campo da medicina mental, que o jovem alienista ajudava a delinear: a reformulação da gestão institucional e das sistemáticas de assistência, a adesão a ditames considerados mais científicos na época e os esforços por um delineamento de um arcabouço legal sobre o louco e a loucura.

O próprio Teixeira Brandão relata e avalia o contexto em que se coloca como crítico da situação assistencial diante das enfermidades mentais em livro (BRANDÃO, 1918) que publicou no fim de sua vida, com reflexões sobre os projetos que empenhou e as doutrinas que o guiaram em sua trajetória (MESSAS, 2008):

Assim não acontecia, alguns annos atraz. As autoridades públicas não tinham intervenção no Hospício D. Pedro 2º. Os alienados eram enviados para o asylo de mendigos, na cidade do Rio de Janeiro, ou para as cadeias. Das antigas Províncias, apenas, tres ou quatro tinham estabelecimentos especiaes para alienados. Em regra geral, esses infelizes ficavam ao abandono, ou eram reclusos nas cadeias publicas (BRANDÃO, 1918, p.139).<sup>33</sup>

Dados biográficos (TEIXEIRA, 2008; BRANDÃO, 2013; BRANDÃO 1918), destacam o interesse de Teixeira Brandão pelo alienismo francês, o que seria uma consequência dos anos de formação psiquiátrica realizados na Europa e que teriam permitido ainda uma aproximação da rica cultura francesa. Para Teixeira Brandão, assim como para o discurso do alienismo brasileiro, o alienismo francês e os fundamentos do tratamento moral de Pinel e Esquirol se tornariam referências.

Municiado pelos estudos e análises das práticas e legislações francesas, Teixeira Brandão construiu uma jornada de críticas e denúncias contra a ausência de uma científica asilar brasileira, sendo que naquele momento o parâmetro de cientificidade era o tratamento mental. Entre as apreciações e denúncias das instituições asilares brasileiras realizadas por Brandão estavam a violência imposta aos internos, a ausência de registros estatísticos e

---

<sup>33</sup> Optamos aqui por manter a grafia original dos diversos escritos de época que citamos.

formulação de artigos de disseminação de conhecimentos, o privilégio do abandono dos adoecidos e não da utilização de ciência na assistência aos internos, a ocorrência do que denominou de *doentes enlouquecidos* pelo Hospício ou pelo hospital da Santa Casa.

Como mudanças necessárias ao asilo, Teixeira Brandão destacou três ordenações: a laicização do Hospício com o interdito do controle religioso na definição das ações terapêuticas, a autoridade médica assumindo a gestão institucional e organizativa dos asilos e a criação de uma legislação específica sobre os alienados. Sobre esse último ponto houve também a sugestão por parte de Brandão de que a Lei Francesa de 30 de junho de 1838<sup>34</sup> fosse um modelo.

Até 1920, Teixeira Brandão exerceu dois mandatos como deputado federal (1903-1911 e 1915-1920), assumindo a posição de relator da Comissão de Saúde do Congresso. Elaborou o Projeto de Lei (PL) 1.132, aprovado em dezembro de 1903, em que o anseio de proximidade ao modelo francês é vigorosamente atendido. Apesar do importante papel na história da psiquiatrização dos alienados no Brasil, naquele momento, o principal representante do movimento alienista brasileiro era Juliano Moreira e não, Teixeira Brandão.

Como primeira lei geral brasileira de jurisprudência específica sobre a alienação e os alienados, conforme nossas análises, ela inaugura um novo olhar sobre a loucura e os dispositivos que gravitam sobre ela, chamando o Estado a um lugar intervencionista diante da questão da doença e do doente mental.

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. § 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação. [...]  
Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular (BRASIL, 1903, p. 01).

Opera-se uma reorganização da instituição asilar para atender aos norteadores científicos da época, que são conclamados pela citada legislação. A dessimetria entre as variadas figuras médicas, administrativas e de autoridade pública é revogada. Os arbítrios policiaescos, religiosos e sociais direcionados aos insanos e desafortunados são enquadrados e submetidos ao novo senhor do castelo: o alienista.

---

<sup>34</sup> Identificada como determinante no assentamento da relação entre psiquiatria, justiça e Estado, a Lei francesa de 1838 foi, no mundo, a primeira importante medida legislativa ao reconhecer o direito à assistência dos alienados, além de idealizar os asilos (que posteriormente viriam a ser chamados de Hospitais Psiquiátricos). Em uma perspectiva crítica, essa Lei coloca sobre a loucura vestes de doença, ao mesmo tempo em que estabelece alguns parâmetros de medicalização (CASTEL, 1991; BRITTO, 2004).

Art. 13. Todo hospicio, asylo ou casa de saude, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições: 1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento; 2ª instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre; 3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da molestia de que soffram; 4ª offerecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos (BRASIL, 1903, p. 02).

O alienista se torna a figura central no modelo de assistência psiquiátrico brasileiro, sendo legalmente legitimado e garantido seu lugar físico de atuação (os asilos) e sua posição de perito detentor de toda verdade sobre a loucura, gestor da vida e da morte dos indivíduos adoecidos mentalmente.

Se lembrarmos das críticas provocadas por Teixeira Brandão diante da falta de cientificidade, dos maus-tratos e situações de abandono dos pacientes asilados, não podemos deixar de destacar a perspectiva de que, se alienista-deputado denunciava os sequestros praticados pelas autoridades não médicas e pelas instituições disciplinares diversas, a partir do Decreto de 1903, a Psiquiatria se torna a única legitimada para produzir os seus sequestros ao tornar o arbítrio dos enclausuramentos não arbítrio (PORTOCARRERO, 2002). Ao mesmo tempo, essa Psiquiatria também assume uma função de intervencionista e saneadora social: responsabilizando-se pelos loucos, ela realiza uma defesa da coletividade, contribuindo com a higienização das cidades e das famílias, ao mesmo tempo em que reforça o princípio de liberdade individual que o Ideário Republicano conclamava naquele momento.

O que convém é que a lei impeça as seqüestrações arbitrárias, que não permita a reclusão senão depois das provas documentadas da molestia, impossibilitando dessa arte as fraudes e as violencias contra a liberdade individual sob o pretexto de uma moléstia que, na realidade, não existe. O que compete á autoridade é ter sob sua jurisdição todos os estabelecimentos onde houver alienados para tornar effectiva e eficaz a protecção de que carecem (BRANDÃO, 1918, p.147).

Os primeiros anos do século passado, no Brasil, foram marcados por mudanças e redefinições várias na sociedade e nos grupos sociais. O Estado, chamado a intervir e transformar esses meios, reconhece necessidades de regulamentações, como a questão da doença mental, sendo que a partir de 1903 este Estado trará oficialmente a alienação mental para o âmbito de sua competência.



Art. 12. O Ministro da Justiça e Negocios Interiores, por intermedio de uma comissão composta, em cada Estado e no Districto Federal, do procurador da Republica, do curador de orphãos e de um profissional de reconhecida competencia, designado pelo Governo, fará a suprema inspecção de todos os estabelecimentos de alienados, publicos e particulares, existentes no paiz. [...] Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saude destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministerio do Interior ou aos presidentes ou governadores dos Estados a devida autorização (BRASIL, 1903, p. 02).

O decreto em questão é também revelador da instauração de uma cidadania dos internos que se torna tutelada pelos alienistas, positivados como elos que ligam os pacientes à sociedade. Os loucos, negativados quanto à posição de conhecedores de si, são também esvaziados quanto à capacidade de além, de gerir suas vidas, gerir seus bens. Ações essas, guiadas pelo mantra de *proteção* desempenhada pelos alienistas e pela instituição asilar daqueles que a carecem, ou seja, os loucos.

A psiquiatrização do louco responde ao chamado de um processo de normalização dos doentes mentais, que se fortalecerá por meio desta primeira representante de uma legislação psiquiátrica, que articula:

[...] um código teórico (as nosografias), uma tecnologia de intervenção (terapia), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (médicos) e um estatuto do usuário (menoridade do alienado), além dos pagantes, promotores, pedintes (PORTOCARRERO, 2002, p. 98).

Os processos de normalização são regimes de poder que se constituem pela elaboração de sistemas de distribuição e correção de indivíduos, objetivando homogeneizá-los a partir de um modelo de referência (uma norma). Esses processos são substancializados em técnicas e estratégias de estabelecimento de limites e enquadramentos, por isso então serem denominados de normalização. Compostos de significativa amplitude, os dispositivos de normalização são instâncias produtoras do *deve ser* de indivíduos e grupos, que são essencializados, substancializados e naturalizados, pleitos dos quais fazem parte instituições (que se tornam aparelhos de governo) como escolas, prisões, fábricas e hospitais, como os psiquiátricos, assim como nascentes disciplinas (que são conjuntos de saberes), como a demografia, a estatística, a economia política e a medicina social (FOUCAULT, 2010b).

Com a emergência dos Estados modernos e do capitalismo, a gestão da vida e das populações (e não da morte, como nas sociedades de soberania) demanda esforços. Táticas são criadas e articuladas para colocar limites em uma sociedade em que os corpos ganham valor e visibilidade, sendo necessário garanti-los, controlá-los e administrá-los, para que a

própria sociedade moderna tenha sua existência assegurada. A essa tecnologia de poder, Foucault (2010a) denominou biopolítica.

Tendo o corpo como objeto e a normalização como objetivo, os dispositivos biopolíticos de governo da vida não acontecem fora do campo político, pelo contrário. Um novo regime de forças de relações entre Estado e indivíduos é destacado por Foucault (2010a) como sendo extremamente presente, ainda mais quando em momentos em que a interferência político estatal no social é mais do que necessária; é uma das táticas criadas:

[A] teoria do governo não se trata de impor uma lei aos homens, mas de dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas. Fazer, por vários meios, com que determinados fins possam ser atingidos. Isto assinala uma ruptura importante: enquanto a finalidade da soberania é ela mesma, e seus instrumentos têm a forma de lei, a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, deve ser procurada na perfeição, na intensificação dos processos que ele dirige e os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos por leis, são táticas diversas (FOUCAULT, 1986g, p.284).

A ação estatal tomada por uma racionalidade foca o bem-estar da sociedade, ao mesmo tempo em que se propõe a promover a felicidade das pessoas. Nesse contexto, podemos afirmar que a prática do governo, por meio de intervenções, fomentará o surgimento de legislações e políticas públicas no ocidente a partir do século XIX.

Como potencializador da vida e do viver, a saúde (e em seu universo, a saúde mental) ganha destaque e o arcabouço jurídico e legal alimentará essa posição, além de se constituir igualmente como respostas às demandas sociais, regulamentando os corpos e os fenômenos coletivos. A partir disto, a discussão que aqui promovemos assume o sentido crítico de que a ação estatal no social, por meio das legislações e políticas, cumpre um papel de patologizar e medicar esse social.

Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social (HORA, 2006<sup>35</sup>).

A função de medicalização social da primeira legislação geral brasileira de jurisprudência específica sobre a assistência psiquiátrica pode ser identificada a partir de alguns elementos presentes e ausentes em suas resoluções.

---

<sup>35</sup> O trecho aqui citado é de um verbete que compõe um Glossário editado no formato cd-rom, logo não apresenta paginação.

A direta preocupação com a manutenção do social e das populações é localizada logo no 1º. artigo do decreto de 1903, quando este sanciona que “O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903, p. 01). Nota-se que o arranjo social é prioridade, justificando o ineditismo da deliberação do decreto, que é reorganizar a assistência a alienados, e exigindo também o esforço em metrificar a questão, que se localiza nas repetitivas solicitações de quantificações sobre os enfermos e no detalhamento utilitário organizativo das instituições psiquiátricas:

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular. § 1º No primeiro caso, a autoridade juntará á requisição: a) uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, domicilio, signaes physicos e physiomicos do individuo suspeito da alienação, ou a sua photographia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa colligir e façam certa a identidade do enfermo; b) uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possivel, de attestados medicos affirmativos da molestia mental; c) o laudo do exame medico-legal, feito pelos peritos da Policia, quando seja esta a requisitante (BRASIL, 1903, p. 01).

Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saude destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministerio do Interior ou aos presidentes ou governadores dos Estados a devida autorização. Art. 15. O requerente annexará á sua petição: 1º documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimento estão nas condições do art. 13; 2º o regulamento interno da casa de saude; 3º declaração do numero de doentes que pretenda receber; 4º declaração de receber ou não o estabelecimento apenas alienados, e de ser, no ultimo caso, o local reservado a estes inteiramente separado do destinado aos outros doentes (BRASIL, 1903, p. 02-3).

A exigência do levantamento de informações sobre o interno, sua vida e sua doença alimentam o campo de visibilidade que o doente mental adentra legalmente. Sua vida, mas não sua existência, visto que, apesar de solicitar dados que poderiam denotar um interesse por sua particularidade, o mesmo decreto em nenhum momento lança qualquer iniciativa de dar voz ao alienado: o administrador do asilo assume funções, o juiz de direito, os peritos de polícia e o Ministro de Justiça são citados e, claro, o alienista fica na função de diretor do Hospício, não havendo discurso possível ou autorizado ao sujeito adoecido, que tem sua fala e sua imagem individualizadas para fins de sequestro (já que sua fotografia podia ser tirada quando no momento de internação). Sua única colocação verbal possível é a de “reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade.” (BRASIL, 1903, p. 02), ou seja, de dar manutenção a sua posição. E sobre essa posição não podemos deixar de destacar que, apesar dos discursos de cientificidade na

assistência psiquiátrica ofertada, nota-se no primeiro trecho acima o uso do termo *detenção*, o que é sintomático, visto ao que aqui discutimos.

Sobre o olhar e a valorização da vida dos indivíduos adoecidos de forma mais ampliada, parece haver um jogo de “bate-afaga”. A vida que ganha visibilidade tem a função de fomentar indicativos de uma existência indigna e infame. Tanto que a assistência hospitalar esboçada pelo Decreto não faz qualquer menção a tratamentos e ações extra-hospitalares: *a vida se amplia ao máximo*, mas até o limite do Hospital Psiquiátrico. Especificamente sobre a temática trabalho, esta se restringe à solicitação de poucos dados profissionais quando da internação do indivíduo adoecido, como que em uma quase burocrática informação no montante levantado.

Para nossas discussões, a principal consideração a ser feita desta lei é justamente uma lacuna. Ao longo de todo o Decreto 1.132/1903 fala-se em alienação, em moléstia mental, considerada como podendo ser de origem congênita ou adquirida; o indivíduo considerado adoecido é nomeado como enfermo mental, alienado. Porém, em nenhuma resolução há qualquer esclarecimento ou definição rígida do que seria a alienação ou uma proposta de semiologia dos alienados mentais. Mesmo tratando-se de um documento jurídico, reforçamos o fato de um médico psiquiatra ter participado da redação e aprovação do decreto; logo, o impedimento legal em debruçar-se mais atentamente sobre a questão mental, sua caracterização e delineamento, não se justifica. Inclusive, a partir de nosso ponto de vista, essa dificuldade se acentua conforme a complexidade da loucura passa a alimentar de forma mais intensa o direito brasileiro; como exemplo, citamos o Código Civil de 1916 (revogado totalmente somente em 2002), que trazia a ampla, e insuficiente, denominação “loucos de todo gênero” (BRASIL, 1916, p. 03).

As condições assistenciais e jurídicas de proteção integral aos alienados mentais proclamados pelo Decreto 1.132/1903 são progressistas e modernas para a época e, em certa medida, também para os dias de hoje. Questões com discussões controversas nos últimos anos sobre as ações de cuidado e atenção em saúde mental em consonância com a liberdade individual dos indivíduos mentalmente adoecidos estão presentes na legislação: a regulamentação da internação psiquiátrica e o estabelecimento de critérios para impedir internações ilegítimas, a necessidade da atenção integral ao doente mental (mesmo com um integral bem limitado), o estabelecimento de ordenamento e garantias dos bens dos doentes e de sua capacidade civil, a presença estatal no cuidado em saúde mental (fiscalizando e intervindo nas situações e instituições específicas). Liberdade individual, garantias legais dos enfermos, proteção social, bem-estar e qualidade de vida em situação de adoecimento são

princípios sustentados ou esboçados no documento de 1903 que muito se aproximam das contemporâneas assimilações dos direitos humanos, como discutimos no capítulo quarto.

Nas décadas seguintes, poucas alterações ocorreram na legislação direcionada à questão mental. Em julho de 1934, o Decreto de 1903 é revogado pelo Decreto 24.559, que “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos (além de) outras providências” (BRASIL, 1934, p.01).

No mesmo ano de 1934 também foi noticiada uma nova Constituição Federal Brasileira, em substituição à de 1891. Foram anos de movimentação revolucionária e política, com a Revolução de 1930, a Revolução Constitucionalista de 1932 e o Governo Provisório de Getúlio Vargas (1930-1934) se tornando Governo Constitucionalista (1934-1937). No âmbito da assistência psiquiátrica, foi destaque a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1923, no Rio de Janeiro.

Ao dispor sobre a assistência psiquiátrica, o Decreto 24.559/1934 estabeleceu o seguinte:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim: a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal ; b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial. [...] Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social (BRASIL, 1934, p. 01).

Cabe esclarecermos que em 1927 outro decreto havia proferido alterações no ordenamento jurídico quanto às denominações dadas aos doentes mentais, fazendo distinção entre “psicopata, todo doente mental e alienado”. (BRASIL, 1927, p. 28). O termo *psicopata* passou a designar todo aquele com perturbação mental, porém sem comportamento antissocial. O *alienado* era o doente mental perigoso, sujeito à incapacidade civil e penal, cuja internação era compulsória (BRASIL, 1927).

Se a internação era obrigatória aos alienados, aos demais doentes mentais, como “os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos” (BRASIL, 1934, p. 03), medidas de profilaxia mental e higiene social ampliavam tão intensamente o escopo de aspectos relevantes e indicativos de necessidade de assistência psiquiátrica, que eram poucos aqueles categorizados como enfermos mentais (ou indivíduos suspeitos) que não experimentavam a clausura institucional ao longo de sua vida, ação que foi juridicamente facilitada. Dessa forma, a legislação de 1934 decreta o modelo assistencial psiquiátrico

brasileiro como sendo centralizado e hospitalocêntrico, ao mesmo tempo em que reafirma a incapacidade do doente mental e consolida o psiquiatra como perito da loucura, ambos os aspectos já trazidos pelo documento de 1903.

A produção de tecnologias para que o Estado operasse seu projeto de promoção do bem-estar social necessitava da identificação de parcelas vulneráveis da população. Eram segmentos a serem trabalhados, guiados, estimulados e orientados a seguirem caminhos considerados saudáveis e moralmente desejáveis. Moral do dever, do “deve ser” normalizado que se sofisticava em uma cada vez mais eficiente regulação utilitária da vida: se a base da biopolítica está nas normas, são as anormalidades que devem ser gerenciadas em processos de recuperação, reabilitação e ressocialização (FOUCAULT, 2008a; 2010a).

A racionalidade política do Estado se faz presente no Decreto 24.559/1934, que, conforme nossas reflexões, é influenciada por três importantes aspectos que se casam nesse documento. O primeiro é o contexto social, quando, a partir da Revolução de 1930 e do início da Era Vargas, o país inicia um período histórico marcado pelo nacionalismo e ações de nacionalização dos indivíduos, bem como de restrição às liberdades individuais, autoritarismo e centralidade do poder nas relações políticas em um Estado totalitário e corporativo. A chegada ao Brasil da ideologia nazifacista incrementa ainda mais esses aspectos (FAUSTO, 2012).

Como segundo contribuinte, observamos como, a partir da década de 1930, a Psiquiatria Brasileira lentamente se afasta do modelo do alienismo francês, aproximando-se do pensamento alemão, tendo como grande representante do discurso teórico o nome de Emil Kraepelin, fundamentado no ideário eugenista que compunha um modelo de higiene mental de valorização do organicismo e com argumentações pautadas em características étnicas, sociais e políticas marcadas pelo racismo e xenofobismo<sup>36</sup>. As novas linhas de força produziram no país uma releitura do fenômeno da loucura por parte dos psiquiatras (BIRMAN, 2010; COSTA, 2007).

---

<sup>36</sup> Birman (2010) nos esclarece o olhar de Kraepelin sobre a questão da doença mental: “A leitura positivista e cientificista sobre o campo da loucura, no paradigma fundamentalmente organicista delineado por Kraepelin, estaria portanto intimamente articulada à regulação e ao controle ostensivo do campo da periculosidade social nela implicado. No que diz respeito a essa questão, aliás, não existiria a exterioridade de um desses aspectos em relação ao outro, uma vez que a 'governabilidade' sobre o campo da loucura passaria necessariamente, a partir de então, pela leitura cientificista do campo dos anormais. Por isso mesmo, não existiriam mais fronteiras cortantes e bem estabelecidas para o registro da constituição no discurso psiquiátrico com um território bem delimitado, mas sim bordas sempre fluidas que possibilitariam a expansão infinita do campo da leitura psiquiátrica, no intuito de afrontar a periculosidade do social” (p. 353-4).

Como terceiro componente, temos a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que nas décadas de 1920 e 1930 sustentou o ideário psiquiátrico preventivista no Brasil. Fundada no Rio de Janeiro em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a LBHM teve como objetivo inicial “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2007, p. 45). Para isso visavam à prevenção, à eugenia, e à educação moral e mental. Ao longo de anos, os membros da Liga, que eram quase que exclusivamente psiquiatras responsáveis por serviços psiquiátricos, foram responsáveis por produzir uma conversa (às vezes próxima, às vezes mais distante) entre prática e teoria em assistência mental. Serviços de aperfeiçoamento profissional psiquiátrico foram instalados, um Ambulatório de profilaxia das doenças mentais foi criado, monitores de higiene mental foram constituídos, estatutos foram formulados e reformulados. Para o âmbito das nossas discussões neste texto, destacamos como a fundamental contribuição da LBHM as concepções de prevenção psiquiátrica semelhantes às de prevenção orgânica, ou seja, de valorização das ações pré-patogênicas. Nessa nova perspectiva para a época, a saúde mental se torna objetivo e alvo das ações, e não mais a doença mental; assim se passou a buscar a prevenção (e posteriormente também a promoção em saúde) e não mais a cura (COSTA, 2007).

Em um contexto marcado pelo extremo acompanhamento e julgamento das questões individuais e grupais, e na forma como estas poderiam interferir em um coletivo maior (o terreno social), a composição do Decreto 24.559/1934 reflete a prevenção assumindo a posição de tecnologia principal em uma sociedade policialesca, em que a potencialidade do risco passa a ser uma preocupação eugenista. Risco que se traduzia em periculosidade social identificada em considerações de raças inferiores, indivíduos incapazes e comportamentos condenáveis que poderiam ameaçar ao rebaixamento físico e mental gerações futuras. Os psiquiatras, através da voz da Liga Brasileira de Higiene Mental e municiados pelo momento histórico, faziam apelos e pressões para ações e intervenções políticas estatais que pudessem solucionar essas questões identificadas, a partir de então, como psiquiátricas.

