

**ANA FLÁVIA DIAS TANAKA SHIMOGUIRI**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN E DO  
MATERIALISMO HISTÓRICO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL:  
uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva**

**ASSIS  
2016**

ANA FLÁVIA DIAS TANAKA SHIMOGUIRI

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN E DO  
MATERIALISMO HISTÓRICO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL:  
uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva**

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

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

ASSIS  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

S556c	<p>Shimoguri, Ana Flávia Dias Tanaka Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva / Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguri. - Assis, 2016. 134 f.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Orientador: Dr Abílio da Costa-Rosa</p> <p>1. Terapia ocupacional. 2. Materialismo histórico. 3. Psicanálise. 4. Saúde pública. 5. Saúde mental. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616.8917</p>
-------	---

Aos meus sobrinhos, Isaac Takao e Pedro Takao, que fazem meus dias serem doces, barulhentos e coloridos...  
Com eles me sinto chegando em casa e trocando o salto pelo chinelo;  
rio grande que nem menino arteiro!

Para que não se pense que apenas erguemos os andaimes de uma utopia imaginária, convém alertar a todos nós, os trabalhadores (intercessores em diferentes situações da Demanda Social), de que devemos estar convictos de que o sentido sublinhado neste ensaio para o termo práxis deve ser aplicado à nossa própria ação cotidiana. Ou seja, devemos descobrir e criar, fazendo, o saber capaz de suportar esse desejo cotidiano de instituir que só pode estar incluído entre as “paixões alegres”. Imaginação, espírito inventivo, e desejo cotidiano de instituir são ingredientes que não podem faltar quando pretendemos a consolidação e o avanço da Estratégia Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013, p.117).

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva.** 2016. 134f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

**Resumo:** Nosso objetivo principal foi pensar as práticas em Terapia Ocupacional à luz da análise paradigmática postulada por Costa-Rosa, que define o Paradigma Psicossocial como um passo além da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir da práxis clínica e institucional, tentamos fundamentar uma modalidade de terapia ocupacional na qual a psicanálise do campo de Freud e Lacan e o Materialismo Histórico são os referenciais teóricos técnicos e éticos políticos. Especificamos o enfoque desta reflexão no campo da Saúde Coletiva, na Atenção Psicossocial. Partimos do Dispositivo Intercessor, como um novo Modo de Produção de subjetividade e conhecimento. De natureza transdisciplinar, o Dispositivo Intercessor parte, principalmente, da psicanálise e do Materialismo Histórico – bem como de inspirações da Análise Institucional francesa e da Filosofia da Diferença – para definir dois momentos de produção radicalmente diferentes: o momento da práxis clínica junto aos “sujeitos do tratamento” e da práxis institucional junto ao “coletivo de trabalho”; e o momento da reflexão teórica, produzida a posteriori, sobre o processo de produção realizado no primeiro momento. Nossas reflexões pretendem demonstrar que (re)inventar a clínica na Terapia Ocupacional no contexto do Paradigma Psicossocial é tão possível quanto eticamente necessário. Na terapia ocupacional psicossocial, a saúde e a subjetividade são tomadas em sua continuidade moebiana e as dimensões subjetiva e social são indissociáveis. O sujeito, conforme concebido pela psicanálise, está entre homens e entre significantes, o referente de ação será o sujeito do inconsciente e o principal ‘meio’ de trabalho será a palavra e o fazer humano, considerado pelo Materialismo Histórico como a atividade vital do processo de humanização, em que ao fazer o homem faz a si mesmo. Com revoluções discursivas, avessas ao Discurso do Mestre e da Universidade, nos posicionamos no Discurso da Histórica e no Discurso do Analista, na ética do desejo. Assim é possível recuperar o aspecto simbólico-criativo-desejante das atividades, pensadas como dispositivos clínicos capazes de proporcionar equacionamentos de certos impasses nos processamentos específicos da subjetivação. Nesse modo de relação do sujeito com seu fazer, com o significante, e com os outros, há possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, menos alienantes. E, sobretudo, a produção de subjetividades singularizadas, por definição, subversivas ao instituído social dominante. Somente assim será possível caminhar na direção de suplantar as velhas terapêuticas ocupacionais alienantes pertencentes ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, não por acaso sintônico com o Modo Capitalista de Produção.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional na Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; Materialismo Histórico; Psicanálise do Campo de Freud e Lacan

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Contributions of the Freud and Lacan's Psychoanalysis and of the Historical Materialism to Occupational Therapy: a clinical of desire and privations in Collective Health.** 2016. 134f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016.

**Abstract:** Our main objective was to reflect about Occupational Therapy's practices in the light of the paradigmatic analysis postulated by Costa-Rosa, who defines the Psychosocial Paradigm as a step beyond the Brazilian Psychiatric Reform. From a clinical and institutional praxis, we have attempted to found a modality of occupational therapy in which Freud and Lacan's psychoanalysis and the historical materialism are the technical theoretical and ethical political references. We specify the focus of this reflection in the field of Collective Health, in the Psychosocial Care. We start from the Intercessor Device as a new Mode of Production of subjectivity and knowledge. Of transdisciplinary nature, the Intercessor Device originates mainly from psychoanalysis and Historical Materialism – as well as from inspirations of the french Institutional Analysis and Philosophy of Difference – to define two radically different moments of production: that of clinical praxis together with the “subjects of treatment” and of institutional praxis with the “collective of work”; and the moment of theoretical reflection, produced a posteriori, on the production process carried out along the first moment. Our reflections intend to demonstrate that (re)inventing the clinic in Occupational Therapy in the context of Psychosocial Paradigm is both possible and ethically necessary. In the psychosocial Occupational Therapy the health and the subjectivity are taken in their mobius continuity, so the subjective and social dimensions are inseparable. The subject, as conceived by psychoanalysis, is among men and between signifiers, the referent of action will be the unconscious's subject and the main means of work will be the word and the human's doing, considered by historical materialism as the vital activity of the humanization process in which the man do to make himself. With aversive discursive revolutions to Discourse of the Master and Discourse of the University, we choose the Discourse of the Hysteric and the Discourse of Analyst, in the desire's ethics. So it's possible recovering the symbolic-creative-desiring aspect of activities, intended as clinical devices capable of equating impasses in specific processes of subjectivity. In this mode of relationship of the man with his doing, with the signifier and with others men, there're possibilities's transference more symbolic and less imaginary, less alienating. Above all, the production of singularized subjectivities, by definition, subversive to the dominant social set. Only then will it be possible to move toward supplanting the old alienating occupational therapies pertaining to the Psychiatric Hospitalocentric Medicalizing Paradigm, not by chance in syntony with the Capitalist Mode of Production.

**Keywords:** Occupational Therapy in Collective Health; Psychosocial Care; Historical Materialism; Psychoanalysis of Freud and Lacan's field.

## LISTA DE SIGLAS

AIE – Aparelhos Ideológicos de Estado

AP – Atenção Psicossocial

AVDs – Atividades de Vida Diária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DA – Discurso do Analista

DH – Discurso da Histórica

DI – Dispositivo Intercessor

DIMPC – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento

DIMPS – Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Subjetividade

DRS – Divisão Regional de Saúde

DU – Discurso da Universidade

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MCO – Modelo de Comportamento Ocupacional

MCP – Modo Capitalista de Produção



MCPO – Modelo Canadense de Performance Ocupacional

MOH – Modelo de Ocupação Humana

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PEH – Processo de Estratégia de Hegemonia

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS – Paradigma Psicossocial

PTS – Plano Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SMC – Saúde Mental Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade

TO – Terapia Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	15

### ENSAIO 1

<b>UMA ANÁLISE DIALÉTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E SEUS EFEITOS NOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO</b> .....	20
1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1. A “natureza ocupacional” pensada à luz do Materialismo Histórico.....	25
2. O FAZER HUMANO “A SERVIÇO DOS BENS”: ALIENAÇÃO E ESTRANHAMENTO NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO.....	29
2.1. A institucionalização da divisão do trabalho.....	34
3. DA VIDA PRODUTIVA À TERAPIA OCUPACIONAL: A CAPTURA DO FAZER PELA PSIQUIATRIA.....	36
4. O MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E O PROCESSO ESTRATÉGICO DE HEGEMONIA: UMA OUTRA COMPREENSÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL ENQUANTO DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO SOCIAL DE SAÚDE.....	40
5. CONCLUSÕES PRELIMINARES.....	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

### ENSAIO 2

<b>OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A TERAPIA OCUPACIONAL COMO DISPOSITIVOS SOCIAIS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE SAÚDE</b> .....	52
1. INTRODUÇÃO.....	53
2. O TERRITÓRIO E O CAMPO DE INTERCESSÃO.....	59
2.1 O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.....	65
2.2 O Centro de Atenção Psicossocial infantil.....	72

3. ALGUNS ATRAVESSAMENTOS: AS INTERNAÇÕES E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DO SOFRIMENTO.....	75
3.1 Os discursos de dominação e as tecnologias disciplinares.....	80
4. ALGUMAS CONCLUSÕES.....	84
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

### ENSAIO 3

<b>A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISCUSSÕES PRELIMINARES PARA CONCEITUAÇÃO DE UMA CLÍNICA DO DESEJO E DO CARECIMENTO.....</b>	<b>90</b>
1. INTRODUÇÃO.....	91
2. BREVE HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL.....	95
3. UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS DA TERAPIA OCUPACIONAL E DAS ATIVIDADES ENQUANTO RECURSO TERAPÊUTICO A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	106
3.1. Concepção do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de seu manuseio como fatores do modo de produção.....	109
3.2. Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais.....	112
3.3. Modos de relação da instituição com a clientela, a população e o território, e a recíproca.....	114
3.4. Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos de terapêutica e de ética.....	115
4. CONTRIBUIÇÕES DO MATERIALISMO HISTÓRICO E DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN PARA UMA CLÍNICA DO CARECIMENTO E DO DESEJO.....	116
4.1. Esboços de um fazer em transferência na Terapia Ocupacional.....	118
5. PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES A CERCA DE UMA TERAPIA OCUPACIONAL PSICOSSOCIAL.....	121
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>130</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

## APRESENTAÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira – RPb (AMARANTE, 1995; 2003), ao colocar em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico sobre o sofrimento psíquico, abriu caminho para outras formas de Atenção na Saúde Mental Coletiva (SMC), propondo instituições de base comunitária com equipes multiprofissionais (AMARANTE, 1995; 2003; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001; RINALDI, BURSZTYN, 2008). Nesse contexto, dentre as várias disciplinas que se articularam para compor tais equipes está a terapia ocupacional (TO).

A preocupação em ampliar subsídios para a clínica da TO parece ser uma constante desde a graduação; fato que se evidencia ao observarmos a quantidade de trabalhos com essa temática (CASTRO; SILVA, 1990; FERRARI, 1991; BENETTON, 1991; 1996; 2006; BOCK et. al., 1998; MÂNGIA, 2000; 2002; BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; BRUNELLO, 2002; LANCMAN; GHIRARDI, 2002; BALLARIN, 2003; MEDEIROS, 2003; OLIVER; BARROS; LOPES 2005; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006; 2007; COSTA; FERIOTTI, 2007; RIBEIRO; MACHADO, 2008; JUNS; HÁ, 2008; BARROS, 2010; JUNS; LANCMAN, 2011; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; ALMEIDA; TREVISAN, 2011; COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015). Todavia, mesmo depois de mais de três décadas da RPb, as descrições do que se pretende alcançar em termos terapêuticos e éticos na SMC são tão vagas quanto diversas, as concepções efetivadas do *referente* das ações de Atenção e dos *meios* de trabalho do terapeuta ocupacional chegam até mesmo a confundirem-se com os da Reabilitação Cognitiva ou dos Treinamentos de Habilidades, comuns aos processos educacionais. Nesse sentido, parece-nos que falta clareza paradigmática que sustente as ações da TO no âmbito da Atenção Psicossocial.

Ao propor uma clínica na qual a psicanálise de Freud e Lacan e o Materialismo Histórico de Marx são referências teóricas, técnicas e ético-políticas importantes e imprescindíveis, Costa-Rosa (2013) inaugurou parâmetros mínimos para a teorização de um paradigma de Atenção em SMC já à frente da Reforma Psiquiátrica brasileira: o Paradigma Psicossocial (PPS).

No PPS, partindo dos ideais do Materialismo Histórico (MARX, 2004), o principal ‘meio’ de trabalho da TO será o fazer humano na ética do cuidado/desejo, considerado

como dispositivo de subjetivação, a atividade vital e não alienada em que ao fazer o homem faz a si mesmo: na medida em que se subjetiva, vai agindo e se relacionando com o mundo. Assim, a TO psicossocial se propõe a pensar um sujeito inseparável do seu fazer, recuperando a dimensão simbólica-criativa-desejante das atividades.

A modalidade produtiva que nos interessa escapa à lógica do Capital quanto à mercadoria e seu valor de troca. Em vez disso, temos a produção para uso e usufruto coletivo. Há possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, por isso temos no horizonte a singularização e a recuperação da genericidade humana, caracterizada por Marx (2004) como um Modo de Produção particular ao homem, que não se restringe às carências físicas imediatas, à demanda direta.

O PPS em relação ao seu antípoda, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), significa ainda uma subversão nos modos de conceber e produzir saúde e singularidade, também conhecimento. Saúde e subjetividade são concebidas como necessariamente homólogas, tanto que ambas podem ser condensadas no significante “subjetividadessaúde” (COSTA-ROSA, 2013). Pela superação dos princípios cartesianos “sujeito-objeto” e “doença-cura”, conseqüentemente, avança-se para a superação das relações de “dominação-subordinação”, de “saber-poder”, portanto, temos abertura para a produção social de relações intersubjetivas avessas à alienação e à adaptação, típicas do PPHM.

A concepção de sujeito, na TO psicossocial, igualmente, não pode ceder à objetualização do raciocínio positivista, não pode estar limitada às subjetividades da consciência. Baseando-nos na psicanálise do campo de Freud e Lacan, o sujeito é compreendido tanto na sua na sua dimensão de sujeito entre os homens, na relação com o corpo social, quanto na sua dimensão de sujeito do inconsciente, entre significantes (LACAN, 2008; NASIO, 1992).

A TO tomada enquanto um dispositivo social de produção de subjetividadessaúde, que opera com as formações subjetivas e com a Formação Social, em continuidade moebiana, pode produzir subjetividadessaúdes alienadas ou subjetividadessaúdes singularizadas, dependendo do Modo de Produção em questão. A saber, o Modo Capitalista de Produção, base do PPHM, produz alienação e os Modos de Produção Cooperados, bases do Paradigma Psicossocial, produzem singularização.

Quanto ao plano epistemológico, adotamos o Dispositivo Intercessor (COSTA-ROSA, 2008; 2013; 2015; STRINGUETA; COSTA-ROSA, 2007; FODRA et al., 2007; FODRA;

COSTA-ROSA, 2009; ANDRADE; COSTA-ROSA, 2011; ANDRADE, 2013; PEREIRA, 2011; GALIEGO, 2013; PÉRICO, 2014; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014) como um novo Modo de Produção de conhecimento. De natureza transdisciplinar, o Dispositivo Intercessor (DI) conjuga saberes da psicanálise do campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico, bem como da Análise Institucional francesa (LOURAU, 1975) e da Filosofia da Diferença (DELEUZE, 1992). Tendo em vista a superação da divisão entre os que sabem e os que fazem, temos o trabalhador-intercessor que é também pesquisador. O trabalho de intercessão e pesquisa coincide tendo, sobretudo, a finalidade de transformar a realidade em questão.

Este trabalho é composto por três ensaios. O primeiro ensaio, **Uma análise dialética da Terapia Ocupacional: considerações sobre o Modo Capitalista de Produção e seus efeitos nos processos de subjetivação** propõe uma análise da TO sob o prisma do Materialismo Histórico de Marx (2004). Considerando as atividades e o fazer humano enquanto dispositivos de subjetivação e recursos clínicos da TO, refletimos sobre elas na sua estreita relação com o fazer humano e sobre os atravessamentos que as práticas de TO sofreram ao longo do tempo, sobretudo pelas injunções do Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 2013), produtor da alienação e do estranhamento. Esse movimento de reflexão implicou em dialetizar um termo já cristalizado na profissão, “natureza ocupacional”, agora revisto e ampliado pelos pressupostos marxianos quanto à vida produtiva, atividade vital e carecimento.

No segundo ensaio, intitulado **Os Centros de Atenção Psicossocial e a terapia ocupacional como dispositivos sociais de produção de subjetividade e saúde** discutimos alguns aspectos dos modos de produção social da saúde e da práxis da TO na AP partindo do DI. Os CAPS, bem como a TO, são considerados dispositivos sociais de produção de subjetividade e saúde capazes de ofertar diferentes possibilidades transferenciais para os impasses de subjetivação apresentados pelos sujeitos que a eles recorrem, sendo ainda capazes, ou não, de interferir na Demanda Social (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1983; ALTOÉ, 2004), dependendo da maneira como esses impasses são trabalhados a partir dos laços sociais discursivos e da Ética adotados.

Por fim, no terceiro ensaio, **A terapia ocupacional na Atenção Psicossocial: discussões preliminares para conceituação de uma clínica do desejo e do carecimento**, nosso objetivo, partindo da contextualização dos modelos de TO oriundo da RPb e da sua análise segundo os quatro parâmetros propostos por Costa-Rosa (2013), quais sejam,<sup>1</sup>

Concepção do “objeto” da AP e dos “meios” teóricos e técnicos de seu mauseio; 2) Concepção da gestão dos Estabelecimentos da SMC; 3) Concepção das relações entre instituição e Território e a recíproca; 4) Concepção dos efeitos das práticas institucionais em termos terapêuticos e éticos, foi iniciarmos algumas discussões fundamentais para a conceituação de uma modalidade de TO harmônica com o PPS, o que seria uma terapia ocupacional psicossocial, com suas raízes na Psicanálise de Freud e Lacan para trabalhar com impasses de processamentos específicos nos processos de subjetivação, no que diz respeito às formações subjetivas, e no Materialismo Histórico para trabalhar com os impasses decorrentes da Formação Social.

Na TO psicossocial o sujeito é compreendido como sujeito do inconsciente, subjetividade desejante e a ética é a do desejo, do carecimento; o principal ‘meio’ de trabalho é o fazer humano, as atividades são consideradas como dispositivos de subjetivação em que ao fazer o homem faz a si mesmo e cria seus territórios existenciais. Assim, nos propomos a recuperar essa dimensão simbólica-criativa-desejante das atividades. Pode-se acrescentar que, nesse modo de relação do sujeito com seu fazer, com o significante e com os outros vemos possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, por isso espera-se que haja produção de subjetividades singularizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. T; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p.299-308, Botucatu, 2011.

ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-65.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária**: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

\_\_\_\_\_ ; COSTA-ROSA, A. Dispositivo intercessor – uma perspectiva multirreferencial de produção de conhecimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.10, n.1, p.171-182, 2011.

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: PADUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. **Terapia Ocupacional: Teoria e prática**. Campinas: Papyrus, 2003. p.63-76.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.95-103, São Paulo, 2002.

BARROS, M. M. M. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará. **Revista Ceto**, n.12, v.12, p.62-75. São Paulo, 2010.

BENETTON, J. M. Uma abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.2, n.3, p.55-59, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. Terapia Ocupacional e reabilitação psicossocial: Uma relação possível? In: PITTA, A. M. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.143-149.

\_\_\_\_\_. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora, UNISALESIANO, Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BOCK, V. et al. Grupo de Terapia Ocupacional: Um espaço de construção de fatos, vivências e história. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.9, n.1, p.32-36, São Paulo, 1998.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia Ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.1, p.9-14, São Paulo, 2002.

CASTRO, E. D; SILVA. J. G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.1, n.2, p.71-75, São Paulo, 1990.

COSTA, C. T.; FERIOTTI, M. L. Terapia ocupacional numa abordagem sistêmica e complexa. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. **Terapia ocupacional, fundamentação e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COSTA, L. A.; ALMEIDA, S. C.; ASSIS, M. G. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, v.23, n.1, p.189-196, São Carlos, 2015.

COSTA-ROSA, A. **Redes de contratualidade social em sujeitos do sofrimento psíquico grave: integrando a Estratégia Saúde da Família e Estratégia Atenção Psicossocial no Território**. 2008, mimeo.



\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

\_\_\_\_\_. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do Campo Freud-Lacan? Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Assis, 2015. (Trabalho não publicado).

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: ed.34, 1992.

FERRARI, S. M. L. O nascer das palavras através do fazer. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.2, n.1, p.12-15, São Paulo, 1991.

FODRA, R. E. P. et al. Metodologia de pesquisa em saúde mental: a abordagem dialética. In: Constantino, E.P. (org): **Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia.** Assis: UNESP Arte e Ciência, 2007.

\_\_\_\_\_; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, v.33, p.129-139. Rio de Janeiro, 2009.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento:** construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.2, p.44-50. São Paulo, maio/ago. 2002.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LOURAU, R. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Análise Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1975. p. 09-18.

JUNS, A. G.; HA, P. S. Y. **A especificidade do trabalho dos terapeutas ocupacionais no CAPS.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional). Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina. São Paulo, 2008.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.22, n.1, p.27-35, São Paulo, jan./abr. 2011

MÂNGIA, E. F. A trajetória da Terapia Ocupacional da psiquiatria as novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.11, n.1, p.28-32, São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.15-21, São Paulo, 2002.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.17, n.3, p.115-122, São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: Um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.18, n.2, p.54-62, São Paulo, 2007.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, M.F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. p.63-80.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional – um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

OLIVER, F. C.; BARROS, D. D.; LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.16, n.1, p.31-9, São Paulo, 2005.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014.

RIBEIRO, M. B.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.425-430, Botucatu, 2005.

RIBEIRO, M. C; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.2, p.72-75, São Paulo, 2008.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. Bras. Psicologia**, v.60, n.2, 2008. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/243/182>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v.13, n.1, p.33-51, 2014.

STRINGUETA, L. V. H.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica. In: E. P. Constantino (org.) **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. (pp.145-161). São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

## ENSAIO 1

### **Uma análise dialética da Terapia Ocupacional: considerações sobre o Modo Capitalista de Produção e seus efeitos nos processos de subjetivação**

**Resumo:** O homem é o único ser capaz de produzir para além das necessidades físicas imediatas, podendo engendrar um processo produtivo direcionado pela ética do carecimento e do desejo, no qual é possível apreender sua criação como a si mesmo, assim, ao fazer, ele constrói sua existência material e subjetiva; para Marx, essa é a atividade vital que lhe confere a genericidade humana. Com o Modo Capitalista de Produção (MCP) o trabalho deixou de ter valor de uso e usufruto coletivo, para ter, sobremaneira, valor de troca; assim, as produções foram transformadas em mercadoria. O fazer no MCP tornou-se via de enquadramento para um laço social alimentado pelos circuitos de (re)produção e consumo – de expropriação econômica e subjetiva. O indivíduo é reduzido à sua existência enquanto trabalhador mecânico e passivo, não considerado como subjetividade desejante, por isso, sofre o *estranhamento-de-si* e da sua própria atividade vital. As consequências disso nos processos de subjetivação é a (re)produção de subjetividades alienadas, capitalísticas, serializadas. Desde sua origem, a Terapia Ocupacional (TO) esteve intimamente ligada ao fazer e às funções práxicas, produtivas. Na história da profissão tem havido esforços no sentido de avaliar o desempenho ocupacional como expressão de saúde, por exemplo, com a elaboração da Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde. Todavia, a TO, ao falar sobre o homem como ser prático, não traz a *práxis* referenciada a um saber-fazer genuíno, sendo esta reduzida às práticas, atividades produtivas que podem ser automaticamente executadas; tangencia-se a noção de um sujeito-efeito do seu fazer, um sujeito cuja produtividade é determinante para sua saúde-doença. Para nós, ultrapassando qualquer ideal de normalização, interessa a concepção processual e dialética de saúde, que é socialmente produzida, a qual Costa-Rosa nomeou “subjetividadessaúde”, considerando que as subjetividades e as consistências de saúde são necessariamente indissociáveis e idênticas. Este é o ponto central da nossa proposta: avançar na compreensão de um sujeito inseparável do seu fazer, que, na medida em que se subjetiva, vai agindo e se relacionando com o mundo. Propomos pensar as atividades sendo elas próprias dispositivos de subjetivação, assim, mais do que um sujeito-efeito do seu fazer, teremos o fazer potencialmente como produtor de efeitos-sujeito.

**Palavras-chave:** Modo Capitalista de Produção; Terapia Ocupacional; Subjetividade.

[...] a opressão humana inteira está envolvida na relação do trabalhador com a produção, todas as relações de servidão são apenas modificações e consequências dessa relação (MARX, 2004, p.89).

Não foi Marx, obviamente, que inventou a mais-valia, só que antes dele, ninguém sabia o seu lugar (LACAN, 1992, p.18).

## 1. INTRODUÇÃO

Uma das premissas basilares e fundamentadoras de qualquer atuação em Terapia Ocupacional (TO) é a de que o fazer, isto é, criar, produzir, é fator constituinte do ser humano – o que na profissão designa-se por “natureza ocupacional” –, conceito fundado na ideia de que, independente da sua condição física, psíquica e social, o homem está sempre fazendo atividades. Conforme propôs Benetton (2006), desde os primórdios da profissão, as atividades têm sido os elementos orientadores da prática dos terapeutas ocupacionais. No contexto da Saúde Mental, dentre as muitas atividades utilizadas, destacam-se aquelas voltadas para os processos criativos, conhecidas como atividades expressivas, artísticas ou estéticas.

O pressuposto de que todos os homens possuem inerente às singularidades de cada sujeito uma natureza ocupacional característica dos seres humanos é o que tem justificado a pertinência da TO enquanto profissão que trabalha com essa especificidade. As práticas da TO são requeridas mediante alguma disfunção ocupacional, ou seja, sempre que uma problemática de origem orgânica, psicológica, ambiental ou social interfere no desempenho ocupacional do sujeito, impossibilitando-o de vivenciar seus papéis ocupacionais correspondentes às figuras construídas histórica e culturalmente, por exemplo, pai, filho, marido, estudante, trabalhador, etc.

Dito de outro modo, recorre-se aos atendimentos terapêuticos ocupacionais sempre que se tem a independência e autonomia comprometidas, estando, portanto prejudicadas as funções práxicas: o indivíduo está impedido de produzir, executar atividades. A definição hegemônica de desempenho ocupacional corresponde ao resultado da negociação que se faz entre pessoa-tarefa-ambiente:

[...] as pessoas utilizam suas capacidades para realizar uma tarefa em um determinado tempo, utilizando os objetos disponíveis, em um local específico. Por conseguinte, os resultados do desempenho de uma pessoa em relação a parâmetros com independência da tarefa, segurança e adequação dependem de negociações que

se fazem entre e por meio das capacidades da pessoa; das demandas da tarefa; e das demandas cumulativas dos ambientes (CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011, p.485).

Nessa perspectiva, todo o processo de TO será influenciado pela teoria usada pelo profissional a cerca das funções práticas e do desempenho ocupacional. No que se refere às abordagens teóricas, o Modelo de Comportamento Ocupacional (MCO) elaborado por Reilly (1970 apud CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011) serviu de embasamento para os modelos desenvolvidos posteriormente.

“No Modelo de Comportamento Ocupacional as pessoas se adaptam usando a ocupação para responder às expectativas da sociedade, e, dessa forma, validar sua própria pessoa como membro desta sociedade” (NICKEL, 2007, p.41). Para Reilly as pessoas se ocupam por si mesmas, para serem recompensadas pelo aprendizado, pelo controle e domínio de uma técnica. A partir dessa concepção do fazer humano, o MCO procura estudar como a adaptação social é feita em situações de doenças e deficiências e de que forma ela pode ser otimizada.

A partir do MCO, Kielhofner (1985 apud CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011) desdobrou uma das abordagens mais importantes e conhecidas na TO, o Modelo de Ocupação Humana (MOH). O MOH, ao referir-se à natureza ocupacional identifica duas condições basais: 1) o comportamento humano é dinâmico e influenciado pelo contexto; 2) a ocupação é essencial para organização própria do ser humano. Isto significa, em linhas gerais, que o MOH acredita que “o indivíduo é produzido e modelado pela natureza do seu comportamento ocupacional” (NICKEL, 2007, p.42).

O modelo propõe uma organização do sistema ocupacional humano em três subsistemas, a volição, o hábito e o desempenho mente-cérebro-corpo. O primeiro subsistema, a volição, é a porção motivadora do comportamento ocupacional, sendo ela influenciada por três áreas: os dotes pessoais, que estão relacionados às habilidades e efetividade de uma pessoa; aos valores, que definem o que é bom, correto e importante; e aos interesses, que são originados a partir da experiência de prazer e satisfação no comportamento ocupacional. Essas três áreas são inter-relacionadas para que o indivíduo tenha a condição de dar sentido à experiência, antecipar a ação e fazer uma escolha. [...] O subsistema mente/cérebro/corpo está relacionado aos sistemas corporais que fornecem as capacidades necessárias para o desempenho ocupacional. O ambiente é outro aspecto importante no MOH. Sendo este dividido em ambiente físico, constituído pelo ambiente natural, construído pelo indivíduo e os objetos dentro dele. E o ambiente social que é constituído por agrupamentos ou grupo de pessoas as quais o indivíduo se junta e as formas ocupacionais que ele desempenha (NICKEL, 2007, p.42-43).

Recentemente, uma nova abordagem teórica, que por algum tempo esteve restrita à Reabilitação Física, tem sido apropriada por vários autores da Saúde Mental (MÂNGIA, 2002): o Modelo Canadense de Performance Ocupacional (MCPO). Nickel (2007) define o MCPO como uma abordagem em que o terapeuta adapta sua intervenção para ajustá-la às necessidades percebidas pelo cliente: terapeuta e cliente definem juntos os objetivos do tratamento. Destaca-se essa participação do sujeito, segundo Law et al. (1995 apud MÂNGIA, 2002, p.129) é “uma abordagem que adota a filosofia de respeito e parceria com as pessoas que recebem os cuidados, reconhece a autonomia do cliente e a necessidade dele realizar escolhas”.

Embora haja algumas variações relativas aos meios de trabalho, às técnicas terapêuticas, predominantemente, na TO acredita-se que o sujeito, bem como sua saúde, são efeitos do seu fazer, do seu comportamento (CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011). Por meio de uma revisão bibliográfica podemos verificar que as definições do MCO têm se mantido hegemônicas.

De acordo com o Conselho Federal que regulamenta a profissão, “o terapeuta ocupacional compreende a atividade humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção e o homem, como um ser prático” (COFFITO, 2009a, p.1). Todavia, essa regulamentação, ao falar sobre o homem como ser prático, não trata da implicação do sujeito nas suas atividades, não traz a práxis conforme elucidada por Marx (2004), isto é, referenciada a um saber-fazer genuíno, sendo ela minimizada às práticas, às atividades produtivas, que podem, inclusive, ser automaticamente executadas.

Interessante notar que se tangencia a noção de um sujeito-efeito de seu fazer, um sujeito cujas atividades são determinantes para saúde-doença. Contudo, tal concepção não avança além das relações binárias sujeito-objeto e doença-cura, não abarcando, portanto, a ideia de saúde como um bem socialmente construído; e dinâmica ao ponto de não poder ser mensurada. Para nós interessa a concepção processual e dialética de saúde, a qual Costa-Rosa (2013) nomeou “subjetividade da saúde”, partindo da hipótese de que as subjetividades e as consistências de saúde são necessariamente indissociáveis e idênticas.

Apresentamos, aqui, o ponto central da nossa proposta: avançar na compreensão de um sujeito que é inseparável do seu fazer, e que, na medida em que se subjetiva, vai agindo e se relacionando com o mundo. Dessa forma, propomos pensar as atividades sendo elas

próprias um dispositivo de subjetivação, logo, podemos ter mais do que um sujeito-efeito de seu fazer, teremos o fazer potencialmente como produtor de efeitos-sujeito.

À parte algumas divergências, que no mais das vezes são de terminologia, a maioria dos trabalhos científicos sobre a TO versa sobre o desempenho ocupacional apontando-o como o indicador mais importante de saúde, trazendo os conceitos de autonomia e independência como correlatos à capacidade de desenvolver funções práxicas. Essas funções práxicas/produzidas, por sua vez, são tomadas como analisadores do desempenho ocupacional, e conseqüentemente, da saúde. Entretanto, as definições do que seja independência, autonomia, práxis, e mesmo saúde, podem ser problematizadas, e mesmo, modificadas, a depender do que se busca como efeito terapêutico.

Pensando sobre a TO e tomando por hipótese que é “o caminho das diferentes concepções de homem e sociedade que dão sustentação à elaboração de seu saber” (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008, p.30), neste Ensaio pretendemos, pela análise histórica da TO na sua estreita relação com o fazer humano, refletir sobre os atravessamentos que suas práticas sofreram ao longo do tempo, sobretudo pelas injunções do Modo Capitalista de Produção.

Esse movimento de reflexão a que aspiramos implica necessariamente em dialetizar um termo já cristalizado na profissão, “natureza ocupacional”, e, ainda, discutir as atividades e o fazer humano enquanto dispositivos de subjetivação, recursos clínicos<sup>1</sup> da TO. Para tanto, partimos das questões: estamos sempre fazendo atividades para quê? Qual tipo de atividade interessa ao homem enquanto homem?

Se é verdade que somos por excelência “seres ocupacionais”, e a terapia ocupacional tem por área de trabalho exatamente essa particularidade humana – a vida produtiva, a natureza ocupacional –, interessa-nos refletir sobre suas funções enquanto dispositivo social de produção de subjetividade e sobre os efeitos de uma perspectiva ontológica e funcionalista da condição humana moldada no MCP.

Acreditamos que, devido ao campo da TO estar em constante construção, existe ainda abertura para que Outro paradigma de Atenção, que aborda fatores orgânicos, psíquicos e sociais ganhe espaço. A partir das contribuições de Marx revistas por Costa-Rosa (2013), pretendemos introduzir novos referenciais teórico-técnicos, éticos e políticos, a fim de propor

---

<sup>1</sup> Não é nossa intenção dissertar sobre os especialismos do trabalho do terapeuta ocupacional, preocupação amplamente disseminada entre os profissionais do ramo. Pelo contrário, uma das nossas propostas é justamente superar as especializações, questão que será mais bem desenvolvida ao longo desta dissertação.



uma terapia ocupacional avessa ao MCP, a qual chamaremos uma terapia ocupacional psicossocial<sup>2</sup>.

### **1.1 A “natureza ocupacional” pensada à luz do Materialismo Histórico**

Historicamente, a espécie humana se diferenciou dos demais animais pelo seu fazer, sua capacidade de produzir. Partindo da hipótese de que o trabalho feito com as mãos faz mediação da relação do homem com a Natureza, o controle manual foi considerado um dos fatores decisivos no processo de hominização/humanização.

Estudiosos do tema definem que, “a distinção fundamental entre homens e animais teve início quando os homens começaram a fabricar os seus próprios meios de sobrevivência (ferramentas e utensílios), transformando a Natureza por meio do trabalho das mãos” (NINA-E-SILVA; ALVARENGA, 2012, p.3). Logo, a especificidade do trabalho manual foi crucial para a aquisição das características da espécie humana e para a constituição do indivíduo enquanto homem.

Todo processo de trabalho é composto por condições objetivas de produção, que se dividem em objetos de trabalho e meios de produção, e por condições subjetivas, que são a força de trabalho e as decisões tomadas pelo trabalhador. O objeto de trabalho é aquilo que será transformado, que receberá a ação do trabalho; meio de produção é o que se utiliza para transformar o objeto de trabalho (utensílios, ferramentas, etc) e a força de trabalho é capacidade humana de trabalho. (KAJI-MARKENFELDT, 2006).

O Materialismo Histórico (MARX 1975; 1983; 2004; MARX; ENGELS, 1998), põe em relevo as implicações sociais do trabalho, e em muito valoriza o fazer como principal intermediário da relação entre o homem e o mundo e entre ele e seus pares, atribuindo ao próprio trabalho um caráter sociocultural, tanto que, na sua perspectiva o fazer humano é o elo entre Homem-Natureza-Sociedade, pois, no fazer, mais do que a transformação da Natureza, há processos de subjetivação e produção de cultura. Destarte, utilizando-se do fazer e da linguagem é possível ao sujeito construir sua existência material e subjetiva.

---

<sup>2</sup> Essa modalidade de terapia ocupacional será desdobrada no Ensaio 3. A “Terapia Ocupacional Psicossocial” tem como principal referência o Paradigma Psicossocial elaborado por Costa-Rosa (2013) a partir do Materialismo Histórico de Marx e a psicanálise do campo de Freud e Lacan. Não pretendemos qualquer leitura totalizante da TO, e consideramos que já existem discussões e formulações que questionam características do Modo Capitalista de Produção e o Discurso Médico (CLAVREUL, 1983).

A filosofia idealista de Hegel influenciou fortemente os escritos de Marx, ela também destaca o valor social do trabalho e seu cunho histórico, especialmente quanto à concepção de trabalho como “uma manifestação dialética que se estabelece entre objeto e sujeito, entre o impulso cego da necessidade e a satisfação que libera o ser humano do círculo fechado do si e o faz encontrar com os outros” (SEMERARO, 2013, p.88). Ao trabalhar, o homem não satisfaz apenas suas necessidades, mais do que isso, ele forma sua consciência e atende também à demanda de outros. Ao propor a visão dialética da autoprodução do homem pelo trabalho, Hegel supera a separação cartesiana entre sujeito e objeto, além de discutir o trabalho voltado para a propriedade privada, o lucro e a divisão social (SEMERARO, 2013).

Para Hegel, o trabalho não é só satisfação das próprias necessidades individuais e imediatas, mas é a expressão de um valor maior: nele se forma a consciência pessoal e social, se manifesta o caráter público e universal do ser humano. Tal atividade não ocorre mecanicamente, mas é realizada por sujeitos que ao lidar com a natureza lhe conferem um significado [...]. Nesse processo, há uma transformação e humanização da natureza e, ao mesmo tempo, a criação de uma história coletiva que se expressa na linguagem, na qual a consciência se firma como memória. Para Hegel, a relação do homem com a natureza nunca é uma operação exterior, de mera apropriação e exploração [...]. Não se trata, portanto, de mera atividade exterior, mas principalmente de uma elaboração, de uma explicitação da vida interior e de uma construção social. Na medida em que lida com a natureza, com os objetos e os processos laboriais, o homem desenvolve não apenas instrumentos e habilidades, mas também a sua consciência, a cultura, o encontro e o reconhecimento dos outros, a construção da inter-subjetividade, da linguagem e de um mundo de valores sociais (“eticidade”). Portanto, se o ser humano se constrói individual e socialmente como resultado do seu próprio trabalho (SEMERARO, 2013, p.90-91).

Para Marx a teleologia do trabalho, sua finalidade, é a realização concreta do ser humano no fazer e nas relações sociais, “a história e o significado do homem estão gravados no trabalho [...] é a forma específica da práxis humana que abrange toda a vida material, filosófica, econômica, pessoal, social, política, cultural” (SEMERARO, 2013, p.98-97). Assim, ressaltamos a importância de se ter em mente os processos de subjetivação intermediados pelas atividades, pelo fazer humano, a singularização pelo trabalho e as relações intersubjetivas que se tecem, dado o caráter sempre social dessas atividades.

Nos “Manuscritos Econômicos Filosóficos”, Marx (2004) se dedica à discussão de termos valiosos para pensarmos a terapia ocupacional, principalmente “genericidade humana” e “vida produtiva”. Ele vai assinalar a vida produtiva como particular ao gênero humano e o fazer como a atividade vital do homem que lhe confere a genericidade humana. Destaca-se que a atividade vital para Marx (2004) não está de modo algum referida à fisiologia corpórea, isto é, à manutenção da existência estritamente no sentido orgânico (respiração, alimentação,

etc), portanto, o adjetivo “vital” não se aplica apenas àquilo que se faz para manter-se vivo, sobrevivendo.

Ao passo que os animais produzem somente sob o domínio das necessidades emergentes e limitados pelas características da espécie a qual pertencem, o homem é o único ser capaz de produzir livremente, por desejo, isto é, produzir na ordem do carecimento e não da carência. “O homem faz da sua atividade vital mesma um objeto da sua vontade e da sua consciência [...]. A atividade vital consciente distingue o homem imediatamente da atividade vital animal” (MARX, 2004, p.84).

[...] o trabalho, entendido como atividade adequada a um fim, é o que fundamentalmente nos faz humanos. Diferentemente dos animais que procuram apenas satisfação das suas necessidades biológicas, o homem produz a sua própria existência, é pelo trabalho que o homem adapta a natureza a si mesmo e a transforma, se autoproduzindo. [...] os animais agem para satisfazer apenas as suas necessidades, os seres humanos agem para produzir os meios de satisfação de suas necessidades (KAJI-MARKENFELDT, 2006, p.14-15).

Foi a partir do trabalho manual que pôde ocorrer a evolução do macaco ao ser humano, pois o mesmo foi crucial para que emergissem processos de produção independentes das carências físicas imediatas. Desde a concepção clássica greco-romana, entendemos que apenas os homens são capazes de transcender as necessidades, portanto os únicos livres para outras atividades não relacionadas à subsistência (NINA-E-SILVA; ALVARENGA, 2012). Retomando as ideias de Locke (1690/1964) sobre o fazer e as diferenças entre o trabalho humano e o labor animal, Arendt (1995) pontua que a divergência entre o labor e o trabalho reside no fato de que o labor seria exclusivamente para fins biológicos, já o trabalho, por ir além da carência, traria implicações sociais. Disso, inferimos que o fazer é a fonte suprema de produtividade e a expressividade maior da hominização/humanização (MARX; ENGELS, 1998).

A essência do homem é o trabalho. O homem só pode existir trabalhando [...] o homem não é plenamente homem, segundo Marx, se não imprimir em todas as coisas a marca de sua humanidade [...]. O trabalho é toda atividade humana que permite exprimir a individualidade daquele que a exerce. Mas exprimir-se para o outro, portanto, de mostrar ao outro ao mesmo tempo sua singularidade e seu pertencimento ao gênero humano (MÉDA, 1995, p.100-103 apud LANGUER, 2004, p.1).

Marx defende que a atividade vital do homem corresponde a um modo de fazer e produzir no qual aquele que produz estabelece uma ligação subjetiva e singular com sua

produção, o que ocorre somente quando se está situado na ética do carecimento: então o fazer está em livre fruição, é “a vida engendradora de vida” (MARX, 2004, p.83). Trata-se de um processo de produção no qual o sujeito está na dimensão criativa-desejante e consegue apreender sua criação como a si mesmo, temos “um circuito mediado pela significação” (KAJI-MARKENFELDT, 2006, p.17), em que ao fazer o homem faz a si mesmo, e faz também seu mundo, cria seus territórios existenciais.

[...] na atividade animal o vínculo sujeito e objeto (S↔O) se fecha em si para a satisfação de uma necessidade imediata (saciação da fome, por exemplo). Na atividade humana, o mesmo vínculo se abre através de mediações, construindo o significado. [...] Trabalhar é o ato de transmitir significado à natureza, de construir o mundo a nossa imagem e semelhança. O significado se define pela permanência além e apesar da relação com o objeto, ou seja, defini-se pela transcendência à relação S↔O (KAJI-MARKENFELDT, 2006, p.16-17).

Se o mundo é simétrico ao sujeito, a realidade de cada homem é sempre particular e modelada à sua imagem (QUINET, 2006). Nesse prisma de análise, Costa-Rosa<sup>3</sup> propõe a releitura do conceito filosófico *Dasein* de Heidegger, traduzido como *Ser-aí*, para se pensar a existência como algo constantemente em construção, apontando que a realidade só existe quando o sujeito está nela fazendo realidade. Zizek (1991) diz que a realidade é fendida, não é uma realidade dada por completa.

Zizek (1991) traz à baila a noção de performatividade: o homem vai criando, e, a *posteriori*, recria tudo, melhor dizendo, recria algo do que a psicanálise concebe por objeto perdido, causa de desejo. Marx (2004), igualmente, pensou o homem como ser inacabado, *em processo infinito de acabamento*: sem que o sujeito jamais esteja pronto, a essência é o movimento, o tornar-se mediado pelo devir criativo, devir de sentidos novos, que são os processos de subjetivação, a vida.

No processo de trabalho, considerando a ocupacionalidade intrínseca ao homem, uma vez satisfeitas as carências, outras necessidades vão sendo geradas, carecimentos e desejos que se repõem ao infinito. Neste sentido, destacamos a primeira interface da TO com o Materialismo Histórico: o termo “natureza ocupacional” pode ser ressignificado à luz de Marx pela homologia aos termos “atividade vital” e “genericidade humana”.

Para nossa análise quanto aos percursos do fazer humano na TO, destacamos dois momentos históricos e socioculturais específicos em que o fazer humano foi capturado, pondo

---

<sup>3</sup> Colocação oral feita pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa em aula na UNESP, campus de Assis, em agosto de 2013.

em risco a genericidade humana, a atividade vital do homem (MARX, 2004) e os processos criativos, subvertendo, portanto, os processos de produção, e, conseqüentemente, de subjetivação.

Inicialmente, isso se deu com o advento do Modo Capitalista de Produção, quando o trabalho deixou de ter apenas valor de uso e usufruto coletivo, para ter, sobremaneira, importância como valor de troca (MARX, 1975; 2004). E num segundo momento, no cenário do encontro da loucura com o trabalho, quando o fazer humano foi apropriado pela Ciência Moderna (SANTOS, 2000) para que a partir dele fosse produzido certo conhecimento científico que pudesse legitimá-lo enquanto recurso terapêutico estruturante das práticas de Atenção oferecidas nos asilos pela psiquiatria clássica, e principalmente, pelo tratamento moral (ANDRADE, 2013).

## **2. O FAZER HUMANO “A SERVIÇO DOS BENS”: ALIENAÇÃO E ESTRANHAMENTO NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO**

Simultaneamente ao desenvolvimento do capitalismo industrial, desenvolveu-se uma nova compreensão de ciência e de homem, impulsionada principalmente por Descartes, pai do racionalismo e fundador do método cartesiano. “além de suas transformações relacionadas diretamente ao Modo de produção – começa de modo explícito com a separação cartesiana corpo-mente, redobrada pela forma de ciência inspirada nessa filosofia” (COSTA-ROSA, 2013, p.37). Eis então, o conceito de indivíduo, que surge neste contexto de modernidade, originário do latim “individuum”, palavra que significa “não divisível”. O individualismo caracteriza-se pela “priorização nas relações entre os homens e as coisas em detrimento da relação dos homens em si” (FLECHA, 2011, p.32).

A Idade Moderna inaugurou outro modo de produção, e, portanto, outro tipo de relacionamento com a Natureza, marcado pela posse e dominação, oposto aos modos de produção das formações econômicas pré-capitalistas. Arendt (1995) aborda a questão apontando para as mudanças nas subjetividades, seguidas pela criação do *homo faber* e da nova “sociedade do trabalho”. Mais do que um meio para satisfazer as necessidades de subsistência, o trabalho assalariado tornou-se condição de existência para o homem moderno:

ao invés do trabalho do homem existir em razão dele, foi o homem que passou a existir em razão do seu trabalho.

O sistema econômico que vigorava até a insurgência do capitalismo industrial tinha mera função de operacionalização e de organização social, já na economia de mercado há um interesse econômico focado principalmente nos bens de troca, adquirindo o trabalho valor de mercadoria e excluindo-se qualquer sentido de comunidade, de coletivo (MARX, 2004; 1975). “O resultado de tudo isso é a crescente mercantilização de tudo e a transformação da sociedade numa sociedade de mercado. As pessoas relacionam-se não mais diretamente entre si, mas através das coisas que produzem” (LANGUER, 2004, p.4).

A “economia do dinheiro” (SIMMEL, 1973, p.14) influenciou fortemente a modulação da subjetividade. “Numa sociedade na qual a forma mercadoria é a forma geral do produto do trabalho, por conseguinte, também a relação das pessoas umas com as outras enquanto possuidores de mercadorias é a relação social dominante” (MARX, 1983, p.62). Para Simmel (1973) o homem moderno tece seus relacionamentos segundo o princípio pecuniário, tornando o dinheiro como denominador comum “que reduz toda qualidade e individualidade à questão: quanto?” (SIMMEL, 1973, p.13).

Sobre a vida produtiva, o fazer humano na lógica da racionalização econômica, por ser tomado apenas materialmente, ele tornou-se absolutamente mensurável. É possível e necessário calcular seu custo e também seu rendimento, de uma forma em que o sujeito produtor é expelido e separado do seu produto, participando apenas como força de trabalho. “Lacan fala em Discurso do Capitalista, cuja diferença em relação às suas forma antecessoras é o fato de o operário ter sido expropriado do saber sobre o próprio trabalho; além de não ter mais como viver a não ser trabalhar para o capital, nas condições impostas por ele (COSTA-ROSA 2013, p.37).

Os processos de produção no capitalismo se fragmentaram de tal forma que, a cada dia, são criadas mais especialidades, ficando a parte cada vez mais distante do todo, o trabalhador do seu trabalho, e o saber do fazer. Cabe destacar como consequência MCP essa separação do trabalhador dos meios de trabalho, dos quais passara a não ser mais dono. Igualmente, sua separação da produção, que lhe fora expropriada, visto que, pela primeira vez, vimos surgir a figura do não trabalhador, aquele que, embora não trabalhe, por possuir um poder aquisitivo maior, pode apropriar-se da produção de outrem.

Ainda há que se considerar o surgimento da mais-valia. No seu Seminário 17, Lacan (1992) diz que antes de Marx ninguém sabia exatamente o lugar da mais-valia, mas a partir das suas contribuições, ficou evidente que a extração da mais-valia sustenta o Capitalismo, por isso, indiretamente, é mantenedora das relações sociais de dominação e subordinação envolvidas nos conflitos da luta de classes: “o sistema do capital revela-se uma produção pela produção, não a realização do trabalhador, mas a valorização do valor” (SEMERARO, 2013, p.97).

Nos modos cooperados de produção, anteriores ao capitalismo, a produção visava em primeiro lugar o uso como usufruto coletivo (MARX, 1975; 2004) com um sentido de comunidade, estava fora do alcance da ética do “a serviço dos bens” (LACAN, 1988 apud COSTA-ROSA, 2013). O trabalho cooperado supunha a produção de valores de uso nos horizontes do carecimento. “Os modos pré-capitalistas conservam a imanência do trabalho e dos outros meios de produção e a relação direta desses com a criação da subjetividade concebida como transformação de si em um movimento absoluto devir” (COSTA-ROSA, 2013, p.31).

No começo, o relacionamento do trabalhador com as condições objetivas de seu trabalho era de propriedade, essa se constituía aí numa unidade natural do trabalho com os seus pré-requisitos materiais. Marx fala em propriedade, definida literalmente como relação do indivíduo com as condições de trabalho e reprodução, “corpo objetivo de sua subjetividade” (COSTA-ROSA, 2013, p.26).

O fazer no MCP tornou-se via de enquadramento para um laço social alimentado pelos circuitos de (re)produção e consumo – laço de expropriação econômica e subjetiva. Conforme descrito por Mângia (2003, p.39), “O processo de produção é um processo de formação de valor”. Por efeito disso na subjetividade, temos o estranhamento e a alienação, que são produzidos tanto durante o processo de produção, quando o trabalhador vê-se à mercê do patrão, do próprio processo de trabalho, da fábrica, ou nos tempos modernos, da instituição; quanto na finalização do produto, quando ele se vê diante de algo que lhe é completamente impessoal. É a objetificação do fazer como perda e a apropriação como estranhamento e alienação. O fazer estranhado é a negação do sujeito, pois visa satisfazer necessidades fora dele (MARX, 2004). Nas palavras do autor:

A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital. [...] Com efeito, segundo este pressuposto está claro: quanto

mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio, que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, e tanto menos o trabalhador pertence a si próprio (MARX, 2004, p.81).

Ainda sobre o estranhamento e a alienação no MCP, constatamos que o homem baixou à condição de objeto, sendo ele próprio um trabalhador-mercadoria. Em outros termos, de senhor/proprietário, baixou à condição de servo, sem ter alternativa de sobreviver sem precisar vender-se. Essa miséria humana põe-se em relação inversa à potência produtiva-criativa. “O trabalho alienado rompendo com a própria ontogênese humana, ao tirar do homem seus produtos tira também, sua vida genérica, sua atividade própria de produzir e reproduzir o mundo humano e de objetivar-se nesse mundo” (MÂNGIA, 2003, p.41).

Observa-se que as mercadorias levam as pessoas até o mercado, e não o contrário: “mais do que um discurso sem palavras, Marx enuncia um discurso sem sujeitos”<sup>4</sup>. Essa objetificação do homem compromete o processo de hominização/humanização decorrente do fazer humano, assim a genericidade humana deixa de ser prioridade. “O trabalho é externo ao trabalhador, não pertence ao seu ser, ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, não se sente bem, mas infeliz” (MARX, 2004, p.83). Em contrapartida, nos modos de produção pré-capitalistas era fundamental a relação entre realidade objetiva e realidade subjetiva:

No começo, o relacionamento do trabalhador com as condições objetivas de seu trabalho era de propriedade, essa se constituía aí numa unidade natural do trabalho com os seus pré-requisitos materiais. Marx fala em propriedade, definida literalmente como relação do indivíduo com as condições de trabalho e reprodução, “corpo objetivo de sua subjetividade”. Também encontramos claramente enunciada nesse manuscrito a tese de que o indivíduo produz-se ao produzir e reproduzir as condições materiais de sua existência. [...] Portanto, podemos considerar que a imanência do trabalho com os demais meios e condições da produção, o que define para Marx o trabalho vivo, está diretamente relacionada a um modo particular dos processos de subjetivação. Essa relação de imanência permitia ao trabalhador, como ente humano, ter existência objetiva independente do trabalho, e ao mesmo tempo possibilitava que ele se relacionasse consigo mesmo como senhor das condições de sua realidade (COSTA-ROSA, 2013, p.26-27).

No MCP não há espaço para a genericidade humana, a natureza ocupacional do homem está claramente voltada à manutenção do Capital. O indivíduo é reduzido à sua existência enquanto trabalhador mecânico e passivo, jamais considerado como subjetividade desejante. Todo esse estranhamento retorna para o homem como *estranhamento-de-si*, de sua

<sup>4</sup> Colocação oral feita pelo Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa em aula na UNESP, campus de Assis, em março de 2014.



própria atividade vital. O fazer estranhado, estranha do homem o gênero humano, igualando-o a um animal que sobrevive e cujas atividades estão na ordem das carências físicas, apenas, não mais do que do cuidado, isto é, do desejo.

O fazer estranhado engendra não somente a relação do homem com a sua produção material, ele engendra também as relações dele com a sociedade e com o mundo. A posição do sujeito quanto aos ideais socioculturais, igualmente, media seus processos de subjetivação, pois a mesma está entrecruzada às produções de sentido necessárias à existência desse sujeito. Em decorrência disso, quando falamos em alienação, falamos em desimplicação subjetiva e sociocultural (COSTA-ROSA, 2013), uma vez que, assim como não existe subjetivo alheio ao social, não há social que não seja subjetivado (FREUD, 1996).