“A medicina mental ratificou em sua definição de doença mental a equação doente mental-perigo social. Sendo assim, a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar a sua presença.” (AMARANTE et al., 2000, p. 189). Se loucura e periculosidade se tornam diretamente relacionadas, o tratamento psiquiátrico assume posição de punição.

Nominações como “psicopatas”, “toxicômanos”, “intoxicados habituais”, “menores anormais” e “indivíduos suspeitos” são utilizadas como denominações aos doentes, enquanto terminologias como “contágio mental” e “suspeitas de afecção mental” fundamentam

argumentações de reclusão ou de manutenção dela (BRASIL, 1934). Incapacitados diante dos atos e da vida civil, aos adoecidos mentalmente restava o saber instituído pela psiquiatria e o poder exercido pela instituição psiquiátrica, posições sacramentadas pela letra jurídica, que os colocavam como despossuídos de razão e de cidadania, já que essa última em especial seria privilégio dos normais (CANABRAVA, 2010). Aos loucos era destinado a reclusão do corpo físico e jurídico.

Comparativamente ao Decreto de 1903, este de 1934 apresentava novas menções e nominalidades do doente mental. Muitas eram as possibilidades para denominações aos loucos, muitas eram também as características dos comportamentos desviantes. Em nossa compreensão, começa um ensaio de ampliar o olhar sobre a doença mental, e por isso a construção de listagens de aspectos a serem avaliados, anotados e atentados era necessária. Talvez, em uma perspectiva otimista, em uma particular e silenciosa percepção da psiquiatria de que nem toda loucura cabia em poucas caixas de saberes e verdades.

Desta forma, presenciamos, neste decreto, o reabastecimento do discurso jurídico a partir da sofisticação dos critérios e condições da doença mental, que levaram ao refinamento do tratar e do curar. Era o efeito conjugado de forças sociais, políticas e médicas, em um movimento de adequação da tecnologia de poder, como Foucault (2004) sinaliza como sendo possível. Além disso, também identificamos nesse aspecto uma ainda arcaica abertura para a integralidade da existência do doente e da doença, porém com interesse pautado pela profilaxia.

Quanto ao modelo assistencial disposto, o decreto o centraliza na instituição hospitalar, mas estabelece três regimes de internação, que são, a nosso ver, assistenciais e terapêuticos: o que denomina de estabelecimento psiquiátrico de regime aberto, fechado ou misto. Uma análise dos critérios de encaminhamento dos pacientes para cada modalidade de acolhimento institucional demonstra diferentes perspectivas de um mesmo foco e preocupação: a periculosidade. Aos doentes que não recusem a internação, o destino era o regime aberto. Aos que se mostrassem perigosos, com risco de fuga ou fossem encaminhados por ordem judicial, o lugar definido seria o do regime fechado. Aos que apresentassem suspeitas de doença mental, o regime aberto o receberia até a internação definitiva após comprovação da condição. Observa-se que, como já discutimos, a noção de periculosidade se alarga. A avaliação de sua factualidade ou de sua potencialidade permite que uma variedade de comportamentos fossem rotulados como alvos a serem contidos. A própria legislação trazia palavras dúbias e pouco esclarecedoras sobre esses indicativos definidores dos regimes a serem encaminhados. São expressões citadas e não definidas, como “ofender a moral”,



“medidas para benefícios dos psicopatas”, “pessoa idônea moral e profissionalmente”, “psicopata crônico, tranquilo”, entre outros.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.  
Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento (BRASIL, 1934, p. 03).

Para Foucault (1996), a noção de periculosidade é evidência analisadora da emergência da norma, em que, mais do que o fato ou o ato, interessa o possível. Identificar a potência do perigo “significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 1996, p. 85).

O documento de 1934, assim como o de 1903, discursa sobre o espaço doméstico e familiar em dois momentos: para a solicitação de internação e alta de um indivíduo, o que poderia ser feito por cônjuge, pai, filho ou parente até 4º grau; outra situação era quando se admitia a possibilidade de que o doente permanecesse no círculo familiar diante das capacidades de que este lar pudesse suprir as necessidades de cuidado psiquiátrico. Evidenciando mais uma contradição do processo de normalização a que a legislação se presta em seu ideário: a família, outrora protegida dos perigos da loucura pela retirada do doente mental para o espaço asilar, agora era restabelecida em uma nova função na assistência ao louco e na promoção da saúde mental (ou no restabelecimento desta).

A valorização do espaço familiar e do que, naquele momento histórico, se entendia como moralmente fundamental era a família social e psiquiatricamente “respeitável”. Condições que se traduziam também no que o Estado e os profissionais médicos denominavam de Assistência Familiar.

Art. 3. § 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados. [...]  
Art. 8º Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar (BRASIL, 1934, p. 02-03).

A Assistência Familiar, surgida nos anos de 1930, se caracterizava pela assistência psiquiátrica dos insanos realizada na própria família (denominada assistência homofamiliar),

ou em outras famílias orquestradas para esse fim e residentes em moradias na periferia do manicômio, que eram capacitadas para tal função (chamada de assistência heterofamiliar). Uma publicação de 1931, objetivando divulgar informações técnicas aos profissionais médicos-psiquiatras, esclarecia a racionalização desta sistemática.

A assistência homo familiar conviria [...] aos debeis não educaveis e aos dementes, acrescentando, porém, (que) [...] a assistência na familia dos doentes não logrou exito na Italia. A assistência nas familias estranhas, educadas especialmente pelos psiquiatras, estabelecidas na periferia de um manicomio, constitue uma obra de higiene de grande alcance, pois não só atenua a sorte dos psicopatas, mas tambem forma uma transição entre a cura e a volta á sociedade (REZENDE, 1931, p. 133).

Apesar de progressista, tais colocações de inclusão da categoria família nos escritos jurídicos não deixam de exalar também ares normalizadores, quando, mesmo dando aos mais próximos ao doente (por laços biológicos ou por convivência) a abertura de envolvimento e participação com o sofrimento do ente, essa participação é disciplinada.

As famílias consanguíneas ficavam restritas somente a duas instâncias: o início e o fim da internação. Aspecto que não surpreende diante da valorização e do sinônimo que o tratamento psiquiátrico tinha naquelas décadas, a saber, a clausura institucional. Outro ponto era o discurso patriarcal, quando do grupo familiar biológico colocado como juridicamente autorizado estão primordialmente citados figuras masculinos: o pai e os filhos, e em caso de mulheres, o marido.

Não deixa de ser curiosa como o acima referido material de Rezende (1931) desqualifica as práticas discursas e assistenciais da psiquiatria italiana (seria essa uma antecipação crítica da Reforma Psiquiátrica Italiana?), ao mesmo tempo em que eleva as experiências de outros países, sendo a Alemanha o principal deles, onde os pacientes eram entregues às famílias dos enfermeiros dos Hospitais, como em uma continuidade profissional.

A instauração e treinamento de outras famílias (que a legislação chama de “famílias estranhas” ao doente) evidencia o segmento privilegiado a que a instituição familiar foi promovida naquele contexto, como capaz de reverter ou minimizar os desvios de insanos específicos, como os débeis, esquizofrênicos “calmos” e depressivos. O mesmo documento cita como a família poderia *treinar a vida normal* aos convalescentes, influenciando positivamente através do amor e do carinho (REZENDE, 1931), em uma visão de repotencialização das habilidades sociais dos indivíduos doentes, trazendo-as para a norma, para a medida estabelecida.

Juliano Moreira sintetiza muito bem a múltipla função da assistência familiar naquele momento histórico:

Para uma porção bastante considerável de alienados carecendo de assistência e que podem ser submetidos a esse tratamento, a assistência familiar representa a forma mais natural, mais livre, a melhor e a menos despendiosa de cuidar dos enfermos e constitui, além disso, para um grande número deles um factor terapêutico importante (MOREIRA, 1906, p. 28).

Autores contemporâneos (VENÂNCIO, 2007; LAMB, 1990) sinalizam como essa medida assistencial familiar tentava conter uma preocupação que se elevaria consideravelmente nas décadas seguintes: a superlotação e os elevados custos de manutenção dos hospitais psiquiátricos. Os doentes encaminhados para as famílias ou heterofamílias significavam um raro alívio no número de internos, já que muitos eram aqueles internados e poucos, aqueles *curados* e devolvidos ao convívio da sociedade.

A assistência familiar, em especial a heterofamiliar, contribuiu para a formulação do modelo institucional das Colônias de Alienados, que mais tarde configurariam os Asilos-Colônias ou Hospitais-Colônias. No Brasil, o exemplo mais representativo dessa sistemática foi a Colônia Juliano Moreira fundada na área rural de Jacarepaguá (RJ) em 1924 (VENÂNCIO, 2011). Em São Paulo, na cidade de Franco da Rocha, a Colônia do Juquery chegou a ter 16 mil internos entre os anos de 1940 e 1950 (AMARANTE, 2007).

Como microssociedades, as Colônias eram espaços organizativos de convívio e afetos controlados, livres dos excessos e dos males da vida urbana, em conformidade com os auspícios do Tratamento Moral pineliano. No virtuosismo da vida rural, a dedicação ao trabalho (em especial o braçal) era visto como um empreendimento curativo que, com o passar dos anos, passou a ser especialmente indicado aos pacientes incuráveis. Com internação permanente, os incuráveis tinham a riqueza econômica de seus trabalhos garantindo seu sustento, e a riqueza vincular da assistência heterofamiliar garantindo sua bagagem moral.

Na modernidade, no plano social e cultural, a família passou a ser percebida como segmento privilegiado da população, passando a ser taticamente instrumentalizada, assim como outras instituições. Traçada pela concepção naturalizada de família burguesa, ela também passou a ser tutelada pelo Estado por meio de ações e políticas disciplinares colocadas como responsabilidade do grupo familiar, em um contribuinte ao processo de medicalização social. No planejamento e construção dessas ações e políticas, o suporte afetivo familiar era estabelecido como natural, as funções familiares eram reordenadas; os papéis cultural e socialmente construídos se encontram em um núcleo casal-filhos, que ficam refugiados em um lar higienizado.

A relação unidirecional entre Estado e famílias se intensificou nas décadas seguintes aos anos de 1934, com a concepção de todo um arcabouço direcionado à gestão do espaço doméstico e familiar, como a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as publicações do UNICEF (da sigla em inglês para Fundo das Nações Unidas para a Infância) (FOUCAULT, 1986a; CASTEL, 1981).

De acordo com Foucault (2004a), as relações de poder podem ser olhadas a partir de um prisma flutuante. Não haveria uma gênese do poder a ser localizada, ou um grupo possuidor e outro destituído do poder. Em uma correlação de formas e conteúdos, as conexões e configurações de poder mobilizam forças que podem reelaborar o mapa das relações. O poder relacional, flutuante, constitui uma rede que articula dispositivos que são móveis e plurais e se configuram em micro e macropoderes produtores de discursos, de modos de pensar e viver, de subjetivação e de instituições. No campo jurídico ou nas ações estatais, Foucault (2004a) resiste à ideia de um poder soberano, negativamente homogêneo e unicamente opressor, afirmando haver também uma positividade, uma produtividade. Quando, por exemplo, se constroem novos saberes ou ampliam outros para darem conta de contradições emergentes do movimento social, político e histórico.

Os arranjos e rearranjos entre Estado - doentes mentais - grupo familiar e entre Estado - doentes mentais - vida ampliada - trabalho podem ser pensados nessa perspectiva apresentada por Foucault. Não há os destituídos ou os fortalecidos, há personagens compondo, participando da encenação do mesmo roteiro teatral.

No âmbito político, estrategicamente o poder capilarmente se dissemina pelos escritos jurídicos, legislações e documentos de políticas públicas, onde se constituem em um operador de exercício do poder e disciplinarização da vida e da sociedade, ao afirmarem estes como positivamente e por determinarem um lugar de saber para a população a que fala.

Agamben (2004) nos alerta sobre como na biopolítica a vida como objeto político e problema de Estado, pode ser ampliada ou ameaçada. Uma política de gestão da vida cria inimigos, identifica a categoria *perigo* em existências colocadas sob lupas em que a política é substituída pela polícia. A vida indigna seria subtraída de valor, minimizada e anulada, ou colocada em suspensão. Dessa forma, o Estado que em discurso e ação se coloca como promotor e protetor da vida em sociedade, produz as maiores violações de direitos. Como exemplos entre outros possíveis, temos as recentes ações policiais da área da *Cracolândia* na cidade de São Paulo em janeiro de 2012, e depois novamente em janeiro de 2014.

As legislações psiquiátricas brasileiras de 1930 e 1934 são exemplos de exercícios de formas oficiais de governo de indivíduos e grupo, narrando o corpo-biológico da

loucura. Mais do que a assistência psiquiátrica, os documentos proferem o bom controle e a modelagem da vida a um modelo histórico e cientificamente bem específico de sociedade. Dessa forma, são monumentos de normalização de uma polícia discursiva imposta aos corpos fugídios que, insistentes em desobedecer ao discurso-verdade traçado e proferido, são medicalizados para retornarem para a norma, para voltarem a ser obedientes ao poder.

Novamente, com o questionamento “quem sabe sobre a loucura?”, as possibilidades de respostas perfazem uma certeza: com a legislação de 1934, o alienista-psiquiatra ainda detém muito do *saber sobre*, mas destacada mesmo é a identificação, não de quem sabe, mas de quem é posicionado sobre total esvaziamento e negatividade: o doente mental, o louco. Se ao profissional da psiquiatria todo o saber é possível, ao louco todo saber é destituído.

Entre a positividade absoluta e a negatividade instaurada, lembremos como a resistência também é parte constitutiva de toda relação de poder, sendo ela o anúncio de descontentamentos e o combustível para a busca por espaços de exercício de liberdade política e existencial. No âmbito da legislação psiquiátrica e das políticas em saúde mental, algumas décadas (desde os anos de 1930) se passaram antes que uma maior *liberdade* ao louco pudesse ser experimentada e juridicamente *autorizada*.

### **Quem sabe sobre a saúde mental?**

Vimos como o pensamento preventivista provocou uma nova configuração na assistência psiquiátrica brasileira que se iniciou ao longo da década de 1930, com a demarcação de um novo espaço de atuação em substituição ao da doença mental. Esse novo território era a saúde mental, em que, além da prevenção, a promoção em saúde se mostrou como uma importante estratégia de intervenção nas causas e no surgimento da questão mental (AMARANTE, 1996), porém ainda estando extremamente tomadas pelo objetivo de normalização. A instituição psiquiátrica, junto a outros elementos, compôs uma aparelhagem com uma função social definida, a de segregar impedindo o contato com o mundo for-hospício de grupos inteiros da população, identificados como marginalizados ou, em uma nomenclatura mais contemporânea, em vulnerabilidade.

No Brasil, assim como em outros países, as décadas posteriores aos anos de 1930 presenciaram diversas iniciativas reformadoras das práticas de assistência psiquiátrica, junto a discursos antipsiquiátricos que apontavam o modelo asilar como violento, ineficiente e produtor de pacientes cronicados. O contexto das instituições manicomiais por aqueles anos era de superlotação com elevados custos, o que contribuiu para que, a partir dos anos 50, o

Governo Federal e alguns estados brasileiros (como São Paulo) adotassem políticas de expansão da rede de assistência com a compra, com recursos públicos, de serviços particulares, em um processo de privatização da assistência em saúde mental, mas não somente nela.

A necessidade de ampliação da estrutura sanitária era identificada por instâncias em saúde que tinham sua atuação constituída por uma baixa e concentrada cobertura assistencial, em um modelo *sanitarista campanhista* (MENDES, 1995), ou seja, permeado de campanhas de saúde focadas em doenças em massa e pestilenciais (como varíola e febre amarela), com o suporte de um polícia médica e sanitária. Ineficácia e centralização geográfica, política e assistencial caracterizavam as políticas de saúde no Brasil nos anos de 1950 (BRASIL, 1992), não sendo diferente no campo da saúde mental, que pouco se deixou influenciar pelas discussões de desinstitucionalização que ocorriam na Europa no pós-guerra. Pelo contrário, o predomínio era do empreendedorismo e investimento econômico, industrial e infraestrutural que percorria o Brasil e acompanharia os governos democráticos e militares das décadas seguintes. No ensejo desenvolvimentista, o investimento em saúde, e especialmente em saúde mental, era visto como secundário em uma trajetória de fortes cores econômicas que se acreditava como suficiente para que o Brasil alcance os países ocidentais de primeiro bloco (MESSAS, 2008).

Mesmo não tendo em momento algum destaque na agenda política estatal, compreendemos que a assistência em saúde mental é reconfigurada em suas possibilidades durante esse momento de investimentos e esforços para o desenvolvimento nacional. No fluxo desenvolvimentista, identifica-se a intensa concentração de esforços no âmbito do resgate ou organização da capacidade laboral de internos asilados em um adestramento para o trabalho.

Esses objetivos podiam ser visualizados na própria organização arquitetônica dos hospitais psiquiátricos, com a crescente preocupação com a destinação de espaços físicos para a realização de atividades das mais diversas, como trabalhos manuais, agrícolas e de cuidado e manutenção da própria instituição asilar. A terapêutica do trabalho ganhava um mais recente viés: o de direcionar a capacidade produtiva dos pacientes para responder aos interesses capitalistas de produção e desenvolvimento nacional.

No avanço dos anos de 1950, iniciou-se o direcionamento de esforços políticos para corrigir a realidade assistencial psiquiátrica brasileira. Como parte desse movimento, em 1963 aconteceu em Niterói a 3ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como temas oficiais a situação sanitária da população brasileira, a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis municipais, estaduais e federal, a municipalização dos serviços de saúde

e a fixação do que foi denominado de Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 1992). Identificasse, nas discussões ocorridas durante a Conferência, a proposta de criação de uma rede de infraestrutura básica de serviços médico-sanitários, que seria o início de um processo de reversão do modelo vigente. Cabe esclarecermos que, apesar do termo *rede* ser repetidas vezes utilizado no documento final da 3ª Conferência, o sentido da palavra era a de uma estrutura física e geograficamente mais bem organizada, ou seja, não se tratava do sentido contemporâneo de rede como articulação de diversos atores e sistemas com fins de integrar saberes e experiências.

Na saúde mental, a 3ª. CNS apontou a necessidade de um sistema ambulatorial, além de serviços de praxiterapias<sup>37</sup>, identificando o elevado contingente de pacientes que poderiam ser tratados em outros modelos e espaços assistenciais não asilares. Todavia, com o início da ditadura militar em 1964, esta conduziu uma política de saúde caracterizada pela expansão da assistência por meio do acirramento da compra de serviços, procedimentos e leitos privados (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Durante a ditadura militar brasileira, a assistência em saúde e em saúde mental foi ampliada em uma verdadeira organização médico-previdenciária-privatista-industrial de psiquiatria de massa, tendo a lucratividade como principal pauta em uma prática curativa, individual e especializada. Desta forma, durante o período militar (a partir de 1964), tivemos uma política pública de saúde discriminatória, que incluía poucos, ao mesmo tempo em que excluía muitos.

O modelo de assistência hospitalocêntrico foi fortalecido pela psiquiatria privatizada altamente rentável de uma *indústria da loucura* caracterizada por internações de alta permanência, cronicantes e com preponderância medicamentosa. Aspectos que garantiram a retro alimentação do sistema, que somente vivenciou indicativos de crise financeira a partir dos anos de 1970. Crise não somente de ordem financeira, também social e política que caracterizou o período de 1960 até início da década de 1980.

Em um contexto de efervescências políticas e culturais em várias partes do mundo, o Brasil foi palco de mobilizações sociais que produziram questionamentos e proposições coletivas para outros modos de vida, distintos do a que eram submetidos. Nesse entrelaçamento, ações preponderantes até ali de assistência psiquiátrica foram desconstruídas como possibilidades de tratamento mental. Os próprios trabalhadores da saúde mental discutiram e propuseram formas contra-hegemônicas de olhar e cuidar da loucura, inclusive

---

<sup>37</sup> Técnica psiquiátrica que consiste na utilização terapêutica do trabalho em atividades de complexidade crescente, com especial indicação aos pacientes crônicos.

desconstruindo o Hospital como lugar primordial desse fenômeno. Seus questionamentos foram acompanhados por vozes vindas de denúncias das condições de tratamento e trabalho em algumas instituições manicomiais.

Da mobilização de profissionais da loucura, foi constituído em fins da década de 1970 o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Esse Movimento é considerado por Amarante (2000, p. 51) como “ator e sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira”, por eles terem aglutinado também pacientes da saúde mental, familiares de pacientes e setores outros da população, estabelecendo como campo de atuação dimensões políticas, ideológicas e sociais. Enquanto críticos da institucionalização da loucura, o MTSM resistiu à própria organização institucional temendo a burocratização, a perda da autonomia e o fechamento instrumentalizado que tanto denunciavam nas práticas e saberes com que, e sobre os quais, trabalhavam. Ainda nos anos de 1970, o MTSM deu origem ao Movimento de Luta Antimanicomial, que nasceu marcado pelo resgate da cidadania e dos direitos daqueles em sofrimento. A discussão sobre a constituição dos cuidados em saúde e em saúde mental perpassou aspectos organizativos, econômicos, políticos e ideológicos em questionamentos legítimos sobre como constituir/expandir uma rede de serviços de assistência em atenção em saúde mental, coordenada entre os níveis municipal, estadual e federal, e articulada com outros órgãos e serviços que integrassem outras ações com as de saúde, isso tudo de forma humanizada e com baixo custo.

Entre os esforços empenhados como aproximação das necessidades de repensar a questão da saúde e da saúde mental no Brasil, outras cinco Conferências Nacionais de Saúde aconteceram entre o fim dos anos de 1960 e os anos de 1980. Espaços de avaliação das condições de saúde e proposição de diretrizes para a formulação de políticas, suas deliberações tiveram o objetivo de orientar a elaboração de ações prioritárias nos âmbitos do governo. Inclusive, a 8ª Conferência realizada em 1986, teve como desdobramento a instituição do SUS, em 1990. Dessa forma, as Conferências Nacionais de Saúde se tornaram espaço colegiado privilegiado que com suas discussões e relatórios, fomentou a emergência da organização assistencial, estrutural, teórica e legal de noções e conceitos caros à compreensão da atenção em saúde que hoje conhecemos.

Entre a década de 1970 e 1980, uma vasta legislação que norteou ações e iniciativas foi constituída, até que em 1989 um Projeto de Lei (aprovado somente em 2001) colocou mais um capítulo na trajetória que aqui cartografamos.