Em meio a tantos atravessamentos, se o sujeito do cuidado e do desejo ainda pode pulsar nesse animal humano capitalizado, ele se questiona: “se minha própria atividade não me pertence, a quem ela pertence então?” (MARX, 2004, p.86). Isso significa para o homem a perda de si mesmo, pois seu fazer pertence a outro:

[...] se ele se relaciona com seu próprio trabalho como trabalho não livre, então ele se relaciona com ele como trabalho a serviço de, sob o domínio, a violência e o jugo de outro homem [...] a opressão humana inteira está envolvida na relação do trabalhador com a produção, todas as relações de servidão são apenas modificações e consequências dessa relação (MARX, 2004, p.87-89).

A sociedade pós-moderna venera a produção e o consumo, porém Marx (2004) pensa que, para o Capital, as únicas necessidades do homem plausíveis de fazerem sentido são aquelas para “conservá-lo durante o trabalho, a fim de que a raça dos trabalhadores não desapareça” (p.92). A produção e o que dela se obtém passaram a ter “valor de troca” e não “valor de uso”, com a finalidade de acúmulo, de extração da mais-valia. Os valores de uso passaram a ser produzidos apenas como requisitos à produção de valores de troca: “o salário pertence, pois, aos custos obrigatórios do capital e do capitalista e não deve ultrapassar a necessidade desta obrigação” (MARX, 2004, p.92).

Para uma sociedade decididamente consumista, a representação de saúde, bem-estar e realização está no consumo de gadgets, objetos da demanda enganosamente reconhecidos como objetos do desejo, que proporcionam uma satisfação momentânea e ilusória, que dura só enquanto a demanda ainda não se deslocou para outros objetos; é um movimento tão fugaz quanto todos os circuitos do MCP. Essa ideia de que felicidade e consumo se fundem ao ponto de serem sinônimos (BAUMAN, 2005) e faz com que a vida produtiva da maioria dos

homens seja gasta para satisfazer suas necessidades mínimas de subsistência e, sobretudo, de consumo, mas um consumo alienado, que não encontra o carecimento e o desejo.

Os processos criativos que balizavam o fazer humano e conferiam ao sujeito a genericidade humana, a soberania ante os animais expressa na liberdade de poder criar segundo o desejo e movido pelo carecimento, criar para seu próprio consumo e deleite, foram banidos do mundo capitalista. O processo de humanização pelo fazer não está mais colocado como objetivo maior da produção humana. “Com o MCP e com a sociedade de consumo estamos fora do trabalhador como prioridade [...], também o carecimento e o desejo saem do horizonte; voltamos à demanda direta e, portanto, à carência” (COSTA-ROSA, 2013, p.35-36). Os efeitos disso nos processos de subjetivação não poderiam ser outros além da (re)produção da alienação e do estranhamento: subjetividades capitalísticas, serializadas (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

## **2.1 A institucionalização da divisão do trabalho**

Apenas para seguir com o raciocínio retomaremos as modificações no fazer a partir do Capitalismo que consideramos mais relevantes para nossa análise: 1) a produção perdeu a importância como valor de uso para assumir preponderante valor de troca; 2) o trabalhador passou a não ser mais dono dos meios de trabalho e da sua produção; 3) ocorreu brutal separação entre saber e fazer; 4) surgiu a figura do não trabalhador e da mais-valia e, por último, 5) o trabalhador “saiu de casa”, foi às fábricas, eclodiu o “mercado de trabalho”.

Tudo isso, de maneira alguma se deu sem consequências: o fazer, o modo de produção, – que antes era atividade vital, de livre fruição do homem – passou a assumir outro caráter social, tendo destaque enquanto uma grande organização que realiza uma instituição ainda maior, a divisão do trabalho, impulsionada pelo MCP. Lembrando que muito nos interessa a divisão do trabalho pensada como um microcosmo onde se atualizam os conflitos da luta de classes (COSTA-ROSA, 2013).

A divisão pormenorizada do trabalho que faz com que o trabalhador não possa acompanhar o processo completo de produção e, por isso, se mantenha alienado e adaptado às normas sociais vigentes, é produto peculiar do capitalismo: “enquanto a divisão social do

trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem” (BRAVERMAN, 1977, p.72).

Aqui já não se trata apenas da distribuição das tarefas com fins técnicos visando a maior comodidade e o mesmo prazer do trabalhador; tampouco o interesse social global. Tanto a separação entre trabalho braçal (executor) e o trabalho intelectual (dirigente e decisório) quanto o parcelamento das tarefas dentro de uma mesma especialidade não são decorrentes das necessidades da cooperação inerentes ao processo de trabalho em sua função para a sociedade; decorrem, ao contrário, do processo de extração da mais-valia, portanto, dos interesses de um segmento social (COSTA-ROSA, 2013, p.31).

É importante frisar que essa função a favor da alienação não se manifesta claramente nos discursos ideológicos, mas está velada numa função positiva. Contudo, como "não há universal que não deva ser contido por uma existência que o negue" (LACAN, 2003, p.450), sempre restam lacunas discursivas, um não sabido estrutural que evidencia nas práticas cotidianas certa negatividade. Portanto, é necessário analisar minuciosamente as instituições quanto às suas consistências e funcionamentos.

Hegel (s/d) aponta três momentos do conceito: universalidade, particularidade e singularidade. Assim, Lourau (1975) a partir do pensamento hegeliano, sugeriu pensar a instituição partindo-se da articulação desses momentos. Por universal, temos o discurso ideológico, por exemplo, no caso do trabalho situado no Capitalismo: “Auferir riqueza e melhoria de vida”, essa é a função institucional positiva; como particularidade temos as práticas, que podem ser contraditórias entre si, revelando a negatividade, o não sabido estrutural: “Por mais que se trabalhe nunca se está rico o suficiente comparado ao tanto que há para se consumir”. Por último, a singularidade é o entrecruzamento do universal com o particular – discurso e práticas.

À revelia da universalidade, por meio das lacunas discursivas que se revigoram no particular, verificamos que a instituição “está sempre a serviço das formas históricas de exploração, dominação e mistificação [...]. Só que esta função raramente se apresenta como ela é [...] mostra-se como o objetivo natural, desejado e lógico” (BAREMBLITT, 1992, p.32).

Marx (1975; 2004) há muito tempo já havia demonstrado que o crescimento da riqueza, contrariando o discurso ideológico, é idêntico ao crescimento da miséria e da escravidão. Eis aqui uma das muitas contradições do MCP: “o trabalhador se torna tanto mais

pobre quanto mais riqueza produz [...] Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens” (MARX, 2004, p.80).

É válido e necessário percorrer esses caminhos árduos a fim de que se possa compreender do que falamos quando dizemos que subjetividades calcadas na alienação e estranhamento são consequências diretas do MCP. Isso é para dizer que o Capital expropria do homem sua genericidade humana e sua vida produtiva, e mais ainda, que as formas capitalistas de relacionamento social são necessariamente alienantes já que o indivíduo não tem como subsistir se não trabalhar para o Capital (MARX, 1975; 2004). Se desejamos operar com as subjetividades, temos por dever considerar que são os modos de produção e as relações possíveis do sujeito com seu fazer (seu trabalho) e com os outros sujeitos que indicam os modos de existência e as constituições subjetivas numa sociedade.

### **3. DA VIDA PRODUTIVA À TERAPIA OCUPACIONAL: A CAPTURA DO FAZER PELA PSIQUIATRIA**

O segundo momento de captura do fazer humano se deu paralelamente aos avanços do Capitalismo e dos seus assessores – a Ciência Moderna (SANTOS, 2000) e o Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) –, ocorreu permeado pelas intenções de assegurar os progressos do Capital e também da medicina psiquiátrica. Assim sendo, a natureza ocupacional, a vida produtiva e os processos criativos do sujeito, também sua genericidade humana, tornaram-se campo de investigação científica. O fazer, mais uma vez, foi expropriado do homem para que a partir dele pudesse ser produzido conhecimento enciclopédico, a ser utilizado especialmente a favor das disciplinas e dos instituídos sociais dominantes, não a favor dos sujeitos do sofrimento.

Assim, quando, no século XIX, o hospital psiquiátrico torna-se lugar de diagnóstico e classificação, as atividades passam a ser utilizadas em procedimentos diagnósticos e a ser indicadas no tratamento de acordo com o diagnóstico dado ao paciente. Com a sistematização de tipos de trabalhos adequados a estados mórbidos buscava-se dar ares de ciência médica a essas práticas terapêuticas (LIMA, 2004, p.4).

Em decorrência da produção de tal conhecimento, o fazer pôde ser tomado como recurso terapêutico nos asilos. Foi nesse contexto que a TO extraiu seu recorte da Demanda

Social<sup>5</sup> para consolidar-se como ciência e profissão na área da Saúde Mental, pois dentre todas as profissões, sempre teve como área específica de atuação o fazer humano.

Em “A História da Loucura na Era Clássica”, Foucault (2003) propõe reflexões sobre as condições históricas que resultaram no período da “grande internação” (p.72-77), propondo que a mesma foi decorrente de uma crise econômica na Europa, crise esta que tornou o trabalho não apenas eletivo como medida de sanidade mental, mas, acima de tudo, necessário. “A valorização e dignificação do trabalho eram base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista que requeria a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção” (LIMA, 2004, p.4).

Percebe-se que houve uma exigência econômica e moral para o trabalho. Foucault (2003) define a internação “como medida econômica e precaução social” (p.89). Para Andrade (2013), o imperativo do trabalho associava-se não ao tratamento psíquico ou médico, mas à finalidade de extinguir a ociosidade, mendicância e outras desordens sociais num período de crise.

[...] a opção não é mais prender os sem trabalho, mas sim ocupá-los – enquanto presos – como mão de obra barata para garantir a prosperidade da sociedade liberal da época. Os presos recebiam a quarta parte do valor de sua produção em função da ideologia de que o trabalho deveria ser produtivo e não somente ocupação. Essa regra do trabalho perdurará até o final do século XVIII. Nessa perspectiva, a assistência ao trabalho era tanto um remédio contra o desemprego quanto um estimulante para o desenvolvimento industrial (ANDRADE, 2013, p.36).

Lembrando que nos antigos hospitais gerais a internação não seguia uma racionalidade clínica, tinha caráter de limpeza social: eram internados aqueles que apresentavam quaisquer comportamentos desviantes, era “reclusa toda a sorte de marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, dentre eles, os loucos” (AMARANTE, 1996, p.40).

O uso terapêutico da ocupação, embora reportado historicamente desde a antiguidade, foi sistematizado enquanto campo do saber a partir do século XVIII, quando Phillipe Pinel inaugurou o Tratamento Moral. Fundamentado no conceito de “alienação mental”<sup>6</sup> e defendendo que “o meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do

---

<sup>5</sup> O conceito de Demanda Social, aqui, está referenciado pela Análise Institucional (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004). A Demanda é o conjunto de pulsações resultantes do conflito de interesses entre o polo dominante e o polo subordinado na luta de classes.

<sup>6</sup> Na psiquiatria o conceito de alienação não é necessariamente idêntico ao da Filosofia Política de Marx, pois não se refere apenas à esfera econômica e às trocas sociais (ANDRADE, 2013, p.39). Nesse sentido, propomos traçar paralelos entre os conceitos, considerando os fatos históricos e culturais, a fim de que por meio da operacionalização desses conceitos possamos pensar a realidade em tela.

bom comportamento e da ordem é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado” (PINEL, 1818, apud FOUCAULT, 2003, p.538), Pinel garantiu o argumento capaz de assegurar a internação como resposta social para as tensões ocasionadas pela dita loucura.

Segundo esse autor, o trabalho terapêutico deveria fazer o “alienado mental” voltar à racionalidade, restabelecendo hábitos saudáveis e reorganizando seu comportamento conforme os padrões sociais. A doença que causava contradições da razão, ilusões, desordem moral e atitudes antissociais deveria ser enfrentada pelo trabalho: o trabalho seria o meio de organização e manutenção do ambiente asilar como contraponto ao ócio desorganizador.

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

A filosofia do Tratamento Moral constituiu o modelo asilar e firmou o trabalho como “eixo regulador das mazelas da sociedade” (ANDRADE, 2013, p.37). Outrossim, marginalizou o ‘louco’, que por ser ‘irracional’ foi tido como incapaz de trabalhar, que é o mesmo que dizer que esses não se enquadravam na sociedade, devendo ser isolados para que recebessem o devido tratamento moral, uma vez que os ‘loucos’ resistiam às normas burguesas e mantinham-se fora das ordens do capitalismo incipiente, rompiam com sua ética, sem submeter-se às ordens do trabalho, por isso acreditava-se que para eles “o trabalho tinha justamente uma função corretiva, de disciplinamento” (ANDRADE, 2013, p.38).

A capacidade para trabalhar, ou melhor, a capacidade para produzir, é tão valiosa na concepção taylorista-fordista do *homo economicus*, que o imperativo do trabalho, sempre visando o maior lucro possível, a maior extração de mais-valia, não se restringiu aos ‘loucos’, não esteve limitado às formações subjetivas enquanto tratamento para a loucura/alienação mental, mas expandiu-se à Formação Social de tal maneira que, de modo geral, todos os trabalhadores foram considerados incapazes de conduzir suas próprias vidas e pensar por si mesmos (ANDRADE, 2013).

Esse argumento justificou a intervenção de outro que pudesse dirigir os fazeres e controlar as produções, ocasionando definitivamente separação entre o saber e o fazer, entre o trabalho intelectual e o material. Castel (1978) ao fazer um paralelo entre a psiquiatria e o

liberalismo no séc. XIX considera que há relações estreitas entre as formas de dominação-subordinação adotadas pelo capitalismo e os movimentos alienistas e higienistas.

Substituamos o ‘indigente’ por uma das múltiplas qualificações aplicadas hoje às diversas variedades de ‘excluídos’ de um sistema de exploração e normalização. Teremos a fórmula geral de uma política de assistência numa sociedade de classes, com o lugar marcado, também para todas as medicinas sociais ou mentais, passadas, presentes ou futuras. E também a chave da relação entre psiquiatria clássica e a problemática do trabalho. Não tanto (senão por acréscimo) a recuperação de uma mais-valia. Mas sim, a restauração de uma ordem cuja lei econômica pode ser a extração da mais-valia porque sua lei moral é a sujeição às disciplinas (CASTEL, 1978, p.141).

Verificam-se analogias entre a exploração do proletariado nas fábricas e do ‘louco’ nos asilos. O capitalismo “consolidou hegemonias secularmente mantidas tanto na produção de riqueza na exploração do trabalhador pelos donos do capital quanto pela produção de teorias e técnicas de tratamento da doença mental” (ANDRADE, 2013, p.39). Dissimulando os interesses capitalistas, a psiquiatria da época estabeleceu que o uso da ocupação deveria ser a base dos tratamentos oferecido nos asilos, assim o Tratamento Moral inspirou todos os meios de trabalho psiquiátricos e terapêuticos no início do século XX.

A Psiquiatria viu-se impotente para evitar a incapacitação social dos traumatizados, ou “neuróticos de guerra”, como foram chamados. Nesse contexto, vimos outras disciplinas ganharem espaço no cenário mundial, por exemplo, a TO, que teve origem mais como um interesse do capital, não tanto como uma necessidade social, conforme indica Ferrigno (1991), sobretudo, dado o fato de que suas práticas tinham baixo ou nenhum custo financeiro, e, no mais das vezes eram de assistencialismo.

[...] a Terapia Ocupacional foi instituída não apenas para responder as reivindicações dos trabalhadores e melhorar o nível de atendimento das pessoas com disfunções na realização das atividades, mas também para atender aos interesses do capitalismo. Para tanto, o sistema social implementou diversas políticas sociais, entre as quais a reabilitação, buscando neutralizar as pressões populares em relação às condições de saúde. Ao mesmo tempo, nos países onde o processo de industrialização estava se desenvolvendo, teve como objetivo o aumento do exército industrial de reserva. A Terapia Ocupacional foi assim se desenvolvendo, para atender principalmente, uma demanda para reabilitação profissional dos trabalhadores (FERRIGNO, 1991, p.4).

O uso da ocupação como terapêutica até a regulamentação da TO como profissão recebeu diversos nomes: tratamento moral, tratamento do trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, ergoterapia, laborterapia e praxiterapia

(BENETTON, 2006). As muitas representações que assumiram os tratamentos morais nada mais são do que variáveis do alienismo, sendo que o mais importante é perceber, como expõem Guattari e Rolnik (2005), que o movimento alienista gerou serialização das subjetividades. E o mesmo podemos dizer do Modo Capitalista de Produção.

Embora as nomenclaturas tenham variado, há que se ponderar o fato de que a terapia ocupacional sempre teve como meta suprimir os sintomas, e promover adaptação social. Podemos pensar que a constituição da terapia ocupacional enquanto disciplina tem sua origem em bases históricas, culturais, econômicas, éticas, políticas e conceituais. Para entendê-las faz-se necessário compreender o contexto sócio-histórico e econômico no qual ela esteve inserida, bem como os percursos da profissão.

#### **4. O MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E O PROCESSO ESTRATÉGICO DE HEEGEMONIA: UMA OUTRA COMPREENSÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL ENQUANTO DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

O Modo de Produção indica as formas de existência, de relacionamento social e de subjetivação possíveis numa sociedade, portanto, está diretamente relacionado às maneiras como as questões sociais, o sofrimento psíquico e também as patologias orgânicas se materializam e são vivenciadas. Não é por coincidência que atualmente muitas pessoas sofrem de “transtornos compulsivos” e doenças relacionadas ao trabalho como as lesões por esforços repetitivos, havendo ainda sujeitos que, no seu estilo subjetivo fazem objeções radicais ao MCP, vivendo em situação de rua e excluídos do mercado de trabalho; sujeitos que romperam com o imperativo da produtividade, os ideais da família patriarcal, entre outros.

A sociedade gira em torno de uma relação bem estabelecida: possuidores de propriedade X trabalhadores sem propriedade. No MCP, o trabalho se enuncia como sociabilidade mediado pelos bens de consumo, e numa análise minuciosa, como desumanização, já que o trabalhador é reduzido a uma energia física, força de trabalho, que interessa apenas enquanto mercadoria (MARX, 2004). A base econômica do MCP estabelece que a produção de riquezas por meio do trabalho, significa, proporcionalmente, miséria dos trabalhadores, uma vez que o Capital tem interesse contrário aos interesses da sociedade em



seu conjunto, ou seja, da maioria populacional que compõe o polo subordinado (MARX, 2004).

Muitas são as pessoas em sofrimento psíquico intenso que não conseguem se enquadrar na Economia de Mercado, e, portanto, lhe são inúteis, e não desejáveis na “sociedade do trabalho” (ARENDRT, 1995), especialmente porque elas denunciam os fracassos do Capitalismo e indicam a ineficácia das políticas públicas e o modo excludente como são tratados os que não podem produzir e consumir em larga escala. O MCP é implacável com aqueles que por uma certa conjuntura psíquica, orgânica e/ou social não conseguem se ajustar à sua lógica de funcionamento; deles se encarregam, principalmente, as políticas da Saúde e da Assistência Social, “por toda parte se colocará a mesma pergunta aterradora, que ronda o mundo há dois séculos: como fazer trabalhar os pobres, ali onde a ilusão de dissipou e toda força foi abatida?” (DEBORD, 2003, p.9).

Toda Formação Econômica e Social abarca interesses divergentes. Os conflitos de interesses entre o polo dominante e o polo subordinado, esse jogo de forças que se opõem, produz impasses, comumente traduzidos em sofrimento psíquico, de maneira que os sintomas desencadeadores de crises e rupturas vêm enunciar uma objeção ao contexto no qual emergiram e do qual são consequências: “O sofrimento expressa sempre, em boa dose, aquilo que fracassa em alcançar a direção das pulsações instituintes” (COSTA-ROSA, 2013, p.108). Com efeito, dada a indissociabilidade entre realidade psíquica e realidade social, o trabalho em SMC ultrapassa o psiquismo dos indivíduos. É preciso considerar os fatores subjetivos, econômicos, sociais, culturais e políticos que fizeram com que os sujeitos da experiência dos sintomas e do sofrimento buscassem por tratamento (COSTA-ROSA, 2013).

Na nossa prática, é imprescindível ter em mente que a instituição é um intermediário necessário quanto às formas de atenção à saúde, logo não há produção de subjetividade em saúde que não passe por sua mediação. Em termos gerais, o Movimento Institucionalista derivado da Análise Institucional (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004) diz que, mais-além do que Estabelecimentos arquitetônicos, como estamos habituados a pensar, as instituições são lógicas: “podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” (BAREMBLITT, 1992, p.25).

Numa instituição coabitam várias disciplinas, que, sempre têm, explícitos ou não, um discurso, uma ética e um referencial que lhes direciona as ações, sendo que estes vão compor

o que chamamos de paradigma. “Nós aprendemos dos campos da Saúde e da Saúde Mental Coletiva ainda outra concepção de paradigma: conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização” (COSTA-ROSA, 2013, p.76).

A Sociedade é como uma rede de instituições que “se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana” (BAREMBLITT, 1992, p.27). Uma instituição define-se pela sua função, pela sua área de atuação, por exemplo, Saúde, Educação, Assistência Social, entre outras e pelo paradigma em questão. Dessa maneira, cada instituição e cada disciplina recorta da Demanda Social o ‘objeto’ de suas práticas, seu referente de ação. A Demanda Social está relacionada às pulsações resultantes dos conflitos da luta de classe que se dão no Território (COSTA-ROSA, 2013), entendendo o mesmo para além do espaço físico e geográfico, mas como espaço vital: econômico, político, sociocultural e subjetivo, conforme o ideário da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 (CNS, 1986).

Antes de se traduzir nos pedidos de ajuda ou nas buscas por tratamentos, a Demanda passa por mediação imaginária e ideológica para vir a expressar-se em encomendas (LOURAU, 1975), geralmente pedidos de ajuda, que é como ela chega às instituições. Esse processo de transformação da Demanda em encomenda depende dos impasses de subjetivação com os quais se lida, da territorialidade das queixas e da maneira como a instituição a que esta encomenda é direcionada se posiciona no Território. Considerando que a demanda gera a oferta e a oferta também gera a demanda (COSTA-ROSA, 2013), se o Modo de Produção da instituição está no PPHM, as encomendas aparecerão como solicitações de resolutividade por meio dos fármacos, das internações, entre outros. Enfim, pedidos de soluções rápidas, de suprimientos.

Os impasses sociais e psíquicos que desencadeiam as rupturas e as crises trazem consigo um questionamento, uma objeção ao instituído familiar e social dominante (COSTA-ROSA, 2013), portanto, é preciso deixar explicitado que as instituições cumprem uma função específica de agenciamento dessas crises, no sentido de minimizá-las. As instituições por meio de suas ideologias e práticas (re)produzem formas históricas de dominação-subordinação que possam assegurar as relações de poder exercidas pela classe social dominante sobre a classe social subordinada (BAREMBLITT, 1992).

Numa instituição há dois movimentos importantes: o instituído e o instituinte. O instituído corresponde às relações sociais hegemônicas e o instituinte é o conjunto de forças capaz de imprimir transformações sociais. Esses movimentos estão compreendidos no Processo Estratégico de Hegemonia (PEH) (GRAMSCI apud COSTA-ROSA, 1987). O PEH é mecanismo no qual se busca assegurar a manutenção da Formação Social vigente, manter em equilíbrio interesses dominantes e subordinados. Devido à preponderância ideológica e material do polo social dominante, geralmente ele mantém assegurados seus interesses em detrimento dos interesses do polo subordinado (COSTA-ROSA, 2013).

Então, é evidente que o instituído cumpre um papel histórico importante, porque as leis criadas, as normas constituídas ou os hábitos, os padrões, vigoram para regular as atividades sociais [...]. Então, é importante saber que a vida social – entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento e visar a maior felicidade, maior realização, maior saúde e maior criatividade de todos os membros – só é possível quando [...] a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído, entre o organizante e o organizado (processo de institucionalização-organização) se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elásticas (BAREMBLITT, 1992, p.30-31).

Nenhuma instituição opera sozinha, a interpenetração e o entrelaçamento existem entre todas as organizações, estabelecimentos, agentes, etc (BAREMBLITT, 1992). São incontáveis ferramentas para (re)produzir adaptação, correção e normalização, ou, em outras palavras, para manter o instituído social dominante. Nesse plano de análise, inferimos que as instituições são criadas para metabolizar e escamotear as tensões oriundas das pulsações instituintes que não alcançaram êxito; elas existem em virtude das encomendas sociais de “atenuação de sofrimento”, de reinserção do indivíduo na produção, na família e na sociedade; estão visceralmente referidas às conjunturas específicas pelas quais surgiram.

Os dispositivos institucionais da Saúde, não diferentemente dos dispositivos da Assistência Social, da Educação e da Justiça, operam como Aparelhos Ideológicos do Estado – AIE (ALTHUSSER, 1983), dado que existem para administrar as misérias humanas e tamponar as problemáticas orgânicas, psíquicas e sociais que surgem como (d)efeitos do laço social capitalista e do PPHM. Está claro que o intuito do Estado é reabilitar os que sofrem, reinseri-los socialmente para fazê-los retornar ao modelo societário dominante, sobretudo como trabalhadores, mão de obra para o MCP. “O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a

sanção terapêutica” (CLAVREUL, 1983, p.20). Esse discurso ideológico de reabilitação vela as tensões oriundas da luta de classes.

[...] sua função de Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE) também se realiza através da suavização dos conflitos sociais via medicalização, distribuindo diagnósticos e medicamentos sob um modo específico de relação social e intersubjetiva, o Discurso Médico. [...] corresponde ao deslocamento desses conflitos, originários da produção, para tentar desfazê-los na esfera do consumo (COSTA-ROSA, 2013, p.138-139).

Para assegurar seus poderes político-econômicos sobre a sociedade em geral e ao mesmo tempo manter interesses divergentes em homeostase, o Modo de Produção dominante atende algumas reivindicações fora da sua ideologia, por exemplo, viabilizando propostas de atenção psicossocial. Mas não podemos ser ingênuos, pois, tratam-se de concessões táticas que são facilmente recuperadas na medida em que a razão de ser dessas propostas é apenas diluir as tensões e minar os movimentos instituintes, sem jamais disparar críticas radicalmente contrárias ao MCP e ao PPHM.

Os marxistas tiveram, sem dúvida, razão em mostrar que as liberdades são puramente formais se o operário está na fábrica como o servo diante do senhor. Mas convém também acrescentar que nenhum regime político e nenhuma condição econômica nova virá modificar a permanência da submissão do doente ao poder do médico. Nenhum militância político pode vir contrabalançar nesse ponto o que aqui é o efeito do discurso médico (CLAVREUL, 1983, p.18).

Está explicado o porquê no Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) e na elaboração das políticas públicas, o sofrimento psíquico, a pobreza e a miséria são classificados como causas de “situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social” (BRASIL, 2005; 2009a, 2009b), não como consequências de um sistema econômico selvagem e adoecedor tal qual é o capitalismo. Outrossim, sob este viés, podemos compreender os motivos pelos quais no PPHM é possível e almejado conjugar harmoniosamente saúde e alienação, como se uma não fosse excludente à outra.

Marx não deixou de fazer uma crítica da ciência – mais que da medicina em particular, aliás. Em A Ideologia alemã, ele diz que não há história do direito, da política, da ciência (eu sublinho), da arte, da religião; não há senão a história das relações econômicas? Em uma carta a Ruge, ele escreve que religião e ciência se referem à existência teórica do homem, mascarando a realidade de sua existência material. Haveria sem dúvida matéria para uma crítica marxista à medicina: e não como fazem os militantes reclamando o direito da saúde para todos, pois a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder este direito desde que compreendeu que tinha interesse em manter a força de trabalho em bom estado como se mantém uma

máquina. Por outro, lado, a sociedade burguesa compreendeu rapidamente que os pobres constituíam um campo ideal de experimentação para formar seus médicos. A fundação de hospitais e hospícios é, de resto, a prova de que a caridade cristã não é uma palavra vã (CLAVREUL, 1983, p.17).

Luz (1979) define a instituição como “palco de luta social”, onde se processam acontecimentos históricos. Nesta direção, Costa-Rosa (1987; 2013) chama a atenção para o papel da instituição como peça fundamental do PEH, pois no âmbito de suas práticas, pode tanto garantir a (re)produção das relações sociais dominantes, agindo como AIE, ou seja, mantenedora do instituído, quanto produzir novas relações intersubjetivas, e assim imprimir um movimento Outro ao PEH, uma transição paradigmática, uma revolução discursiva a favor do polo subordinado.

Na dimensão do dispositivo, como singular, podemos ver que o significante “instituição” é polissêmico”. Nele é possível recortar ao menos três sentidos fundamentais: a instituição como lógica, substantivo, precipitado dos costumes desde tempos imemoriais – que pode ser vivenciada como criação mítica, desde sempre e para sempre instituída-, a instituição como ato de instituir, ação imediata, verbo, aquilo que é sempre vivo, [...] é na dimensão da instituição como verbo que se pode tanto reproduzi-la como lógica estabelecida quanto introduzir transformações nessa lógica. Por fim, temos que considerar o sentido da instituição como Formação Social encarnada em dispositivo de produção social, em que o substantivo e o verbo aparecem como amálgama (COSTA-ROSA, 2013, p.59).

Haja vista a complexidade do trabalho na Saúde Coletiva, é impreterível avaliar as tensões políticas e societárias que marcam o surgimento e desenvolvimento das profissões, uma vez que as disciplinas não podem ser isoladas dos valores ideológicos da Formação Social e das instituições nas quais estão inseridas, sendo que sua evolução histórica demarca suas funções sociais (CAVALCANTE; TAVARES, BEZERRA, 2008).

Atualmente, a concepção de saúde na TO polariza-se entre um referencial mais biológico e outro mais social (LIMA, 2006a). Nos tempos modernos, desenham-se ideais de saúde cada vez mais imbricados aos valores da produtividade e da funcionalidade, ao MCP. Não obstante, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2009b) definiu que a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) deverá ser utilizada como ferramenta estatística na coleta e registro de dados; ferramenta de pesquisa para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais; ferramenta clínica para avaliação do tratamento e dos resultados; ferramenta de política social, para o

planejamento dos sistemas de previdência social e implantação de políticas públicas e ainda ferramenta pedagógica para a elaboração de programas educativos.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2001), a CIF focaliza o seu interesse na forma como as pessoas vivenciam os problemas de saúde e nas possibilidades de melhorar suas condições de vida para que consigam manter “uma existência produtiva e enriquecedora” (p. 1). No bojo de uma sociedade obcecada pela Ciência Moderna (SANTOS, 2000), considera-se que a TO, já bastante positivista, seja “fruto da fragmentação do saber e da especialização crescente de disciplinas voltadas para resolução de problemas específicos” (LIMA, 2006, p.118).

As ações de TO tornaram-se mais especializadas e mais resolutivas quanto possível com fins de assegurar a reabilitação por meio de intervenções fundadas no princípio doença-cura. O ideal de funcionalidade impõe modelos de funcionamento e quantificação, como se fosse possível padronizar algo tão subjetivo e singular como a saúde. Outrossim, apregoa uma concepção capitalista de independência e autonomia, lidas como adaptação social, excluindo-se quaisquer formas de existir e ter saúde que não estejam enquadradas nas condições impostas pelo capital e que vão ao encontro aos interesses do polo dominante.

Conseqüentemente, também se expõe a subjetividade que não esteja no plano da consciência e do corpo físico, o que significa suprimir a dimensão desejante, o sujeito do desejo (do inconsciente)<sup>7</sup>. Nessa perspectiva, (re)produzir saúde, ou em outras palavras, promover reabilitação, é o mesmo que buscar funcionalidade e adaptação, (re)inserir os indivíduos na lógica do capitalismo: produção e consumo. Ignora-se a perspectiva do homem para-além da objetificação, e em decorrência disso temos a massificação das subjetividades, pois a existência humana resume-se a ser mais um produtor/consumidor/mercadoria.

Os modelos ocupacionais paramentados pelo Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) reduzem a vida e a saúde a um mero efeito dos componentes biológicos acrescidos a alguns aspectos do social, superficialmente explorados. Ao fazerem isso, roubam a potência do fazer humano, pois as atividades são tidas como recursos terapêuticos para se restituir a função perdida; tapam-se as brechas para o desejo e para o carecimento (MARX, 1975; 2004), para a possibilidade de se alcançar uma Outra saúde, não adscrita ao corpo biomecânico e adaptada ao instituído social dominante.

---

<sup>7</sup> O conceito de sujeito do desejo refere-se à Ética da Psicanálise de Freud e Lacan.

## 5. CONCLUSÕES PRELIMINARES

Esse ensaio buscou traçar alguns paralelos entre o MCP, a TO e os processos de subjetivação. Para tanto recuperamos a história da profissão, entrelaçando-a ao desenvolvimento do Discurso do Capitalista (COSTA-ROSA, 2013). Nesse percurso, tomamos como analisador o fazer humano, por considerar que o mesmo é o principal meio de trabalho dos terapeutas ocupacionais.

Também tivemos como objetivo ressignificar o termo característico da profissão: “natureza ocupacional”. Ao acrescentarmos as contribuições do Materialismo Histórico de Marx (1975; 2004) revistas por Costa-Rosa (2000; 2013) o termo “natureza ocupacional” pode ser elevado ao estatuto de conceito, definindo, portanto, um campo de práxis para a TO, inclusive com dispositivos clínicos específicos, as atividades, pressupondo um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas.

Concluimos que o MCP, ainda se mantém hegemônico na atualidade, apesar das muitas reformas feitas no âmbito da Saúde Coletiva. Por efeito disso, temos a (re)produção de subjetividades saúdes alienadas, pois o MCP age a favor do instituído dominante, mantendo as formas de enlace social baseadas nos mecanismos de dominação-subordinação, produtoras de estranhamento, alienação, sofrimento psíquico, ou, resumindo: exclusão e expropriação.

Paradoxalmente, apesar das diretivas pontuais do racionalismo cartesiano, cuja metonímia se expressa na CIF e noutros tantos instrumentos de avaliação e controle, quando tomamos para análise o campo da atenção ao sofrimento psíquico, as descrições do que se pretende alcançar com as terapêuticas ocupacionais baseadas no paradigma da funcionalidade e da produtividade são tão vagas quanto inespecíficas. Nesse sentido, destacamos a importância de considerarmos a existência de uma subjetividade para além da compreensão inequívoca do organismo humano.

Desde Freud (1996) não há subjetivo que não passe pelo social, assim como não há social que não seja subjetivado, portanto, é necessário e imprescindível pensar as formações subjetivas atreladas à Formação Social e aos seus modos de produção, tendo em vista que a saúde é socialmente produzida. Ademais, se o capitalismo “produz miséria e para existir precisa dela, pois em sua lógica de funcionamento é imprescindível a existência da pobreza” (COIMBRA, 2001, p.80), consideramos que a clínica (as vias de Atenção ao sofrimento

psíquico) é um *locus* privilegiado de atuação, no sentido de que pela produção de subjetividades singularizadas torna-se possível imprimir movimentos contrários ao Processo Estratégico de Hegemonia, a favor da realização dos interesses do polo subordinado. A implicação subjetiva e sociocultural é uma forma de resistência às práticas de opressão impostas pelo MCP.

A ética do carecimento e do desejo (COSTA-ROSA, 2013) visa produzir outras formas de se fazer enlace social. Na TO, as relações com o fazer jamais seriam direcionadas pela necessidade na ordem da carência. O fazer e as atividades na produção humana seriam para apropriação material e subjetiva, entendidas como um dispositivo de subjetivação, de (re)construção da realidade objetiva e subjetiva. Não mais serviriam para atacar sintomas ou patologias, de maneira que a vida produtiva possa seguir em direção à genericidade humana e à produção de subjetividades singularizadas, sendo, portanto vias de criação de relações sociais não aviltantes, e, ainda, vias de equacionamento do sofrimento psíquico e demais impasses que demandam movimentos constantes de produção de sentidos novos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In Amarante, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria (p.39-63). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária**: a produção de *práxis* de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução Roberto Raposo. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

BAREMBLITT, G. Sociedade e Instituições. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: Teorias e prática. (p.25-36) (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

BAUMAN, Z. **Vidas Desperdiçadas**. Trad. DENTZIEN, P. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.



BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas**: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. 3. ed. Campinas: Arte Brasil editora/ UNISALESIANO-Centro Universitário Católico Auxílium, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **LOAS anotada**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAVALCANTE, G.M.M.; TAVARES, M.M.F.; BEZERRA, W.C. Terapia ocupacional e capitalismo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.1, p.29-33, jan./abr. 2008.

CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 2001.

COFFITO. **Definição de Terapia Ocupacional**. Brasília, 2009a. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=46](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=46). Acesso em 01/08/2014.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 370, de 6 de novembro de 2009: dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Brasília, 2009b.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas**. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackman**: Terapia Ocupacional. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DEBORD, G.. **A Sociedade do Espetáculo**. E-book digitalizado por Coletivo Periferia e eBooks Brasil, 2003. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/William19/a-sociedade-do-espetaculo-guy-debord>. Acesso em 12 out. 2015.

FERRIGNO, I.S.V. Terapia Ocupacional: considerações sobre o contexto profissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.2, n.1, p.3-11, 1991.

FLECHA, R. D. Modernidade, contemporaneidade e subjetividade. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p.28-43, 1º semestre, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/2264/3379>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1961). São Paulo: Perspectiva, 2003.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

KAJI-MARKENFELT, A. **A transformação do macaco em homem: o processo de hominização através da linguagem e do trabalho**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2006.

LACAN, J. **O seminário, Livro 17**: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. **O seminário, Livro 1**: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LANGUER, A. O trabalho como essência do homem. **Revista Vinculando**, 2004. Disponível em: [http://vinculando.org/brasil/conceito\\_trabalho/trabalho\\_essencia\\_homen.html](http://vinculando.org/brasil/conceito_trabalho/trabalho_essencia_homen.html). Acesso em 08/01/2015.

LOURAU, R. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. p.09-18.

LUZ, M. T. **As Instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MÂNGIA E.F. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.127-134, set./dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Alienação e trabalho. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, v.14, n.1, p.34-42, jan./abr., 2003.

MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

\_\_\_\_\_. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_; ENGELS, F. **A Ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

NICKEL, R. **Terapia Ocupacional em Curitiba e região metropolitana: trajetória e processo de formação**. Tese de doutorado não publicada. Universidade Federal do Paraná. Pós-graduação em Educação. Curitiba, 2007.

NINA-E-SILVA, C.H.; ALVARENGA, L.F.C. As concepções marxista e darwinista sobre a evolução do comportamento de manipulação. **Psicologia**. pt. Disponível em [www.psicologia.pt/artigos/textos/A0638.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0638.pdf). Acesso em 16 out.2013.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidades – CIF**. Brasília, 2001. Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/PessoascomDeficiencia/ClassificacaoInternacionaldeFuncionalidades.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/PessoascomDeficiencia/ClassificacaoInternacionaldeFuncionalidades.pdf). Acesso em 01/08/2014.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SEMERARO, Giovanni. A concepção de “trabalho” na filosofia de Hegel e de Marx. **Educação e Filosofia**, v. 27, n. 53, p. 87-104. Uberlândia, jan./jun. 2013. Disponível em 146<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/14991/12680>>. Acesso em 16 out.2013.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G. (Org.). **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. p.11-25.

ZIZEK, S. **Mais Sublime dos Históricos (o) - Hegel com Lacan**. Jorge Zahar, 1991.

## ENSAIO 2

### **Os Centros de Atenção Psicossocial e a terapia ocupacional como dispositivos sociais de produção de subjetividade e saúde: considerações sobre os discursos, éticas e práticas**

**Resumo:** Na nossa análise, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a Terapia Ocupacional (TO), serão considerados dispositivos sociais de produção de subjetividade e saúde capazes de ofertar diferentes possibilidades transferenciais para os impasses de subjetivação apresentados pelos sujeitos que a eles recorrem, sendo ainda capazes, ou não, de interferir na Demanda Social, dependendo da maneira como esses impasses serão trabalhados, a partir dos laços sociais discursivos específicos e da Ética adotados, a saber, no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) são produzidas subjetividades alienadas e no Paradigma Psicossocial (PPS), subjetividades singularizadas. Neste Ensaio, pretendemos discutir alguns aspectos dos modos de produção social da saúde e da práxis da TO na Atenção Psicossocial (AP) partindo do Dispositivo Intercessor (DI). Temos o DI como um novo Modo de Produção de subjetividade e conhecimento, em que o trabalho de intercessão e pesquisa coincidem, buscando-se a superação da divisão entre os que sabem e os que fazem. O trabalhador é também pesquisador, pois temos por hipótese que toda a prática tem um saber inerente e que só pode ser produzido pelo próprio agente da práxis. Destarte, este trabalho, ao apresentar realidades concretas de dois CAPS e da TO, pretende ser importante para a discussão sobre o campo da AP como um todo, pretende ser relevante também para o aprimoramento dos dispositivos institucionais e clínicos que buscam superar a hegemonia do PPHM por meio da construção de estratégias psicossociais.

**Palavras-Chave:** CAPS; Terapia Ocupacional; Subjetividade.

## 1. INTRODUÇÃO

No atual campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) há diversas representações sociais e modos de conceber o processo saúde-adoecimento-Atenção. Segundo Costa-Rosa (2013), dessas representações sociais derivam diferentes modalidades de estabelecimentos de Saúde Mental, dentre eles os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, etc; e variados ‘meios’ de trabalho, dispositivos clínicos que se ramificam numa multiplicidade de terapêuticas. As combinações entre estabelecimentos e meios de trabalho são inúmeras e configuram modos de se produzir saúde divergentes entre si.

O Modo de Produção da Atenção, por sua vez, definirá as modalidades de consistências de saúde e subjetividade (“subjetividadesaúde”<sup>8</sup>) presentes no Território<sup>9</sup>, sendo que diferentes formas de conceber as problemáticas psíquicas, e, conseqüentemente, de tratá-las, implicam em diferentes resultados produtivos, que deverão ser analisados segundo o seu estatuto ético-político (COSTA-ROSA, 2013).

Na nossa análise, o CAPS, bem como a Terapia Ocupacional (TO), serão considerados dispositivos sociais de produção de subjetividadesaúde capazes de ofertar diferentes possibilidades transferenciais para os impasses de subjetivação apresentados pelos sujeitos que a eles recorrem, sendo ainda capazes, ou não, de interferir na Demanda Social<sup>10</sup> a depender da maneira como esses impasses serão trabalhados a partir dos laços sociais discursivos específicos (LACAN, 1992) e da Ética adotados.

Partindo dos movimentos de Reforma Psiquiátrica (RP) iniciados na Europa e Estados Unidos (FLEMING, 1976), as concepções do ‘objeto’ e das práticas em Saúde Mental foram ampliadas, buscando-se formas de resistência ao princípio mecanicista-médico “doença-cura”, propondo-se relações intrainstitucionais mais horizontalizantes e maneiras para se restituir aos sujeitos do sofrimento o protagonismo necessário na experiência de tratamento, de cuidar-se.

---

<sup>8</sup> Esse significante, conforme proposto por Costa-Rosa (2012), condensa subjetividade e saúde, indicando que subjetividade e saúde são absolutamente, e, necessariamente, homólogas e indissociáveis. No campo da Atenção à Saúde como um todo, ele é sinônimo de “saúde subjetividade”.

<sup>9</sup> Conforme o ideário da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, o Território é concebido, para além do espaço físico, como espaço vital: econômico, político, sociocultural e subjetivo; o que, aliás, justifica a necessidade da descentralização político-administrativa (municipalização) da Saúde (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

<sup>10</sup> O conceito de Demanda Social, aqui, está referenciado pela Análise Institucional (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1983; ALTOÉ, 2004). A Demanda é o conjunto de pulsações resultantes do conflito de interesses entre o polo dominante e o polo subordinado na luta de classes.

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve sua inspiração principalmente na psiquiatria democrática italiana:

O conceito de desinstitucionalização, na acepção da psiquiatria democrática italiana, significa a desconstrução da cultura asilar e a construção, no território, de serviços responsáveis por toda a demanda, serviços fortes, não hierarquizados, mas de dimensões complexas, podendo, segundo as necessidades de cada pessoa, assumir o caráter daquilo que chamamos unidade básica de saúde, ambulatório, centro social, hospital-dia, hospital-noite e, ainda, ser ponto de partida para trabalhos com outras instituições, para constituição de cooperativas, grupo-apartamento (moradia), acompanhamento terapêutico, entre outros (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p.99).

Outro ponto crucial da RP está nos questionamentos da exclusividade e soberania do saber médico-psiquiátrico, de forma que outros saberes passaram a ser incorporados e valorizados no campo da Atenção Psicossocial. No entanto, mesmo com a novidade da equipe multiprofissional como contraposição ao Discurso Médico (CLAVREUL, 1983), se analisadas minuciosamente, as relações interprofissionais denunciam a mera adição dos aspectos psicológicos, sociais e culturais aos conhecimentos da medicina sobre o sofrimento psíquico, dando origem ao termo biopsicossocial e imaginando, com isso, dar conta da complexidade das ações em SMC.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a; 2002b) os estabelecimentos e propostas da Atenção Psicossocial (AP) devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. No ano de 2011, pela portaria N° 3.088 (BRASIL, 2011), foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em virtude da necessidade de que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferecesse uma rede de serviços na SMC integrada, articulada e efetiva, com diferentes estabelecimentos para atender as pessoas em sofrimento psíquico e considerando também a urgência em ampliar e diversificar as possibilidades do SUS para atender às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias.

A RAPS visa garantir o acesso da população à atenção psicossocial, e, especialmente, supõe a construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade. Para tanto, foram necessárias ampliações na clínica tradicional, de modo que temos estabelecimentos de diversos tipos e níveis de atenção à saúde. A RAPS conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipes de atenção básica para populações específicas, por exemplo, pessoas em situação de rua; Centros de Convivência; CAPS nas suas diferentes modalidades;

serviços de urgência e emergência, dentre eles Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e pronto socorro; Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas em sofrimento psíquico intenso; Residências Terapêuticas, entre outros.

Esses estabelecimentos institucionais foram pensados para ser o núcleo de uma nova clínica, que convide o sujeito à responsabilização e protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento, tendo os CAPS ainda como figura central, ao passo que são eles os principais organizadores do fluxo em SMC. Um CAPS, conforme descrito por Amarante (2003), não deve ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador” na medida em que se constitui como um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico. “Ao escutar, acolher, interagir e inserir (em vez de sequestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura” (AMARANTE, 2003, p.62).

Os movimentos da RP se contrapuseram à ideia de doença como um fenômeno bem definido pela nosografia e separado do indivíduo, em vez disso, trouxeram à tona aspectos do plano social subjacente aos impasses psíquicos. É importante frisar que os questionamentos ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) iniciados pelas experiências históricas da RP estiveram circunscritos, principalmente, ao âmbito jurídico-político e não foram radicalmente transformadores no que se refere aos referenciais teóricos técnicos no sentido de reformular a clínica *stricto sensu*. Logo, deles não decorreu nenhuma contradição essencial que pudesse imprimir, um movimento absolutamente contrário, que pudesse por em xeque a hegemonia do PPHM (COSTA-ROSA, 2013).

A partir da práxis clínica e institucional, Costa-Rosa (2013) propõe uma análise paradigmática das práticas tidas como psicossociais, e, com as ampliações teóricas trazidas pela Psicanálise de Freud e Lacan e pelo Materialismo Histórico, avança além da RP, elaborando o Paradigma Psicossocial (PPS). É preciso dizer que essa análise trouxe como exigência fundamental compreender a saúde nos seus processos complexos, a partir da produção da vida material em sociedade.

O PPS sustenta a necessidade da criação de Estabelecimentos e dispositivos clínicos que possibilitem a implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos ante as conflituosas que os acometem. Costa-Rosa (2013) cita como metas do PPS: desospitalização, desmedicalização e

implicação subjetiva e sociocultural por oposição à hospitalização, medicalização e objetificação. Conforme proposto pelo autor, “a instituição nesse paradigma deve funcionar como espaço de interlocução e instância de suposto-saber; sustentar desde o primeiro encontro com a clientela a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização” (COSTA-ROSA, 2000, p.162).

Neste Ensaio pretendemos discutir alguns aspectos dos modos de produção social da saúde e da práxis da TO na AP partindo do PPS e do Dispositivo Intercessor (COSTA-ROSA, 2013)<sup>11</sup>. Temos o Dispositivo Intercessor (DI), como um novo Modo de Produção de subjetividade e conhecimento, em que o trabalho de intercessão e pesquisa coincidem. Buscando-se a superação da divisão entre os que sabem e os que fazem, o trabalhador é também pesquisador, mas um pesquisador de outra envergadura, pois temos por hipótese que toda a prática tem um saber inerente e que só pode ser produzido pelo próprio agente da práxis: “trata-se de um saber da práxis produzido na, e para a, própria práxis. Estamos na presença de um genuíno saber-fazer” (COSTA-ROSA, 2013, p.101).

De natureza transdisciplinar, o DI opera com os saberes advindos do Materialismo Histórico de Marx (MARX 1975; 2004), da Análise Institucional de Lourau e Lapassade (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1983), da Psicanálise de Freud e Lacan (LACAN, 1991; 1992; 1999; 2003) e do conceito de intercessores da Filosofia de Deleuze (DELEUZE, 1992; COSTA-ROSA, 2008; 2013). A principal contribuição da Psicanálise para a produção de conhecimento é a recuperação do Sujeito como trama central da pesquisa, entendido para além de um objeto de investigação e intervenção, mas como possuidor de saber e protagonista; “o conhecimento teórico é suspenso [...]. No método psicanalítico, jamais se opera com um conhecimento prévio, pois se encontraria apenas o que se procura” (PEREIRA, 2011, p.19).

Ora, qualquer dialética marxiana partiria da supressão do princípio disciplinar, dado o princípio de que sempre há sujeito no objeto, e objeto no sujeito. Além disso, quando se trata do homem fica absolutamente desfeita a díade sujeito-objeto. Não é possível “conhecê-lo” fora da complexidade, caso em que o princípio dialético de que o todo está na parte assim como esta está no todo precisa ser levado ao extremo radical: em se tratando do homem só há produtores de conhecimento, portanto, não pode haver conhecimento do outro como objeto que não seja colonização aviltante (COSTA-ROSA, 2013, p.123).

---

<sup>11</sup> No Ensaio 1 desta dissertação, intitulado “Uma análise dialética da Terapia Ocupacional: considerações sobre o Modo Capitalista de Produção e seus efeitos nos processos de subjetivação” está proposta uma análise histórica da TO tomando como ponto de partida sua estreita relação com o fazer humano. Assim, propomos uma reflexão sobre os atravessamentos que suas práticas sofreram ao longo do tempo, sobremodo pelas injunções do Modo Capitalista de Produção.



A partir dos horizontes éticos do DI, adotaremos a proposta de Costa-Rosa (2013) sobre o “intercessor encarnado”: o trabalhador-intercessor pertencente à instituição, e que a partir de suas práticas poderá além de, naturalmente, produzir interferências no contexto institucional, num outro momento, a posteriori, produzir uma reflexão capaz de interferir na prática de outros profissionais.

Faremos uso do DI em seus dois momentos específicos (COSTA-ROSA, 2008; 2013; 2015; STRINGUETA; COSTA-ROSA, 2007; FODRA et al., 2007; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; ANDRADE; COSTA-ROSA, 2011; ANDRADE, 2013; PEREIRA, 2011; GALIEGO, 2013; PÉRICO, 2014; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014): 1) Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Subjetividade – DIMPS: de início, a intercessão não é caracterizada como pesquisa, este é o momento em que ocorrem as intercessões junto aos sujeitos em tratamento e junto ao coletivo de trabalho. A produção do saber é inteiramente protagonizada pelos próprios sujeitos, o trabalhador-intercessor está na posição de ignorância doua, conforme definida por Lacan (1992), logo ele está plenamente consciente de que sua posição de suposto saber é decorrente da alienação do sujeito que sofre e, sobretudo, cômico de que não se pode saber pelo outro. 2) Dispositivo Intercessor como Modo de Produção do Conhecimento – DIMPC: é a teorização, produção de saber epistemológico; ocorre num segundo momento, depois das Intercessões. O DIMPC pode ser caracterizado pelo retorno do intercessor-pesquisador ao movimento da práxis, não mais no campo de intercessão, mas na Universidade. O trabalhador-intercessor-pesquisador produzirá um saber por meio da elaboração das suas reflexões advindas das intercessões.

O método intercessor como dispositivo específico de produção deriva da indissociabilidade proposta pela dialética entre visão de mundo, método de conhecer e práxis. Essa indissociabilidade supõe que os processos de produção de conhecimento se remetam prioritariamente à práxis. Portanto, antes de uma produção especializada, que supõe a divisão do trabalho em especialismos e a separação entre fazer e pensar, o método de conhecer deve operar no desenvolvimento da própria práxis. (FODRA et al., 2007, p.94).

A cada intercessão, registros são anotados no Diário de Campo, sendo que os mesmos servem essencialmente para o manejo das sessões e não para a pesquisa. Nessa direção, Freud (apud RINALDI, 2008) afirma que na psicanálise, até certo ponto, pesquisa e clínica coincidem. Temos a clínica não como lugar de aplicação de saber, mas de sua produção, lugar de construção de discursos, propiciador da emergência do sujeito (RINALDI, BURSZTYN,

2008). As reflexões são realizadas a partir do método clínico do caso singular, descrito por Nasio (2000) como “o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (p.11). Para a teorização, poderemos utilizar tanto um fragmento clínico de um caso singular quanto de vários casos concomitantemente.

Considerando que a forma de se fazer enlace social vai determinar não apenas o modo de produção de conhecimento, mas as subjetividades aí produzidas (COSTA-ROSA, 2013), a metodologia da Ciência Moderna (SANTOS, 2000), homóloga ao PPHM e ao MCP, não poderia produzir senão subjetividades alienadas, serializadas e capitalísticas, bem como no tocante aos próprios trabalhadores, que, igualmente, estão alienados quanto ao seu processo de trabalho.

No DI, homólogo ao PPS e aos modos de produção cooperados, há discursos propiciadores da emergência do sujeito do desejo e do saber: Discurso do Analista (LACAN, 1992) quando falamos em DIMPS, pois o profissional precavido pela psicanálise de Freud e Lacan propicia a transferência de trabalho: “quem trabalha é o sujeito” implicado em sua demanda subjetiva e sociocultural; e o Discurso da Histérica (LACAN, 1992), quando falamos em DIMPC, pois o pesquisador é impulsionado a produzir conhecimento sobre sua práxis. As subjetividades serão singulares e não adaptadas, e, a mudança radical, é que o pesquisador não poderá ser alheio ao seu processo de trabalho.

O PPS como tal se servirá, necessariamente, dos laços sociais discurso do histórico e discurso do psicanalista [...]. Ou seja, nem objeto de pesquisa, nem objeto da Atenção, o sujeito do sofrimento deve ser tomado a partir de sua posição de sujeito dividido, em atitude de objeção ao “contexto” em que necessariamente está referenciado (o sintoma é uma dessas circunstâncias) – essa situação se expressa quando ele ocupa o lugar do agente no Discurso da Histeria; por outro lado, a ética da Atenção Psicossocial exige que o trabalhador opere sempre como intercessor visando permitir ao sujeito posicionar-se como protagonista do processo de produção de “saúde” – essa situação produz-se quando o sujeito assume o lugar do trabalho no Modo de Produção Discurso do Analista. Apenas nesta última circunstância pode ser produzido o saber inconsciente capaz de mudar simbolicamente a posição do sujeito em relação ao impasse sintomático (COSTA-ROSA, 2013, p.48).