Em abril de 2001, a Lei 10.216 foi promulgada no Brasil, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo



assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a). Sua trajetória pelas instâncias do legislativo nacional foi longa e difícil, recebendo emendas e alterações substanciais que evidenciavam as dificuldades vivenciadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como pela própria possibilidade de abertura do olhar (científico, social, jurídico e político) para a questão do sofrimento psíquico. Tanto é assim que, nos manuscritos e artigos que a citam, é recorrente o uso da denominação de *Lei da Saúde Mental*, ou *Lei da Reforma Psiquiátrica*, nomenclaturas que evidenciam a compreensão da referida lei como um marco jurídico da Reforma Psiquiátrica brasileira, que discutiremos mais há frente.

A jornada até aprovação final da Lei de 2001 se iniciou com a apresentação em 1989 do Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). Em 1999, outra versão, de autoria do senador Sebastião Rocha, substituiu a anterior, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 1999).

Os Projetos de Lei de 1989 e de 1999 foram expressões da percepção e do movimento diante da necessidade de reformulação da assistência psiquiátrica no país, ao mesmo tempo em que o jogo de forças entre o saber psiquiátrico e outros saberes encontraram um campo fértil para debates e embates. Lembremos que pelos anos de apresentação dos Projetos de Lei, o Brasil vivenciava um processo de abertura e redemocratização (o fim do Regime Militar data de 1985) que, além de política, era social, era ideária.

Em um contexto de emergências, Amarante e Torre (2001) afirmam que a configuração e articulação de várias situações compuseram novos caminhos para a saúde pública em um Brasil redemocratizado: duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, e a movimentação de profissionais da saúde mental que, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado em 1987, constituíram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

A saúde pública e a saúde mental “redemocratizadas” permitiram e, em certa medida, exigiram também discussões e (re)formulações conceituais, que foram acompanhados da produção de experimentações e novas intervenções junto à questão da loucura, entre as quais se destacam a criação, em São Paulo (SP), em 1987, do “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” e a intervenção e fechamento da Clínica Anchieta em Santos (SP), em 1989.

A discussão sobre a cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico logo surgiu como uma temática igualmente necessária de ser abordada nas mudanças que se tentavam promover. A busca por mudanças era de duas linhas de frente: na prática institucional dos tratamentos e cuidados mais humanizados e na frente da regulamentação legal de direitos daqueles adoecidos mentalmente, sendo que a mobilização social para discutir esses direitos foi mérito de ambos os projetos de lei citados.

Com a aprovação da Lei 10.216/2001, o Decreto de 1934 foi revogado, constituindo finalmente um instrumento legal federal para que a assistência e o cuidado em saúde mental pudesse ser revisto. No âmbito estadual algumas produções legislativas já tinham ocorrido, como no caso do estado de Pernambuco, com a Lei Estadual n. 11.064, de 16 de maio de 1994, o Paraná, com a Lei Estadual nº 11.189, de 9 de novembro de 1995 e outros cinco estados brasileiros, além do Distrito Federal (BRASIL, 2004a).

Em sua proposição, a Lei de 2001 dispôs sobre o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica brasileiro até então existente, incluindo princípios fundamentais de direitos humanos para as pessoas em sofrimento psíquico:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001a, p. 01).

Os enunciados deste primeiro artigo da Lei de 2001 foram significativamente alterados quando comparados ao Projeto de Lei de 1989. No Projeto de Lei, o foco era lançado ao modelo de assistência, enquanto que na lei aprovada, o destaque está no sujeito da/na saúde mental: “Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989, p. 01).

Definitivamente, a partir de 2001, a preocupação com a vida e a subjetividade do sujeito adoecido começa a ser objeto das políticas públicas, em uma tentativa de (re)constituir um sujeito de direitos.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001a, p. 01).

O sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos se torna instituído pela política oficial de 2001 enquanto intenção. A constituição e expressão de sua existência passaram a ser legislada em discurso que colocou o cotidiano, os laços diversos e as várias relações sociais em um lugar de reconhecimento legal e estatal, visto que o Estado foi diretamente responsabilizado por tornar a intenção expressa na letra jurídica, em gesto.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001a, p. 01).

Com relação ao modelo assistencial proposto, a Lei 10.216 transformou a anterior centralidade hospitalar em posição de coadjuvante, impondo mecanismos de controle aos hospitais de internação. Tal estratégia se baseia na orientação para a integralidade do tratamento, sendo que este deveria ocorrer preferencialmente em serviços e dispositivos diversificados, comunitários e multidisciplinares, visando permanentemente à reinserção social a partir de um processo de Reabilitação Psicossocial. Também dita regras e condições quanto às internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, que não poderiam mais ocorrer em instituições com características asilares, proposição com objetivos de impedir uma reprodução velada da lógica hospitalocêntrica, antes preponderante.

Objetivando investir em cidadania, bem como na reconstrução de práticas e saberes considerando sempre como objetivo final a reinserção social, o documento oficial apresentou o que especificou de “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2011, p. 02), fazendo alusão aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Como alternativa de moradia para pacientes crônicos, com longa internação, dependentes institucionalmente e sem vínculo e suporte social e familiar suficientes para sua moradia e reingresso social (ou seja, a maioria dos ocupantes das instituições asilares naquele contexto), tais Serviços se constituem

em casas e espaços domiciliares na comunidade que, com suporte profissional, se destinam ao cuidado desses pacientes egressos. Sendo instituída na política de saúde mental do SUS por meio da Portaria Ministerial nº 106 de fevereiro de 2000 como modalidade assistencial substitutiva ao da internação psiquiátrica, o SRT ainda é um importante dispositivo de (re)construção e exercício da autonomia cotidiana e social, aspectos em que a atividade laboral não pode se ausentar, como de fato não faz, de acordo com a política específica publicada em 2004 (BRASIL, 2004a; 2004b).

Na Lei de 2001, os laços sociais, familiares e comunitárias foram citados como dimensões existentes e necessárias dentro do universo de atenção integral ao sujeito em sofrimento, em uma significativa ampliação de olhar sobre a loucura. E neste aspecto, a dimensão trabalho também é colocada com destaque.

Nos dois momentos do texto em que o trabalho é nominalmente citado, ele está atrelado a ideias de positividade. Positividade ao reconhecer sua presença em um processo de retomada e vivência pessoal e social de dignidade e cidadania, bem como de valorizar suas possibilidades de manutenção e constituição de nossa humanidade em uma situação de internação institucional. Na mesma medida, no entanto, essa positividade pode ser facilmente envenenada ou corroída na/pela prática dos serviços de saúde, pelas ausências de diretrizes sobre a concretização do que anuncia, transferindo a expectativa de que essa função fosse realizada por meio das políticas específicas de saúde mental a serem desenvolvidas pelo Estado, que a lei colocou como responsável direto. Compreendemos que não se trata de um pessimismo antecipatório, mas de movimento de sobrealerta que a leitura atenta e criteriosa da letra jurídica exige.

Mesmo certos de que a Lei de 2001 historicamente é positiva e inédita quanto às suas colocações, em comparação com as legislações anteriores, e resultado de um processo de luta e mobilização intensa e sem igual na história da saúde pública e da atenção em saúde mental brasileiras, não podemos deixar de tecer alguns apontamentos críticos como exercício necessário à reflexão, conforme realizado no parágrafo anterior.

Analisando os princípios e diretrizes desinstitucionalizantes que a Lei 10.216/2001 coloca, destaca-se o chamamento quanto à participação da sociedade no projeto ideário apresentado.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001a, p. 01).

A partir do engajamento da sociedade se espera não só a mudança de modalidades e práticas de cuidado na saúde mental, mas a transformação da própria sociedade quanto às formas de olhar, pensar e vivenciar o sofrimento psíquico (seja o próprio sofrimento ou o sofrimento de outro). Mesmo enquanto processo necessário, nos indagamos quanto à vagarosa temporalidade dessa jornada de transformação e os impactos disso sobre a efetividade da lei, sabendo que não há modificação factual que possa ser acelerada ou forjada senão sob duras penas.

Michel Foucault (2004a), ao esquadrihar a sociedade disciplinar, evidenciou como, antes do poder agir e circular por meio da reabilitação, punição e modelagem dos indivíduos às normas, se investia no cerceamento dos corpos em campos institucionais de reclusão, em uma tecnologia política da vida obediente, que o autor nomeou de “modelo da lepra”, ou “mecanismo de disciplina-bloqueio”. Ao se interrogar sobre as formas do poder disciplinar na sociedade moderna, o mesmo Foucault (2005), em oposição ao modelo citado, falou de uma transição, de um desdobramento das formas de poder até então estabelecidas que objetivariam uma defesa social. A essa outra tecnologia ele chamou de “modelo da peste”, ou “mecanismo de disciplina-inclusão”. Inclusão que é condição de governabilidade.

Enquanto dispositivo essencialmente estratégico, a tecnologia inclusiva é revestida de positivação do saber-poder, ou seja, a inclusão seria a forma de conduzir, em condições de realidade, a exclusão. Assim, na modernidade, processos de inclusão e exclusão seriam dinâmicas de um mesmo processo de racionalização e de produção de saberes em seus efeitos sociais. No discurso foucaultiano (2004a; 2010b), os termos inclusão e exclusão são polissêmicos e não fixados, de modo que são possibilitados e podem ser pensados, e usados, na dinâmica de práticas contextualizadas.

A legislação federal 10.216 de 2001, como operador biopolítico qualificado da tecnologia de inclusão, produziu corpos produtivos e sadios socialmente. Ponto a ser delineado quando ocorrer o alcance da reinserção social, citada em variados momentos da carta legal. Tal lei se propõe a apontar caminhos e estratégias diferenciadas de atenção em saúde mental, mas enquanto discurso concreto ela se limitou a criar um instrumento de regulação da internação.

Apesar da ruptura propositiva legal promovida, são imprevisíveis as formas com que as ações cotidianas apreendem estas falas, de forma que não há transformação social unicamente através de um ato formal. Mesmo com a nomeação do Estado e o depósito de expectativas na confecção de políticas específicas, estas podem não se mostrar suficientes, como de fato muitas vezes não o são, como discutido ao longo dessas páginas.

Um dos pontos de possível falibilidade da Lei 10.216 pode ser justamente a questão do trabalho em seu papel balizador de reinserção social. Como discutimos no capítulo 3, o desafio de incluir o sujeito em sofrimento em um mercado de trabalho excludente por excelência é o exemplo de um significativo embate de forças no âmbito dos discursos e das práticas que mobilizam variadas figuras e movimentos políticos, sociais e acadêmicos, que reconhecem a contradição e a ela se dedicam com afinco para a desconstruírem.

No mesmo ano de 2001, pouco após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, foi realizado em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), inaugurando, no contexto político das Conferências, discussões mais ampliadas sobre o trabalho no contexto da saúde mental não-manicomial.

Nesta III CNSM, a expressão *reabilitação psicossocial* entrelaça os esforços para valorizar e promover a complexidade da existência humana, dos quais o trabalhar é componente ao se inscrever no cotidiano das cidades, das relações sociais e da manutenção de nossa autonomia e contratualidade. No entanto, sem ser diretamente citado, em um jogo de estar presente (conceitualmente) e estar ausente (nominalmente). Esta presença-ausência é reforçada pelo fato de que, no eixo I, nas discussões específicas sobre “Trabalho e geração de renda”, as palavras *reabilitação psicossocial* não são colocadas, apesar de o acesso à cidadania e a (re)construção de lações sociais serem objetivados:

#### 5.4. Trabalho e geração de renda

O processo de Reforma Psiquiátrica requer a implementação de políticas públicas que garantam e consolidem a criação de Programas de Geração de Renda e Trabalho e de Cooperativas e Associações de Usuários, visando os processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania (BRASIL, 2001b, p. 45).

Em suas especificidades, as proposições envolvendo *trabalho e geração de renda* apresentam como finalidade o mercado formal de trabalho. Para o alcance deste foco, são apontados caminhos auxiliares, tais como a constituição de leis que incentivem formação profissional, criação de Centros de Capacitação Profissional, estabelecimento de convênios com instituições de qualificação profissional, criação de linhas de crédito que dessem

sustentabilidade durante o processo de formação e qualificação, entre outros (BRASIL, 2001b).

Neste princípio do século XXI, a análise da presença e dos sentidos das atividades de trabalho no contexto da saúde mental, a partir do discurso produzido na Conferência enquanto espaço privilegiado de avaliação e proposição de diretrizes para a formulação da política pública de saúde mental no país, nos leva para a indicação de um processo de normalização que foi transferido da segregação social da instituição manicomial para a alienação subjetiva do mercado formal de trabalho, que se preocupa com as necessidades do próprio mercado e não propriamente do trabalhador. Desta forma, o trabalho como estratégia de atenção em saúde mental é transitório, sendo um paliativo até o alcance do trabalho formal, no formato de emprego.

Mesmo com questionamentos de aspectos possivelmente problemáticos, devemos acrescentar que todo discurso da política estatal não existe por si só, de forma descontextualizada. Ele perpassa contextos, cotidianos e existências, não definindo de forma engessada uma temática ou negando veementemente uma nova composição. Ao enunciar proposições, a lei encontrará o embate de forças da *vida real* dos serviços, das cidades, do mercado, dos sujeitos. O que acontecerá nesses espaços? Em que delineamentos as políticas públicas se efetivarão, ou não? Essas são questões a serem constantemente feitas.

### **A concretude para *um outro lugar social da loucura***

Em 1990, as promulgações das Leis Federais 8.080 e 8.142 estabeleceram o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios constitucionais básicos a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a equidade do cuidado, a descentralização dos serviços e a participação social. Com o SUS, foi constituída uma rede organizada de ações e serviços públicos, em novos arranjos para dar conta de uma nova concepção de saúde, como discutido em capítulo anterior.

No campo da saúde mental, para implementar uma política de cuidado ao sujeito em sofrimento que fosse garantido pela legislação federal, um arcabouço normativo dentro do SUS foi implementado. De 1990 até 2010, dados do Ministério da Saúde (2004a; BRASIL, 2010c) demonstram que 68 portarias ministeriais e outras cerca de duas dúzias de portarias interministeriais, resoluções, decretos e deliberações gerais versaram sobre a área da saúde mental, regulamentando serviços, instituindo normativas de financiamentos, criando e orientando programas e grupos de trabalho. Dessa forma, pode-se compreender que a

legislação em saúde mental foi, e ainda é, produtora de uma política pública de saúde mental ao mesmo tempo em que é produto dela.

A partir do SUS e da Lei 10.216/2001, uma Política Nacional de Saúde Mental foi constituída, assim como preconizou uma rede de atenção ampliada de base comunitária e territorial, que somou esforços aos movimentos desinstitucionalizantes, já presente na área. Ambas as legislações visam fomentar e garantir o cuidado em saúde mental a partir de um campo diversificado de serviços e ações com cunho intra e intersetorial. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde mental atuais são configurações que se disponibilizam para diversas funções, tais como estabelecer parâmetros para a gestão em saúde, municiar tomadas de decisões técnicas, viabilizar e garantir a oferta de serviços e ações, direcionar e orientar a utilização de recursos e financiamentos, entre outras.

A política pública de saúde mental são diretrizes que somente se materializam nos contatos e encontros entre serviços, profissionais de saúde e população. O caráter subjetivo do sofrimento psíquico é proferido e circundado pela política, aspecto que não pode ser ignorado. Esse mesmo componente subjetivo alimenta, e é alimentado, por debates acirrados e antagônicos sobre concepções e critérios de saúde/doença e normalidade/anormalidade, isso quanto ao que é ofertado em termos de tratamentos e cuidados diante dos que são procurados e disponibilizados. O que frisamos aqui é que as políticas de saúde mental, não sendo parâmetros fixos e enjaulados, estão a todo o momento estabelecendo mandatos sociais dos profissionais da saúde, dos usuários da rede e dos sujeitos sociais.

Em análise de suas proposições, as políticas públicas brasileiras de saúde mental gozam do mérito de terem transformado iniciativas práticas em saúde mental e da Reforma Psiquiátrica em política de Estado (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Com políticas e um sistema de saúde mental desinstitucionalizado e não manicomial inseridos no SUS, a partir de 2001 foram colocadas referências de concretude para que se construísse *um outro lugar social* mais ampliado e integral para a loucura e para o sujeito em sofrimento. Mas também, lembremos como, a partir da redemocratização pós-ditadura, já se batalhava pela composição de *um outro lugar* para a sociedade brasileira como um todo. *Um outro lugar* em que as relações de poder, de produção e reprodução da vida foram reconfigurados.

A invenção desse *outro lugar*, que é também o de reinserção social dos sujeitos em sofrimento (como orienta a Lei 10.216/2001), utilizará estratégias e programas, como as de trabalho protegido, cooperativas de trabalho, inclusão social a partir do trabalho, centros de convivências, entre outras iniciativas de terapêutica e inserção laborativa. Nesse sentido, a



questão do trabalho se articula como possibilidade do exercício da cidadania, dos direitos humanos e sociais e da produção de subjetividade e contratualidade social a partir do empoderamento dos sujeitos em sofrimento.

### **A “abertura” da loucura: o homem dentro ou fora dos parênteses?**

Nas décadas seguintes à segunda guerra mundial, movimentos reformistas da assistência psiquiátrica se formaram nos Estados Unidos e na Europa. Ainda tomados pelos comparativos dos campos de concentração durante a guerra, com os tratamentos dispendidos aos doentes mentais nos espaços asilares, a afirmação da cidadania e dos direitos dos pacientes foi um ponto comum dos movimentos da Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Comunitária, nos Estados Unidos. Todavia, em suas divergências estavam as noções do que seria essa cidadania, bem como sobre os caminhos e possibilidades de alcance dela. Birman (1992), inclusive, acusa as iniciativas desses movimentos como tendo estado circunscritos ao saber psiquiátrico, com reguladores da doença, da loucura por tracejados de uma produção ideal de cidadania, com delineamentos de regras básicas de sociabilidade, em uma produção do que o autor denominou de “ordem social asilada”.

No Movimento Italiano de Reforma Psiquiátrica, tendo Franco Basaglia como seu principal expoente, contrariamente aos outros movimentos citados, se indicava a necessidade de um reposicionamento diante da loucura, com a construção de outros saberes. Não bastaria denunciar as instituições e o tratamento psiquiátrico, assim como não seria suficiente levar os loucos a se reinserirem socialmente: seria fundamental a *desinstitucionalização* da loucura.

Basaglia (1985) afirmou que a psiquiatria foi responsável por colocar a doença em foco, e não o doente, ao que ele referiu como o “homem entre parênteses”, ou seja, o sujeito esquecido diante do protagonismo social, jurídico e biológico da doença mental. A partir do movimento italiano de desinstitucionalização, todo o aparato, o discurso de saber-poder manicomial, precisaria ser desinstitucionalizado com a negação do que até então se conhecia e se acreditava, valorizando o paciente em sua *existência doente* ou *existência sofrimento*, ou seja, em sua singularidade de vida e sua complexidade da vivência do sofrimento.

Negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia. Do papel regressivo do doente, colocado Junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44).

Esse movimento, que se iniciou na Itália, repercutiu em todo o mundo, inclusive no Brasil. Aliando-se a lutas e reivindicações, a desinstitucionalização italiana, a marcha pela democratização brasileira, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e o Movimento de Luta Antimanicomial foram as raízes do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro. Em meio a este contexto, a proposta de revisão da legislação psiquiátrica que o Projeto de Lei 3.657/1989 indicava e impulsionava, ao mesmo tempo em que era impulsionado pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que era pauta de discussões em grupos e espaços variados, como na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987.

Com a Lei Federal 10.216 de 2001 e com o SUS, a política brasileira de saúde mental, em suas proposições, desafios e limites, é discurso configurado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Com esta Lei de 2001 legalmente referendou um processo social e político já em andamento, a saber, o de redirecionamento da assistência e da atenção em saúde mental a partir do tratamento em serviços comunitários e não manicomial, em que a recuperação e reinserção na família, na comunidade e no trabalho eram finalidades do processo de cuidado do sujeito em sofrimento. Desta forma, na política brasileira de saúde mental amparada pela Lei 10.216/2001 o trabalho alcançou a posição de pilar da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental brasileira até hoje vigente.

Nessa perspectiva, cartografamos agora a política de saúde mental, constituída a partir de 1990 (sendo, portanto parte do SUS), e no que contempla a categoria trabalho, tanto em seu discurso de proposição de ações governamentais, quanto em sua consecução para determinado fim.

### **Trabalho como estratégia de saúde**

Entre os atos legais federais que norteiam a atenção em saúde mental indicando nominalmente a estratégia trabalho, a Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999 é o primeiro deles (BRASIL, 2004a). Tal documento dispôs sobre a criação e funcionamento das Cooperativas Sociais. Originalmente, o projeto foi de iniciativa do deputado mineiro Paulo Delgado e apresentou uma analogia com as experiências da Reforma Psiquiátrica Italiana de empresas sociais, segundo comentários da legislação em texto publicado pelo Ministério da Saúde (2004a). De Leonardis et al. (1994) apresentam a noção de Empresa Social como sendo as atividades estratégicas que realizam intercâmbios entre mundo da assistência e mundo produtivo, por meio de ações desinstitucionalizadas, ou seja, em contexto comunitário.

Mesmo com a direta disponibilidade em discorrer sobre as Cooperativas Sociais, a lei em questão não contempla uma definição do conceito, indicando apenas sua finalidade:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos (BRASIL, 2004a, p. 15).

Ao esclarecer quem seriam as *pessoas em desvantagens*, o documento apresenta uma listagem de características, situações e vivências variadas, como deficiências de distintos tipos, pacientes psiquiátricos crônicos e de longa permanência, egressos do sistema prisional e apenados em situação alternativa, além de “adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo” (BRASIL, 2004a, p. 16). Além disso, a expressão *pessoas em desvantagem* indica uma condição existencial fixa, constituída como uma rotulagem identitária nos sujeitos e grupos citados. Anos depois, da I Conferência Temática de Cooperativismo Social realizada em 2010, sairá a proposta de substituição do termo citado, para *pessoas em situação de desvantagem*, enquanto tentativa de privilegiar o caráter dinâmico da existência humana. Apesar da sugestão de alteração, até o ano de 2014 esta nunca ocorreu.

Com a análise do discurso do documento como um todo, e reforçado pela utilização de expressões como “interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana”, “minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem”, “programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar a produtividade e a independência” e “idade adequada ao trabalho”, em nossa compreensão a Lei 9.867/1999 opera com enunciados que agenciam sentidos de um processo de adaptabilidade ao trabalho, que seria da inabilidade à habilidade de trabalhar em projetos individuais, podem ser localizados no parágrafo 2º.:

§ 2º As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social (BRASIL, 2004a, p. 16).

Nota-se no parágrafo da Lei acima destacado, como é protagonista a realização da atividade de trabalho a partir de parâmetros de prescrição produtivista, e não o processo de trabalhar que em sua potencialidade subjetiva, social e econômica. Defendemos que não deve-se desconsiderar o viés de “*quais os resultados materiais do trabalho realizado?*”, mas não

estes não devem ser priorizados como única, ou primeira medida da experiência trabalho, como discutimos no primeiro capítulo desta tese.

No ano de 2000, as Portarias Ministeriais n. 975 e n. 1.220 criaram e regulamentaram os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, que em seus princípios e diretrizes apresentaram a reinserção no trabalho como um dos pontos da reabilitação psicossocial a ser contemplado. Nesses documentos, a experiência trabalho é reconhecida em seu papel auxiliador na consolidação da substituição do modelo de assistência psiquiátrica hospitalar, antes realizada, bem como na construção e ampliação da autonomia social dos sujeitos. Para isso, as portarias orientam três frentes de ação relacionadas ao trabalho: que projetos de reinserção no trabalho sejam constituídos, que parcerias com outros dispositivos institucionais e sociais sejam estabelecidos, e que sejam estimuladas políticas de intercâmbio e cooperação entre variadas áreas do governo e destas com a sociedade (BRASIL, 2004a).

Apesar de aparentemente mais ampliado quanto às intersetorialidades que envolvem o trabalhar, e a partir das discussões promovidas nestas páginas, percebemos colocações menos reducionistas na forma de pensar os projetos que trazem a pauta trabalho, mas uma ausência se repete: sobre o trabalho e o trabalhar não há uma definição ou a apresentação de noções que nos aproximem das conceituações sobre as quais os documentos se baseiam. Inclusive, as terminologias utilizadas para se referirem às atividades que envolvam esse aspecto variam e dão indicações de serem postas como sinônimos, quando não o são.

Entre os anos de 2003 e 2005, o suporte financeiro para as ações de reabilitação e inserção social pelo trabalho será tema em publicações. A Lei 10.708/2003 tratou das condições dos sujeitos em participarem e permanecerem nos projetos de geração de trabalho e renda (através da instituição do *auxílio reabilitação psicossocial*). Já a Portaria Ministerial 1.169/2005 tratou do incentivo financeiro aos municípios que desenvolvessem projetos de Inclusão Social pelo Trabalho (BRASIL, 2004a).

A preocupação com a materialidade de estruturação e participação em projetos de trabalho e de geração de trabalho e renda evidencia o reconhecimento e a preocupação com o processo constitutivo destes projetos para além dos objetivos finais, tão repetidos na Lei 10.216/2001.

Para os municípios e estados brasileiros que colocam tais políticas *em ação*, o processo é político por impulsionar o olhar público, coletivo, ao mesmo tempo em que não deve ser destituída de espaços de iniciativas práticas e fóruns de reflexões sobre a relação *atenção em saúde e atividades de trabalho*. Inéditas relações são contempladas: os objetivos das ações são postos e percorridos, caminhos não óbvios são indicados, outros atores sociais

são incluídos como participantes e não como corresponsáveis (como familiares de usuários), e mediações e articulações em uma rede intersetorial de serviços e políticas públicas são recomendadas. São exemplos as ainda incipientes discussões e experiências práticas sobre a inclusão social pela via da economia solidária de usuários de álcool e outras drogas. Por trazerem questões complexas e bem particulares sobre a história de vinculação com o objeto droga, de degradação física muita rápida e intensa, bem como de desfiliação familiar e social, muitas vezes com significativos períodos de situação de rua, especialmente em usuários de crack. Estes sujeitos evidenciam a necessidade, e ainda fragilidade, da articulação de uma rede ampla, integral e harmônica, e não apenas pontual, de políticas, programas e ações de atenção e cuidado em saúde que se atentem para as especificidades e, ao mesmo tempo, promovam um maior acesso a cidadania plena e contratualidade social, como aponta o estudo de Barreto et al. (2013).

Para os indivíduos participantes dos projetos, esse processo constitutivo é ético-existencial, por que, ao contemplar a necessidade do suporte financeiro, além do assistencial, ele não consente com o discurso ideológico capitalista que reduz a dimensão propriamente humana da experiência trabalho a critérios de *competência para o trabalho, sucesso e realização no trabalho*. A necessidade de suporte em um processo traz o foco também para o tempo necessário de inserção, envolvimento, formação de opiniões, dificuldades, desvinculações, entre outros.

Em mais de um momento nesta tese, destacamos como alguns documentos jurídicos (a partir de nossas conclusões) simplificavam demasiadamente os possíveis laços a serem estabelecidos entre as pessoas e as atividades de trabalho que realizam. Dessa forma, as leis e políticas aqui citadas e cartografadas não consentem, mas não rompem exatamente com a lógica do trabalho como prática curativa, terapêutica e reabilitante (como apresentado no capítulo 3), sendo que em um olhar otimista e comparativamente posicionado com os demais materiais aqui mapeados, eles são destaques.

Uma colocação recorrente nas publicações oficiais nos últimos anos foi a prerrogativa de desenvolver ou apoiar a criação de ações e iniciativas intersetoriais que contemplassem o trabalho e/ou a geração de trabalho - renda. Em alguns documentos, inclusive, é citada diretamente a prerrogativa de integração da política de atenção em saúde com outras políticas sociais, tais como as de educação, esporte, cultura e trabalho, que são as áreas mais citadas. São exemplos de publicações que colocam tal orientação a Lei Federal 11.343/2006 (que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), a Portaria Ministerial 1.190/2009 (que institui no SUS o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento

e Prevenção em Álcool e outras Drogas), e publicações que tratam dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a saber, as Portarias Ministeriais 154/2008 e 2.843/2010.

### **Qual o lugar político e social do louco e da loucura?**

A partir das configurações aqui mapeadas, fica relevante que não houve constituição de um projeto legislativo brasileiro de saúde mental sem os contribuintes do universo histórico - político. Os ideários da Primeira República, as movimentações da Era Vargas e da República Nova, o endurecimento da Ditadura Militar e a redemocratização política, evidenciam isso.

Contemporaneamente, o modo de viver em sociedade coloca o investimento em saúde como um importante dispositivo auxiliar de instauração de regimes de racionalidade de anatomia-político-disciplinar e biopolítico, a partir de estratégias calculadas para a manutenção e o desenvolvimento do capitalismo moderno. Nesse sentido, a saúde como política discursa manifestações sobre as intencionalidades civis do *ser normal*. Já a saúde como ação, cumpre o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade do corpo biológico. Em ambas as perspectivas, a norma se faz presente alimentando uma proliferação de materiais legislativos.

Para Ewald (1993), a norma pode ser definida como uma medida comum, como uma realidade política que se constitui como regra válida para toda sociedade.

A medida comum é uma realidade eminentemente política. É aquilo a partir do qual um grupo se institui como sociedade, aquilo que define os seus códigos, que a pacifica e lhe fornece os instrumentos da sua regulação. [...] Sendo da ordem técnica, as práticas da medida comum são susceptíveis de descrição positiva. Nelas vêm articular-se regimes de saber e dispositivos materiais (EWALD, 1993, p. 124).

As normas se tornam parâmetros na construção de leis, decretos, portarias, políticas públicas, afirmando-se como poder. O poder da norma aproxima todos a um padrão, em processos de regulação e valorização social, por um viés que é também legal. Dessa forma, norma e legislação se retroalimentam, em que o histórico e o político são os panos e canais que tornam esse processo facilitado.

Ao nos questionarmos sobre o que tornou a questão da loucura alvo de materiais jurídicos e políticos, cabe o resgate da enunciação de que o direito e a prática jurídica agem a partir de racionalidades particulares e historicamente constituídas, nunca universais. Isso quer

dizer que a loucura e o louco ganham importância política para dar conta de distintas funções, conforme o momento social.

A partir da modernidade, a intensa valorização de uma capacidade para o trabalho e contribuição para a sobrevivência da sociedade e do capitalismo como um todo trará para o Estado o contribuinte das políticas de governo como tecnologias integrantes à autorregulação imposta aos indivíduos. Dessa forma, as legislações e políticas, além de se configurarem como estratégias normalizadas e normalizadoras de governo da vida coletiva e de autogoverno, também suprem a função de formatar e reformatar trabalhadores a partir modos de existir qualificados.

Sendo assim, com nossas leituras e com o mapeamento realizado, delineamos três linhas ao longo do processo de constituição da legislação psiquiátrica e das políticas de saúde mental brasileira em sua intersecção com a temática trabalho.

Inicialmente, com o inaugural Decreto Lei 1.132 em 1903, identificamos um momento em que a legislação de assistência psiquiátrica estava a serviço do objetivo de medicalizar a loucura e o louco. Os incentivos eram para uma segregação institucionalizada, com estímulos para a criação de asilos e a proibição de enclausuramentos de alienados em espaços carcerários. Notamos que no escrito legal o foco não era a cura, mas a moralização dos desviantes mentais, tanto que a escrita se dedica à contenção do desvio e dos desviantes, não havendo detalhamentos ou caracterizações da doença mental.

Com relação ao conceito trabalho, em 1903, seus contornos estavam restritos ao fenômeno de visibilidade de vidas degeneradas dos loucos, por meio dos dados demarcados em guias e prontuários de internações psiquiátricas.

Como fenômeno estranho ao universo jurídico, a loucura se tornou responsabilidade dos alienistas, não sendo aleatória, mas sintomática, a autoria do Decreto ser justamente de um médico alienista.

Em 1934, em um segundo delineamento, o Decreto 24.559 fundamentou a medicalização do social. Com nossas análises, destacamos a preocupação com a manutenção da ordem social a partir de parâmetros normalizantes do “deve ser”, em que o mínimo incômodo coletivo e a potencialidade de periculosidade eram flagrantemente procurados, para ser rapidamente contido. A preocupação e a disciplina se exerciam sobre o que se é, não sobre o que se faz, mas do que se pode fazer (FOUCAULT, 1986g).

O psiquiatra era o grande perito da norma, um delegado social que cresceu em importância e se infiltrou no universo coletivo, diagnosticando e tratando a sociedade, em especial os indivíduos de vidas infames.

As ações medicalizadas propostas pelos documentos de 1930 e 1934 cumpriam ideários distintos: na primeira lei, o louco inspirava medo, por isso se justificaria sua contenção; na segunda lei, se investia na assepsia social e, para tal, o medo sentido pelo louco viria de contrapeso. Ou seja, o louco e a loucura deixam de causar medo (por seu desajuste, como que contaminante), para assumir a posição investida de sentir medo (de ser desajustado). Ambos os decretos são exemplares da anatomia política do detalhe para garantir vidas normalizadas, que se integravam também pelo controle biopolítico. A biopolítica compreende a loucura como fenômeno acidental e antinatural, uma doença que subtrairia dos indivíduos a força produtiva e o tempo de dedicação ao capitalismo, e ao trabalho, precisando ser contida. A vida normalizada, e virtuosa, reconstituiria a população em sua posição de base da prosperidade de uma nação (FOUCAULT, 2004a; 2008b). Os loucos, capturados pela psiquiatria e pelos escritos jurídicos, tinham seus corpos invadidos e moldados em suas dimensões biológica, social e histórica. Gestão de toda uma população, e da sociedade, que exclui o governo de si, tanto que até a Lei de 10.216/2001, é ausente qualquer menção ou proposta de abertura para que o sujeito considerado adoecido fosse escutado ou arguido; ele sofre sua questão ou condição, sendo tutelado civil e existencialmente.

Se, em 1903, o trabalho estava restritamente colocado na legislação, em 1934 ele era um importante instrumento de adequação existencial e social, destituído de todo e qualquer sentido de experimentação e de construção criadora e criativa pela via da atividade laboral.

Em um terceiro delineamento, a Lei 10.216 de 2001 ampliou o olhar e o entendimento ético-político quanto ao sofrimento psíquico, incentivando questionamentos e orientando a construção de espaços de aprofundamento e estudos, caso das políticas públicas que citam como serem necessários de se construir.

O doente mental, subjugado a saberes legalmente amparados e institucionalmente estabelecidos, foi reposicionado terminologicamente como em uma *existência-sofrimento*. Juridicamente, a descoberta da vida que acontecia no fora da arquitetura física do Hospital Psiquiátrico colocou igualmente o desafio de saltar a arquitetura simbólica da loucura. A descoberta do território comunitário em práticas e equipamentos de cuidado e atenção extra-hospitalares foram estratégicos no processo de reversão do modelo de institucionalização, até então hegemônico. Mas foram eles suficientes?

Como processo de construção de saberes que produziu efeitos sociais, o dispositivo inclusivo em que a Lei 10.216 se configurou e se configura pode potencializar a inclusão social, mas acabar positivando a exclusão. Foucault (2004a), ao demoradamente analisar os



sistemas de inclusão/exclusão na modernidade, afirma serem esses processos unívocos de racionalização, sendo fundamental a análise do jogo de forças que os permeiam.

A partir desse convite foucaultiano, e guiados por nossos objetivos nessa tese, indicamos como, nas estratégias, hoje hegemônicas, de gestão do sofrimento psíquico que a Lei 10.216/2001 propõe, ainda há lacunas e questões (não somente relativas ao trabalho), que carecem de aprofundamento. Um exemplo é que, se a negatividade assumida da doença mental é abandonada para se abrir ao delineamento do sofrimento psíquico como um viver singular, as Leis e as políticas contemporaneamente construídas (e atualmente vigentes) se direcionam mais constantemente para os indivíduos psicóticos crônicos (sejam ainda em espaços manicomiais, em dispositivos extra-hospitalares e em espaços dos centros urbanos), apresentando dificuldades em abarcar e dar visibilidade política a novos sujeitos e grupos sociais em suas especificidades, como ilustram as reivindicações discutidas e aprovadas pelos Grupos de Trabalho e encaminhadas (com a finalidade de agilizar o processo de deliberações na Plenária Final) para a Comissão de Relatoria ao final do IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em entre junho e julho de 2010 (BRASIL 2010c). Com base nas discussões necessárias quanta a abarcar novos sujeitos no diálogo político da atenção em saúde mental, destacamos algumas dentre as observações feitas, analisadas e consideradas relevantes e coerentes pela Relatoria Final do evento:

Garantir políticas intersetoriais e integrais à saúde mental em todas as fases da vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de garantir assistência integral quanto aos danos psíquicos decorrentes dos estigmas e preconceitos produzidos historicamente [...].

Garantir a inclusão e o acesso aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde as pessoas idosas, HIV/AIDS e população quilombolas e indígenas, LGBT, e ciganos (BRASIL, 2010c, p.185).

Outro ponto de lacuna que carece de implementação de políticas de saúde são as que atentem e operem a partir de vivências de sofrimento psíquico relacionadas às questões sociais recentes, como o desemprego e a violência urbana.

No âmbito da dimensão trabalho, a Lei de 2001 presencia a Reforma Psiquiátrica se fortalecendo e assumindo como uma das diretrizes a reabilitação psicossocial, a restauração da cidadania e da contratualidade social, utilizando nesse processo como um de seus principais instrumentos, a (re)inclusão social pelo trabalho. No entanto, ao mesmo tempo, o desafio é o de como garantir essa inclusão social a partir do trabalho, quando outros grupos da população não conseguem esse acesso. E em sua inserção, como garantir que sejam recontextualizações de suas diferenças e não novas e múltiplas sujeições à racionalidade

utilitária capitalista, em que a exclusão da loucura seria substituída pela exclusão do mundo de trabalho?

Outro ponto é sobre a falta ou insuficiente regulamentação de empreendimentos grupais de geração de trabalho e renda que as políticas orientam: como estruturar, sem burocratizar? Como constituir uma malha organizativa que posicionem os empreendimentos no universo das trocas financeiras e sociais sem envolvê-las em uma outra tutela? Como casar a participação e a renda advinda da inserção em projetos de trabalho e renda (comumente muito restrita em novos empreendimentos e/ou em novos envolvidos) com os valores frutos de benefícios por incapacidade laborativa sem recorrer ou reforçar diagnósticos psiquiátricos, psicológicos, entre outros? Como constituir direitos especiais aos participantes dos empreendimentos sem estes figurarem como técnicas de governo biopolítico de exceção ou de controle dos imprevisíveis (AGAMBEN, 2004; FOUCAULT, 2008b) ou, mais uma vez, de cidadania tutelada? Como elaborar políticas públicas que valorizem e contemplem o trabalho sem focalizar unicamente, ou demasiadamente, o mercado formal de trabalho?

Compreendemos como ausentes das políticas aqui mapeadas as respostas para as questões que colocamos. E essa perspectiva não é somente nossa.

Em 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSM-I), nove anos após a III Conferência que ocorreu logo após a aprovação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. Nos quase dez anos que separaram as duas Conferências, várias mudanças quanto ao lugar social da loucura e do louco podem ser identificadas, muitas delas pactuadas pela Conferência de 2001.

O nome da IV Conferência já marca a mudança de perspectiva pela qual a área da saúde mental batalhou nos anos entre os eventos: intersectorialidade. A vida, e a atenção em saúde mental intersectorial, não deve ignorar a dimensão do trabalho, como de fato, não o faz.

O Relatório Final da IV coloca a temática trabalho no Eixo intitulado “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersectorial” (p.111). Entre as diretrizes apresentadas, destacamos as que versaram sobre aspectos de incentivos financeiros (ausentes, escassos, irregulares) que poderiam comprometer a sustentabilidade econômica das iniciativas, do reconhecimento da necessidade (e admissão da fragilidade) do diálogo e troca intersectorial nas três esferas de governo municipal, estadual e federal, e da articulação equilibrada e potencializada (e ao mesmo tempo reconhecidamente difícil) do trabalho, entre a estratégia terapêutica e a produção de experimentação subjetiva (BRASIL, 2010c).

Apesar das colocações ampliadas, complexas e francamente intersectoriais que o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial traz com relação à

atenção em saúde mental, envolvendo ou não a temática trabalho, deve-se notar também nos discursos enunciados no mesmo Relatório a valorização do mercado de trabalho e a identificação de trabalho com emprego.

Operam no Relatório da Conferência colocações que promovem o mercado de trabalho e o gravitar em torno dele. São exemplos as proposições de convênios e parcerias com instituições formadoras e qualificadoras profissionalmente, como Sebrae, SESI (Serviço Social da Indústria) e SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) e o uso de terminologias que remetem à lógica unificadora e identificada à dominante, a saber, a lógica capitalista produtiva do mercado; são termos como “capacitação profissional para (re)colocação dos usuários no mercado de trabalho” (eixo Direitos humanos, garantia dos direitos sociais e acesso a bens e serviços, p. 109), e “viabilizar vagas para qualificação profissional e inserção no mercado do trabalho” (eixo Trabalho e renda, p. 47).

Em termos diretos, denunciemos a contradição que perpassa as proposições fruto da IV CNSM-I. Ao mesmo tempo em que a inscrição socio-cultural da Reforma Psiquiátrica empreende uma cruzada legal e social pela mudança no trato com o sofrimento psíquico, a valorização do mercado de trabalho e a identificação de trabalho com emprego significa uma *derrapagem* no projeto ao reativar a ordem normalizadora, que opera por sentidos domesticadores da loucura, mais uma vez, para fins de adequação.

Mesmo quando se tenta retomar a valorização do ser sujeito, ela se perde na ambiguidade do esforço, como no trecho do eixo Financiamento do Relatório da Conferência (p. 46), que cita a importância de garantir a inserção no mercado de trabalho respeitando as singularidades dos sujeitos, como se a proposição do esforço fosse suficiente, e como se o respeito à singularidade pudesse sobreviver através de atos legais em uma caracterizada mecânica de massificação paralela a processos de individualização.

Discutimos ao longo destas páginas, como as legislações e políticas são pautadas, atravessadas e constituídas pela história, não havendo unidade jurídica e política fora de uma conjuntura histórica e social. Dessa forma, mais uma vez, contemporaneamente, o que tornou e torna o trabalho foco/prioridade nas políticas e intervenções, no contexto da saúde mental brasileira?

As relações e práticas coletivas, e políticas, de atenção em saúde e saúde mental que se produziram no Brasil a partir do final da Primeira República foram inscritas em códigos dominantes, ou seja, capitalistas. E como tal, precisaram (e ainda precisam) se organizar de forma atenta ao cuidado que se pretendia promover. Discutimos como as razões desse cuidado responderam a chamados de potencialização de modos de vida compatíveis com as normas

sociais valorizadas a cada momento histórico: gerir riscos, ampliar estratégias de controle e disciplina social, fomentar existências homogeneizadas e obedientes às formas capitalistas da modernidade, bem como neoliberais.

A ambiguidade da (re)inserção social pela via do trabalho no contexto da atenção em saúde mental não pode ser ignorada ou minimizada, seja pelos militantes e trabalhadores da saúde mental, seja pelos usuários e sujeitos políticos e sociais, que somos todos nós. Nos escritos legislativos e políticas públicas, tal preocupação se fez presente de forma muito significativa a partir da Lei 10.216/2001, mas afirmamos serem elas ainda insuficientes para produzirem lógicas de cuidado e atenção em saúde mental que não sejam excludentes e segregadoras quanto às arquiteturas simbólicas da loucura, de uma existência-sofrimento, ou da diferença, seja ela qual for. Atualmente, podemos dizer que a arquitetura física do manicômio foi abandonada, faltando a superação da arquitetura simbólica, a reconstrução do que Foucault (1987) denominou de *sensibilidade social à loucura*, ou seja, as formas com que uma sociedade se relaciona e convive com o louco e a loucura.

Rotelli (1992), discutindo as experiências italianas de reinserção social pelo trabalho, apontou as ambiguidades do processo:

É aqui talvez o drama mais delicado: o impossível sonho da integração. Aqui o verdadeiro drama das famílias, dos pacientes e do mercado das ideologias tranquilizadoras: o drama da incorporação da contínua agressão de obrigar a ser sãos, produtivos, inteligentes... Aqui a cega negação da parte da razão das feridas do existir. Se a fronteira rígida entre saúde e doença é ideológica, se o existir no risco e também na doença é a realidade dominante, também a rígida distinção entre produtores e improdutivos deve ser redimensionada para não aceitar mais a arrogância dos 'produtores absolutos'. E também não desmoronar pelas lógicas difusas da marginalidade (ROTELLI, 1992, p. 797).

Entre a marginalização absoluta e a assimilação no/pelo universo do trabalho, lutas díspares povoam o cenário das políticas de saúde mental, em que a proposição do *que visibilidade queremos* precisa ser percorrida.