Ao escolher o DI, acima de qualquer pretensão, propomos fazer pesquisa visando à transformação da realidade em questão, não apenas “conhecer por conhecer”, lembrando que este projeto nasceu das vivências de uma trabalhadora-intercessora-pesquisadora na SMC e de suas inquietações quanto à necessidade de melhor compreender a função institucional do

CAPS e da própria TO. Destarte, este trabalho, ao apresentar realidades concretas de dois CAPS, pretende contribuir para a discussão sobre o campo da AP como um todo, pretende ser relevante também para o aprimoramento dos dispositivos institucionais e clínicos que buscam superar o PPHM dominante pela construção de estratégias psicossociais.

## **2. O TERRITÓRIO E O CAMPO DE INTERCESSÃO**

Iniciei minhas atividades de terapeuta ocupacional em junho de 2010 num CAPS ad II de uma cidade de pequeno porte no interior paulista, apenas quatro meses depois de ter concluído a graduação. Minha experiência na SMC limitava-se a dois meses de estágio divididos entre um CAPS II e um Hospital Psiquiátrico. Durante a formação universitária, os temas “Reforma Psiquiátrica” e “Atenção Psicossocial” nunca estiveram em pauta. Aliás, é válido dizer que a grade curricular contemplava mais a reabilitação física e cognitiva, o pouco contato com a Saúde Mental durante a faculdade se deu por meio de disciplinas sobretudo baseadas no Discurso Médico (CLAVREUL, 1983).

Trabalhei no CAPS ad por três anos, e, depois, passei a trabalhar num CAPS infantil de um município de médio porte, ao longo de dois anos, ambos no interior paulista e na mesma Divisão Regional de Saúde (DRS). Os CAPS ocupam posição estratégica na RPb, pois a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico só foi possível a partir de sua criação.

CAPS são Estabelecimentos municipais de Saúde comunitários, de Atenção integral, diária e multiprofissional, com o objetivo de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para além de focar estritamente os impasses subjetivos, a Atenção Psicossocial consiste em intercessões junto ao contexto familiar e sociocultural do sujeito, indo além do que tradicionalmente caracteriza a clínica médica.

Os CAPS são instituições pequenas na estrutura, mas com múltiplas formas de atendimento, que incluem visitas domiciliares, atendimento médico com fornecimento de medicação, psicoterapia, oficinas, acompanhamento terapêutico, atendimento à família, trabalho assistido e atividades de lazer. [...] Não temos internação, que é justamente o que se pretende evitar, mas quando essa se faz necessária, não nos furtamos a intermediá-la e procuramos, sempre que possível,

continuar o acompanhamento do paciente, compartilhando a assistência com os profissionais do hospital em que ele está (AMARANTE 2003, p.123).

Os CAPS, assim como os outros dispositivos da Atenção Psicossocial, devido ao seu caráter não hospitalar e recusa do modelo biomédico e sintomatológico (BRASIL, 2011) devem zelar para que o agenciamento da demanda na SMC caminhe no sentido contrário à institucionalização asilar. Desde os convênios de 1973, o modelo em SMC que tenta se implantar no Brasil não aceita ser complementar ao modelo hospitalocêntrico medicalizador dominante (COSTA-ROSA, 1987).

Todavia, na contramão da AP, como primeira característica da rede de atenção à Saúde Mental, é notável o grande número de hospitais psiquiátricos e a grande procura/oferta para o atendimento em regime de internação na DRS XI. Além dos recursos municipais, há na região o Hospital Regional, que dispõe de leitos e Pronto-Socorro psiquiátricos e mais três hospitais psiquiátricos: Associação Assistencial Adolfo Bezerra de Menezes, para internação de homens adultos; Sanatório São João, para homens e mulheres adultos e Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, para mulheres adultas; também na cidade vizinha, o Hospital Santa Maria, para mulheres adultas.

Os dados do Censo Psicossocial realizado em 2008 indicaram que a DRS XI concentrava cerca de 7% dos hospitais psiquiátricos de todo o Estado de São Paulo. Apenas a população de moradores desses hospitais somava 253 pessoas (BARROS et al., 2014); em 2014, estimou-se que essa população era de aproximadamente 202 pessoas. Dessa redução ínfima, pressupomos a ineficácia das estratégias de desospitalização e desinstitucionalização, uma vez que a redução na quantidade de moradores se deu principalmente em virtude de óbitos.

Chama-nos atenção também o fato de que, a atividade dos hospitais psiquiátricos e o número deles, em vez de ter diminuído, seguindo os caminhos da RPb, aumentou, com a inauguração, em 2010, do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, administrado pela Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, cuja sede fica no Hospital Regional de Presidente Prudente. Esse é o único serviço desse tipo (ambulatório para internação) no interior paulista e o terceiro do Estado, sua implantação se deu mediante a justificativa de que não havia leitos suficientes nos hospitais psiquiátricos da região.

Ao coordenar o Censo Psicossocial do Estado de São Paulo 2014 na DRS XI, pude constatar que mesmo as primazias da RPb, na prática, se mostram praticamente inalcançáveis. No decorrer dos seis anos, intervalo entre um censo e outro, nenhum morador dos hospitais psiquiátricos recebeu alta; outros sujeitos que chegaram para uma internação breve se tornaram moradores, e, não raramente, os próprios CAPS eram os mentores dos encaminhamentos para internação.

Inclusive, as equipes dos hospitais queixavam-se de que os CAPS solicitavam as vagas, mas não acompanhavam os sujeitos durante a internação, sendo assim, frequentemente, a alta era inviável porque não havia propostas de tratamento de base comunitária, nem ao menos havia quem fosse buscar os sujeitos no hospital. Dessa maneira, dado o longo período de permanência, eles tornavam-se moradores, sem perspectivas de (re)inserção social.

Isso ilustra o quanto a AP é complexa, pois experimentamos um conjunto de práticas ainda intermediárias entre o PPHM e o PPS (COSTA-ROSA, 2013), visando, na melhor das possibilidades, uma transposição. Mesmo nos dispositivos institucionais da RAPS verifica-se a re(produção) da lógica manicomial, que nem sempre se manifesta na forma concreta, com correntes e muros, mas, e principalmente, por meio de tecnologias disciplinares (FOUCAULT, 1997) e de controle (DELEUZE, 1992).

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. [...] A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício (FOUCAULT, 2014, p.167).

Substituindo os manicômios arquitetônicos, temos na atualidade a figura do manicômio químico como expressão maior dos avanços da indústria químico-farmacêutica e da medicalização do sofrimento psíquico, assim, os estabelecimentos institucionais da SMC funcionam como Aparelhos Ideológicos de Estado – AIE (ALTHUSSER, 1983) a serviço da adaptação social.

Ao longo da história, o Paradigma Psiquiátrico (COSTA, 1996) instituiu-se hegemonicamente como detentor do Saber e do Poder responsáveis pela legitimação das respostas sociais à loucura, ou como também ficou conhecida, “doença mental” (FOUCAULT, 1997). O isolamento era preferencialmente a resposta social para as tensões

produzidas pela loucura, baseado na ideia de periculosidade do “louco” e dissociado de qualquer racionalidade clínica (AMARANTE, 1996; FOUCAULT, 1997; TENÓRIO, 2001).

No PPHM temos as medicações e internações como respostas *a priori* para o evitamento da angústia e eliminação dos sintomas. As internações, mesmo que combatidas pela RPb e remodeladas pelos ideais de humanização, ainda operam o confinamento total. Já o PPS supõe que o indivíduo não seja excluído do corpo social e dos atos de sociabilidade (COSTA-ROSA, 2000), logo, as internações, quando necessárias, se dão em enfermarias de hospitais gerais, em CAPS III (que funcionam 24 horas) ou em hospitais psiquiátricos de pequeno porte, sempre em curto período de tempo. Buscam-se outras alternativas para dar novas respostas sociais ao sofrimento psíquico intenso e às crises, que não sejam asilares e opressivas: no PPS, temos a internação como um recurso último, eventualmente necessário, somente quando a RAPS ainda não está devidamente estruturada no território.

As terapêuticas do PPHM provêm os suprimentos expressos pelas mercadorias (fármacos), mas também, e mais ainda, suprimentos de sentidos que mantêm a ideologia dominante e a alienação do sujeito sobre as possíveis fundamentações do seu sofrimento. Temos como produto ideal desse paradigma um sujeito-objeto, por isso um consumidor ideal, passivo e estagnado para mudanças, para novos posicionamentos frente aos impasses e sintomas dos quais somente sofre os efeitos.

O modo de produção da Atenção operante na DRS XI é fortemente marcado pelo uso das tecnologias de disciplina (FOUCAULT, 1997) e controle (DELEUZE, 1992). Como apontadores do PPHM, temos a vigilância, o tratamento moral, punição, custódia e interdição. O sujeito é visto como doente e centro do problema; há pouca ou nenhuma consideração de sua existência enquanto subjetividade desejante, os impasses psíquicos e até mesmo os sociais são considerados “doenças” para as quais deve ser buscada a cura dentro da lógica biomédica sintomatológica e higienista.

Sobre isso, cabe destacar que a permanência da maior parte dos moradores nos hospitais psiquiátricos não necessariamente se justifica por situações de crises decorrentes do sofrimento psíquico intenso. Ao contrário, sob esse viés de análise, todos eles estão elegíveis às formas de tratamento na comunidade, no máximo, seria preciso a construção de algumas residências terapêuticas para atender às demandas mais complexas.

As condições sociais e familiares ainda são determinantes cruciais para o asilamento. Muitas vezes, aproximando-se do ápice da contradição, se pensarmos sobre as diferenças

fundamentais entre saúde mental e saúde física, a internação e sua longa duração são justificadas pela dependência dos sujeitos nas suas atividades de vida diária e necessidades especiais decorrentes de patologias estritamente orgânicas e/ou neurológicas, por exemplo, Síndrome de Down, Deficiência Física, Deficiência Visual, entre outras.

Muitas vezes, presenciei internações induzidas pelo ímpeto da higienização social, principalmente quando se tratava de pessoas em situação de rua fazendo uso de crack e outras drogas. A solução um tanto maniqueísta era a exclusão destes do espaço público, sem levar em conta suas vontades, as causas das desigualdades e mazelas econômica-sociais que estão intimamente associadas aos modos de subjetivação, ou, pelo menos, as conquistas da RPb e seus esforços em prol do tratamento no território. Comumente, internações como essas, trazem implícito o pensamento de que pessoas em uso de álcool e outras drogas estão predispostas à criminalidade, assim, demandas da Assistência Social e da Saúde são conduzidas como casos de segurança pública, sendo que dessa visão policialesca e excludente disseminam-se políticas que induzem às ações repressivas e às violações dos direitos humanos.

Essas ações se não são analisadas detalhadamente podem ser tidas como boas práticas, já que prometem medidas resolutivas. Exemplo claro disso são as parcerias públicas privadas entre o governo federal e as comunidades terapêuticas religiosas; anunciado como uma boa ação, o programa “Crack é Possível Vencer” traz consigo a lógica da privatização da saúde e da sua terceirização, eximindo o Estado das suas obrigações sociais.

Neste sentido, as propostas de tratamento, veladamente, seguem os moldes da Idade Média mantendo seu caráter de limpeza social, lembrando que nos antigos hospitais gerais era “reclusa toda a sorte de marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, dentre eles, os loucos” (AMARANTE, 1996, p.40). Prevalece a ética da tutela como norteadora das relações humanas e possíveis experiências de tratamento.

Desde a Reforma Sanitária apresentada na 8º Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) e depois, em 1988, com a consolidação do SUS (BRASIL, 1988), lutamos por um conceito ampliado de saúde, indissociável do social. Entretanto, temos visto que, apesar dos avanços conquistados por esses movimentos e pela própria RPb, conforme descritos por Amarante (1995), transformações teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e culturais. É possível dizer que, mesmo após três décadas de luta, não só continuamos convivendo com o isolamento e encarceramento das problemáticas de saúde em hospitais

psiquiátricos, como também os estabelecimentos da AP, têm se mostrado novos espaços de depósito e tutoria, espaços para produção e exercício de saber-poder.

A ética da tutela (COSTA, 1996), direcionadora dessa lógica de funcionamento na SMC define uma relação em que o agente de cuidado trata o sujeito das suas intervenções pela via da objetualização. Existe a premissa de que o sujeito a ser tratado é desprovido de razão ou vontade, e isso se dá a partir de duas perspectivas: a fisicalista, que explica os comportamentos disruptivos da pessoa devido a causas fisiológicas, e a perspectiva jurídico-legal, na qual ele é privado da razão e da vontade tanto pelas causas como pelas consequências de seus atos.

É a ética em que os chamados doentes mentais apresentam distúrbios de conduta de origem biológica, portanto, são incapazes ou desresponsabilizados pelo que fazem. Já que o sujeito é tido por incompetente, logo, o especialista (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc) é autorizado a arbitrar as decisões que lhe cabem a cerca da sua própria vida. A ética da tutela tem como modelo a ética instrumental, ou seja, aquela que lida com os objetos da natureza, visando prever, predizer e controlar experimentalmente o estudado. As técnicas são basicamente farmacológicas, biológicas e paramentadas por instituições custodiais (COSTA, 1996).

A lógica tutelar corrobora com a exclusão de toda e qualquer diferença (não necessariamente no âmbito psíquico, mas, incluindo o social) que vá contra os ideais normativos, que contradiga o antropocentrismo e a onipotência do homem moderno, para quem tudo pode ser racionalizado e explicado pela Ciência Moderna (SANTOS, 2000), e, igualmente, controlado e tratado por ela.

Nesses cinco anos de trabalho assisti inúmeras internações, voluntárias, involuntárias e compulsórias, todas elas, de alguma maneira, tinham como justificativa a vulnerabilidade social em que o sujeito se encontrava. Buscava-se amenizar as questões históricas das desigualdades sociais por meio de tratamentos médicos e psiquiátricos. Por exemplo, foi feita a internação compulsória de um adolescente de 13 anos em uso de maconha, não tanto pelo uso da droga em si, mas partindo-se da convicção de que aquele adolescente não tardaria em cometer atos infracionais.

O que mais chama a atenção nesse exemplo é que esse sujeito se encontrava em situação de rua após ter saído do estabelecimento institucional no qual estava acolhido para o retorno ao convívio familiar, estava evadido da escola e sem qualquer direito básico



assegurado. Contudo, o que se apresentava como prioridade de intervenção para o CAPS, CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), Poder Judiciário e Conselho Tutelar era o uso da droga, como se este em nada se referisse ao contexto sociofamiliar.

## **2.1 O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas**

Quando fui admitida, o CAPS ad havia sido inaugurado há poucos meses e a equipe era composta, além de mim, por um médico clínico geral, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma educadora física, uma artesã, um técnico educacional, um monitor de informática, uma auxiliar de enfermagem e outros funcionários que não estavam diretamente envolvidos no atendimento à população. Assim como eu, nenhum dos trabalhadores tinha vivências na SMC.

Esse município no qual vivenciei minhas primeiras experiências já dispunha de um CAPS I, conhecido popularmente por “CAPS Transtorno Mental”, sendo ele o CAPS mais antigo da DRS XI e a principal referência para o fomento das ações de atenção psicossocial, na medida em que era considerada uma experiência exitosa. A iniciativa de implantação do CAPS ad partiu da equipe do CAPS I, isso porque um dos critérios para ser atendido lá era não fazer uso de bebidas alcoólicas ou substâncias ilícitas, de tal forma que os sujeitos com problemáticas referidas ao alcoolismo ou à toxicomania estavam desassistidos quanto aos tratamentos de base comunitária.

No ano de 2009 a equipe municipal de SM, por meio de levantamento domiciliar, verificou que havia no município cerca de 2.000 pessoas “consumindo abusivamente substâncias psicoativas” (DEPARTAMENTO DE SAÚDE, SANEAMENTO E BEM ESTAR SOCIAL DE MARTINÓPOLOIS, 2009, p.3). Dada a alta prevalência, uma vez que quase 10% da população estava acometida pelo que foi avaliado como toxicomania e alcoolismo, as internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas religiosas (aproximadamente dez na região) eram bastante recorrentes, constituindo a principal oferta de tratamento. Nessa direção, elaborou-se o projeto de implantação do CAPS ad, no qual se justificou que:

[...] o uso tanto do álcool como de outras drogas traz consequências físicas, podendo acarretar alguma doença, complicações psiquiátricas e complicações sociais como: menor participação social; menor capacidade de julgamento, resultando em dificuldades profissionais, familiares, sociais e comportamentos de

risco; prejuízo da capacidade para o trabalho; comportamento violento, podendo causar mortes devido a acidentes, suicídios e homicídios; atividade criminosa, por exemplo, roubo para manutenção do uso; prostituição, como moeda de troca; comportamento sexual de risco (sexo desprotegido e com vários parceiros); disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e infecções; efeitos sobre as crianças como maus tratos, maus cuidados, abuso; rompimento de vínculos familiares e custos econômicos elevados (DEPARTAMENTO DE SAÚDE, SANEAMENTO E BEM ESTAR SOCIAL DE MARTINÓPOLOIS, 2009, p.3-4).

Considerando que os CAPS ad II abrangem minimamente um total de 70.000 habitantes, fez-se convênios com as prefeituras de Indiana, Caiabu, Regente Feijó, Taciba e Pirapozinho, sendo que os munícipes de tais localidades seriam, então, encaminhados para o CAPS ad II de Martinópolis. É importante citar que o CAPS ad atendia pessoas de qualquer faixa etária, por encaminhamentos de outros órgãos (Programa Saúde da Família, hospitais, Conselho Tutelar, etc) ou por procura espontânea. O acolhimento era realizado assim que se chegava ao CAPS, por um profissional de nível superior e logo em seguida, era realizada a triagem para definição do próximo procedimento a ser tomado:

Dependendo do grau e da intensidade das intoxicações ou sintomas de abstinência, o usuário pode ser atendido pela proposta de desintoxicação ambulatorial ou em Hospital Geral. Caso as manifestações sejam graves, poderá ser encaminhado para um serviço de alta complexidade (DEPARTAMENTO DE SAÚDE, SANEAMENTO E BEM ESTAR SOCIAL DE MARTINÓPOLOIS, 2009, p.6).

A decisão sobre a modalidade do tratamento, se seria realizado em CAPS, ESF, hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica, era embasada nas publicações da Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD). Sobre isso, a SENAD (1999) recomenda que seja aplicado o ASSIST (questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias).

Conforme os escores obtidos nas oito questões é definido se há indicação para tratamento, se o mesmo deve ser feito nos estabelecimentos da “Atenção Primária” (Estratégia Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde) por meio da “Abordagem Breve” ou se deve ser um tratamento mais “intensivo” feito em CAPS, ambulatório ou hospital psiquiátrico. Há ainda um guia elaborado pela SENAD com critérios de encaminhamento para internação psiquiátrica, são eles:

[...] paciente com ameaça de suicídio/comportamento autodestrutivo ou que ativamente ameaça a integridade física de outros; com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania); com complicações clínicas importantes; necessidade de internação por dependência de outra substância, por exemplo, a desintoxicação do álcool; falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial e para

aqueles que não possuem suporte social algum, ou seja, seus relacionamentos são exclusivamente com outros usuários (SENAD, 1999, p.5).

Quando oferecido o tratamento no CAPS ad a pessoa passava por uma semana de avaliação multiprofissional na qual teria conhecimento sobre as propostas de tratamento (oficinas, grupos, etc) e normas de funcionamento do estabelecimento. Ao final da semana, optava por ser ou não inserido no processo institucional de tratamento.

Nos primeiros três dias de tratamento eram realizados atendimentos grupais apenas com os iniciantes, utilizando-se a Abordagem Motivacional, conforme indicado pela SENAD (1999). Nesse período, acompanhado da equipe, a pessoa definia prioridades e objetivos do tratamento, e assim, elaborava-se a primeira versão do que era concebido como Plano Terapêutico Singular – PTS (BRASIL, 2007).

Basicamente o PTS contemplava os dias e horários de frequência ao CAPS, bem como a participação em oficinas e demais tipos de atendimentos. Aproveitamos para destacar a falta de referenciais teórico, técnico e éticos avessos ao PPHM. Na era da Ciência Moderna (SANTOS, 2000), percebe-se que as ofertas de tratamentos, mesmo na SMC, frequentemente são reduzidas à elaboração de cronogramas e protocolos.

Os recursos terapêuticos disponíveis dividiam-se em: atendimentos psicoterápicos individuais ou em grupo; atendimentos de terapia ocupacional individuais ou em grupo; tratamento medicamentoso; grupos de orientação com temas transversais, por exemplo, cidadania e sexualidade; atividades comunitárias (festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras); atividades de suporte social, (projetos de inserções no mercado de trabalho ou na rede de ensino); oficinas de informática, jardinagem, autocuidado, horticultura, artesanato e alfabetização; visitas domiciliares; grupos de educação em saúde (realizados semanalmente pelos profissionais com orientações e discussões sobre temas selecionados, por exemplo, a importância do tratamento farmacológico, etc.); grupo motivacional; atividade física; atividades comemorativas (dia das mães, pais, etc), tratamento do tabagismo e atendimento aos familiares (grupo operativo de família ou atendimento individual quando necessário).

O espaço físico do CAPS ad era extremamente limitado, tratava-se de uma chácara com apenas uma casa, dividida em oito cômodos, sendo que toda a equipe dispunha de apenas uma sala para atendimentos grupais. As outras atividades eram realizadas no quintal, na área cercada, pois, apesar de ser uma chácara, no entorno da casa havia portões fechados com

cadeados, abertos apenas para entrada e saída das pessoas. Funcionavam concomitantemente duas oficinas na varanda da frente, a de artesanato e a de tear, gerenciadas pela artesã e técnico educacional, respectivamente.

Infelizmente não consegui atrelar minha prática de terapeuta ocupacional às oficinas, havia uma dificuldade imensa para construir propostas de trabalho que integrassem profissionais das chamadas “equipe técnica” (nível superior) e “equipe de apoio” (nível médio). Os “técnicos” realizavam suas oficinas separadamente, na varanda dos fundos. Ressalto que as animosidades entre os profissionais de nível médio e nível superior eram muitas, e mesmo após um ano de “supervisão institucional” não puderam ser minimizadas.

Frequentemente, os trabalhadores de nível médio queixavam-se por serem chamados “equipe de apoio”, pois se sentiam desvalorizados pela nomenclatura. Igualmente, queixavam-se por não ter acesso aos prontuários e não participar da reunião diária para discussões clínicas. Cumpre dizer que a “supervisão institucional” era fielmente modelada à imagem do PPHM (COSTA-ROSA, 2013) e completamente pautada no Discurso da Universidade (LACAN, 1992) por isso boa parte dos trabalhadores sentia-se desconfortável por ser obrigatória a participação e não via na supervisão qualquer benefício, tanto que ela foi encerrada antes do previsto.

Assim que comecei a trabalhar foi delegada a mim a tarefa de supervisionar as oficinas de tear, artesanato, informática e horta. A coordenadora do CAPS mostrou-me o ficheiro no qual cada sujeito tinha um cadastro informando de qual oficina estava participando, a descrição das coisas que já havia produzido e a data em que havia iniciado a última atividade. Rigorosamente, só era possível trocar de oficina depois de concluída a anterior.

Todos os produtos eram catalogados e destinados à venda em feiras e eventos, com fins de angariar fundos para o CAPS. Destaco que quem produzia os artesanatos não podia apropriar-se deles e optar por vendê-los ou não, não lhes atribuía preço e nem ao menos participava das vendas ou da discussão sobre o destino da verba arrecadada.

Os oficineiros eram responsáveis por vigiar atentamente cada participante da oficina sob sua responsabilidade, no intuito de garantir o bom funcionamento do CAPS. Era consenso entre quase todos os profissionais que se os sujeitos ficassem desocupados, “circulando pelo CAPS”, a rotina institucional seria comprometida, e, principalmente, a qualidade do tratamento, pois, imperava a crença de que quem estava em tratamento deveria estar

plenamente focado nos seus afazeres e evitar relacionamentos com outros toxicômanos ou alcoolistas, evitar a dita “rede de pares”.

Dessa forma, os funcionários eram orientados a prestar atenção aos conteúdos das conversas que se desenrolavam durante as oficinas e intervir assim que necessário, ou seja, quando notassem que o assunto era drogas e bebidas ou quando percebessem formação de vínculos de amizade entre eles. Ainda seguindo esse raciocínio, após certo tempo de funcionamento do CAPS, os atendimentos passaram a ser sistematicamente separados por diagnósticos embasados na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10 (DATASUS, 2008) e por gênero: períodos específicos para mulheres, toxicômanos, alcoolistas e tabagistas.

Com esta lógica de organização buscava-se impedir relacionamentos amorosos e que alcoolistas fossem influenciados a envolverem-se em “comportamentos de risco” como furtos, tráfico e prostituição (concebidos pela equipe como característicos do usuário de crack), havia ainda um grupo só de abstêmicos, nomeado “Manutenção”. Essas medidas de separação e assepsia eram entendidas como estratégias de fuga e enfrentamento, também técnicas de prevenção às recaídas, pois aqueles que haviam cessado o uso de substâncias psicoativas não tinham contato com os que mantinham o uso.

Em termos gerais, o relacionamento interdisciplinar na equipe era relativamente horizontal, não havia no discurso oficial do CAPS sobressaliência da classe médica, ou de qualquer outra disciplina. Todos da equipe técnica faziam avaliações e triagens e não havia fluxograma de atendimento. Depois de inserida, a pessoa deveria ser avaliada e atendida por todos os profissionais; em cada dia da semana havia um técnico que estava de plantão, sendo cada plantonista responsável pelas ocorrências do dia, por exemplo, acolhimento e inclusão ou encaminhamento após triagem.

Logo que inserido, salvo exceções, que geralmente eram as dificuldades para o transporte dos que residiam em outros municípios, o sujeito passava a frequentar o CAPS de segunda a sexta-feira, das 8 h às 15 h. Considerava-se que o ambiente de convívio dos alcoolistas e toxicômanos era um dos fatores de riscos para a “dependência”, portanto deveriam ser controlados, desse modo propunha-se bastante tempo de permanência no CAPS, diariamente. Em muitos casos, para evitar oportunidades de contato com o álcool/droga, o familiar do sujeito era solicitado a levá-lo e buscá-lo no CAPS.

Apesar disso, frequentemente, os sujeitos em tratamento aproveitavam o intervalo de almoço, quando o portão estava aberto e não havia nenhuma atividade estruturada, para evadirem-se do CAPS. Dadas as recorrências das “fugas”, foi discutida em equipe a necessidade de aplicar uma advertência escrita a quem saísse sem autorização, com posterior suspensão de dois dias e possível alta administrativa. Já podemos inferir que a ética em questão era sobretudo tutelar e punitiva.

Os sujeitos podiam escolher de qual oficina participar, sendo uma das atribuições da TO compor seu cronograma de atividades, com a obrigatoriedade de ocupar todo espaço de tempo em que ele permanecesse no CAPS, não sendo permitido e nem aceitável “ficar sem fazer nada”. Depois de eleitas as ocupações, o contrato terapêutico contendo as regras do CAPS e o cronograma em questão, chamado de Plano Terapêutico Singular (PTS), era assinado.

Nesta direção, uma queixa constante da coordenação era referente aos sujeitos que não cumpriam os combinados, geralmente os toxicômanos. Logo que identificado um desses sujeitos eu era questionada sobre seu PTS e chamada a atenção para direcioná-lo à sua atividade do dia. A despeito da minha oposição, nenhum grande avanço pôde ser feito, pois, de fato, os trabalhadores concordavam que aquelas pessoas “vagando” pelo CAPS conferiam ao estabelecimento institucional aparência de desorganização e ócio, características semelhantes às de um hospital psiquiátrico. O máximo que consegui foi não ficar com todo esse encargo, que acabou sendo direcionado ao plantonista do dia.