## CAPÍTULO 6

### **SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA: A COMPOSIÇÃO DE SEU DISCURSO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

A partir dos anos de 1970, iniciou-se no Brasil um processo de mudança paradigmática do modelo de atenção em saúde mental, denominado Reforma Psiquiátrica. O modo antes hegemônico era marcado pela segregação social e política dos indivíduos considerados adoecidos, assim como por uma assistência asilar hospitalocêntrica, em que a instituição manicomial, em suas construções arquitetônica e ideológica, era o espaço privilegiado de exame, tratamento e enquadramento normalizante do louco e da loucura (AMARANTE, 2000; DELGADO, 2007).

Inicialmente, nos espaços manicomiais, e a partir da Reforma Psiquiátrica também nos contextos extra-hospitalares e comunitários, o trabalho e o trabalhar como eixo norteador de práticas de atenção e cuidado em Saúde Mental se constituiu a partir de muitos sentidos, dando conta de objetivos vários. Recentemente, o intercâmbio trabalho - saúde mental ganhou em composição com a sustentação da perspectiva da economia solidária, coordenação que abarcaremos neste capítulo.

A articulação entre Economia Solidária (ECOSOL) e saúde mental no processo da Reforma Psiquiátrica se inseriu como alternativa possível a partir da determinação da Lei 10.216/2001 sobre a construção da atenção às pessoas em sofrimento psíquico: esta atenção deveria ocorrer através de ações que objetivassem a reinserção e o fortalecimento da contratualidade e dos laços sociais, por meio do resgate, desenvolvimento e exercício da autonomia, da cidadania, dos vínculos familiares, do acesso sem cerceamento à cidade, ao lazer, ao trabalho e aos espaços e processos coletivos que a vida em comunidade poderia propiciar.

Segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica é “um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual” (p. 165), que objetivam:

[...] transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de

coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 2007, p.165).

É a partir do viés da Reforma Psiquiátrica que a Economia Solidária como escolha teórica, metodológica e ética de configuração das relações de vida e trabalho, se aproximou das conjunturas da saúde mental recentemente.

Paul Singer<sup>38</sup> localiza o nascimento da economia solidária como sendo “pouco depois do capitalismo industrial, como reação ao espantoso empobrecimento dos artesãos provocado pela difusão das máquinas e da organização fabril da produção” (SINGER, 2002, p. 24). Desta forma, a economia solidária se constitui uma proposta diferenciada de pensar e realizar o trabalho, sendo pautada por princípios que orientam para o projeto de uma outra sociedade, mais solidária, em que o trabalhar está presente, mas também, as necessidades materiais e imateriais, como a qualidade de vida, o desenvolvimento pessoal, o acesso ao consumo, entre outros. Os princípios da ECOSOL são cooperação, solidariedade, autogestão, sustentação econômica e sustentabilidade ambiental (SINGER, 2002).

Se contrapondo à competição, à hierarquização e ao empobrecimento das relações sociais e produtivas do capitalismo, a economia solidária valoriza a confecção de produtos, serviços e vínculos mais éticos, justos e permeados de sentidos.

O movimento da ECOSOL, que vem ocorrendo em intensidade gradual nos últimos 20 anos, marca a expressão da ação pública de diversos segmentos sociais. Apesar das iniciativas várias de apoio, o movimento ganhou maior notoriedade a partir das discussões e articulações ocorridas no fim da década de 1990. E em contraposição ao Fórum Econômico Mundial, constituiu o Fórum Social Mundial (FSM) em 2001, com as primeiras edições acontecendo em Porto Alegre (RS). Em termos de sua organicidade, o movimento se alimentou da criação do Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES) em 2003 (que atualmente conta também com edições estaduais e microrregionais), da criação, também em 2003, da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego, que contribuiu para a criação de secretarias, departamentos e gerências de economia solidária em diversos municípios e estados brasileiros, e, por fim, da constituição do Conselho Nacional de Economia Solidária, implantado em 2006, após a I Conferência Nacional de Economia Solidária, que tem se constituído em um importante espaço na área de discussão e construção de políticas públicas.

---

<sup>38</sup> Principal expoente da Economia Solidária no Brasil, na atualidade.

Enquanto movimentos sociais, políticos e práticos em curso na sociedade brasileira, a Reforma Psiquiátrica e a Economia Solidária são igualmente processos coletivos que objetivam acontecer em contextos, por vezes, enclausurados em institucionalizações de processos e relações de trabalho e de atenção e cuidados em saúde mental.

Creio que, até por esta visão que a economia solidária traz de travar este debate [...] com essas condições adversas do mercado, que é um mercado que não inclui, mas exclui, entre a economia solidária e a reforma psiquiátrica há uma vocação cooperativa inevitável. O fundamental é que ambos nascem de uma matriz comum [...] nessa vontade de mudar a sociedade, de modo que ela possa ser uma sociedade mais generosa, mais inclusiva, mais solidária etc. Essa é a matriz que nos interessa. Na verdade, a reforma psiquiátrica não é uma tecnologia de montar serviços de saúde mental, mas um movimento social de transformação profunda e de fato das concepções sobre a loucura e sobre a diferença<sup>39</sup> (BRASIL, 2005b, p. 11).

Por isso, na atualidade, discutir a enunciação da atenção em saúde mental confeccionada na economia solidária é tão importante quanto problematizar os processos de trabalhar produzidos pelo campo da saúde mental.

A partir dessas colocações iniciais, esclarecemos que, neste capítulo, cartografamos a composição da intersectorialidade entre as áreas de economia solidária e saúde mental, destacando e problematizando conceitos, proposições e sentidos presentes e ausentes nesta articulação, que objetiva a inclusão social pela via do trabalho dos sujeitos em sofrimento psíquico.

### **A Economia Solidária como Política Pública: a produção de contratualidade social**

A estratégia da inclusão social pelo trabalho na saúde mental, enquanto iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro, está justificada e fundamentada nas Leis n. 9.867, de 10 de novembro de 1999, e n. 10.216, de 6 de abril de 2001, ambas já discutidas detalhadamente no capítulo quinto. No entanto, o embasamento da inclusão social pela via, especificamente, da economia solidária foi regulamentada somente em 2005 pela Portaria Interministerial n. 353, de 7 de março.

No âmbito da economia solidária no Brasil, as décadas de 1980 e 1990 presenciaram a experimentação de seus primeiros exercícios práticos. O contexto de redemocratização e efervescência social e política foi o impulsionador da criação e atuação de variados

---

<sup>39</sup> Fala de Pedro Gabriel Delgado, que à época da publicação do material citado (2005) era Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, na Secretaria de Atenção à Saúde, que é parte do Ministério da Saúde.

movimentos sociais urbanos e rurais<sup>40</sup> e do sindicalismo autônomo e independente. Todavia, ao mesmo tempo, se constituía uma conjuntura inicial de crise econômica marcada por privatizações, desemprego, flexibilização dos direitos trabalhistas, inflação em alta e aumento dos índices de pobreza, que se acirriaram nos anos seguintes acompanhados por sentimentos de desamparo daqueles que viviam do trabalho.

Foi diante da impossibilidade de construção de um projeto social e político que aproximasse os coletivos e superasse estruturas injustas e perversas do universo do trabalho que tomaram força experiências práticas autogestionárias e solidárias de geração de trabalho e renda em atividades de recuperações de empresas, mutirões habitacionais e criações de Associações, Cooperativas Populares e Grupos Informais e Comunitários de Trabalho. No entanto, as primeiras políticas públicas brasileiras de fomento à economia solidária somente são identificadas a partir do ano de 1995, sendo elas construções de iniciativas municipais e estaduais, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul que, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005d), no ano de 2001, juridicamente viabilizou o maior programa brasileiro de economia solidária até então instituindo, o Programa de Economia Popular Solidária, por meio do Decreto nº 41.062, de 21 de setembro.

Em 2003, a Lei Federal nº 10.683 de 28 de maio, criou a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, momento em que a economia solidária se tornou política pública no governo federal brasileiro.

No ordenamento jurídico brasileiro atual, não há uma definição de economia solidária. Conceitualmente, se compreende como sendo o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizadas sob a forma autogestionária e solidária (BRASIL, 2005c). Como processo de anunciação coletiva, na economia solidária, o processo e o produto do trabalho não são dissociados do sujeito trabalhador, que é constituído como parte potente e visível da relação criativa e criadora que constrói com a experiência de trabalho; assim, o trabalhador é o protagonista do processo.

A partir da criação da SENAES, inicia-se para o Estado brasileiro a assunção de uma nova realidade do trabalho, assim como também de sua conceituação. Isso porque, em termos de política pública, a geração de trabalho e renda com o aporte da economia solidária abandona o foco exclusivamente no emprego formal. Também com a SENAES, práticas e programas isolados e desarticulados de geração de trabalho e renda (muitos de forte tradução

---

<sup>40</sup> Alguns exemplos, entre outros possíveis, são: o movimento de reforma urbana e moradia, da educação pública e de qualidade, da saúde pública (como já discutimos anteriormente), dos trabalhadores sem terra, época, inclusive, em que nasce o MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra).



compensatória) ganham maior suporte legal e técnico e assumem (não ignorando ou cimentando em uma unidade tosca) a fragmentação e a heterogeneidade do mundo de trabalho, inclusive se atentando para as formas e os laços informais de trabalho (BARBOSA, 2007).

No campo das relações de trabalho contemporaneamente construídas, analisamos que a identificação de suas heterogeneidades pelas políticas públicas representa a possibilidade do início de um necessário processo do Estado e da sociedade brasileira para pensar, vivenciar, sentir e estar na experiência trabalho de outras formas, distintas das até então exercidas e mercadologicamente valorizadas. Neste contexto, a economia solidária, como eixo da política pública de inclusão social pelo trabalho se configura como uma reação instituída à exclusão produzida na lógica capitalista. A possibilidade de oposição ao capitalismo, no viés da economia solidária, não se faz somente através da redefinição das relações produtivas, das relações entre economia e sociedade, mas também de uma democratização da vida e sociedade (VERONESE; GUARESCHI, 2005).

Entre as críticas à economia solidária se destacam as feitas por Antunes (1999), que a acusa de não ter força para se constituir como efetiva alternativa ao modo dominante de organização do mercado e das relações de trabalho no universo capitalismo. Ao localizá-la no terceiro setor, o autor reforça a falta de capacidade transformadora e, ao mesmo tempo, estabelece uma funcionalidade na economia solidária: a de dar suporte aos desempregados pelo capital, incorporando-os. Como analista das condições de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e do espaço ocupado pelo país no cenário econômico mundial, Antunes (1999) afirma que ainda há potencial para o crescimento econômico nacional, o que contribuiria para o futuro aumento dos índices de emprego; assim, a economia solidária seria um intermédio para posterior retorno para a relação empregatícia formal.

Diante das colocações do autor, é inegável a perspectiva de que Ricardo Antunes e Paul Singer não poderiam estar mais distantes quanto às formas de conceber e compreender a economia solidária em seus ideologismos, prerrogativas e possibilidades no cenário produtivo brasileiro. Assumindo um posicionamento em nossa discussão, localizar a economia solidária no terceiro setor é conceder com exclusividade à conjuntura econômica e social, em desvalorização daquilo a que autores como Furtado (2012) chamam a atenção: “O que está em jogo é a organização dos trabalhadores e seu nível de consciência. A alternativa ao emprego é estratégia de sobrevivência ou forma superior de organização das relações de trabalho?” (p. 471).

Estão distantes das formulações feitas por Antunes, e em consonância com as colocações teóricas de Singer (2002; 2003 e SINGER; SOUZA, 2000) as proposições assumidas e coordenadas pela Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) do MTE a partir de sua criação em 2003, com a asserção da sociedade civil e a decisão do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Somente um mês após a criação da Secretaria, o mesmo Paul Singer assumiu sua coordenação. A constituição da SENAES, bem como os esforços empenhados no estabelecimento de políticas públicas, é caminho para que a economia solidária componha a agenda política brasileira, garantindo que ela permaneça como política de Estado e não só como política de Governo.

Criando, ou se dedicando a criar, uma outra forma de govenamento da questão do trabalho, o Estado também faz uso de uma estratégia de sustentação e exercício de seu poder em um contexto em que a precarização das atividades e do mercado de trabalho são cada vez maiores. Enquanto tática biopolítica o Estado moldar sua prática governamental à realidade do trabalho absorvida, faz uso de um dispositivo de segurança de inflexão e direcionamento de política estatal. Mas porque o Estado faria isso?

Foucault (2008a) já sinalizou que o Estado, em essência, governa para si, gerindo seu poder para gerir sua existência. Mantendo-se, pelo menos em discurso teórico, assertivo às mazelas do trabalho e dos trabalhadores, o Estado está investindo em uma majoração da qualidade de vida da população, na heteronomia de um *fazer viver* de reconfiguração da administração dos imprevistos, que também é de gestão dos riscos, riscos do mundo do trabalho.

Mesmo com a identificação de fatores como os acima citados, não podemos ignorar que a construção de projetos de geração de trabalho e renda pelo aporte da economia solidária, é oportunidade para o estabelecimento de atividades de trabalho que podem ser canais para a construção de contratualidades sociais, isto é, atividades em que são disponibilizados recursos materiais e imateriais para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social mais plena de sujeitos trabalhadores, que podem assim exercer mais autenticamente o papel de protagonistas de seu próprio *fazer* e de sua própria história.

No campo da saúde mental, a economia solidária representa também a possibilidade do fortalecimento de uma luta por *um outro olhar* sobre a loucura: aquele em que o sofrimento psíquico não sustenta (e afirma por si só) o afastamento do paciente do corpo social.

### **Saúde Mental e Economia Solidária: a produção da intersectorialidade**

A partir do final dos anos de 1990, as áreas de saúde mental e de ECOSOL passaram sistematicamente a empenhar esforços para a construção de pontes políticas, sociais e práticas, para que os sujeitos em sofrimento psíquico pudessem, de forma autêntica, ampla e integral, acessar e exercer sua cidadania no tecido social, por meio (mas não só) da experiência-trabalho. Nesse processo, as experimentações práticas antecederam as prerrogativas políticas, sofrendo com a falta de sustentabilidade que as políticas públicas poderiam suprimir (LIMA et al., 2013).

O processo de composição da parceria entre saúde mental e economia solidária tem o ano de 2001 como um marco. Neste ano, a OMS (Organização Mundial de Saúde) o declarou como sendo o ano da Saúde Mental, instituindo o tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, que pouco eco fez no então contexto de exclusão e abandono social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Foi a urgente necessidade de uma rede de suporte e efetividade de proteção e reinserção social que, no mesmo ano, também marcou o panorama da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em Brasília em dezembro, assumindo para o evento o mesmo tema colocado pela OMS (Cuidar, sim. Excluir, não).

Quando a III CNSM foi realizada, havia menos de um ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216. Assim, as configurações e reconfigurações de forças hegemônicas e contra-hegemônicas no universo de atenção e cuidado em saúde mental no Brasil estavam em pleno processo. Nesse contexto, a Conferência (assumindo também as discussões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000) representou o fortalecimento da proposta da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que criou espaço para discussões e desdobramentos políticos e práticas sobre os eixos e condições de efetivação da proposta antimanicomial, inclusive com relação à inclusão social no mundo do trabalho.

A leitura do relatório da III CNSM permite a identificação do uso da expressão *reabilitação psicossocial*, em abandono a *reinserção social*, *reinclusão social e trabalho protegido* anteriormente presentes nos documentos oficiais. Tal mudança indica um esforço tímido discursivo, mas também político, em romper com a perspectiva adaptativa ao trabalho e restritiva em sua integralidade, que ideariamente se fazia presente em escritos anteriores a 2001, quando focando a relação entre trabalho e saúde mental (como problematizamos em capítulo prévio). Justificamos nossa afirmação de a modificação do termo empregado ser um *esforço tímido*, porque a troca de palavras como *reinserção*, *reinclusão* e *trabalho protegido* por *reabilitação* não representa um significativo salto conceitual, pois ainda traz

marcadamente a presença do prefixo “*re*”, que contempla um sentido de voltar a algo, ou seja, de retorno ao perdido, abandonado, enquanto parâmetro referencial estabelecido. Porém, o exercício de contemplar outras possibilidades conceituais, ainda que fracassadas, devem ser destacadas.

Ainda contemplando o contexto do ano de 2001, este pode ser identificado como o momento em que a inclusão social pelo trabalho se torna Política Pública de Saúde Mental, contemplando dimensões mais complexas e menos institucionalizadas do trabalho enquanto estratégia produtora de vida e de valor, ao mesmo tempo em que permite a expansão e o apoio de projetos e iniciativas autogestionárias e solidárias.

Em 2004, a área técnica de Saúde Mental e a SENAES estabeleceram uma aliança com o objetivo de fomentar mais objetivamente as experiências de geração de trabalho e renda, constituindo um grupo de trabalho interministerial (instituído pela Portaria Interministerial 353/2005). Nessa aliança, a política pública intersetorial da economia solidária e saúde mental e a participação da sociedade são identificadas como caminhos para a consolidação da efetiva superação dos manicômios (BRASIL, 2005b).

A intersetorialidade da política pública que se delineia discursivamente indica potencialidade para que outros projetos do viver em coletividade se edifiquem: *um outro* projeto compreensivo e relacional, que desmonta e ultrapassa o manicômio em seus parâmetros terapêuticos, institucionais e ideológicos; *um outro* projeto produtivo em que o trabalho e o trabalhar produzem relações, experimentações e também produzem produtos, serviços e distintas relações de consumo; *um outro* projeto de vida em sociedade, que seja mais inclusivo, ético e solidário.

Dando suporte legislativo e político, e mais uma vez também discursivo, em 2005 a Portaria Interministerial n.353 de 07 de março instituiu o grupo de trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e deu outras providências (BRASIL, 2005c). A inclusão social pelo trabalho na saúde mental, baseada nos princípios da economia solidária, conforme contemplada pela Portaria, é fruto da parceria entre Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do Trabalho e Emprego, e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde. A formulação da proposição de inclusão social pelo trabalho como estabelecido pela Portaria considerou as deliberações da I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, realizada no ano anterior, 2004, pela convocação dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

Destacamos como mérito do documento em questão as proposições de articulações entre as ações de saúde mental e economia solidária em suas dimensões e interfaces política, financeira, técnica e prática. Tais asserções são frutos de encontros de processos históricos, sociais e políticos, tanto no campo da economia solidária quanto da saúde mental, sendo que ambos empenharam esforços para produzir a interface.

Art. 2º O Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária terá as seguintes atribuições: I - propor e estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária; II - elaborar e propor agenda de atividades de parceria entre as duas políticas; III - realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de reforma psiquiátrica; IV - propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho; V - propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária, bem como do marco jurídico adequado; VI - estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária; e VII - propor mecanismos de parceria interinstitucional, no âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2005b, p. 113).

Efetividade e sustentação são os sentidos dos discursos que o Grupo Interministerial, segundo a portaria pela qual é instituída, persegue. Ao mesmo tempo se reconhece a fragilidade vivenciada pelos empreendimentos e experiências de economia solidária na saúde mental, devido à falta de sustentação teórico-técnica de experiências e processos de incubagem solidária, bem como à dificuldade de manutenção financeira. Ligado ao suporte material, mas para além de um reducionismo diretamente financeiro, há ainda nas linhas do documento a preocupação com o apoio da comercialização dos produtos e serviços frutos dos empreendimentos de geração de trabalho e renda. Significa uma inovação a clareza de que em qualquer discussão sobre o trabalho não se deve descolar deste as asserções sobre processos e relações de consumo.

A Portaria Interministerial em questão apresenta diretrizes legais para uma política pública intersetorial entre saúde mental e economia solidária, que nos anos seguintes contribuíram para a constituição de dispositivos institucionais, tais como a Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária e o Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST).

A Rede Nacional de Saúde Mental e Economia Solidária objetiva fomentar e organizar laços de trocas e oportunidades:

[...] buscando a qualificação técnica das iniciativas de geração de trabalho e renda e propõe a construção de redes de empreendimentos sociais, que fortaleçam as ações para inserção no trabalho das pessoas com transtorno mental e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PORTAL, 2014, p.01).

Como filhote da Rede Nacional no estado de São Paulo a Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária se define como “um coletivo de organizações da sociedade civil, de empreendimentos econômicos e solidários e projetos de geração de trabalho e renda organizados por usuários, técnicos e familiares dos serviços substitutivos da rede de saúde mental do Estado de São Paulo” (REDE ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA, 2014, p. 01). A Rede Estadual, assim como a Nacional, desenvolve, dissemina e apoia atividades de comercialização, formação e organização de eventos e materiais técnicos e de divulgação de experiências de iniciativas de inclusão social pelo trabalho.

Nos delineamentos práticos da Rede Nacional, em conformidade com as diretrizes das propostas de articulações entre Ministério da Saúde e Ministério do Emprego e Trabalho e apoiados pelo PRONINC (Programa Nacional de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares, criado no ano de 1998), ao longo do ano de 2008 ocorreram Ciclos de Cursos de Capacitação em Incubação de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental objetivando a instrumentalização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental. Ao todo, os Ciclos contemplaram 97 municípios distribuídos em 24 estados brasileiros (BRASIL, 2009).

Quanto ao Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho<sup>41</sup> (CIST), este foi criado a partir do objetivo de mapear as experiências de geração de trabalho e renda na saúde mental para, com esses dados, ser um instrumento para planejamento e distribuição de incentivos técnico e financeiro para as iniciativas, além de subsidiar ações da política pública, estimulando e fortalecendo as interlocuções entre os grupos cadastrados. Coerente a essas proposições, a partir da instauração do CIST e da Portaria Ministerial n. 1.169, de 07 de julho de 2005 (que destina recursos de financiamento para municípios que desenvolvem iniciativas de geração de trabalho e renda de usuários da saúde mental), desde 2008, chamadas públicas de seleção de projetos para concorrer a apoio financeiro têm exigido em seus procedimentos para candidatura a realização do Cadastro. Nos últimos anos, são exemplos a I e a II “Chamada para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Saúde Mental” de 2009 e 2010, respectivamente, bem como a “Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial”, de 2012 e 2013.

Dados do CIST<sup>42</sup> de julho de 2011 dão uma dimensão das ações articuladoras entre trabalho e atenção em saúde mental no território. As informações indicam a existência no

---

<sup>41</sup> Localizada no seguinte endereço: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=865](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=865).

<sup>42</sup> São os dados mais recentes localizados.

Brasil de 640 iniciativas de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. Os estados com os maiores números de Iniciativas são Rio de Janeiro (114 iniciativas), São Paulo (99) e Minas Gerais (59). Amapá, segundo o CIST, seria o único estado brasileiro com nenhum registro de iniciativas (BRASIL, 2011).

Os esforços legislativos e organizativos no universo da intersetorialidade entre saúde mental e economia solidária estiveram presentes ao longo de toda a década de 2000, recebendo mais alguns contribuintes nos anos de 2010 e 2011, que constituíram os marcos jurídicos da consolidação da ECOSOL e da Saúde Mental, segundo Silva (2012).