Boa parte do tempo que deveria ser para atendimentos era dispensada “correndo atrás” dos participantes do grupo/oficina. Se, mesmo com a investida do profissional, alguém se recusasse a cumprir o cronograma, contrariando uma das cláusulas do contrato terapêutico previamente assinado, seria advertido, e três advertências culminavam numa suspensão.

Os sujeitos sentiam-se coagidos a participar das atividades, e o principal motivo era o fato de que a indisciplina era citada nos relatórios enviados para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para fins de obtenção do auxílio-doença, para o CRAS ou para o CREAS (para obtenção de algum benefício social) e também para os órgãos judiciais. Ou seja, caso “não se comportasse bem”, a pessoa se via ameaçada em muitas esferas, por exemplo, muitos recebiam auxílio-doença e o INSS solicitava relatórios sobre a evolução do tratamento a cada nova perícia com fins de renovação do auxílio.

À revelia de qualquer norma ou regra do CAPS, os sujeitos toxicômanos faziam objeção ao instituído dominante e só participavam das oficinas e demais atendimentos quando queriam. Com eles a técnica de coerção não funcionava, haja vista que a maioria, por não ter trabalhado formalmente e contribuído para previdência social não era assegurada do INSS, ou seja, esses, como não tinham “qualidade de segurado”, não seriam prejudicados na obtenção do auxílio-doença caso infringissem as normas.

Como eles gostavam dos atendimentos de TO, e se recusavam a fazer psicoterapia ou participar de outras oficinas que não fossem de informática ou de esportes, com o passar do tempo, meus horários ficaram praticamente restritos aos atendimentos aos “usuários de drogas”. A maioria dos funcionários, expressamente dizia não querer atendê-los, as falas mais comuns eram que eles eram “difíceis demais” e “reclamavam de tudo”.

Direcionada pelas práticas de TO desenvolvidas no CAPS I e pela terapeuta ocupacional que exercera o cargo antes de mim, esperava-se que eu planejasse atendimentos focados nas Atividades de Vida Diária (AVDs) seguindo os pressupostos da Reabilitação Psicossocial (SARACENO, 1996).

Os modelos de oficinas oferecidos para mim foram de autocuidado, de recreação, de enfoque cognitivo (memória, concentração, atenção), de psicomotricidade (coordenação motora global e fina, praxia de construção, entre outros) e socioeducativas. Todavia, desde o início, eu compreendia que a atuação da TO na SMC não se confundia com as metas da Reabilitação Cognitiva ou da Reabilitação Física.

Meu contato com o DI se deu após dois anos de inserção no CAPS ad, até então minha atuação profissional era direcionada pelas referências cognitivas comportamentais e pelos cursos de formação recomendados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Minha busca por outros referenciais se deu mediante as constatações diárias dos fracassos terapêuticos e, principalmente, das experiências dos atendimentos nos quais os sujeitos do sofrimento sempre expressavam nas suas falas o quanto eram ineficazes as técnicas de prevenção da recaída baseadas nas estratégias de fuga e enfrentamento postuladas pela Terapia Cognitiva Comportamental (SENAD, 2010). Era perceptível a resistência deles a tal abordagem, diziam que preferiam fazer atividades estéticas, pintura em tela ou dança, pouco se interessavam pelo grupo operativo.

Mesmo ainda sem clareza paradigmática e sem apropriação da complexidade do DI, eu podia admitir que não seria pela coerção ou pedagogia que ocorreria o engajamento dos

sujeitos no tratamento; não seriam essas as vias condutoras ao protagonismo previsto nas diretrizes do SUS. Por conseguinte, fui propondo outras táticas de trabalho: os atendimentos seriam grupais, seguindo as particularidades de cada grupo e, principalmente, pensados para contemplar as áreas de interesses dos participantes: pintura, dança, modelagem, quaisquer que fossem, sem atividades pré-definidas por mim e sem objetivos definidos previamente; o mais importante era que as propostas estivessem alinhadas às motivações dos participantes, podendo abrir espaços para participação protagonista.

Esse reconhecimento do sujeito do sofrimento como sujeito desejante e agente de mudanças que deve, necessariamente, estar implicado na sua demanda, foi minha questão inicial para instrumentalizar posicionamentos reversos às manobras de adaptação social pela via da pedagogização do comportamento; também, a divisão inicial que me levou a buscar outros referenciais, que considerassem o sujeito na sua singularidade, e, sobretudo, que pudesse caminhar rumo a uma ética da diferença.

## **2.2 O Centro de Atenção Psicossocial infantil**

Após 3 anos de trabalho no CAPS ad optei por assumir o concurso para um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i II) de um município de médio porte, na mesma DRS. Quando comecei a trabalhar o equipamento funcionava há poucos meses e a equipe de atendimento era composta além de mim por uma assistente social, uma médica, duas psicólogas, uma enfermeira, um coordenador técnico, um auxiliar de enfermagem e funcionários da área administrativa e limpeza.

A Rede Territorial de Saúde e Assistência do município, com aproximadamente 200.000 habitantes, é composta por 18 ESF (Estratégia Saúde da Família), 13 UBS (Unidade Básica de Saúde), 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Centro de Atenção Psicossocial II, 1 Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II, 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil II, 2 Unidades de Acolhimento para toxicômanos e alcoolistas (adolescentes/adultos), 2 Instituições de Acolhimento (Lar dos Meninos e Lar Santa Filomena), 1 Casa de Passagem, 8 CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), 5 CREAS (Centro Especializado em Assistência Social), 1 Fundo Social, 1 Centro Esportivo Unificado e 2 Conselhos Tutelares.

O CAPS i presta atendimento a crianças e adolescentes de 5 a 18 anos que tenham como hipótese diagnóstica algum “transtorno mental” ou comportamental descrito no quinto



capítulo da CID 10 (F00-F99), são eles: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09); transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29); transtornos do humor, afetivos (F30-F39); transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48); síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-F59); transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69); retardo mental (F70-F79); transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98) e transtorno mental não especificado em outra parte (F99).

Os diagnósticos mais vistos no CAPS i correspondiam ao que na CID 10 são descritos como transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, com destaque para os transtornos da atenção e hiperatividade. No cotidiano de trabalho e pelo acesso aos prontuários pudemos verificar que dos 222 sujeitos em tratamento, 108 (48,6%) deles eram identificados com o conhecido TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade).

A maioria, senão todas as crianças e adolescentes, faziam uso de psicotrópicos, e muitos deles, usavam mais de um tipo de fármaco, dentre eles os barbitúricos, benzodiazepínicos, entre outros. As queixas referentes ao TDAH atualmente são o maior motivo de encaminhamentos e busca por serviços especializados em infância e adolescência, estão largamente associadas às dificuldades no processo de ensino-aprendizagem e aos comportamentos ditos disruptivos e indisciplinados.

Não diferente do CAPS ad no qual trabalhamos ou de tantos outros CAPS, o recorte dado para atuação da TO correspondia às atividades de vida diária, visando independência e autonomia, especialmente por meio do ensino e treinamento de habilidades sociais. Vale ressaltar que havia muitas encomendas de tratamento vindas das escolas, que não diziam respeito à SM, por exemplo, ações psicomotricidade.

Contrariando os preceitos da RPb, o CAPS i não funcionava com “porta aberta”, não era porta de entrada às ações e aos serviços de saúde e não oferta atenção de urgência e emergência às situações de crise. Para ser inserido no CAPS i era necessário ter passado por tratamento, ou pelo menos pela triagem, na Atenção Primária. Vê-se que a estratificação e

caracterização das doenças e hierarquização das formas de tratamento, típicas do PPHM, ainda não foram dialetizadas, logo estão ao largo da lógica territorial que a AP pressupõe.

As possibilidades de tratamento em nada diferem do modelo encontrado nos antigos Ambulatórios de Saúde Mental, aliás, muitas vezes estão aquém deles. Os atendimentos são rigorosamente agendados e divididos entre as disciplinas. Não há espaços de circulação e ambiência, não há nem sequer oficinas terapêuticas, ícones maiores das propostas da psiquiatria reformada.

Doravante, a ida ao CAPS i restringia-se ao atendimento com os especialistas, sendo que a equipe multiprofissional se organizava no Modo Capitalista de Produção, taylorista quanto à divisão do trabalho (COSTA-ROSA, 2013) e alheia à concepção de integralidade das problemáticas de saúde. Temos o indivíduo fragmentado e áreas de atuação delimitadas entre as disciplinas, cujo diálogo se dá pelo prontuário.

Ao chegar ao CAPS i o sujeito e seu familiar passam por triagem com o serviço social, na reunião técnica semanal é decidido se é ou não demanda para CAPS, e, caso seja, qual “setor” atenderá o sujeito (terapia ocupacional e/ou psicologia), então é agendada a consulta médica. Nas reuniões de equipe a discussão clínica e o planejamento do PTS se reduzem a essa definição.

A psicologia e a TO se responsabilizavam pelos atendimentos individuais e grupais das crianças/adolescentes e o serviço social e a enfermagem faziam grupos operativos de família e socioeducativos, organizados na forma de palestras, buscando-se explicar a ‘doença’ aos pais e às crianças para obter maneiras de poder controlar a ‘patologia’ pelo uso de técnicas devidamente elaboradas e pelo treinamento de hábitos e habilidades.

O CAPS i não fazia apoio matricial e também não se esforçava para criação de espaços coletivos onde pudesse haver articulação entre a rede de serviços, gestão e usuários. Igualmente, não havia o menor reconhecimento de que a participação política é terapêutica, excluindo-se possibilidade de encontros mais horizontalizados e a parceria com a comunidade local. Nesse aspecto, tendo em vista os ideais mínimos da RPb, o CAPS ad estava um pouco melhor, havia reunião diária com os profissionais e os sujeitos do tratamento, ocasião em que as reivindicações, reclamações e sugestões podem ser expostas no intuito de viabilizar melhorias. Todavia, em nenhum dos dois CAPS existia o dispositivo da Assembleia aberta a todos os profissionais, sujeitos do sofrimento e suas famílias, para discussão de temas coletivos, pactuações e deliberações.

### **3. ALGUNS ATRAVESSAMENTOS: AS INTERNAÇÕES E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DO SOFRIMENTO<sup>12</sup>**

Na experiência e realidade dos CAPS em questão, assim como também constatou Jurandir Freire Costa (1996) ao pensar sobre outras instituições, as éticas e discursos que organizam o modo de produção não se apresentam de modo estanque, misturam-se e até mesmo adquirem configuração outra mediante enquadres diversos. Todavia, para além da análise proposta por esse autor, é possível verificar que, mesmo nas psiquiatrias reformadas, os pilares do PPHM, Ética da Tutela (COSTA-ROSA, 2011) e discursos de dominação, permanecem hegemônicos.

Concebemos que não há produção de subjetividade em saúde sem passar pela instituição como intermediário necessário ao tratamento, logo, os modos de produção das instituições com suas éticas e discursos são diretamente responsáveis pelos processos de subjetivação, pelas formas de subjetividades e consistências de saúde produzidas.

Meus primeiros questionamentos quanto às práticas vistas nos CAPS estiveram relacionados aos números exorbitantes de encaminhamentos para internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas religiosas e ao uso corriqueiro de fármacos como terapêuticas para o sofrimento psíquico e impasses da vida social, sendo que os encaminhamentos para internações eram bastante recorrentes e todos os sujeitos em tratamento em ambos os CAPS faziam uso demasiado e crônico de psicotrópicos.

Os parâmetros para ações dos CAPS estão expressos na Lei Federal 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Embora esse instrumento jurídico-político enuncie redirecionar as práticas de atenção em SM de acordo com a RPb, contraditoriamente, define parâmetros legais para as internações psiquiátricas, e descreve no parágrafo único do artigo 6º suas modalidades: internação voluntária, internação involuntária e ainda internação compulsória. Barros e Serafim (2009) explicam que “a essência das justificativas de uma internação está na perda da autonomia do indivíduo,

---

<sup>12</sup> Algumas reflexões trazidas por este ensaio, especialmente quanto às práticas de internação, estão reunidas no artigo: SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. Revista de Psicologia da UNESP, Assis, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014.

decorrente de sua doença mental, que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado” (p.1).

Na maioria dos CAPS as problemáticas psíquicas são concebidas pelo viés biomédico-curativo. As toxicomanias, tanto no CAPS ad quanto no infantil, são as principais demandas para internação. O foco das ações ainda tem sido a abstinência da droga como via de adaptação ao social e recuperação da saúde (ROMANINI; ROSO, 2012).

Não obstante, a SENAD (1999) apresentou uma obra sobre aspectos básicos do tratamento da chamada “síndrome de dependência de substâncias psicoativas”; nela a toxicomania é considerada uma síndrome médica bem definida entre os “transtornos psiquiátricos”, uma “doença crônica”. O objetivo do tratamento, da Atenção, é indiscutivelmente a cura da doença e o início do tratamento segundo esse guia se dá pela promoção da abstinência: “internação pode ser aceita como a definição concreta da promoção de abstinência, por afastar o indivíduo de seu habitat, que inclui os ambientes de consumo e a própria droga” (SENAD, 1999, p.4).

O tratamento é uma das formas de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, do município onde este reside, enfim, da comunidade em que vive, de seu Estado bem como de seu País. Os custos da dependência exercem um peso importante no orçamento nacional. Tratar a dependência significa investir para redução destes gastos já citados. Os resultados do tratamento mais frequentemente citados são a redução do consumo de substâncias, a diminuição na utilização dos sistemas de saúde e a menor participação em comportamentos ilícitos (SENAD, 1999, p.2).

Marcos da Costa Leite (1999), autor da publicação, defende ainda que há situações em que a internação é obrigatória, são elas: paciente com ameaça de suicídio/comportamento autodestrutivo ou que ativamente ameaça a integridade física de outros; com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania); com complicações clínicas importantes; necessidade de internação por dependência de outra substância, por exemplo, a desintoxicação do álcool; falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial e para aqueles que não possuem suporte social algum, ou seja, seus relacionamentos são exclusivamente com outros usuários. “A internação é indicada por se constituir em refúgio mais seguro para pacientes menos capazes de resistir por conta própria às fissuras pelo consumo de drogas” (SENAD, 1999, p.5).

Podemos ver o quanto os discursos ideológicos dos órgãos governamentais são repletos de lacunas, pois ao mesmo tempo em que se apregoa abstinência, propõe-se a

Redução de Danos (SENAD, 1999); vemos paradigmas dialeticamente opostos operando concomitantemente, com diferenças essenciais nas concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho, assim como nos efeitos típicos em termos terapêuticos e ético-políticos. No PPS (COSTA-ROSA, 2013) não se busca desenfreadamente a eliminação dos sintomas como expressões do sofrimento psíquico, portanto, a supressão sintomática, aqui entendida como redução ou cessação do uso de drogas, não é a prioridade nem a meta final – a “supressão”, agora entendida como equacionamento simbólico, se dá como consequência, e não como objetivo anterior.

Sobre as internações<sup>13</sup>, por meio de consulta aos prontuários e a outros documentos do CAPS ad, fiz um levantamento dos dados referentes aos encaminhamentos para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas realizados durante o ano de 2011. Foram 86 internações, sendo 81 delas em hospitais psiquiátricos e 5 em Comunidades Terapêuticas religiosas.

Um total de 28 internações foram indicadas já no primeiro contato com o sujeito, imediatamente após a avaliação, sem que antes se tentassem outras ofertas transferenciais e formas de continência no Território. 58 internações foram de pessoas que estavam em atendimento ou que já havia frequentado o CAPS. Em todos os casos foi dada orientação ao familiar e ao sujeito para que este retornasse após o período de internação para continuar o tratamento no CAPS ad, entretanto, em 93% dos casos os sujeitos não retornaram após a alta do hospital psiquiátrico; os sujeitos de 3 internações retornaram num segundo momento referindo recaída, e apenas a 3 internações foi dada continuidade ao tratamento no CAPS ad antes que houvesse recaída.

Para 39% dos sujeitos que foram acolhidos a internação psiquiátrica foi a primeira oferta de tratamento, o que demonstra a prática típica do isolamento no PPHM como abordagem de primeira escolha. Isso já é suficiente para apontar o germe da contradição do discurso universal de desospitalização proposto pelo CAPS, teoricamente embasado nos preceitos da RPb.

Em sua dissertação de mestrado, Costa-Rosa (1987) aponta para o fato de que a oferta de tratamento gera a demanda por ele na medida em que a “missão institucional” é influenciada pelo imaginário social, e este também se constrói a partir das formas de

---

<sup>13</sup> As internações referidas neste trabalho são analisadores da particularidade do CAPS ad, pois na DRS XI não há estabelecimentos para internação de crianças e adolescentes. Dessa maneira, no CAPS i, tal recurso é raramente utilizado, pois acarreta altos gastos monetários para os municípios com o custeio do tratamento e da locomoção.

continência oferecidas (ofertas de transferência) pelo estabelecimento institucional. Ou seja, se as práticas no CAPS reincidem continuamente na internação, não nos causa estranheza que ela seja muito solicitada pelos trabalhadores e pelos sujeitos que ali chegam buscando ajuda. Cumpre dizer que dos que tiveram a internação como primeira intervenção terapêutica, nenhum retornou ao CAPS.

As internações dos sujeitos que já estavam em tratamento no CAPS, particularmente, chamam muito a atenção enquanto analisadores. Ao longo do ano foram realizadas 58 internações, o que evidencia claramente as falhas do CAPS, bem como da RAPS como um todo, em dar continências singularizantes às demandas pelas quais são interpelados. Segundo Amarante (2003) os CAPS devem estar “estruturados de forma a ter uma grande maleabilidade, podendo lidar com qualquer situação na assistência àqueles que, em outros tempos, estariam condenados a passar seus dias entre as paredes de um hospital psiquiátrico” (p.123).

Em 93% dos casos o sujeito não retornou ao CAPS após a alta do hospital psiquiátrico, ou seja, não foi dada continuidade ao tratamento. Segundo Costa-Rosa (2012), só depois do fracasso da operação de tamponamento – no caso a internação para mediar o gozo – o sujeito poderá reeditar seu pedido. Temos observado que geralmente isso ocorre depois de vivenciar outra recaída, o que é um problema porque ao se fazer a operação de sutura da divisão subjetiva inicial que fez com que o sujeito buscasse ajuda, perdem-se inúmeras possibilidades de intercessões.

A institucionalização manicomial é capaz de transformar as vidas dos sujeitos do sofrimento, produzindo o que Erving Goffman (1974, p. 111) denominou “carreira moral do doente mental”. É indiscutível o fato de que há pacientes em início de evolução que, dependendo do modo como o CAPS faz a continência de sua demanda, podem iniciar a carreira de hospitalização. São os novos candidatos à cronicidade (AMARANTE, 2003) que é uma das muitas contrariedades do tratamento no PPHM (COSTA-ROSA, 2000).

Seguindo a lógica do SUS no contexto da Saúde Coletiva, postula-se que não se deve encaminhar para uma estrutura mais complexa, casos que podem ser atendidos no Território, já que isso prejudica o sujeito na medida em que cria artificialmente uma “dependência de cuidados” pela oferta desenfreada de “objetos-suprimentos” como a internação e a medicalização. Todos os sujeitos inseridos no CAPS ad faziam uso prolongado de psicotrópicos, assim como a maioria das crianças e adolescentes do CAPS i.

Agindo assim, os CAPS produzem uma institucionalização iatrogênica, além do que não se capacitam para oferecer possibilidades mais singularizantes, ações mais simbólicas e menos imaginárias, múltiplas formas de intercessões àqueles que estão em sofrimento psíquico intenso. Tenório (2001) insiste que os CAPS devem assumir o pressuposto da tomada de responsabilidade e propor estratégias para uma rede de “cuidados” territorializados e substitiva ao asilo manicomial.

Costa-Rosa (1987) sugere que é preciso analisar tanto a contradição entre o discurso e a prática efetiva quanto a que existe no próprio plano discursivo, que normalmente costuma ser bastante lacunar. Consideremos a repetição e a frequência dos pedidos de internação e das práticas de medicalização: eles refletem o “não-sabido” institucional e apontam as lacunas do discurso ideológico dos CAPS.

A atenção prestada, pretensamente denominada Atenção Psicossocial, que na teoria é contrária às internações e à medicalização, na prática, não se constitui essencialmente como uma contradição, é apenas uma diferença, ainda operando na mesma lógica do modelo que visa superar, o PPHM. De acordo com Costa-Rosa (1987; 2000; 2013), poderá ser considerada contradição somente a diferença que for capaz de imprimir um sentido dialeticamente contrário àquele seguido até então.

As instituições de saúde, assistência e educação, funcionando na lógica da CID 10, corroboram para a patologização e medicalização da vida. Desde muito cedo, já na infância, aprisionam as subjetividades nos significantes do Discurso Médico (CLAVREUL, 1983), e, portanto, executam manobras de assujeitamento, serialização e controle, validadas pelo saber-poder dos especialistas.

O termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p.26).

Os ‘transtornos comportamentais’ vistos na infância e adolescência, sobremaneira o TDAH, fruto do modelo societário hipermoderno, assim como as toxicomanias fazem objeção ao instituído social e familiar dominante e mesmo tendo validação científica fazem furo no

saber enciclopédico. “Trata-se de uma pretensa doença neurológica jamais comprovada; inexistem critérios diagnósticos claros e precisos como exige a própria ciência neurológica; o conceito é vago demais, abrangente demais...” (MOYSÉS; COLLARES, 1994, p.29).

Com exceção talvez de pequenas práticas micropolíticas, não é possível dizer que a produção social dos CAPS tem sido a subjetividade singularizada. Embora haja práticas que se supõem pautadas no PPS, em suma, as produções institucionais dividem-se em produção de mais-valia sob forma indireta, ao inserir o paciente em um circuito de consumos de psicofármacos, e (re)produção das relações sociais dominantes, explícitas nas relações que geram exclusão e opressão e que mantêm a hegemonia do PPHM (COSTA-ROSA, 2013).

### 3.1 Os discursos de dominação e as tecnologias disciplinares

De acordo com a tese de Jacques Lacan (1992), os discursos são concebidos como modos de produção e laços sociais que ultrapassam a consistência de enunciados. São eles: Discurso do Mestre (DM), Discurso da Universidade (DU), Discurso da Histórica (DH), Discurso do Analista (DA) e Discurso do Capitalista (DC).

São quatro os elementos que constituem a estrutura de todo discurso: S1 – significante mestre; S2 – saber (cadeia dos significantes constituídos S2, S3, S4, etc., representada pela abreviação S2), a – mais-gozar; S – sujeito barrado do significante que o constitui (o sujeito, na definição lacaniana, é representado entre dois significantes: um significante e o que representa um sujeito para outro significante). E são também quatro os lugares que esses elementos podem ocupar:

o agente	o outro
a verdade	a produção

Tais lugares correspondem às duas questões que toda interrogação sobre um discurso comporta. São elas: 1. Em nome de quê esse discurso, questão que pode ser subdividida em duas: a) o que organiza esse discurso, o que desempenha o papel de agente; b) o que o organiza mais fundamentalmente, qual é sua verdade? 2. Em vista de quê esse discurso, ou seja: a) qual é o outro ao qual esse discurso se dirige; b) qual é o produto que tal discurso comporta? É a rotação dos quatro elementos nos quatro lugares que vai configurar a estrutura de cada discurso (CLAVREUL, 1983, p.6).

No PPHM, temos discursos objetualizadores e verticalizantes: o Discurso do Capitalista (DC), quando o psiquiatra prescreve alguma droga para o sujeito; o DU que quer “tudo-saber” com teorias sobre tudo e para todos; e o DM, quando o saber possibilita um poder sobre outrem, lembrando que “saber sobre” e “poder sobre”, frequentemente são correlatos (COSTA-ROSA, 2013).



Os métodos positivistas (SANTOS, 2000) e os modos de produção de conhecimento baseados no saber disciplinar priorizam a neutralidade do pesquisador, a separação entre corpo-mente e fazer-saber e a objetificação/dominação, “o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor” (CLAVREUL, 1983, p.7).

Na Ciência Moderna (SANTOS, 2000) o homem é expropriado do saber sobre o próprio trabalho e o conhecimento enciclopédico é produzido pelo pesquisador-objeto que se debruça sobre um sujeito-objeto para analisá-lo com neutralidade e objetividade. Há um nítido distanciamento entre um sujeito do conhecimento e um sujeito de conhecimento (COSTA-ROSA, 2013): “Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalece a instituição médica – lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante” (CLAVREUL, 1983, p.8).

O causalismo cartesiano visa apreender e controlar as causas para prever e evitar a ocorrência de determinados fenômenos e também para prover uma Atenção assistencialista ao sujeito-objeto. O raciocínio positivista pretende dividir e quantificar para conhecer, por isso, são privilegiadas pesquisas quantitativas em detrimento das qualitativas ou participantes, ganham destaque as pesquisas fundadas no DU.

Nas modalidades discursivas do PPHM o que se exclui é a subjetividade e o desejo do sujeito. “Através das diversas etapas pelas quais se efetua o ato médico, ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é um discurso totalitário que exclui a diferença, único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar” (CLAVREUL, 1983, p.11).

Como alternativa possível aos métodos da Ciência Moderna (SANTOS, 2000), homóloga ao PPHM e ao Modo Capitalista de Produção (MCP), apresenta-se o DI (COSTA-ROSA, 2013). O trabalhador-intercessor-pesquisador, pela oferta de uma escuta psicanalítica que não está *a priori* fixada em nenhum objeto do discurso, em nenhum signo tautológico (aquilo que representa alguma coisa para alguém e não um sujeito para outro significante), pode deixar emergir, a partir da transferência, a verdade do sujeito. Isso é o que o DI tem de singular – singularidade que para ser conquistada fez passagens discursivas, até constituir-se como avesso à ordem médica (CLAVREUL, 1983).

A psicanálise restitui ao Sujeito seu lugar, o qual a ciência escamoteia, ao constituir um discurso em que o sujeito (da enunciação) não se manifesta, em que a verdade enunciada por ele deve ser independente daquele que a enuncia. As formações do inconsciente – atos falhados, sonhos, chistes e sintomas – ao mesmo tempo que constituem o lixo da ciência (aquilo que a ciência dejeta por não poder inscrever em seu discurso) e o material do místico em seu delírio, são o objeto de atenção da psicanálise. Exatamente por isso Freud pôde formular que tivera sucesso onde o paranoico fracassou. Essas formações do inconsciente constituem a expressão da verdade do sujeito, ou seja, do desejo [...]. Na medida em que não visa evitar o erro e o engano, mas antes constituí-los enquanto objeto, a psicanálise não é uma ciência. O discurso do psicanalista é o único a fornecer as articulações onde o desejo se inscreve. (CLAVREUL, 1983, p.12-13).

Contrariamente às ferramentas coercivas e pedagógicas do PPHM, a psicanálise reivindica o direito à subjetividade singular, ao passo que se baliza na ética do desejo, do bem-dizer, promove desalienação. A psicanálise não é, pois, uma área da medicina, ela seria antes o seu antônimo (CLAVREUL, 1983). Após certo tempo de inserção na SMC, pude observar que os processos produtivos, tanto do CAPS ad quanto do CAPS i, bem como de muitos outros estabelecimentos institucionais da RAPS, fundamentam-se nos discursos de subordinação-dominação, no campo da SMC, equivalentes ao Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) nas suas variantes de DM e DU.

De modo geral, a gestão é sobremaneira baseada num modelo autoritário e hierárquico, caracterizado por relações verticais, assim como os mobiliários e arquitetônicos estão dispostos de maneira a potencializar e atualizar o poder disciplinar do panóptico (FOUCAULT, 1997): portas e portões fechados com pouco espaço para circulação e favorável à vigilância constante. Também se pode observar a influência do modelo pedagógico, por exemplo, nas salas de atendimento do CAPS i há carteiras de sala de aula, lousa e diversos materiais educativos.