Em 2010, três eventos nacionais foram cenários de discussões e estabelecimento de contribuições para a Política Pública Intersetorial de Saúde Mental e Economia Solidária: a “I Conferência Temática de Cooperativismo Social”, a “II Conferência Nacional de Economia Solidária - pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável”, e a “IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial”.

A I Conferência Temática de Cooperativismo Social, que ocorreu em maio de 2010, teve como tema central “Trabalho e Direitos: Cooperativismo Social como compromisso social, ético e político”. As discussões da Conferência aconteceram em três eixos temáticos: I - Marco Conceitual, II - Marco Jurídico, III - Políticas Públicas Intersetoriais para o Cooperativismo Social (BRASIL, 2010b).

As movimentações e efervescências dessa Conferência subsidiaram os outros eventos nacionais daquele ano. A intersetorialidade como palavra de ordem, colocada em diferentes parâmetros e repetida nos três objetivos da Conferência Temática, reverberou nos eventos seguintes.

Analiticamente, a partir das informações do Relatório Final da I Conferência, apontamos como positivo o reconhecimento da intersetorialidade do trabalho (colocado no evento através do termo *cooperativismo social*). Apesar de sua presença na nomenclatura do evento, o conceito cooperativismo social não é apresentado ou, mais demoradamente, discutido em sua unidade. O Relatório se dedica a desenhar ou esboçar as fronteiras, limites, e outras informações sobre cooperativismo social. Sem apresentar ou problematizar o conceito, ele é diretamente caracterizado como “empreendimentos formados por pessoas em situação de desvantagem por condições físicas, mentais e situações sociais específicas e têm por objetivo promover a inclusão social e econômica dessas pessoas” (BRASIL, 2010b, p. 10).

Entre as assunções elaboradas a partir do evento, destacamos: a valorização das intersetorialidades, identificada na necessidade de não ignorar as variações de formalidades e informalidades organizativas dos empreendimentos solidários e cooperativos, e da integração

e interlocução dos segmentos sociais envolvidos/participantes das iniciativas de trabalho (como citado na Lei do Cooperativismo Social, n. 9.867/1999), evitando microgrupos solitários ou homogêneos no universo total do grupo; a abertura para a necessidade de estudo dos conceitos de rede e cadeia de produção e comercialização na realidade das iniciativas de trabalho, e a aplicação de esforços políticos que favoreçam a sobrevivência financeira dos grupos; entre outros (BRASIL, 2010b).

A partir desta I Conferência, quanto às propostas elaboradas que diretamente articulavam processos de trabalho e atenção em saúde mental, citamos no eixo “Marco Conceitual” duas importantes sugestões de que se alterassem as acepções de composição do discurso jurídico.

Na **primeira** delas, há a proposta de modificar a terminologia utilizada desde a Lei do Cooperativismo Social de 1999 quanto às pessoas a serem primordialmente foco de promoção e inclusão social e econômica pelo trabalho. A proposta é pelo abandono da expressão “pessoas em desvantagem”, para o privilégio de “pessoas em *situação* de desvantagem”. O uso da palavra *situação* valorizaria a transitoriedade que a compreensão dinâmica da vida apresenta e, assim, se propõe que as linhas políticas acompanhem esta existência não fixada.

A **segunda** proposta de alteração por nós destacada é de que as iniciativas de trabalho na saúde mental se constituam, primordialmente, em contextos distintos dos locais de tratamento. Com isso, busca-se mais uma vez um afastamento da concepção terapêutica do trabalhar, para valorizar a experiência trabalho. O espaço físico em que as atividades de trabalho se estruturam, não deve ser ignorado quanto às suas possibilidades simbólicas. No manicômio os processos de subjetivação dos doentes eram alimentados pelos discursos, saberes e relações de poder que se edificavam e circulavam nas relações e nos laços presentes e ausentes produzindo o fechamento e a segregação antes a partir da condição de internado que propriamente de sua doença. Com o abandono da materialidade das arquiteturas físicas se fortalece a produção de sentidos de *atenção* e *cuidado*, em que o trabalho é uma estratégia, em detrimento das noções de *tratamento-cura*, que são simbolicamente carregadas de sentidos terapêuticos de trajetórias lineares de adequação social pela via do trabalho, crítica que aprofundamos em capítulos anteriores. Priorizar outros espaços físicos potencializa a relação, o processo, e não unicamente, ou primordialmente, as finalidades includentes.

Apenas um mês após a I Conferência Temática de Cooperativismo Social, em junho de 2010, foi realizada em Brasília a II Conferência Nacional de Economia Solidária (CONAES), com o tema “Pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável”. Nesta II CONAES, a saúde mental é indiretamente colocada a partir das



discussões envolvendo as intersetorialidades da economia solidária. No evento, a intersetorialidade é reconhecida como oportunidade e desafio para o avanço da economia solidária em termos práticos e políticos. Os delineamentos organizativos, integrativos, legais e financeiros mais uma vez foram discutidos, alimentando anseios e propostas de ação. Destes, citamos nominalmente duas. Uma delas era a de criação de um Sistema Nacional de Políticas Públicas de Economia Solidária que organizaria e implantaria políticas públicas de economia solidária que articulassem “um marco legal; a definição de diretrizes e conceitos orientadores; as formas de atuação e atribuições dos diversos sujeitos públicos e sociais” (BRASIL, 2010c, p. 40).

A outra proposta, que preencheu as discussões durante o evento e foi repetida no Relatório Final, era a demanda pela reformulação da Lei n. 9.867/1999, também chamada de Lei do Cooperativismo Social. As mudanças solicitadas para a aprovação de uma nova legislação eram de várias frentes, das quais pinçamos duas: a do abandono da dimensão de *protegido* em que o trabalho é abarcado na referida Lei e a da criação de mecanismos de previdência social para que os participantes das iniciativas de trabalho que recebessem Benefícios de Prestação Continuada (BPC)<sup>43</sup> como proveitos monetários por incapacidade para o trabalho ou outro benefício social não tivessem os valores financeiros, fruto do benefício, cancelados. Esta batalha, inclusive, é coerente com as problematizações de que os benefícios sociais relacionados à questão do trabalho marcam ou reforçam a condição de *incapacidade de trabalhar* do sujeito a partir dos parâmetros utilitários e normalizantes do capitalismo, em que outras relações com as atividades laborais de experimentação e inventividade do trabalho ficam confiscadas pelo discurso da competência-incompetência produtiva.

Entre junho e julho de 2010, foi realizada em Brasília a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (CNSM-I). Ao longo dos nove anos que separam a III Conferência (ocorrida em 2001 logo após da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica) da IV Conferência, muitas mudanças referentes ao lugar social da loucura aconteceram, bem como

---

43 O BPC é um benefício da Política de Assistência Social que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e, para acessá-lo, não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente (BRASIL, 2014, p.01).

com relação às reflexões teóricas e às experiências práticas de trabalho e renda em contextos institucionais de saúde, assim como em espaços comunitários.

No Relatório Final da III CNSM, a economia solidária foi citada uma única vez no eixo de discussões sobre “Direitos e cidadania”, quando ela é colocada como possibilidade de atuação focada no trabalhar para os serviços substitutivos na comunidade. Curiosamente, a economia solidária não é sequer citada no eixo que diretamente objetivava discutir “Trabalho e geração de renda”, que, pelas nossas análises, privilegiava o emprego e o mercado formal de trabalho (como discutimos no capítulo quinto). Desta forma, a partir das propostas formuladas pela III CNSM, a presença das atividades de trabalho no contexto da saúde mental, no princípio do século XXI, nos leva para a indicação de um processo de normalização. Em um contexto de inserção social, de acesso à cidadania e maior contratualidade social (como o movimento da luta antimanicomial brasileira assumiu como compromisso ético, político e prático), discussões construídas com a missão de propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde mental pautadas pela identificação entre *atividades de trabalho - inserção formal no mercado de trabalho via emprego* são suporte de processos de transferências da segregação social, da instituição manicomial para a alienação subjetiva do mercado formal de trabalho, sendo que este último se preocupa com as necessidades do próprio mercado e não propriamente com as do trabalhador.

No Relatório Final da IV CNSM-I, também podem ser localizadas preocupações com a inclusão e reinserção no mercado formal de trabalho (mais diminuídas quando comparadas às da III Conferência), ainda que o maior enfoque com relação a temática trabalho seja, de fato, relacionado com a economia solidária e com a retomada das discussões sobre modificações na Lei do Cooperativismo Social.

Em relação às perspectivas da economia solidária como estratégia de atenção em saúde mental, e a partir do mapeamento que realizamos do Relatório da IV Conferência, alguns apontamentos podem ser feitos.

No eixo “Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial” é criado um sub eixo denominado “Trabalho, geração de renda e economia solidária”, indicando uma certidão de permanência definitiva da economia solidária no espaço de discussões sobre as atividades de trabalho no contexto da saúde mental na atualidade. É dada ênfase na Política de Economia Solidária e Inclusão Social e ao Programa Nacional de Cooperativismo Social. No sub eixo citado, estão lançados proposições de financiamento e sustentabilidade econômica para os grupos e iniciativas de trabalho dos quais participam usuários da rede de saúde mental, o que indica a preocupação com a elaboração de caminhos e estratégias para a

geração e manutenção de renda das atividades, consolidação de contextos distintos de acolhimento psicossocial e espaço de trabalho e criação de legislações específicas que estimulem consumo e comercialização de produtos e serviços advindos dos grupos de trabalho, entre outros (BRASIL, 2010c). São prerrogativas da identificação de necessidade de dar suporte material às experiências práticas que ultrapassam o olhar limitado do *fazer*, do *produzir*, e alcançam dimensões do consumo e do econômico.

Há ainda duas propostas da IV Conferência que precisam ser consideradas mais detalhadamente.

Discussões realizadas na Conferência apresentam como recomendação a construção de mecanismos de acompanhamento para a inserção no mercado de trabalho formal de usuários da saúde mental participantes de projetos de inclusão social pelo trabalho no contexto da saúde mental. Esses mecanismos deveriam estar previstos nos projetos terapêuticos dos sujeitos e estar em acordo com a política nacional de saúde mental, bem como com a de economia solidária. Em um sub eixo chamado “Inserção no mercado formal de trabalho” é reafirmada (visto que já estava presente na III CNSM) a proposição de criação de uma legislação específica de cotas de trabalho em empresas públicas e privadas para os sujeitos atendidos por serviços de saúde mental.

A multiplicidade de proposições, de enfrentamentos da realidade cotidiana do cuidado em saúde mental e de articulações possíveis, desejadas e articuladas que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental produziu no campo das relações entre o trabalhar e a atenção em saúde mental, é significativa. Mas algumas preocupações merecem ser apontadas, como agora fazemos.

O mercado formal de trabalho, via emprego formal, está posto enquanto objetivo a ser almejado para as atividades de trabalho na saúde mental. Mesmo com espaço reduzido (quando comparado a III Conferência), o evento da IV Conferência nomeia um sub eixo (“Inserção no mercado de trabalho”), que é componente do eixo “Trabalho, geração de renda e economia solidária”. Nos parece contraditório que um evento de temática intersetorial marque repetidamente o mercado formal como finalidade de processos. Mesmo que se argumente a existência de diversidade no mercado formal de trabalho, ainda assim ele é objetivo final de diversas propostas, como a da criação de legislação de cotas de trabalho aos atendidos pela saúde mental em espaços públicos e privados, a flexibilização de cargas e funções de trabalho aos usuários dos serviços de saúde mental, inclusive com criação de postos de trabalho *flexibilizados*, e desenvolvimento de estratégias de maior inclusão no

mercado formal de trabalho aos que participarem dos programas de reabilitação produtiva e trabalho protegido.

São processos de homogeneização de heterogêneas formas de ser, de trabalhar, de se inserir em um projeto ou iniciativa de trabalho e mesmo de se inserir e estar no mercado de trabalho, via emprego formal. Também são processos de apagamentos das diferenças com estabelecimento de diretividade nas propostas de implantação e administração das ações e atividades de trabalho na saúde mental, inclusive dos serviços abertos.

A partir dos estudos foucaultianos sobre governamentalidade e biopolítica (1986g; 2008a; 2010b), acreditamos serem essas propostas para a formulação de políticas que, ao invés de promoverem aquilo a que se pretendem (inclusão pelo trabalho, reinserção social), promovem uma inclusão-excludente, em que as prerrogativas de espaços diferenciados e ações protegidas, ao invés de valorizar a diversidade, colocam em relevo a diferença. Nesse sentido, a política produz *exóticos*, *estranhos* no contexto de trabalho formal e do mercado, reforçando a normalidade como adequação às normas estabelecidas.

A análise histórica dos lugares sociais a que os sujeitos em sofrimento psíquico foram destinados nos mostram ideários (inclusive legalmente autorizados) de desqualificação e incapacidade em existir para fora de contextos institucionais segregadores. A partir desses dados, as movimentações políticas e sociais a que o evento de 2010 dá vazão parecem fortemente se distanciar dos discursos históricos. No entanto, confusões argumentativas como as que acima cartografamos abrem rachaduras nas possibilidades de efetividades das propostas feitas, quanto ao amadurecimento das articulações planejadas, quanto aos novos caminhos a serem ambicionados, enfim, quanto às proposições elaboradas.

A participação no mercado formal de trabalho parece ser almejada a todo custo como um importante parâmetro de inclusão social e de *sucesso* do esforço empregado na trajetória percorrida. Se o mercado formal, via emprego, é foco, como ficam as dimensões éticas, estéticas, econômicas e autogestionárias que a economia solidária promove e fortalece? Sabemos ser o mercado muito dogmático quanto às exigências normalizantes de conduta que são impostas aos seus envolvidos. Constituído no âmbito da norma, a participação no mercado de trabalho pelo emprego formal é tido como *natural* e os que anseiam por ele e se dedicam a dele participarem vivenciam um processo naturalizado de contato com uma matriz de inteligibilidade que configura mercado e emprego formais, em que a promessa é de que os laços e as relações fazem sentido acima de tudo.

Desta forma, ansiar por que esse mercado formal de trabalho se adeque ao sujeito que nele se envolve a partir das propostas acima elencadas é ancorar o processo em uma

ingenuidade. Assim, defendemos que o mercado formal de trabalho seja *parte do processo* de relações construídas na experimentação dos sujeitos em suas relações trabalho-saúde mental, e não *finalidade*. Como parte do processo, no *estar* ou *trocar* com o mercado formal de trabalho, abandona-se o regime de verdade de que toda inclusão social possível (inclusão social pelo trabalho ou não) seja uma inclusão social *no* mercado dominante. Outro aspecto do processo de dimensionar o mercado como *parte* e não como *fim* é de que se superam as prerrogativas de que a inclusão se faz pelo *ser igual* aos demais, quando, na verdade, toda igualdade é apagadora das diferenças, é normalizante.

Observa-se nas páginas do Relatório da IV Conferência (assim como no relatório da III Conferência) o uso de variados conceitos sem maiores esclarecimentos quanto às suas definições. Inclusão social pelo trabalho, trabalho e geração de renda, trabalho protegido, inserção, reinserção social e reabilitação psicossocial são indiscriminadamente utilizados, muitas vezes como sinônimos. Como conceitos polissêmicos que se fizeram e fazem presença nos discursos histórico, jurídico, social e cotidiano dos equipamentos de saúde, o uso deles sem definições ou estabelecimentos de suas fronteiras e sobreposições promove uma confusão semântica que pode fomentar ações práticas inconsistentes e pouco fundamentadas tecnicamente. A falta de clareza conceitual pode favorecer um alargamento preocupante e selvagem quanto aos usos e presenças do trabalho e do trabalhar no cotidiano dos serviços e experiências coletivas, como historicamente já ocorreu no universo dos saberes e ações em saúde mental.

Em dezembro de 2011, o “II Encontro Nacional de Experiências de Geração de Trabalho e Renda da Saúde Mental: Rumo ao Cooperativismo Social” realizado no Rio de Janeiro, ainda recebia subsídios dos eventos anteriores, em especial da IV CNSM-I. O II Encontro teve por objetivo:

[...] debater sobre o cenário atual da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, as estratégias de incubação, inovação tecnológica e sustentabilidade dos projetos, o marco jurídico do cooperativismo social, bem como apresentar propostas para o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social que será lançado em breve pelo governo federal (BRASIL, 2012b, p.01).

O evento propiciou um espaço de trocas e organização das sugestões e reivindicações que logo, em seguida, em 2012, iriam integrar uma Campanha pela Lei da Economia Solidária.

Em novembro de 2012, iniciou-se na Câmara dos Deputados a tramitação do Projeto de Lei (PL) n. 4685, que "Dispõe sobre a Política Nacional de Economia Solidária e os

empreendimentos econômicos solidários, cria o Sistema Nacional de Economia Solidária e dá outras providências" (BRASIL, 2014b). A PL tem a autoria de oito deputados de diferentes estados brasileiros, sendo seis deles de filiação do Partido dos Trabalhadores (PT)<sup>44</sup>, mesmo partido do Presidente da República (Luís Inácio Lula da Silva) que em 2003 criou a SENAES e que desde então tem direcionado esforços (via presidência Dilma Rousseff) para que a economia solidária, de forma única e em composições, se torne política de Estado e não só de Governo, como tem sido.

Em quase dezoito meses de tramitação<sup>45</sup>, a PL n. 4685/2012 já foi aprovada pela Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio (em julho de 2013) e desde então está em apreciação pela Comissão de Finanças e Tributação. Concomitante a esse processo de tramitações (que não tem previsão de duração), uma campanha estratégica de mobilização social e coleta de assinaturas para a aprovação dessa Lei como Projeto de Iniciativa Popular tem sido coordenada pelo Fórum Brasileiro de Economia Solidária (FBES) objetivando produzir visibilidade à economia solidária, além de pressão social para a causa (FBES, 2014).

### **A produção do presente**

No Brasil, a economia solidária surgiu como estratégia a partir de movimentações, resistências e lutas sociais contra o desemprego, a pobreza e a precariedade social da vida, fenômenos produzidos pela lógica devastadora do capital. Primando pelo trabalho associativo, autogestionário e coletivo que produz riqueza, solidariedade e desenvolvimento econômico e social, a economia solidária se tornou política pública brasileira a partir de 2003.

Os movimentos da economia solidária e da reforma psiquiátrica brasileira apresentam a mesma matriz de configuração de forças sociais e políticas para construir outros modos de trabalhar e viver em uma sociedade mais justa, inclusiva e generosa quanto às diversidades, fazendo sentido as aproximações e as trocas que os movimentos realizaram nas últimas décadas, especialmente a partir das proposições de inclusão social pelo trabalho no contexto de cuidados e atenção em saúde mental.

A partir dos anos de 1990, pontes políticas começaram a ser estabelecidas entre a economia solidária e a saúde mental, intensificando-se a partir de 2001. Nos anos seguintes,

---

<sup>44</sup> Os outros dois deputados são filiados ao PSB (Partido Socialista Brasileiro) e ao PDT (Partido Democrático Brasileiro).

<sup>45</sup> Os dados aqui apresentados referentes a PL 4685/2012 são os coletados até março de 2014, época de fechamento desta tese.

eventos isolados de cada área e eventos articulados fomentaram a proposição da economia solidária e a saúde mental como política pública brasileira intersetorial.

Cartografias dessa articulação a partir de instrumentos legais e políticos, com o objetivo de identificar e problematizar os conceitos, as preocupações, as estratégias e os desafios presentes e ausentes, permitem alguns apontamentos.

Compreendemos que um importante questionamento se coloca quando do desafio de construir e efetivar uma política pública de inclusão social pelo trabalho pelo viés da economia solidária no contexto da saúde mental: o trabalho é ponto de partida ou de chegada? Pensar de onde se parte e aonde se objetiva chegar é a oportunidade de valorizar analiticamente uma das questões que abarcamos ao longo desta tese: a conceituação de trabalho que está permeando discursivamente a política, e que irá fundamentar as ações práticas.

As políticas públicas diretamente se ligam ao conceito de cidadania ao regulamentarem os direitos dos indivíduos de um país, tendo por gênese a Constituição Federal. Sendo que esta, como carta máxima, determina as competências do Estado, sendo a referência legal para elaboração, execução e avaliação das políticas públicas. Assim, políticas públicas e ações do Estado são partes do mesmo projeto de construção que um país pretende realizar.

A criação de políticas públicas no âmbito do Estado coloca em discussão o lugar institucional que a política pretende construir. No caso da economia solidária, o Estado brasileiro tem buscado sua localização, estrategicamente, no escopo das políticas públicas de desenvolvimento, identificando sua potencialidade para criar e articular ações integradas e articuladas de forma emancipatória. Como política de desenvolvimento, seus objetivos finais se afastariam de demandas assistenciais e compensatórias, restringindo-se a serem alavancas iniciais, ao mesmo tempo em que poderiam se voluntariar a compor com estas, como de fato têm feito recentemente (SCHWENGBER, 2014).

O Estado Brasileiro, ao articular, via política pública, economia solidária e saúde mental, tem objetivado investir no reconhecimento de novos sujeitos sociais, novos direitos de cidadania e novas formas de produção de bens, recursos e relações. Inicialmente, como política de Governo, nos últimos anos os esforços têm sido para que se torne uma política de Estado. A política pública brasileira de economia solidária e saúde mental é historicamente muito recente, o que significa que o objetivo de uma intersetorialidade está em processo. Em conformidade a isto, tal política pública é identificada como oportunidade objetiva e efetiva de inclusão social pela via do trabalho, e uma considerável construção teórica e política tem

ocorrido, impulsionando igualmente problematizações sobre o campo discursivo que está emergindo.

Na modernidade, o Estado ganhou visibilidade como centralizador e propagador de relações de poder, que é uma percepção enganosa. Baseado em Foucault (1986a), assumimos a compreensão de que o poder capilarmente passeia, enraizando-se pelo social, em um processo de engendramento de grande força que opera pela onipresença e microfísica. Como estratégia de conduta (de governo) de si e de outros, o Estado constituirá ações de governo que darão materialidade ao poder. Governo que ocorre pelo que o Estado efetivamente faz, mas também pelo de que se ausenta, se omitindo.

O governo da vida é função suprema do Estado e exige:

[...] utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas. [...] a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, na intensificação dos processos que ele dirige e os instrumentos do governo, em vez de serem constituídos por leis, são táticas diversas (FOUCAULT, 1986a, p. 284).

O homem, transformado em objeto das Ciências Humanas, é foco do projeto de racionalização da política estatal na modernidade. A intervenção do Estado nas diversas e complexas questões sociais se justificaria pelo argumento da manutenção do bem-estar dos indivíduos e da sociedade, em uma sociabilidade autoritária travestida de proteção e justiça social, de que o sistema jurídico das leis e as políticas públicas seriam parte crucial. A medida da justiça social (enquanto alcance do bem-estar) seria a normalidade, sendo esta a capacidade de adequação aos parâmetros de normas apresentados. “A partir de então, o problema da definição do conceito de justiça social passa a ser o de saber se é possível existir uma regra sobre a qual se possa chegar a um acordo e permitir a cada um medir-se em relação ao outro” (MACEDO JUNIOR, 1990, p. 08).