Como é de se esperar, as relações intrainstitucionais verticalizadas são transladadas para as relações dos CAPS com os sujeitos em tratamento e o Território, portanto, faz-se o uso desmedido daquilo que Foucault (1997) nomeou de “tecnologias disciplinares”. O autor aponta para o fato de que nas formações sociais capitalistas a subjetividade do indivíduo passou a ser normatizada conforme os interesses econômicos.

[...] houve um investimento de poder sobre o indivíduo moderno, caracterizado pela vigilância, pelo controle sobre suas atividades e pela sua normalização. Estas técnicas de disciplinarização dos corpos tomaram o homem enquanto objeto, ou seja, houve um processo de objetivação para transformá-lo em um cidadão útil. Do encontro entre o poder e as investidas sobre o corpo surgiu o que Foucault (1997, p.

42) chamou de “sujeito psicológico” das sociedades disciplinares (CHRISTIANO, 2010, p.29).

Para realizar esse processo de capitalização das subjetividades foi preciso fixar o homem em instituições, as quais o autor chamou “instituições de sequestro” (FOUCAULT, 1997, p.114). Nessas instituições era realizado o estudo dos indivíduos baseado na sua vigilância contínua e minuciosa, dessa forma o conhecimento científico e enciclopédico sobre eles poderia ser produzido.

[...] são instituições encarregadas de toda a dimensão temporal dos indivíduos, ou de quase todo o seu tempo de vida. Essa técnica é característica da sociedade industrial, pois tem como função a transformação do tempo dos homens em tempo de trabalho. Nessas instituições, o tempo das pessoas se encontra controlado. A segunda função dessas instituições é a de controlar o corpo dos indivíduos. Dessa forma, a escola não serve apenas para ensinar, sua função ultrapassa sua finalidade aparentemente específica e precisa; ela deve controlar e formar o corpo do indivíduo, transformando-o em corpo de trabalho (SALIBA, 2006, p.90 apud CHRISTIANO, 2010, p.30).

O conhecimento científico e a comparação dos indivíduos entre si permitiu enquadrar os indivíduos em escalas, precursoras da Psicopatologia, cujos diagnósticos, por serem embasados no princípio doença-cura, conciliam harmoniosamente alienação e saúde, sendo, portanto, corolários do PPHM (COSTA-ROSA, 2013): pelo conhecimento das “doenças mentais” que afetavam o homem, pôde-se elaborar técnicas de intervenção, de tratamento e as tecnologias disciplinares (FOUCAULT, 1997).

As tecnologias disciplinares são práticas discursivas e não discursivas que servem para assegurar a existência da “Sociedade Disciplinar” (FOUCAULT, 1997), ou na Modernidade, da “Sociedade de Controle” (DELEUZE, 1992; 2008), já que nos tempos atuais, dada a evolução da Ciência Moderna (SANTOS, 2000), pode-se dizer que as ferramentas coercivas evoluíram a tal ponto que não se faz mais necessário o uso de tecnologias duras, por exemplo, muros e correntes como formas de punição. De maneira muito mais sutil, refinada e mesmo “humanizada”, a disciplina e o controle são exercidos por meio das relações de poder fundadas no saber científico que garante a dominação sobre outrem. Podemos tomar como confirmação disso a “psicologização” de problemas sociais e sua a medicalização.

Quando os laços sociais e intersubjetivos nos quais se realiza a Atenção, e, conseqüentemente, a produção de saúde e de subjetividade são verticalizantes, os mecanismos psicopatológicos ocupam a trama central. A lógica que rege a psicopatologia já infere

pressupor um ideal de saúde, quer seja, de normalidade; é a partir desse modelo ideal de funcionamento que o profissional avalia o sujeito “doente” e lhe profere as diretrizes terapêuticas para “cura”.

Nos discursos de dominação encarnados no DM e no DU (LACAN, 1992) é o profissional-mestre quem trabalha, o saber produzido é expropriado do sujeito e serve ao mestre como um saber enciclopédico que lhe permite expedir um “parecer” técnico universal sobre o caso. Na SMC, contextualizada na sociedade de consumo, na qual vemos a primazia dos objetos sobre os sujeitos, a ação dos mestres implica na produção imediata de algum tipo de solução, que pode ser o medicamento, a internação, dentre outros, comumente com a finalidade de buscar, pela des-implicação subjetiva do sujeito, o funcionalismo e a adaptação ao instituído social dominante (COSTA-ROSA, 2000; 2013).

Ao lado do DM (LACAN, 1992) está a Ética da Tutela (COSTA, 1996) que contempla a causalidade fisiológica do sofrimento psíquico em detrimento da subjetividade do sujeito que sofre. Não há espaço para o protagonismo necessário do sujeito no processo de “tratar-se” e, ainda, na dimensão da produção do saber novo (inconsciente) sobre o sofrimento do qual se queixa, ou mesmo de qualquer saber (COSTA-ROSA, 2013).

Como deixar de ver que a ética tutelar, ao tomar como objeto, em ato, o indivíduo que procura a psiquiatria nos momentos críticos de sua vida, acaba por inseri-lo irreversivelmente na mais cruel objetificação? [...] essa psiquiatria insere o sujeito a um só tempo nas cadeias do lucro (consumidor dos produtos da gigantesca e próspera indústria químico-farmacêutica) e nas cadeias da produção-reprodução da subjetividade serializada em suas diferentes modalidades da massa alienada (COSTA-ROSA, 2011, p. 747).

#### **4. ALGUMAS CONCLUSÕES**

Como supunha Costa-Rosa (2000), apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das inovações teórico-técnicas para superar o PPHM, este é ainda absolutamente hegemônico, mesmo nas instituições pensadas para serem representativas do PPS, como os CAPS. Destacamos que não basta mudar os nomes das instituições ou salientar a humanização; é preciso atentar para os Modos de Produção com seus discursos, éticas e práticas, igualmente, favorecer uma clínica crítica que esteja avisada sobre seus efeitos ético-políticos, lembrando que as transformações discursivas abrem espaço para possibilidades de

mudanças nos diferentes modos de organizar o processo de produção da Atenção ao sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2011; 2013). “Diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos, isto é, em diferentes formas dos produtos” (COSTA-ROSA, 2011, p.750).

Enquanto trabalhadora da AP, avalio que a atuação das equipes é dificultada pela falta de referenciais teórico, técnico e éticos de matizes singularizantes, que possam colocar em xeque o PPHM (COSTA-ROSA, 2013). Nas reuniões interprofissionais, evidenciava-se que as discussões acerca da RPb e do PPS (COSTA-ROSA, 2013) não fazem parte do conhecimento coletivo, assim como também não estão incluídos referenciais de análise mais próximos da ética da AP (COSTA-ROSA, 2013), por exemplo, a Filosofia da Diferença (DELEUZE, 1992), a genealogia Foucaultiana (FOUCAULT, 1997) e a Análise Institucional francesa (LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1983; ALTOÉ, 2004). A maioria dos trabalhadores ainda desconhece esses referenciais, reiterando a hegemonia do PPHM. Vemos com isso, inclusive, a extrema urgência da reformulação de currículos das Universidades, a fim de formar “trabalhadores de um novo tipo”, necessários a esse insurgente campo paradigmático na SMC.

A amplitude do processo de RPb, em suma, tem sido reduzida à modernização das técnicas terapêuticas ou humanização das características violentas dos manicômios (AMARANTE; 2003; COSTA-ROSA, 2013; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014), denotando apenas a passagem de uma “sociedade disciplinar” (FOUCAULT, 1997) a uma “sociedade de controle” (DELEUZE, 1992; 2008). Tanto que, embora exista o reconhecimento do CAPS como Estabelecimento institucional substituto às práticas asilares, a internação e a medicalização são bastante aceitas e solicitadas pelos sujeitos em tratamento, familiares e até mesmo pelas equipes de SMC.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_. O paradigma psiquiátrico. In Amarante, P. **O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p.39-63.

\_\_\_\_\_. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-65.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

\_\_\_\_\_; COSTA-ROSA, A. Dispositivo intercessor – uma perspectiva multirreferencial de produção de conhecimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 10, n. 1, p. 171-182, 2011.

BARROS, D. D.; GHIRARD, M. I.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 13(3), p.95-103, 2002.

BARROS, D.M.; SERAFIM, A. P. Parâmetros para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 36, p. 175-177. São Paulo, 2009.

BARROS, S. et. al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.4, p.1235-1247. São Paulo, out./dez. 2014.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal 10.216** – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p.2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº189, de 20 de março de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CHRISTIANO, A. P. **O psicólogo na rede socioassistencial de atendimento a crianças e adolescentes**. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Assis, 2010.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). **Série Idéias**, São Paulo, n.23, p.25-31, 1994. Disponível em: <[http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb\\_a.php?t=008](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008)>. Acesso em: 26 jun. 2015.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: Figueredo, A. C.; SILVA, J. F. (orgs). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p.27-36.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987.

\_\_\_\_\_. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In P. Amarante (org.), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, n. 20, vol. 32, p. 743-757. São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DATASUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Brasília, 2008. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em 13 out. 2014.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1992.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE, SANEAMENTO E BEM ESTAR SOCIAL DE MARTINÓPOLIS. **Projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas “João Maria Lúcio Martins”**. Martinópolis, 2009.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

FRODA, R. E. et. al. Metodologia de pesquisa em saúde mental: a abordagem dialética. In: Constantino, E.P. (org) **Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. Assis: UNESP Arte e Ciência, 2007.

\_\_\_\_\_ ; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Revista Saúde em Debate** n.33, p.129-139. Rio de Janeiro, 2009.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

LACAN, J. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. Prefácio à edição inglesa do Seminário 11. In: **Outros Escritos**, 2003, p.567.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LOURAU, R. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Análise Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1975. p.09-18.

MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos Filosóficos.** São Paulo: Boitempo, 2004.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose.** Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2000.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014.

\_\_\_\_\_ ; COSTA-ROSA, A. **Da clínica da Psiquiátrica Organicista à clínica da Atenção Psicossocial: a ampliação da clínica em intensão como proposta de transposição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva.** UNESP – Assis, 2013. Mimeografado [trabalho em construção].

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2000.



SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

SENAD. **Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas e Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Diga Sim à Vida**. Brasília, 1999. Disponível em: [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br). Acesso em 30 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília, 2010. Disponível em: [www.supera.senad.gov.br](http://www.supera.senad.gov.br). Acesso em 30 jul. 2011.

STRINGUETA, L. V. H.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na atenção básica. In: E. P. Constantino (org.) **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. (pp.145-161). São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

RINALDI, D. L; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos brasileiros de psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v.60, n.2, p.32-39, 2008. Disponível em <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. **Rev. Psicologia USP**, v.3, n.2, p.343-366, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642012000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200006). Acesso em: 01 mar. 2013.

SECRETARIA NACIONAL ANTI-DROGAS. **Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas e Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Diga Sim à Vida**. Brasília: SENAD, 1999. Disponível em [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)., Acessado em 30 jul. 2011.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de psicologia da UNESP**, Assis, v.13, n.1, p.33-51, 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442014000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442014000100004&script=sci_arttext). Acesso em: 10 ago. 2014.

TENÓRIO, F. Tratando a psicose no CAPS. In: TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.119-154.

## ENSAIO 3

### **A terapia ocupacional na Atenção Psicossocial: discussões preliminares para conceituação de uma clínica do desejo e do carecimento**

**Resumo:** Os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RP) iniciaram um processo de transição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva (SMC), principalmente com as propostas da Atenção Psicossocial (AP). Neste sentido, é enorme o desafio da TO de rever-se enquanto profissão para inserir-se nos estabelecimentos institucionais da AP, já que as terapêuticas ocupacionais outrora encontradas nos asilos e manicômicos certamente não servirão aos horizontes psicossociais. Nosso objetivo, partindo da contextualização dos modelos de TO oriundo da RPB e da sua análise segundo os quatro parâmetros propostos por Costa-Rosa (2013) – 1) Concepção do “objeto” da AP e dos “meios” teóricos e técnicos de seu mauseio; 2) Concepção da gestão dos Estabelecimentos da SMC; 3) Concepção das relações entre estabelecimento e Território e a recíproca; 4) Concepção dos efeitos das práticas institucionais em termos terapêuticos e éticos –, foi iniciarmos algumas discussões fundamentais para a conceituação de uma modalidade de TO harmônica com o PPS, uma terapia ocupacional psicossocial, com suas raízes na Psicanálise de Freud e Lacan para trabalhar com impasses de processamentos específicos nos processos de subjetivação, no que diz respeito às formações subjetivas, e no Materialismo Histórico para trabalhar com os impasses decorrentes da Formação Social. Na TO psicossocial o sujeito é compreendido como sujeito do inconsciente, subjetividade desejante e a ética é a do desejo, do carecimento; o principal ‘meio’ de trabalho é o fazer humano, as atividades são consideradas como dispositivos de subjetivação em que ao fazer o homem faz a si mesmo e cria seus territórios existenciais. Assim, nos propomos a recuperar essa dimensão simbólica-criativa-desejante das atividades. Pode-se acrescentar que, nesse modo de relação do sujeito com seu fazer, com o significante e com os outros vemos possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, por isso espera-se que haja produção de subjetividades singularizadas.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional; Psicanálise de Freud e Lacan; Materialismo Histórico.

Nosso objetivo não será dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma “normalidade” esquemática, nem tampouco exigir que a pessoa que foi “completamente analisada” não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos. A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do eu: com isso ela se desincumbiu de sua tarefa (FREUD, 1974, p.153).

## 1. INTRODUÇÃO

Os conflitos da luta de classes oriundos de problemas macroestruturais e as pulsações da Demanda Social não cessam de serem deslocados para o plano individual (COSTA-ROSA, 2013). Atualmente, os impasses psíquicos e sociais são transmutados em desordens orgânicas sob a roupagem de doenças mentais centradas nos indivíduos, sem que se coloque como uma questão imprescindível o contexto sociocultural ao qual essas “doenças” estão referidas e a particularidade de seus impasses no psiquismo dos sujeitos.

Apesar das modificações no discurso ideológico das políticas públicas introduzidas pelos movimentos sociais de Reforma Sanitária (CNS, 1986) e de Reforma Psiquiátrica brasileira – RPb (AMARANTE, 1995), costumeiramente, as propostas de Atenção ao sofrimento psíquico ainda se resumem às práticas secundárias à Psiquiatria (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014; COSTA-ROSA, 2013), o que, de maneira nenhuma diminui a importância dos movimentos da RPb, que iniciaram um processo de transição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) extremamente necessário, sobretudo se considerarmos a amplitude transformadora da desospitalização dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso, outrora confinados em asilos e hospitais, e das propostas de tratamento de base territorial.

Nas últimas décadas, a partir dos processos deflagrados pelos movimentos sociais, continuaram ocorrendo várias reformas no âmbito jurídico-político. No entanto, desde a RPb, poucas transformações radicais foram realmente efetivadas quanto às formas de atenção em Saúde Mental Coletiva (SMC), especialmente no que se refere aos aspectos da teoria e da técnica, uma vez que o paradigma original do Discurso Médico (CLAVREUL, 1983), o qual Costa-Rosa (2013) nomeou Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), mantém sua hegemonia como modo de produção social da saúde.

No PPHM o objeto das práticas na SMC está bem definido pela nosografia médica e pela díade doença-cura. Os aspectos neuroquímicos estão sobrepostos à subjetividade, de maneira que os sintomas são tomados como indicadores de “transtornos mentais” específicos;

os meios de trabalho estão incluídos no escopo da medicalização e da psicopatologização da vida e do sofrimento e referem-se exclusivamente às subjetividades da consciência e ao corpo como um organismo fisiológico. As relações intra e interinstitucionais estão fundadas nos discursos verticalizantes de dominação-subordinação, que outorgam o saber-poder-curar para um mestre, aquele que detém o conhecimento enciclopédico sobre a sintomatologia em questão. Em termos terapêuticos e éticos, o PPHM repete o instituído social dominante, logo produz subjetividades alienadas e adaptadas às normas sociais.

Numa análise crítica, vê-se que muitas das vertentes da RP, pautadas na multidisciplinaridade, caíram no engodo imaginário de que pela simples oferta de vários tipos de atendimentos “biopsicossociais” seria possível atender às necessidades do ser humano e, com um arsenal de terapêuticas, homogeneizar o heterogêneo, a fim de garantir saúde e cidadania a todos, igualitariamente. Todavia, o que se põe como demanda de Atenção no sofrimento psíquico consiste em uma questão da mais absoluta complexidade e está para-além do sujeito de direitos; são impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão permanentemente entrecruzadas num corpo subjetivado, que comporta uma dor sempre singular, e que, por isso mesmo, escapa à ordem médica (CLAVREUL, 1983) e ao saber constituído.

Nesse sentido, Costa-Rosa (2013) pautado na psicanálise do campo de Freud e Lacan, é revolucionário ao definir a Atenção Psicossocial (AP) como um campo de práxis, o que supõe a suprassunção do termo “psicossocial” ao nível de conceito, de forma que a AP é compreendida como um campo permeado por ideias ético-políticas de produção de saúde e subjetividade, logo a realidade psíquica e a realidade social existem em continuidade. Servindo-se de uma análise paradigmática das mudanças introduzidas pela RPb, este autor avança para-além dela, haja vista a teorização do Paradigma Psicossocial (PPS), que transcende a lógica de justaposição de atendimentos da área biológica, psicológica e social, atendimentos fragmentários e considerados como reformas da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, trazendo ideais terapêuticos e éticos dialeticamente opostos ao Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) e ao PPHM.

Para fundamentar o PPS, Costa-Rosa (2013), dispõe de quatro parâmetros fundamentais como analisadores das práticas e das instituições da Saúde Mental: 1) Concepção do “objeto” da AP e dos “meios” teóricos e técnicos de seu mauseio; 2) Concepção da gestão dos Estabelecimentos da SMC; 3) Concepção das relações entre

estabelecimento e Território e a recíproca; 4) Concepção dos efeitos das práticas institucionais em termos terapêuticos e éticos. O PPS (COSTA-ROSA, 2013) se organiza em torno de uma estrutura e ética singulares ancorados na Psicanálise de Freud e Lacan e no Materialismo Histórico. Nesta direção, é enorme o desafio da terapia ocupacional (TO), bem como das demais ciências disciplinares<sup>14</sup>, de rever-se enquanto profissão para inserir-se nos estabelecimentos da SMC segundo a ética da Atenção Psicossocial, conforme definida por este paradigma.

No PPS o objeto das práticas em SMC é o sujeito do inconsciente (LACAN, 1991; 1992; 1998; 1999; 2003; FINK, 1998; QUINET, 2005; 2009; CABAS, 2009; ELIA, 2010), composto pela sua dimensão subjetiva de sujeito entre significantes e pela sua dimensão social de sujeito entre homens; para-além da mente reduzida aos processos neuronais, é proposta uma compreensão do sujeito em sua existência-sofrimento. Logo, a concepção de sujeito adotado por nós é o mesmo teorizado pela psicanálise, que é o ser em relação com a falta; se pudéssemos atribuir alguma substância ao sujeito, diríamos que ele ex-siste, existe evanescentemente, nos equívocos da linguagem, portanto, o sujeito é o *isso* que pulsa da cadeia significante na relação com o seu desejo, advindo enquanto lapsos, chistes, sonhos e sintomas.

Os sintomas são tomados como índices de uma estrutura subjetiva e não signos de uma doença. Conseqüentemente, os meios de trabalho são necessariamente opostos à pedagogia do comportamento, estão alinhados à ética do desejo, objetivando produções singulares. São psicoterapias, atendimentos de terapia ocupacional, oficinas de geração de trabalho e renda, espaços de ambiência, dentre outros recursos, todos pautados nos modos de produção horizontalizantes, em que os sujeitos são protagonistas e produtores do saber capaz de produzir implicação na sua demanda subjetiva e também implicação sociocultural.

Baseando-se nas elaborações de Marx, Costa-Rosa (2013) faz articulações entre os Modos de Produção da vida material e os modos de subjetivação; explicando que, dependendo do Modo de Produção em questão, há diferenças essenciais quanto aos efeitos produtivos em termos das subjetividades resultantes, caracterizando-se por subjetividades alienadas, capitalísticas e serializadas ou subjetividades singularizadas, críticas e implicadas.

Convém explicar o conceito de Modo de Produção como “o modo do conjunto das formas de produzir bens materiais diversos, como modo de ser de um processo produtivo; mas

---

<sup>14</sup> Nesse sentido, Périco (2014) apresenta uma importante discussão crítica no campo da Saúde Mental e Benelli (2014) e Souza (2015) na área da política de Assistência Social.

também como conceito teórico que abrange a totalidade social” (COSTA-ROSA, 2013, p.24). Assim, o Modo de Produção se presta como um instrumento para interpretação de uma realidade, na medida em que engloba tanto a estrutura econômica quanto os níveis jurídico-político, ideológico e cultural da Formação Social (FIORAVANTE, 1978).

O processo de produção diz respeito a todo processo de transformação que se dá mediante atividade humana e resulta das combinações entre 1) O objeto que será transformado; 2) Os instrumentos usados na transformação do objeto; 3) A atividade humana envolvida; 4) O produto, resultado final do processo (FIORAVANTE, 1978). A produção poderá ter estatuto diferente, dependendo da natureza do modo de produção em questão, Modo Capitalista de Produção (MCP) ou Modos de Produção Cooperados (COSTA-ROSA, 2000; 2013).

No campo da SMC, e, conseqüentemente, da TO, podem existir duas formas contrárias entre si de se produzir subjetividade, uma baseada no Modo Capitalista de Produção (MCP), atualizado no campo da Atenção ao sofrimento psíquico pelo PPHM, e outra baseada na lógica da produção cooperada, no PPS. No PPHM, do qual a ética do “a serviço dos bens” (LACAN, 1988 apud COSTA-ROSA, 2013, p.29) é correlata, o resultado da produção é a realização direta ou indireta da mais-valia, portanto, se produz alienação, pois a produção existe sob a forma de (re)produção das relações sociais hegemônicas.

No PPHM, as subjetividades estarão sempre alinhadas com os interesses da classe dominante, portanto, serão subjetividades adaptadas, normalizadas. Por outro lado, o PPS está em sintonia com os interesses da classe subordinada, sua ética é a do carecimento, do desejo, portanto, se produz singularização, implicação subjetiva e sociocultural, subjetividades singularizadas. Nas palavras do autor, as características peculiares do PPHM e do PPS são, respectivamente:

[...] reposição dos indivíduos nos processos de produção saúde-adoecimento, o que em termos do Modo de Produção atualmente dominante significa repor o indivíduo na reprodução do capital ou no consumo, efeitos homólogos; e reposicionamento dos indivíduos nos conflitos e contradições de que vieram se queixar (COSTA-ROSA, 2013, p.24).

Por considerarmos que as terapêuticas ocupacionais outrora encontradas nos manicômios e hospitais psiquiátricos certamente não servirão à ética da AP (COSTA-ROSA, 2013), e nem tampouco servirão as terapêuticas da reabilitação física e cognitiva, nosso objetivo é contextualizar as práticas de TO pós RPb. Este Ensaio, partindo do percurso

histórico da TO, pretende realizar uma análise paradigmática das suas práticas na SMC e do uso do fazer enquanto recurso terapêutico, considerando a “constatação de que as atividades tinham lugar nas práticas que constituem a instituição psiquiátrica desde seu nascimento, sendo um importante elemento da lógica asilar” (LIMA, 2004, p.2). Por fim, objetivamos propor ampliações teóricas trazidas pela psicanálise de Freud e Lacan e pelo Materialismo Histórico ao campo da TO, para assim, iniciar a conceituação de uma clínica do carecimento e do desejo na Saúde Coletiva, radicalmente contrária ao PPHM e ao MCP.

## **2. BREVE HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL**

Com o surgimento do tratamento moral (PINEL, 2007), a partir do século XVIII, o uso das atividades como terapêuticas no tratamento do então nomeado “doente mental” foi disseminado e formalizado. Nesse contexto, a ocupação, especialmente no seu aspecto de trabalho, passou a ter grande valorização social, sendo importante para sustentação da ideologia capitalista (ANDRADE, 2013; MEDEIROS, 2003; CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008).

A relação de dominação, hierarquia, vigilância e ordem eram aspectos instituídos e avaliados como terapêuticos, sendo o trabalho visto como forma natural para instaurá-los com o intuito de reeducar e recompor os alienados mentais. Contudo, Nascimento (1991) constata que o trabalho estava mais à mercê da manutenção das instituições do que destinado ao caráter educativo, estabelecido pela incorporação de técnicas disciplinares e da regulação pela ordem. É importante salientar que se embutiam, em tais formas de tratamento, os mecanismos disciplinares incorporados na sociedade industrial do século XX. Os alienados tinham todas as atividades controladas, confirmando a prática do poder disciplinar dentro das instituições manicomial. Os internos eram privados de seus direitos, vivendo sob ameaças e violências, além de não exercerem qualquer poder sobre o trabalho que realizavam, o que certifica seu caráter de exploração e dominação (MALFITANO; FERREIRA, 2011, p.103).

Nos Estados Unidos, Adolph Meyer (apud BENETTON, 2006, p.32), desenvolveu um tratamento ocupacional, também chamado tratamento moral, baseado em ocupações de cunho ressocializantes que objetivavam alcançar a conduta adaptada ao social, consciência da realidade e o equilíbrio entre trabalho, lazer e ócio, de modo que, avaliando-se o grau de consciência do ‘doente’ fazia-se a prescrição da ocupação adequada (BENETTON, 2006).

Igualmente, na Alemanha, Herman Simon (apud BENETTON, 2006, p.32) adotou o trabalho produtivo para combater a inatividade e desenvolver a responsabilidade do ‘doente mental’, sua abordagem, a “Terapia Ativa”, tinha no trabalho um instrumento de educação. Comparando o processo educacional dos ‘doentes mentais’ ao das crianças, Simon fundamentou sua abordagem no escalonamento da ocupação: o trabalho era dividido em etapas, seguindo graus de dificuldades de realização, de forma que todos fossem mantidos ocupados, e, por conseguinte, a organização do ambiente manicomial, garantida.

No fim de seu trabalho Simon (apud BENETTON, 2006, p.32) deixa sugestões de que uma determinada atividade pode aliviar um determinado sintoma, surgindo assim a ideia de que as atividades possuem um caráter curativo intrínseco e pontual. Karl Schneider (apud BENETTON, 2006, p.32) deu continuidade a este pensamento, desenvolvendo o programa “Ocupação Biológica”, cuja filosofia é: “atividades específicas escolhidas em função dos sintomas de cada doença ou síndrome” (BENETTON, 2006, p.28).

Influenciada pelas correntes filosóficas da época que defendiam que nossa vida é composta em sua maioria por hábitos, Eleanor Clarke Slagle desenvolveu o programa “Treinamento de Hábitos”, objetivando adaptação social de indivíduos com ‘distúrbios’ emocionais ou físicos; ela foi, oficialmente, a introdutora da terapia ocupacional. O Treinamento de Hábitos propunha que “a ocupação usualmente curativa serve para suplantando alguns hábitos, modificar outros e construir novos, para que ao final, as reações a hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde” (BENETTON, 2006, p.33).

A primeira técnica em TO foi registrada em 1917, com característica de “ocupação de pacientes institucionalizados, tanto da área mental como da área física, com o propósito de promover seu retorno à sociedade” (BENETTON, 2006, p.20), além de prever providências econômicas, já que as oficinas supriam os custos das internações e as dificuldades financeiras dos familiares dos ‘doentes’ (BENETTON, 2006). De acordo com Soares (1991), a formalização da profissão se deu principalmente em resposta a duas demandas: ocupar os ‘doentes’ crônicos nos asilos e restaurar a funcionalidade dos incapacitados de guerra.