A norma permite delinear a igualdade e a desigualdade, a inclusão e a exclusão e, de forma insensível e fictícia, estabelecer a medida para que cada um pense seu valor social e sua identidade como parte da coletividade.

Todo governo é dirigido à população, em exercícios de governamentalidade, conceito outro também apresentado por Foucault (2008b).

Com essa palavra quero dizer (algumas) coisas: o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permite exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. [...] o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado (p. 291-2).



Dessa forma, as políticas públicas podem ser entendidas como exemplos de visibilidade das ações de governabilidade que o Estado moderno promove a partir dos objetivos de gerir condutas humanas com o mínimo de poder empregado e o máximo resultado almejado. No jogo da economia do poder, as condutas humanas são coletivizadas, trazendo o foco para as populações enquanto instâncias a serem promovidas e preservadas por meio de medições, descrições, sistematizações que, como exercícios de biopoder, dinamizam estratégias de governabilidade, ou seja, da disseminação das relações de poder na população para fins de administração.

Discutimos em capítulos anteriores como processos de normalização e de aplicação política das normas dentro da área de saúde mental geraram uma captura da loucura com desdobramentos historicamente diversos que nutriram o modelo manicomial em dispositivos arquitetônicos, institucionais, sociais e políticos, que operavam por práticas e discursos de exclusão. Nas últimas décadas, porém, uma rede mais sutil de objetivações e subjetivações tem difundido efeitos normalizantes diversificados em condutas cotidianas, voltando-se para o campo social com marcações includentes, como as proposições de reinserção social e inclusão social pelo trabalho, a partir dos anos de 1990, nas experiências e legislações brasileiras.

Distintamente da impressão do olhar rápido, não se trata de uma alteração de foco, mais de uma sofisticação biopolítica. Em operações anteriores, a captura tinha o objetivo de tirar do convívio os indesejáveis, pela “reclusão da exclusão” (FOUCAULT, 1996). Recentemente o objetivo da inclusão é para normalizá-los, fixando os indivíduos a aparelhos de reprodução, em processos de “reclusão de normalização” (FOUCAULT, 1996): a fábrica ensina responsabilidade e compromisso, a escola transmite o saber, instituições socioeducacionais ressocializam.

Na modernidade, a inclusão é a dimensão maior, mas sem apagar a exclusão em seus desdobramentos de racionalidade. Por isso falarmos em um binômio inclusão-exclusão.

A partir dessas colocações em interlocução com as cartografias feitas sobre a economia solidária e a saúde mental como estratégias da atual política brasileira de saúde mental, acreditamos que a importância alcançada pela economia solidária nos espaços teóricos e práticos da saúde mental pode ser atribuída ao fato de, conjuntamente, elas se fortalecerem como alternativas possíveis às formas antes hegemônicas: para a economia solidária, a desconstrução da lógica produtivista e alienada como única relação possível no mundo do trabalho; para a saúde mental, a oportunidade de arquitetar a inclusão social de sujeitos com vivências de sofrimento psíquico para além de espaços e ações de trabalho

terapêuticos, de ocupação do tempo livre, cerceados e protegidos, ou seja, de inserção social artificial.

Apesar de seu ideário diferencial, na intersetorialidade economia solidária - saúde mental se nota a existência de um campo heterogêneo de discursos que por vezes evidenciam um desnível e falta de consistência da amplitude almejada pelas proposições feitas, bem como pela concepção dos alvos e objetos de críticas.

Destacam-se dois conjuntos de matrizes que apresentam falta de conformidade interna em seu conteúdo. São eles, a presença e as discussões quanto às perspectivas do mercado formal de trabalho via emprego e os elementos conceituais referentes às atividades que envolvem o trabalho.

A discursividade das produções políticas sobre economia solidária - saúde mental tem repetidamente incluído o mercado formal de trabalho como espaço almejado de (re)inserção social pelo formato do emprego. Em colocações diretas e em entrelinhas propositivas, o sentido produzido por esses discursos é de um trabalhar pautado por uma linearidade adaptativa aplicada aos usuários da rede de saúde mental. Linearidade sustentada por dualismos de valor e contra valor existencial e identitário (louco - são, capaz - incapaz, não adaptado - adaptado, inserido - não inserido, trabalhador - não trabalhador), que são historicamente resgatados dos discursos manicomiais do trabalho curativo e, ao mesmo tempo, são de parâmetro de normalidade, mas agora localizado na tutela do mercado formal de trabalho via emprego, e não mais na segregação institucional dos hospitais psiquiátricos do passado.

Trata-se de uma divergência que evidencia o binômio inclusão - exclusão da estratégia de governamentabilização do Estado, que administra a si mesma, ao mesmo tempo em que se alimenta através de indicativos de *resolutividade* das políticas públicas, mostrando que a dinâmica de investir na população é investir no próprio Estado. Nesse sentido, com o demasiado foco no emprego formal, a política pública de economia solidária e saúde mental perigosamente flerta com a lógica capitalista de produção e reprodução de bens e relações, que com preponderância transforma os elementos presentes no processo em mercadorias, inclusive o trabalho humano.

Na política, são frágeis as propostas de construção de estratégias concretas de enfrentamento e desconstrução dessa dinâmica destrutiva do modo capitalista quando do envolvimento dos sujeitos trabalhadores usuários da rede de saúde mental. Não são feitas denúncias nem é assumido pelo discurso político-legal que as oportunidades no mercado formal de trabalho não são factíveis, mas ações inclusivas objetivadas por racionalidades

capitalistas que muito se afastam dos sentidos da economia solidária, que é a da participação no mercado de trabalho integralmente, em intercâmbios de cooperação e solidários e não em sujeição.

Defendemos que o trabalho e a participação no mercado de trabalho via emprego não devem ser compreendidos como respostas a necessidades normalizantes (“sou trabalhador, o registro comprova!”), mas sim como campo de oportunidade de produção de sentidos, de valores subjetivos e de valores de troca. E essa concepção, ampliada e necessária, deve se fazer presente nas propostas das políticas públicas. Em outras palavras, desconstruir a hegemonia do emprego e do mercado formal quando se articula e se vivencia o trabalho e o trabalhar é estranhar e desconstruir a governamentalidade capitalista. Em contrapartida, reforçar o operador *empreguista* é dar manutenção a ela.

A análise dos discursos que permeiam as atividades de trabalho em termos de seus enunciados visíveis evidencia uma pulverização de conceituações empregadas. São expressões como trabalho protegido, reabilitação, ressocialização, (re)inserção social, reinserção psicossocial, inclusão social pelo trabalho e trabalho e geração de renda, que não têm suas definições apresentadas ou delineadas, pelo contrário. Não só há a ausência de maiores contornos sobre as nomenclaturas utilizadas, como se identificam um mosaico de terminologias por vezes contraditórias.

Não desejávamos localizar uma unidade conceitual ou, na constatação de sua ausência, que uma fosse construída, como em uma pacificação teórica. O que colocamos em jogo é que a falta de delineamento das enunciações constituídas como linhas mestras nos documentos que abarcam a relação entre loucura e trabalho favorece uma *miscelânea* teórica e prática em que *se não se define do que falamos e fazemos, qualquer coisa pode ser algo*. Por este viés, mais uma vez, fica facilitada a retomada de construções de ações de trabalho no contexto de atenção em saúde mental pouco emancipatórias social ou subjetivamente, em que *qualquer trabalho* (em qualquer condição, qualquer parâmetro) ganha mérito automaticamente.

Apontamos a necessidade urgente de que sejam feitas discussões dos conceitos e dos contornos teóricos a partir dos quais os discursos serão proferidos. O espaço dos fóruns e das conferências políticas poderiam ser opções possíveis ao reunirem gestores, trabalhadores e usuários da saúde mental, bem como também estudiosos da área e acadêmicos.

Concluimos, indicando alguns pontos ainda carentes de propulsão por meio de políticas públicas que construam instrumentos e mecanismos contribuintes com o reconhecimento e o fomento da intersectorialidade economia solidária - saúde mental. São proposições de suporte mais concretos de consolidação das mudanças realizadas e

enfrentamento de novos desafios, tais como parâmetros mais claros de intersecção com políticas assistenciais e compensatórias, estabelecimento de articulações do poder público com a sociedade civil para criar e executar as políticas, edificação de mecanismos mais amplos e sustentáveis que abarquem, por exemplo, o consumo dos serviços e produtos das experiências e empreendimentos solidários, entre outros.

Outras discussões ainda são necessárias, mas elas ultrapassam os objetivos colocados para este texto. São elas: como a política pública repercute na vida das pessoas? Que organização social e subjetiva ela tem efetivamente produzido? Qual o valor de saúde que as experiências práticas têm produzido? Como a vida demanda e acontece como investimento de desejo no interior das experiências? Que suportes institucionais, teóricos e práticos têm sido oferecidos aos trabalhadores da saúde mental? São suficientes?

Enquanto política pública, a composição da economia solidária com a saúde mental tem recentemente ganhado maior espaço e concretude legal, política e prática, destacando-se ao valorizar o trabalho e o trabalhar como possibilidade de estar no social de forma mais integral que as simplificadas e insuficientes relações utilitárias e normalizantes que o capitalismo investe. Os conflitos e contradições são parte do debate público e dos processos aqui cartografados e demonstram que existe vida política ativa nos grupos que estão construindo essas histórias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SUAS ARTICULAÇÕES COM O TRABALHAR

Nos dedicamos ao longo destas páginas, a cartografar as proposições jurídicas e políticas do trabalho e do trabalhar como estratégias de assistência e atenção em saúde mental no Brasil a partir da constituição da primeira legislação psiquiátrica (em 1903, no final do período denominado Primeira República), percorrendo as políticas públicas de saúde mental posteriormente estabelecidas que contemplavam a dimensão do trabalho de forma propositiva ou indireta, chegando até a atualidade. Problematizamos conceitos e expressões que alimentam os agenciamentos do discurso presente nos materiais selecionados, bem como os sentidos que emergem dessas produções.

Chegamos à conclusão de que as legislações e políticas públicas são pautadas, atravessadas e constituídas pela história, não havendo unidade discursiva política fora de uma conjuntura histórica e social. Os resultados coletados ao longo do processo de constituição desta tese demonstram isso.

No universo legal e político da atenção em saúde mental no Brasil, os discursos históricos dirigidos à questão do trabalho podem ser organizados em duas frentes díspares: uma anterior à Reforma Psiquiátrica, outra posterior.

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a legislação de assistência psiquiátrica estava a serviço do objetivo de medicalizar a loucura e o louco, inclusive em sua inserção no social. Nos escritos jurídicos, o foco não era a cura, mas a moralização, com dedicado esforço para a contenção dos desvios e dos desviantes, não trazendo qualquer discussão, ou mesmo apresentação conceitual, sobre a doença mental ou o tratamento direcionado aos acometidos por ela.

Quanto às atividades de trabalho no contexto da saúde mental, elas eram um importante instrumento tanto de medida de adequação existencial e social, quanto de avaliação de eficácia dos tratamentos aplicados no espaço asilar e manicomial, sendo demarcadas em fenômenos de visibilidade das vidas degeneradas, como guias de internação e prontuários clínicos. O trabalhar era destituído de todo e qualquer sentido efetivo ou possível de experimentação e de construção criadora e criativa, sendo, inicialmente, estratégia de ocupação do tempo livre e de preenchimento e ordenação de mentes desvairadas e,

posteriormente, medida de adequação social. Saberes psiquiátricos que eram sustentados juridicamente.

Desta forma, as primeiras legislações brasileiras de assistência psiquiátrica produziram em nossa sociedade a loucura como experiência política de desvio da norma e o louco como habitante das margens da razão e da própria sociedade. Assim, esses documentos são exemplares de uma anatomia política dos detalhes como estratégia de garantia para a obtenção e manutenção de vidas normalizadas e integradas no controle biopolítico capitalista. A justificativa era de que a loucura, como fenômeno antinatural, subtrairia a capacidade produtiva dos adoecidos. Investir na retomada de uma existência normalizada, dessa forma, era a oportunidade de reconstituir a população em sua posição de base da prosperidade de uma nação (FOUCAULT, 2004a; 2008b).

A partir do final da década de 1980, com a constituição do SUS, e especialmente do ano de 2001, com a aprovação da Lei 10.116, até as políticas atualmente em vigor, o olhar e o entendimento ético-político quanto ao sofrimento psíquico se ampliaram, incentivando tanto reflexões como experiências práticas diferenciadas quanto ao cuidado produzido na área de saúde mental, contribuindo e exigindo a elaboração, implantação e acompanhamento de políticas públicas.

Desses momentos em diante, o doente mental, subjugado a saberes legalmente amparados e institucionalmente estabelecidos, foi reposicionado terminologicamente como em uma existência-sofrimento. Juridicamente, a descoberta da vida que acontecia no fora da arquitetura física do Hospital Psiquiátrico colocou igualmente o desafio de saltar a arquitetura simbólica da loucura. A *descoberta* do território comunitário em práticas e equipamentos de cuidado e atenção extra-hospitalares foi estratégica no processo de reversão do modelo de institucionalização da loucura, até então hegemônico.

No âmbito da dimensão trabalho, a produção discursiva legal e política da saúde mental assumiu diretrizes como a reabilitação psicossocial, a restauração da cidadania e da contratualidade social, utilizando neste processo, como um de seus principais instrumentos, a (re)inclusão social pelo trabalho. Todavia, a partir de então, o desafio é o de como garantir essa inclusão social a partir do trabalho, quando outros grupos da população não conseguem esse acesso. E em sua inserção, como garantir que sejam recontextualizações de suas diferenças e não, novas e múltiplas sujeições à racionalidade utilitária capitalista, em que a exclusão da loucura seria substituída pela exclusão do mundo de trabalho.

Cartografias das políticas públicas que contemplem o trabalho como estratégia de atenção em saúde mental indicaram, com relação a essas questões, a falta de uma

homogeneidade conceitual de trabalho, das perspectivas do trabalhar, inclusive, com um mosaico semântico de termos e expressões por vezes contraditórios - como *trabalho protegido, geração de trabalho e renda, inserção, reinserção e reabilitação social, inclusão social pelo trabalho* - indicando a necessidade de discussões dos conceitos e dos contornos teóricos a partir dos quais os discursos serão proferidos. O espaço dos fóruns e das conferências políticas e científicas poderiam ser opções possíveis, ao reunirem gestores, trabalhadores e usuários da saúde mental, bem como estudiosos da área e acadêmicos.

Também estão presentes, nos documentos atualmente vigentes, referências do acesso, da competência e da vivência do trabalho como uma jornada de uma linearidade adaptativa. Dessa forma, evidencia-se um trabalhar em uma dimensão reducionista, que negligencia suas partículas infinitesimais.

É identificado uma insuficiência de regulamentações e de parâmetros concretos para as iniciativas e empreendimentos de geração de trabalho e renda (como as de sustentação teórico-prática da economia solidária), fragilidades que dificultam a sustentabilidade dessas experiências. Há demasiada valorização do mercado formal de trabalho, bem como uma discursividade que conceitualmente aproxima e, por vezes, textualmente identifica trabalho com emprego formal, em uma valorização do trabalho prescrito e atestado que a formalidade do mercado de trabalho tanto valoriza.

Em nossa compreensão, as razões da atenção e do cuidado em saúde mental em articulação com o trabalhar respondem a chamados de potencialização de modos de vida compatíveis com as normas sociais valorizadas a cada momento histórico. Mesmo com um reconhecido esforço jurídico, político e social, infelizmente a estratégia trabalho no contexto da saúde mental é cercado de ambiguidades que não podem ser ignoradas ou minimizadas seja pelos militantes e trabalhadores da saúde mental, seja pelos usuários e sujeitos políticos e sociais, que somos todos nós.

Nos escritos legislativos e políticas públicas contemporâneos, tal preocupação com o trabalho no campo da saúde mental está presente, mas precisa ser alargada, sendo ainda obtusa para produzirem lógicas de cuidado e atenção em saúde mental que não sejam excludentes e segregadoras quanto às arquiteturas simbólicas da loucura, de uma existência-sofrimento, ou da diferença, seja ela qual for.

Atualmente, podemos dizer que a arquitetura física do manicômio foi abandonado, faltando a superação da arquitetura simbólica, em uma reconstrução do que Foucault (1987) denominou de *sensibilidade social à loucura*, ou seja, as formas com que uma sociedade se relaciona e convive com as distintas formas de *loucuras* e de ser e viver *singularmente*.

O questionamento sobre o que tornou, e ainda torna, a questão do sujeito em sofrimento psíquico em articulação com o trabalho e o trabalhar alvo de materiais jurídicos e políticos, bem como sobre o(s) conceito(s) de trabalho presentes e ausentes nesse arsenal discursivo, coloca-se em evidência algumas questões.

As políticas públicas certificam direitos, tentando assegurar articulações, porém não se opera uma transformação social unicamente a partir de um ato legal.

A constituição de uma outra sensibilidade quanto ao sujeito em sofrimento psíquico em sua participação da vida em sociedade não deve ser balizada por verdades médicas ou jurídicas que fixem sua identidade – e, por consequência, regem sua existência - em um (re)alinhamento de relações artificiais com o trabalhar e o mercado de trabalho.

Um outro pacto social da relação entre sofrimento psíquico e trabalho precisa ser estabelecido. Este caminho já começou a ser percorrido, mas ainda há uma considerável jornada, em que a política pública precisa *aprender a falar* sobre os sujeitos sem fazê-los refém, precisa substancializar os indivíduos sem sujeitar sua potência criativa e criadora, precisa apreciar e transcrever a realidade social sem recriá-la higienicamente, precisa construir formas de tratar os desiguais desigualmente, pois ao igualizar a diferença apaga-se a particularidade, homogeneizando-se os sujeitos e, por fim, precisa conseguir *falar* sobre o não trabalho de tal forma que ele não seja um *perigo para a sociedade*.

Ao final de nossa pesquisa, vemos que o objetivo original, qual seja, o de cartografar a relação trabalho – atenção em saúde mental, bem como constituir recursos teóricos que pudessem oportunizar a visibilidade da complexidade da vida social e da experiência-trabalho, foi alcançado, sem, no entanto, ter se esgotado, o que, na verdade, não era a pretensão inicial ou mesmo a nosso ver, possível.

Como ferramenta de primeira ordem, desejamos que estas páginas sejam alimento para o escopo de ações práticas e políticas no futuro.



## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 2000.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em <[http://cebes.iphotel.info/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n58.pdf#page=28](http://cebes.iphotel.info/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=28)>. Acesso em 10 jan. 2014.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Unicamp, 2010.
- AXT, M. O pesquisador frente à avaliação na pós-graduação: em pauta novos modos de subjetivação. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822004000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 ago. 2013.
- BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Orgs.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em <[http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp\\_3.pdf](http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2013.
- BARBOSA, R.N.C. **A economia solidária como política pública**: uma tendência de geração de renda e ressignificação do trabalho no Brasil. São Paulo: Cortez, 2007.
- BARRETO, R.O.; LOPES, F.T.; PAULA, A.P.P. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em MG e SP.

- Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2013, vol. 16, n. 1, p. 41-56. Disponível <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/viewFile/77741/81735>>. Acesso em 22 abr. 2014.
- BARROS, M.E.B.; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M.E.B.; SANTOS, S.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Porto Alegre: Unijuí, 2007.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal. 1985.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em <[http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtpsp\\_3.pdf](http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtpsp_3.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2013.
- BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P.D. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BIRMAN, J. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, Dec. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600005)>. Acesso em 03 jan. 2014.
- BENECKE, D.W.; NASCIMENTO, R. (Orgs.). **Política social preventiva: desafios para o Brasil**. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2003.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília: 1998.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. 6. ed. São Paulo: Papyrus, 2005.
- BRANDÃO, J.C.T. **Elementos fundamentaes de psiquiatria clinica e forense**. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro & Maurillo, 1918.
- BRANDÃO, JOÃO CARLOS TEIXEIRA. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Online. Disponível em <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em 08 dez 2013.
- BRASIL. **Decreto n. 1.132**, de 22 de Dezembro de 1903. Lei de assistência aos alienados. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em 03 dez 2013.

BRASIL. **Lei nº 3.071**, de 1º de Janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1910-1919/lei-3071-1-janeiro-1916-397989-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 02 jan. 2014.

BRASIL. **Decreto n. 17.805**, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 02 jan. 2014.

BRASIL. **Decreto n. 24.559**, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 30 dez 2013.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 30 jul. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 jan. 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 30 out. 2013.

BRASIL. **Projeto de Lei 3.657**, de 29 de setembro de 1989. Deputado Paulo Delgado. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta e internação psiquiátrica compulsória. Disponível em <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em 10 jan. 2014.

BRASIL. **Emenda/Substitutivo do Senado Federal ao Projeto de Lei no. 3.657**, de 1989. Apresentação em 28 de janeiro de 1999. Sebastião Rocha. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD20ABR1999.pdf#page=96>>. Acesso em 10 jan. 2014.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 24 out. 2013.

BRASIL. FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Anais da III Conferência Nacional de Saúde**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3confnac\\_an\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3confnac_an_1.pdf)>. Acesso em 04 jan. 2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Os direitos fundamentais e os direitos sociais na Constituição de 1988 e sua defesa. **Revista Jurídica Virtual**. Brasília, vol. 1, n. 4, agosto 1999. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Rev\\_04/direitos\\_fundamentais.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_04/direitos_fundamentais.htm)>. Acesso em 21 abr. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família** – PSF. Brasília, DF, 2000. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/relpsf2.pdf>>. Acesso em 24 out. 2013.

BRASIL. **Lei Federal n. 10.216**, de 06 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/leis2001/110216.htm>>. Acesso em 05 jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo/Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. 1. ed. Brasília Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2014.

BRASIL. Código civil: quadro comparativo entre 1916/2002. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2003. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70309/704509.pdf?sequence=2>>. Acesso em 22 abr. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**. 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)>. Acesso em 23 out. 2013.

BRASIL. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/050661M.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 353**, de 07 de março de 2005c. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Disponível <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-353.htm>>. Acesso em 20 fev. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **O marco jurídico da autogestão e economia solidária** (relatório final do convênio MTE/ IPEA/ ANPEC – 01/2003). Brasília: TEM; IPEA; ANPEC, 2005d. Disponível em <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BCF16A36C7A45/pub\\_marco\\_autogestao.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BCF16A36C7A45/pub_marco_autogestao.pdf)>. Acesso em 10 mar. 2014.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE ECONOMIA SOLIDÁRIA. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Acontece SENAES**. Boletim Informativo: edição especial. Brasília, julho de 2009. Disponível em <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812B35FA90012B495ED3D56385/Acontece\\_SENAES\\_6\\_ed.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812B35FA90012B495ED3D56385/Acontece_SENAES_6_ed.pdf)>. Acesso em 28 fev. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Legislação em saúde mental**. 2004 - 2010. Edição XII. Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2014.

BRASIL. **I Conferência temática de cooperativismo social**: caderno temático. Brasília, maio de 2010b. Disponível em <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad\\_tematico\\_cooperativismo.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A28000013731C1E94D5DBD/cad_tematico_cooperativismo.pdf)>. Acesso em 28 fev. 2014.

BRASIL. **II Conferência nacional de economia solidária** – CONAES: pelo direito de produzir e viver em cooperação de maneira sustentável. Documento Final. Brasília, junho de 2010c. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Economia\\_Solidaria\\_II/deliberacoes\\_2\\_conferencia\\_economia\\_solidaria.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Economia_Solidaria_II/deliberacoes_2_conferencia_economia_solidaria.pdf)>. Acesso em 01 mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: intersetorial: relatório final. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de

Saúde/Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reifinalIV.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental em dados** - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/pdfs/Saude\\_Mental\\_em\\_Dados\\_9.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf)>. Acesso em 28 fev. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados sobre geração de renda**. Brasília; 2012a. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33931&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33931&janela=1)>. Acesso em 07 mar. 2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei no. 12.690 de 19 de julho de 2012**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12690.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12690.htm)>. Acesso em 18 ago. 2012b.

BRASIL. **A evolução das ideias trabalhistas**. Economia. Carreira e Trabalho. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/sobre/economia/trabalho-carreira/evolucao-das-relacoes-trabalhistas>>. Acesso em 26 jul. 2013a.

BRASIL. **Cidadania**. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania>>. Acesso em 20 ago. 2013b.

BRASIL. Portal do Planalto. **O Brasil**. Constituição Federal. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/constituicao>>. Acesso em 24 jun. 2013c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Direitos do cidadão**: Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/direitos-do-cidadao/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 20 jun. 2013d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é reforma psiquiátrica**. Portal da Saúde; SUS. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=33929>>. Acesso em 10 jun. 2013e.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; REDE HUMANIZASUS. Integralidade. **Glossário**. Disponível em <<http://www.redehumanizasus.net/glossary>>. Acesso em 10 jun. 2013f.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema único de saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=24627>>. Acesso em 27 jun. 2013g.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Benefício de prestação continuada**. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciasociais/bpc>>. Acesso em 01 mar. 2014a.

BRASIL. CAMARA DOS DEPUTADOS. **Projetos de lei e outras proposições**. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559138>>. Acesso em 08 mar. 2014b

BRITTO, R.C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Disponível em <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/tese%20interna%20A7%C3%B5es%20involunt%C3%A1ria%20e%20a%20Lei%2010216.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2013.

BRITO, J.; ATHAYDE, M. Saúde, cadê você, cadê você? In: BRITO, J.; NEVES, M.Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Caderno de textos**: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011. Disponível em <<http://capescola.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2011/10/Caderno-de-Textos-28072.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2013.

BRUM, E. Acordei doente mental. **Portal Revista Época**. 20/05/2013, 10h03 - Atualizado em 15/06/2013, 09h39. Disponível em <<http://revistaepoca.globo.com//Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>>. Acesso em 20 dez. 2013.

BYDŁOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.14-24, jan.-abr. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, out. 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em 20 jul. 2013.

CAPONI, S. La aceptabilidad del riesgo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1306-1307, nov./dez., 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600013&script=sci_arttext)>. Acesso em 13 nov. 2013.

- CAPONI, S. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, May 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2008000500031&lng=en &nrm=iso>>. Acesso em 20 July 2013.
- CAPONI, S.N.C. Saúde pública, riscos privados. **Salus**, Florianópolis, v.1., 2004.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- CABRAL, J.P.C.; BURGINSKI, V.M. Emprego e trabalho na América Latina: análise crítica sobre as informações da CEPAL (1995 – 2008). **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 176-199, jan./jun. 2010.
- CANABRAVA, D.S.; SOUZA, T.S.; FOGAÇA, M.M.; GUIMARÃES, A.N.; VILLELA, J.C.; DANSKI, M.T.R.; MAFTUM, M.A. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010; 12(1): 170-6. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9534/6604>>. Acesso em 30 dez. 2013.
- CARDOSO JR, J.C.; JACCOUD, L. **Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal**. Disponível em <[http://florencioaugusto.com/documentos/politicas\\_sociaisnobrasil.pdf](http://florencioaugusto.com/documentos/politicas_sociaisnobrasil.pdf)>. Acesso em 25 jul. 2012.
- CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CARVALHO, A.F. de. Foucault: atualizador da genealogia nietzschiana. **Cadernos Nietzsche**, São Paulo, n. 30, 2012. Disponível em <<http://www.cadernosnietzsche.unifesp.br/pt/home/item/193-foucault-atualizador-da-genealogia-nietzschiana>>. Acesso em 31 mai. 2013.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
- CASTRO, C.L.F.; GONTIJO, C.R.B.; AMABILE, A.E.N. (Orgs.) **Dicionário de políticas públicas**. Disponível em <<http://pt.calameo.com/read/0016339049620b36a7dac>>. Barbacena: Ed UEMG, 2012.
- CASTRO, J.A. **Políticas sociais no Brasil**. Brasília, agosto de 2010. Disponível em <[http://www.cmdcamacae.rj.gov.br/download/outros/politica\\_social\\_conanda.pdf](http://www.cmdcamacae.rj.gov.br/download/outros/politica_social_conanda.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2013.



- CEDRAZ, A. **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, 2006.
- CESARINO JUNIOR, A. F. **Direito social brasileiro.** v. 1. São Paulo: Saraiva, 1980.
- CHALHOUB, S. **Trabalho, lar e botequim:** o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. Campinas: Ed. Unicamp, 2001.
- CODO, W. (Org.). **Por uma psicologia do trabalho:** ensaios recolhidos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CODO, W.; JACQUES, M.G. **Saúde mental & trabalho:** leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CODO, W.; TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.E. (Orgs.) **Trabalho, organizações e cultura.** São Paulo: Autores Associados, 1997.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO. **Linha do tempo:** verbetes. Disponível em <<http://www.crpssp.org.br/linha/verbetes.aspx>>. Acesso em 08 dez 2013.
- COSTA, J.F. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio:** subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CUNHA, M.C.P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Rev. Bras. de Hist.**, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144, ago/89-set/89. Disponível em <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anpuh.org%2Farquivo%2Fdownload%3FID\\_ARQUIVO%3D3853&ei=jvgdUqncNJSosAT4pYHoBw&usq=AFQjCNFtCd\\_JP8fwVtPbi9s-F-sb6cOqh7w&sig2=ihhBMJu4F\\_jebIKRhIXvg](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anpuh.org%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3853&ei=jvgdUqncNJSosAT4pYHoBw&usq=AFQjCNFtCd_JP8fwVtPbi9s-F-sb6cOqh7w&sig2=ihhBMJu4F_jebIKRhIXvg)>. Acesso em 30 jul. 2013.
- CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo:** Juquery a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DAGOGNET, F. **Georges Canguilhem philosophie de la vie.** Paris: Les Empecheurs/Seuil, 1998.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração universal dos direitos humanos.** Assembleia Geral da ONU, A/Res/3/217A (10 de dezembro de 1948). Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2013.
- DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. **L'impresa sociale.** Milano: ANABASI, 1994.

- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações, In: CHANLAT, J. – F. (Coord.) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996, vol. I.
- DEJOURS, C. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **RAE: Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, 33(3): 98-104. mai./jun., 1993. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2013.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 jan. 2013.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1992**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 4.
- DELGADO, M.G. **Princípios de direito individual e coletivo do trabalho**. São Paulo: LTr, 2001.
- DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, N.R. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. **Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.
- DIAS, M.C. **Os direitos sociais básicos: uma investigação filosófica da questão dos direitos humanos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- ESCOLA DE GOVERNO. **Os direitos humanos na Declaração Universal de 1948 e na Constituição Brasileira em vigor**. Disponível em <<http://www.escoladegoverno.org.br/artigos/115-direitos-humanos-declaracao-1948>>. Acesso em 26 jun. 2013.
- EWALD, F. **Foucault, a norma e o direito**. Lisboa: Vega, 1993.
- FARAH, M.F.S. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. **Revista de Administração, USP**, São Paulo, v.33, n.1, p. 51-59, jan./mar 1998. Disponível em <[http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num\\_artigo=167](http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=167)>. Acesso em 20 ago. 2013.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 2012.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Indústria fecha 4,5 mil vagas de trabalho em junho; Fiesp revisa para baixo estimativa para 2013. Alice Assunção, **Agência Indusnet Fiesp**. 16/07/2013, 11:44 - atualizado em 18/07/2013, 16:33. Disponível em <<http://www.fiesp.com.br/noticias/industria-fecha-45-mil-vagas-de-trabalho-em-junho/>>. Acesso em 20 jul. 2013.

FISCHMANN, R. Constituição brasileira, direitos humanos e educação. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 40, Apr. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141324782009000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141324782009000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 jun. 2013.

FONSECA, C.R.; ARAÚJO, L.F.J.B. A influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos no direito brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, 2011. Disponível em <<http://jus.com.br/revista/texto/21440/a-influencia-da-declaracao-universal-dos-direitos-humanos-no-direito-brasileiro>>. Acesso em 26 jun. 2013.

FONSECA, M. O Banco Mundial como referência para a justiça social no terceiro mundo: evidências do caso brasileiro. **Revista da Faculdade de Educação**. São Paulo: USP, v. 24, n. 1, 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-25551998000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551998000100004)>. Acesso em 10 mar. 2014.

FONSECA, M. **A Michel Foucault e o direito**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2003.

FÓRUM BRASILEIRO DE ECONOMIA SOLIDÁRIA. **Campanha pela lei da economia solidária**: iniciativa popular para um Brasil justo e sustentável. Disponível em <[http://www.fbes.org.br/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=1480&Itemid=13](http://www.fbes.org.br/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1480&Itemid=13)>. Acesso em 05 mar. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986a.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986b.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986c.

FOUCAULT, M. Verdade e poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986d.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986e.

- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986f.
- FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986g.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- FOUCAULT, M. Entrevista sobre a prisão: o livro e o seu método. In: MOTTA, M. B.(Org.). **Ética, sexualidade, política**. Coleção ditos e escritos, v. V. São Paulo: Forense Universitária, 2001a.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: MOTTA, M. B.(Org.). **Ética, sexualidade, política**. Coleção ditos e escritos, v. V. São Paulo: Forense Universitária, 2001b.
- FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: MOTTA, M. B. da (Org.) **Estratégia, poder-saber**. Coleção ditos e escritos, v. IV. São Paulo: Forense Universitária, 2003.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.
- FOUCAULT, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M.B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Coleção ditos e escritos, v. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010a.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010b.
- FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Púb**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.093-106, jan./mar., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n1/0129.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.
- FURTADO, O. O trabalho na perspectiva das políticas públicas. In JACÓ-VILELA, AM.; SATO, L. (Orgs.) **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. Disponível em <http://books.scielo.org/id/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601-29.pdf>. Acesso em 01 mar. 2014.

- FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano VIII, n.1, mar., 2005. Disponível em <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume08/n1/a\\_transposicao\\_das\\_politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_no\\_brasil\\_para\\_a\\_pratica\\_nos\\_novos\\_servicos.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume08/n1/a_transposicao_das_politicas_de_saude_mental_no_brasil_para_a_pratica_nos_novos_servicos.pdf)>. Acesso em 02 jan. 2014.
- GIACÓIA JUNIOR, O. Sobre direitos humanos na era da biopolítica. **Kriterion**, Belo Horizonte, 118, 267-308, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sciarttext&pid=S0100-512X2008000200002>>. Acesso em 24 ago. 2013.
- GIDDENS, A. **Mundo em descontrolo**: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- GUARESCHI, P.A. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2006.
- GUARESCHI, N.M.F.; LARA, L.; ADEGAS, M.A. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, pp. 332-339, jul./set. 2010. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8163/5854>>. Acesso em 24 ago. 2013.
- HOBBSAWM, E.J. **A era dos extremos**: o breve século XX. 10. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- HOFFE, O. **Direito intercultural**. Barcelona: Gedisa. 2000.
- HÖFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, nov. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=pt&nrm=isso>>. Acesso em 20 ago. 2012.
- HORA, D.M. Medicalização. **Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)**. Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Disponível em <<http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verbcmedicalizacao.htm#ftn1>>. Acesso em 30 dez 2013.
- KYMLICKA, W.; CRAIG, E. (Orgs.). **Routledge Encyclopedia of Philosophy**. London: Routledge, 1998. Disponível em <<http://www.aartedepensar.com/leiticidadania.html>>. Acesso em 21 de junho de 2012.
- JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 24 Jul. 2013.

- LAMB, H. R. Will we save the homeless mentally ill? **American Journal of Psychiatry**. Arlington, v.147, p.649-651, 1990. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2327496>>. Acesso em 02 jan. 2014.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172003000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 jul. 2013.
- LAPPANN-BOTTI, N.C. **Oficinas em saúde mental: histórias e função**. Tese de doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, SP, 2004.
- LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LIMA ASPIS, R. Um ensino de filosofia e resistência política e (des)governamentalidade e sub-versões. **Educação em Revista**, Marília, v.12, n.1, p.169-180, Jan.-Jun., 2011. Disponível em <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/educacaoemrevista/article/viewFile/1546/1340>>. Acesso em 05 mar. 2013.
- LIMA, E.A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- LIMA, I.B.; SILVA, J.E.; CRUZ, S.S. Políticas públicas de saúde mental e economia solidária: construção de uma nova concepção. **Rev enferm UFPE**, on line., Recife, 7(esp.): 1008-15, mar., 2013. Disponível em <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3526/pdf\\_2301](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3526/pdf_2301)>. Acesso em 20 fev. 2014.
- LIMA, W.G. Política pública: discussão de conceitos. **Revista Interface** (Núcleo de Educação, Meio Ambiente e Desenvolvimento). N° 05, Outubro de 2012.
- LUZ, M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidade. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.
- LUZ, M.T. Risco, perigo e aventura na sociedade da (in) segurança: breve comentário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, Dec. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2001000600003&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 18 Jul. 2013.
- MACEDO JUNIOR, R.P. Foucault: o poder e o direito. **Tempo Social; Rev. Sociol.**, São Paulo, USP, 2(1): 151-176, 1. sem. 1990. Disponível em <<http://www.fflch.usp.br/sociologia/temposocial/site/images/stories/edicoes/v021/foucault.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2013.

- MACHADO, R. Duas filosofias das ciências do homem. In: CALOMENI, T. C. B. (Org.). **Michel Foucault: entre o murmúrio e a palavra**. Campos, RJ: Editora Faculdade de Direito de Campos, 2004.
- MACHADO, R. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULTI, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MARTINS FILHO, I.G.S. Os Direitos Fundamentais e os Direitos Sociais na Constituição de 1988 e sua defesa. **Revista Jurídica Virtual**, Brasília, vol. 1, n. 4, agosto 1999. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Ver\\_04/direitosfundamentais.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Ver_04/direitosfundamentais.htm)>. Acesso em 10 jun. 2013.
- MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril / Cultural, 1983. v.I.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editora, 2004.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In E. V. Mendes (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.
- MESSAS, G.P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2008, vol.15, n.1, pp. 65-98. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000100005&script=sciabstract&lng=pt>>. Acesso em 03 mar. 2013.
- MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.; NAVARRO, M.B.M.A.; GONDIM, G.M.M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, Dec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 dez 2013.
- MOREIRA, J. Ligeiras notas a propósito da assistência familiar. **Arq. Bras. de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.25-29, 1906.
- MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE. <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br>>. Acesso em jul. 2013.

- NARDI, H.C.; TITTONI, J.; GIANNECHINI, L.; RAMMINGER, T. Fragmentos de uma genealogia em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4): 1045-1054, jul.-ago., 2005. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n4/07.pdf>>. Acesso em 07 mar. 2013.
- NEGRI, A.; HARDT, M. **Império**. São Paulo: Record, 2004.
- NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras. 1998.
- OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OFFE, C. Trabalho: a categoria chave da Sociologia? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.04, n.10, 1989.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **A ONU e os direitos humanos**. Disponível em <<http://www.onu.org.br/>>. Acesso em 18 jul. 2013.
- ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- PAOLI, M.C. Trabalhadores e cidadania: experiência do mundo público na história do Brasil moderno. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 3, n. 7, Dec. 1989. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141989000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141989000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Jul. 2013.
- PEREIRA, R.C. Todo gênero de louco: uma questão de capacidade. **Revista Brasileira de Direito de Família**, vol. 1, abril/junho de 1999, Instituto Brasileiro de Direito de Família. Disponível em <[http://www.gontijo-familia.adv.br/2008/artigos\\_pdf/Rodrigo\\_da\\_Cunha/Generolouco.pdf](http://www.gontijo-familia.adv.br/2008/artigos_pdf/Rodrigo_da_Cunha/Generolouco.pdf)>. Acesso em 22 abr. 2014.
- PORTAL da Saúde Mental. **Rede nacional de empreendimentos: convênio**. Disponível em <<http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/saudemental/convenio.php>>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883-06.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2014.
- PRADO FILHO, K.; TRISOTTO, S. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, 2008, p. 115-21. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a13.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2013.



- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA / SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DE LONGO PRAZO. **Brasil: o estado de uma nação**. 2006. Disponível em <<http://em.ipea.gov.br>>. Acesso em 18 jul. 2012a.
- KIRST, P.G. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. (Orgs.). **Cartografia e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
- RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. **Mnemosine**, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em <[http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/148/pdf\\_143](http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/148/pdf_143)>. Acesso em 16 dez 2013.
- REDE ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA. **Portal**. Disponível em <<http://saudeecosol.org/>>. Acesso em 28 fev. 2014.
- RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- REZENDE, G.A. Assistência hetero-familiar na Colonia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro. In: PIRES, W.; HELIM, R.C. Anais da assistência a psicopatas: Distrito Federal. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 78, n. 2, p. 211, 1933 / Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1931. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_03.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_03.pdf)>. Acesso em 04 jan. 2014.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Editora Estação Liberdade: São Paulo, 1989.
- ROTELLI, F. Per una impresa sociale. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. (a cura di) **Salute mentale: pragmatica e complessità**. Trieste: Per La Salute Mentale, 1992.
- ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P.D. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Relume-Dumará: Rio de Janeiro, 1992.
- SANTOS W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.
- SANTOS, M. **O país distorcido**. São Paulo: Publifolha, 2002.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

- SAWAIA, B. Exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- SCHWENGBER, A. **Diretrizes para uma política pública de economia solidária no Brasil: a contribuição da rede de gestores**. Disponível em <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BCF1A3B9329B0/conf\\_rede.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BCF1A3B9329B0/conf_rede.pdf)>. Acesso em 05 mar. 2014.
- SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise - casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct., 1997. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jul. 2013.
- SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SENNETT, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- SERAFIM, M.P.; DIAS, R.B. Conceitos e ferramentas para análise de política pública. In: BENINI, E.A.; FARIA, M.S.; NOVAES, H.T.; DAGNINO, R. (Orgs.). **Gestão pública e sociedade: fundamentos e políticas públicas da economia solidária**. Vol. I. São Paulo: Outras Expressões, 2011.
- SILVA, A.L.A. **O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
- SILVA, A.L.A. **A Construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária**. Tese de livre docência. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em <<http://saudeecosol.org/wp-content/uploads/2013/08/A-CONSTRU%C3%87%C3%83O-DE-UM-PROJETO-DE-EXTENS%C3%83O-UNIVERSIT%C3%81RIA-NO-CONTEXTO-DAS-POL%C3%8DTICAS-P%C3%9ABLICAS-SA%C3%9ADE-MENTAL-E-ECONOMIA-SOLID%C3%81RIA.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2014.
- SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.
- SINGER, P. Economia solidária. In: CATTANI, A. D. **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz Editores, 2003.
- SINGER, P.; SOUZA, A.R. de (Orgs.). **A economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego**. São Paulo: Contexto, 2000.
- SOUSA SANTOS, B. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
- SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- SPINK, M.J.P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6): 1277-1311, nov.-dez., 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6944.pdf>>. Acesso em 21 jul. 2013.
- SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-797220020010100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-797220020010100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Jul. 2013.
- SPINK, M.J.P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- TEIXEIRA, M.O.L. História da Psiquiatria: a Psiquiatria e a universidade no Brasil: a contribuição de João Carlos Teixeira Brandão no seu nascimento. *Psychiatry On-line Brazil*. Novembro de 2008. vol. 13. n. 11. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano08/wall1108.php>>. Acesso em 10 dez 2013.
- TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/0D/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2013.
- TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 20 Jul. 2013.
- TÓTORA, S. Foucault: biopolítica e governamentalidade neoliberal. **REU**, Sorocaba, SP, v. 37, n. 2, p. 81-100, dez. 2011.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Biblioteca virtual de direitos humanos. Disponível em <[os.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html](http://os.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html)>. Acesso em 20 jul. 2013.

VALE, T.C.S.C. **Cidadania regulada**: uma exploração crítica do conceito. Disponível em <[http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos/22\\_7\\_2008\\_14\\_35\\_42.pdf](http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos/22_7_2008_14_35_42.pdf)>. Acesso em 12 de junho de 2012.

VEIGA-NETO, A. Governo ou governmentismo. **Currículo sem Fronteiras**, 5, 2, 79-85, 2005. Disponível em <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>>. Acesso em 24 ago. 2013.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M.C. Inclusão e governamentalidade. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 947-963, out. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/es/v28n100/a1528100.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2014.

VENANCIO, A.T.A. Sobre a desinstitucionalização psiquiátrica: história e perspectivas. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dez. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000400017)>. Acesso em 05 jan. 2014.

VENANCIO, A.T.A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500003)>. Acesso em 17 jan. 2014.

VERONESE, M.V.; GUARESCHI, P. Possibilidades solidárias e emancipatórias do trabalho: campo fértil para a prática da Psicologia Social Crítica. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 58-69; mai./ago.2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27045.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2014.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. **Como se escreve a história**. 4. ed. Brasília/DF: UNB, 1998.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 14, n. 1, jun. 2008. Disponível <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682008000100008&script=sci\\_arttext#1a](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682008000100008&script=sci_arttext#1a)>. Acesso em 08 jan. 2014.

WIEWIORKA, M. **Em que mundo viveremos?** São Paulo: Perspectiva, 2004.