A guerra diminuiu significativamente o contingente de mão-de-obra ativa, de modo que o Estado foi convocado a gerir as questões políticas, militares, econômicas; mas, além disso, a responder pela saúde da população com altos índices de cronificação de ‘doentes mentais’ (ANDRADE, 2013). De acordo com Cavalcante, Tavares e Bezerra (2008), a terapia ocupacional se estruturou enquanto profissão “no contexto da retomada do tratamento moral



na tentativa de humanizar o atendimento ao doente mental” (p.30). Nas palavras das autoras (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008, p.30):

Foi durante a Primeira Guerra Mundial que a profissão se expandiu para tratar dos acidentados e neuróticos de guerra, pois havia a necessidade de pessoas capacitadas e produtivas para a reconstrução social no pós-guerra. Abria-se espaço para a readaptação e reabilitação, fundamentais ao controle, e à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho, sob progressivo agenciamento do Estado.

Com a evolução da Ciência Moderna (SANTOS, 2000), e, conseqüentemente, do positivismo, os terapeutas ocupacionais, já habituados à clínica organicista, tornaram-se ainda mais pragmáticos, e, contaminados pelos métodos quantitativos, potencializaram os aspectos mensuráveis do seu trabalho. Com efeito, devido ao alto grau de especialismo, o TO foi definitivamente incorporado ao quadro profissional de estabelecimentos especializados em reabilitação e tecnologia.

No caso da reabilitação funcional ou profissional, buscava-se a qualquer custo o retorno do sujeito ao mercado de trabalho, ainda que ele retornasse como mão-de-obra barata. As injunções econômicas, políticas e sociais intrínsecas ao adoecimento sequer eram postas como problemáticas (SOARES, 1991). Vemos imperar aqui a concepção do homem apenas como trabalhador-mercadoria (MARX, 1975; 2004).

Spink (apud FERRIGNO, 1991) escreveu sobre a regulamentação de diversas profissões no Brasil, chamando atenção para o fato de que algumas profissões foram regulamentadas antes que a sua necessidade fosse sentida pelo meio social, como no caso específico da Terapia Ocupacional. Ferrigno (1991) assinala que as Guerras Mundiais não afetaram ao Brasil como à Europa e aos Estados Unidos, portanto, aqui não havia uma necessidade idêntica à desses países.

No nosso país, foi no contexto dos programas de reabilitação profissional instituídos pelo governo Vargas que a TO veio a consolidar-se enquanto prática especializada, especialmente para os acidentados do trabalho, pacientes crônicos e deficientes sensoriais e físicos (SOARES, 1991; CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008), sendo que o primeiro curso técnico de TO foi criado em 1959, voltado para o modelo de Reabilitação Física. Os programas terapêuticos ocupacionais seguiam indicações médicas e centravam-se na patologia ou na afecção orgânica do paciente; a Terapia Ocupacional “dividia” o paciente com a Fisioterapia; a formação era “restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação

onde o terapeuta ocupacional era responsável somente pelos membros superiores” (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.34).

As atividades terapêuticas eram analisadas sistematicamente nas suas possibilidades de cura, relativas ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Elas eram selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente, e seu exercício repetitivo promovia a completa recuperação funcional ou a minimização das sequelas motoras. Na impossibilidade de eliminação das sequelas, os pacientes eram treinados para readaptação nas atividades de vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal, etc) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo; se esgotadas as possibilidades funcionais do paciente, o médico (não o terapeuta ocupacional) prescrevia a “alta” ou o desligamento do programa de reabilitação (MOREIRA, 2008).

Desse modo, o terapeuta ocupacional aparece como produtor de serviços não diretamente produtivo, mas necessários à existência e maior produtividade dos trabalhos diretamente produtivos, contribuindo para reforçar a dominação de classe e enquadrando-se nas atividades que, segundo Yamamoto & Carvalho (2007, p. 86), criam as condições político-ideológicas favoráveis à manutenção das relações sociais, configurando-as como harmônicas, naturais, destituídas das tensões que lhe são inerentes. Essa característica levou Lopes (1999, p. 133), referenciado em Gramsci, chamá-lo de “trabalhador do consenso” (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008, p.32).

Somente em 1969 a formação deixou de ser técnica para se efetivar como nível superior. A TO surgiu, primeiramente, como subdisciplina pautada na medicina, que lhe dava suporte teórico, logo, era uma reprodução técnica, sem trabalho intelectual. Durante dez anos, as práticas da TO estiveram completamente submissas à medicina, de tal maneira que os profissionais eram meros reprodutores de uma lógica de trabalho a qual estavam alheios, lógica pautada no MCP e no PPHM (COSTA-ROSA, 2013).

Conforme enunciou Marx (1975; 2004), a partir do Capitalismo, houve uma separação radical entre o trabalho e as condições objetivas de trabalho. O trabalhador ainda possui a força de trabalho, mas já não é proprietário dos meios de produção e dos resultados produtivos. O Materialismo Histórico (MARX, 1975; 2004) critica o fato do não-trabalhador apropriar-se do trabalho do operário, e o fato da força de trabalho ter se tornado um instrumento direto nas mãos do Capital; o que pode ser elucidado por essa situação em que a Medicina, figurando o não-trabalhador, apodera-se do uso das atividades, consideradas como

‘meios de trabalho’ da TO, sendo o terapeuta ocupacional um operário a serviço do Discurso Médico (CLAVREUL, 1983).

As atividades eram prescritas pelos médicos e apenas administradas pelos terapeutas ocupacionais. Não podemos desconsiderar que este modo de produção com relações interprofissionais verticalizadas, além das formas de exclusão e violência direcionadas aos sujeitos do sofrimento, produz trabalhadores alienados e estranhados com relação ao seu próprio trabalho. Dito em outras palavras, temos a produção de subjetividades alienadas em duas vias, no que se refere aos “produtores” (profissionais) e aos “consumidores” (sujeitos do tratamento).

Mesmo com a emancipação da Medicina, que foi consequência da especialização do trabalho e do conhecimento nas sociedades capitalistas (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008), o modelo biomédico já perpassava as entranhas da profissão, portanto a compreensão da ação humana e do desempenho ocupacional na TO consolidou-se hegemonicamente a partir dos referenciais da biofísica e bioquímica, predominantemente o cinesiológico, o biomecânico e o neurológico.

Considerando o âmbito da Saúde Mental no Brasil, em 1852, com a fundação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro foi registrado o primeiro uso da ocupação como terapêutica. Em 1911, foram abertos mais dois estabelecimentos de internação psiquiátrica, uma masculina, a Colônia Juliano Moreira em Jacarepaguá, e uma feminina, o Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro (SOARES, 1991). Em 1898, começou a funcionar o Hospital Juqueri, em São Paulo, atual Hospital Franco da Rocha, onde foi introduzida a “praxiterapia”, “tratamento pelo trabalho”, cuja principal ferramenta era a agropecuária (SOARES, 1991). O uso da ocupação seguiu os moldes do tratamento moral (PINEL, 2007), no intuito de ocupar o tempo dos ‘doentes’, educar seus comportamentos, evitar o ócio desorganizador, e, ao mesmo tempo, auferir renda para os estabelecimentos.

Apesar das experiências do uso das ocupações nos hospitais psiquiátricos brasileiros, a estruturação dos primeiros cursos de graduação em TO se deu essencialmente em torno da reabilitação física, sobretudo por influência norte-americana do Movimento Internacional de Reabilitação (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008). O conteúdo curricular inicial da profissão continha basicamente um conhecimento técnico científico voltado para reabilitação física (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001). De acordo com Cavalcante, Tavares e Bezerra (2008, p.32), “Isso representou a descontinuidade no processo de desenvolvimento

da profissão no Brasil, ao assumir a concepção de uma profissão paramédica, orientada pelo modelo clínico”.

A partir da década de quarenta e cinquenta do séc. XX, com o surgimento da Medicina Integral, passou-se a considerar que havia algo da dimensão social presente nas enfermidades, mas, ainda assim, a SM só foi contemplada nos currículos de graduação de TO a partir dos anos 70. Por isso, constatamos que, durante muito tempo, a resposta ao sofrimento psíquico preponderante foi o uso das atividades como recursos pedagógicos e normalizadores.

As transformações na TO com relação às formas de Atenção ao sofrimento psíquico decorreram principalmente de fatores sociais e não científicos. As primeiras mudanças discursivas ocorreram concomitantes aos movimentos da RPb que se contrapuseram à Psiquiatria clássica em suas formas de tratamento pautadas no enclausuramento e na exclusão, trazendo outras propostas inspiradas nas ideias da Psiquiatria Democrática Italiana, da Psiquiatria de Setor, da Psiquiatria Comunitária, entre outras.

Os terapeutas ocupacionais foram coadjuvantes da luta antimanicomial e participaram na criação dos novos serviços idealizados por esse movimento, participaram também da criação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, e da criação de outros serviços territoriais, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, durante o final dos anos 80 do século XX (JUNS; LANCMAN, 2011).

Para a RPb, os estabelecimentos de Atenção Psicossocial (AP) localizados na comunidade, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), historicamente, têm se constituído como a principal estratégia para fomento das ações de saúde mental no SUS (AMARANTE, 2003; TENÓRIO, 2001), pois propõem a ressignificação do ‘cuidado’ por meio da inovação da clínica e do enfoque no sujeito nas suas singularidades. O termo Atenção refere-se a um tipo de assistência que compreende o sintoma como parte de um sujeito particular; e Psicossocial seria a noção de que o sujeito necessita ser considerado em sua dimensão psíquica e social, sendo que ambas são absolutamente integradas (BRASIL, 2002a; 2002b).

As táticas psicossociais abarcam a articulação de diferentes saberes e práticas por meio das equipes multiprofissionais, buscando contrapor-se à dominação de uma disciplina sobre as outras, evitando a concentração de saber-poder e priorizando o trabalho em rede.

Sobre a rede territorial de estabelecimentos institucionais Juns e Lancman (2011, p.28) definem que:

O modelo em rede se estrutura com os seguintes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): prontos socorros psiquiátricos; leitos psiquiátricos em hospitais gerais; leitos em hospitais psiquiátricos; serviços residenciais terapêuticos; CAPS tipos I, II e III, infantil (CAPSi) e álcool e drogas (CAPSad); Centros de Convivência (CECCO); Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Nos CAPS, que foram os locais em que estivemos inseridos realizando nossas intercessões, a TO é bastante prevalente, ao lado da medicina, da enfermagem, do serviço social e da psicologia (BRASIL, 2002b), sendo que, nas últimas décadas, a TO tem emergido, potencialmente, como um dos dispositivos clínicos da AP. Em contraposição à valorização do saber médico psiquiátrico, os dispositivos da AP vêm propor novas formas de organização, fundadas, sobremaneira, na multidisciplinaridade.

Os CAPS apresentam-se como figura principal da RPb, e é nesse cenário que a TO vai adentrar definitivamente como uma das disciplinas mais encontrados nos estabelecimentos psicossociais. Nessa conjuntura, o fazer na sua dimensão de trabalho, remunerado ou não, novamente tomou a cena, agora despido da roupagem do tratamento moral praticado nos hospitais psiquiátricos e asilos, se apresentando como instrumento de ações de reabilitação ou de reinserção social, também de “resgate da cidadania”, adquirindo um cunho mais político e menos clínico (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2011).

Os ideais de desinstitucionalização trazidos pelos movimentos de reforma, tanto no Brasil como em vários outros países (FLEMING, 1976), fortaleceram a necessidade de produção de novas práticas em SM, como tentativa de dar aos sujeitos em sofrimento outra forma de Atenção, não asilar e opressiva. Assim, começaram a surgir questionamentos sobre a demanda a que atendiam as práticas da TO:

[...] práticas que, muitas vezes, são vivenciadas como naturais pelos próprios pacientes: no cotidiano de regras, disciplina e violência das instituições asilares, o trabalho/ocupação se apresenta muitas vezes para o internado como única saída da situação em que se encontra. Entretanto, elas não se constituem numa oposição a essa situação – pelo contrário, a evidenciam, conservando a lógica de controle, sujeição e exclusão da própria instituição (MÂNGIA; NICÁCIO In: BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.74).

Começou a emergir uma clínica capaz de gerar algumas reflexões sobre a função institucional da profissão, que “no mais das vezes, prestava-se a segregar uma parcela da população vítima de um sistema excludente, através de práticas justificadas pelo ‘tratamento’ em saúde e pelas ‘patologias’ individuais” (MOREIRA, 2008, p.83). Começavam a se desenhar nos caminhos da TO outras formas de Atenção ao sofrimento psíquico, favorável aos movimentos instituintes.

A terapia ocupacional viveu um redimensionamento do ‘objeto’ da sua prática; houve ampliação no conceito de saúde, não mais limitado à ausência de doença ou compensação das limitações físicas, sensoriais e cognitivas, mas pensado a partir das necessidades cotidianas dos sujeitos, entrelaçadas a uma realidade sociocultural e coletiva. Pode-se dizer que, igualmente, ampliaram-se os ‘meios’ de trabalho, e a TO passou a compor interfaces com outras disciplinas além da Medicina, adquirindo identidade profissional dinâmica e caracterizada pela enorme variedade dos seus recursos terapêuticos, que vão desde as atividades de autocuidado aos processos artísticos e criativos.

Atualmente, o principal recurso utilizado pelos terapeutas ocupacionais na SMC têm sido as atividades manuais, destacando-se aquelas em articulação com a Arte. A incorporação da dimensão artística pela TO tem como principal nome Nise da Silveira, que até hoje exerce forte influência sobre as modalidades de terapias ocupacionais que se desenvolveram a partir da RPb. Essa psiquiatra propunha ressonâncias entre arte, clínica e loucura, de maneira que “os trabalhos produzidos nos ateliês e suas exposições eram também armas de combate ao manicômio e ao tratamento psiquiátrico hegemônico, aliadas na luta pela transformação cultural de certa concepção de loucura e do enlouquecimento” (CASTRO; LIMA, 2007, p.369).

Nise considerou que o ambiente hospitalar era por si só adoecedor, cabendo à TO modificar esse ambiente. Comprometida em criar práticas de caráter humanista para o tratamento das psicoses, passou a gerenciar o Setor de Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico Nacional, o qual era composto por dezessete oficinas: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc. Prezava-se por atividades que focassem “a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão” (CASTRO; LIMA, 2007, p.366). A presença do terapeuta ocupacional e a vinculação entre ele e os sujeitos do tratamento foi entendida como uma “oferta de um afeto

catalisador que pudesse estimular a criatividade e permitisse restaurar pontes de comunicação com o mundo no qual viviam” (CASTRO; LIMA, 2007, p.372).

Dentre os núcleos de atividades, destacou-se o ateliê de pintura. Ao longo do tempo as produções dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso foram compiladas para compor o Museu do Inconsciente. “As exposições das obras do acervo do Museu mostraram-se uma estratégia de agenciar essas produções, fazê-las entrar no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas” (CASTRO; LIMA, 2007, p.369).

Nise acreditava que, além dos objetivos sociais, as atividades deveriam atender a objetivos clínicos e serem dissociadas da obrigatoriedade de suprir custos financeiros do hospital. O objetivo clínico mais relevante seria utilizar as atividades para “expressão de vivências não verbalizáveis por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente” (SILVEIRA, 1981, p.102). Para teorização da sua clínica, recorreu à concepção junguiana de símbolo como mecanismo psicológico que transforma a energia psíquica, tendo por pressuposto que a única maneira da libido ser apreendida é sob formas de imagens. Propunha-se uma leitura arquetípica das imagens que emergiam nas produções artísticas:

As imagens do inconsciente, objetivadas na pintura, tornavam-se passíveis de certa forma de trato, mesmo sem que houvesse nítida tomada de consciência de suas significações profundas. Lidando com elas, plasmando-as com suas próprias mãos, o doente as via, agora, menos apavorantes e, mais tarde, até inofensivas. Ficavam despojadas de suas fortes e desintegrantes cargas energéticas (SILVEIRA, 1981, p.32).

Consideramos que, a principal contribuição de Nise para a TO foi a resistência ao MCP operada pela recuperação do fazer humano como trama central e a atividade como criação na relação do sujeito com o mundo e consigo mesmo. Destacamos também sua oposição às estruturas de isolamento e à psiquiatria organicista, e, ainda, sua luta para criar uma instituição que pudesse intermediar o caminho do hospital psiquiátrico à sociedade – a Casa das Palmeiras. Além da terapia ocupacional junguiana, iniciada por Nise da Silveira (LIMA, 2006b), na SMC, destacaram-se a socioterapia, desenvolvida por Luis Cerqueira (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001) e a terapia ocupacional psicodinâmica, impulsionada por Maria José Benetton (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Outrossim, como parte de um processo de reflexão sobre a atuação profissional do terapeuta ocupacional em instituições totais (GOFFMAN, 1974), por exemplo, os hospitais psiquiátricos, a questão social passou a ser considerada como um dos principais fatores de

análise: “O terapeuta ocupacional sente-se posto em questão ao perceber que sua práxis se inscreve em um processo histórico e que esta possui uma dimensão técnica e uma dimensão política inseparáveis” (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p.96).

Havia ainda outras dificuldades. Entre elas, a exigência feita à terapia ocupacional (por vezes assumida pelos próprios profissionais) de escamotear o vazio institucional – sua face última de exclusão – por meio da ocupação individual ou em grupo: a distância entre os abstratos objetivos de sua intervenção, os esforços para alcançar uma *inserção ou reinserção social* e essa possibilidade efetiva; a distância entre os objetivos explícitos das instituições assistenciais e os resultados da ação institucional (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p.96).

Sobre esse novo prisma crítico das relações sociais excludentes, chamado Terapia Ocupacional Social, Barros, Ghirardi e Lopes (2002, p.98) consideram que, embora ele seja importante, “pouco contribuiu no sentido de propor uma forma de atenção que respondesse à complexa realidade sobre a qual buscava intervir”. Vê-se que a Terapia Ocupacional social trouxe críticas importantes quanto às funções produtivas da profissão e seus efeitos éticos políticos, no entanto, a partir dessas críticas, não conseguiu formular uma proposta solidamente desenvolvida na sua dimensão teórico-técnica, ou seja, um dispositivo clínico, considerando aqui a clínica dos processos de subjetivação (COSTA-ROSA, 2013).

Ao longo da história da RPb, a TO incorporou os pressupostos da Reabilitação Psicossocial (SARACENO, 1996) como o referencial teórico-técnico e ético mais utilizado para formulação dos seus meios de trabalho (ALMEIDA; TREVISAN, 2010). O paradigma da Reabilitação Psicossocial volta seus interesses e focos de ação para perda de vínculos e para fragilização das redes de suporte social das pessoas em sofrimento psíquico intenso, atenta para precarização do habitar e para exclusão laboral vivenciadas por elas (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006). Esse paradigma tem por meta a abertura de espaços de negociação social, com oportunidades de troca de recursos e de afetos, buscando-se, assim, um efeito habilitador para a reinserção social. De acordo com a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, o que se tem em vista é:

O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (PITTA, 1996, p.19).



No panorama dos novos estabelecimentos de saúde mental que vieram substituir os hospitais psiquiátricos, segundo Malfitano e Ferreira (2011, p.108), a TO “trabalha para a inserção social daqueles com quem intervém, levando em consideração as reais possibilidades individuais e coletivas, objetivando a promoção da autonomia e da independência para incorporação e participação ativa na sociedade”. Para as autoras:

A institucionalização da terapia ocupacional, dada em seu início, resumidamente, pelos aspectos da ocupação como forma de tratamento dos doentes mentais nos manicômios e da reabilitação dos incapacitados físicos nos hospitais do Exército, modifica-se na medida em que passa a ter a função social de contribuir para legitimar as diretrizes constitucionais dos direitos sociais. Evoluindo de seu histórico enraizado em ações tidas como assistencialistas e caritativas para o novo contexto dos direitos sociais que focalizamos aqui na discussão das políticas de saúde, a profissão ganha novos espaços de ação, contribuindo para implementar efetivamente as políticas sociais e, portanto, o SUS, o que, conseqüentemente, amplia o desenvolvimento da categoria (MALFITANO; FERREIRA, 2011, p.108).

Há também, na TO, trabalhos que dialogam com a Filosofia da Diferença (DELEUZE, 1992) propondo a sistematização de práticas grupais que articulam experimentações com o corpo e com a arte, apresentando-se como formas de resistência ao modelo societário instituído; intimamente ligadas aos processos de subjetivação (LIMA, 1999; 2000; 2004; 2006a; 2006b; LIMA et al. , 2000; CASTRO et al., 2011; CANGUÇU, 2012; CARDOSO, LIMA; 2013; SILVA; LIMA, 2014). Castro et. al. (2011) defendem ainda que a possibilidade de vivenciar fazeres artísticos fortalece a expressão, a comunicação, e redefine a participação social. Partindo da definição de arte dada por Pareyson (1984 apud CASTRO et. al., 2011), arte como conhecer, fazer e exprimir, as autoras assinalam que:

[...] a proposta de trabalho com o corpo é pautada na validação dos sujeitos, de suas capacidades, de respeito aos desejos, necessidades e suas histórias [...] O corpo é uma fonte de conhecimentos, suas respostas e sua forma podem orientar a pessoa constantemente. A reunião da experiência somática e da linguagem ganha consistência quando estamos juntos, formamos grupos, criamos, trabalhamos, dançamos, passeamos e cuidamos uns dos outros [...]. É também no fazer artístico que as pessoas lidam com limitações, com seu entorno e com a realidade social. Nos desdobramentos das ações, percebem a si próprios e aos outros, reconhecendo possibilidades e dificuldades [...]. Pode-se afirmar que a arte é revolucionária, é experiência de confronto com o desconhecido, produz o novo, perturba a ordem vigente (CASTRO et. al., 2011, p.257-258).

Na RPb e nas experiências de desinstitucionalização, a TO tem ocupado os espaços que são chamados de oficinas ou ateliês, sendo que suas ações são caracterizadas pelo uso das atividades manuais, corporais, entre outras atividades que se inserem no fazer humano. As

oficinas são respaldadas pelas críticas à psiquiatria tradicional, sendo que esse dispositivo “não se define por um único modelo homogêneo de intervenção nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é composto de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos, linguagens” (GALETTI, 2001, p.7).

### **3. UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS DA TERAPIA OCUPACIONAL E DAS ATIVIDADES ENQUANTO RECURSO TERAPÊUTICO A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

As críticas às instituições totais feitas pela RPb, além de desencadear transformações no campo da Saúde Mental como um todo, influenciaram o desenvolvimento de novas práticas em Terapia Ocupacional, sendo que as atividades passaram a ser valorizadas, sobremaneira, como recursos para reabilitação, socialização e para inserção no mercado de trabalho (MÂNGIA, 2002; BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006; BARROS, 2010). Segundo Barros et. al (2002, p.100):

As atividades são compreendidas no interior de processos reais de vida. Elas são pensadas singularmente para cada pessoa, para cada situação, mas sempre referidas à história grupal, à classe social e ao universo simbólico. Abandona-se, assim, o pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotéticas.

Apesar das modificações quanto à concepção dos objetos da prática terapêutica ocupacional, destacando-se o reconhecimento dos aspectos sociais como causadores de sofrimento psíquico, de violência e de exclusão, consideramos que o principal meio de trabalho continua sendo o uso das atividades enquanto dispositivos clínicos. Nos seus estudos sobre as atividades em contextos terapêuticos, Elisabeth Lima (2004) aponta para o fato de que elas “podem ser utilizadas para a manutenção de instituições totais [...] Mas podem, também, paradoxalmente, ser importantes aliados das propostas de transformação institucional, ferramentas estratégicas no caminho da desinstitucionalização” (p.2).

Analisando o contexto atual, Lima (2004) concluiu que mesmo as novas práticas com atividades ainda estão ligadas de alguma forma às antigas instituições asilares do século XVIII com a “manutenção de lógicas alienantes vestidas de inovadoras e o enfraquecimento

da potência disruptiva e inventiva das atividades” (p.3). Neste ponto, é preciso ter em mente que, o uso das atividades quando não apresenta diferenças essenciais e contradições ao MCP e ao PPHM, não abarcando os processos sociais e ainda os processos inconscientes das constituições subjetivas, não pode sustentar a produção singular e preciosa para cada sujeito: “a terapia ocupacional, utilizando-se acriticamente da atividade, estaria contribuindo para conservar e consolidar uma organização social que, ao mesmo tempo em que produz, segrega e pune todo um contingente de pessoas que escapam à sua ordem racional” (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p.97).

Sem uma análise crítica do que se pretende com o uso das atividades como recursos terapêuticos, em termos éticos e políticos, é enorme o risco de se cair na repetição do instituído, na reprodução da alienação. Desse modo, não é possível construir uma prática pautada pela diferença, uma vez que o PPHM julga todos os homens sob o mesmo parâmetro, por isso os quer idênticos, excluindo e subjulgando os modos singulares de existência que escapam à sua normatização.

Para pensarmos uma terapia ocupacional precavida pela ética do desejo, consoante com o PPS (COSTA-ROSA, 2013), como um modo de produção de subjetividade singular, é condição mínima superar o princípio normativo e disciplinar, tem que ser “possível formar um discurso de minoria e, assim, se opor às ficções pré-estabelecidas, ou seja, ao discurso do colonizador” (ANDRADE; COSTA-ROSA, 2011, p. 178). Conciliamos a Ética com o desejo para subverter a Ética da deontologia, que por excelência pressupõe o dever e os imperativos incondicionais à vida em sociedade (CLAVREUL, 1983). Na Ética do Desejo o que está em questão é o sujeito na singularidade de suas escolhas, na íntima vinculação com os ideais socioculturais, ou seja, na relação do gozo com o significante é que o sujeito está pulsando e se apropriando do seu saber inconsciente.

Pode-se dizer que as terapêuticas ocupacionais inspiradas na RPb (CASTRO; SILVA, 1990; FERRARI, 1991; BENETTON, 1991; 1996; 2006; BOCK et. al., 1998; MÂNGIA, 2002; BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; BRUNELLO, 2002; LANCMAN; GHIRARDI, 2002; BALLARIN, 2003; MEDEIROS, 2003; OLIVER; BARROS; LOPES 2005; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006; 2007; RIBEIRO; MACHADO, 2008; JUNS; HÁ, 2008; MOREIRA, 2008; BARROS et. al., 2010; JUNS; LANCMAN, 2011; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; ALMEIDA; TREVISAN, 2011; COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015) já operaram grande superação em relação às práticas asilares. Pela primeira vez na

história da TO, a reabilitação não está focada estritamente nas incapacidades e disfunções dos sujeitos. Com efeito, os aspectos motores e funcionais, tal qual o sofrimento psíquico, passaram a ser entendidos em relação com o contexto sociocultural, portanto, passou a existir um mínimo entendimento sobre a complexidade das ações humanas.

Dentre os referenciais das práticas de terapia ocupacional encontrados na Saúde Mental, a cartografia (LIMA, 2004; 2006a; 2006b; LIMA; PELBART, 2007), construída a partir da Filosofia da Diferença (DELEUZE, 1992) é o que mais se aproxima do PPS, sobretudo pelo respeito à diferença e à singularidade, posição ética que faz resistência ao PPHM e ao MCP, uma vez que não está a serviço da suavização dos conflitos da luta de classe e nem a favor da adaptação como via de enquadramento aos laços sociais opressores. No entanto, vemos que as modalidades de TO tal como apresentadas, ainda não correspondem à ética da Atenção Psicossocial conforme elucidada por Costa-Rosa (2013), pois não preconizam uma fundamentação teórica e técnica que permita avanços na clínica da psicanálise em intensão<sup>15</sup>.

Salvo as similaridades com a cartografia, não encontramos no levantamento bibliográfico preliminar práticas de TO que apresentem contradições ao PPHM, nas quais estejam incluídos a psicanálise de Freud e Lacan e o Materialismo Histórico. É possível dizer que o sujeito do inconsciente e do sintoma permanece amordaçado e, na maioria das vezes, o objetivo final ainda é a adaptação ao instituído social dominante. Por exemplo, para a terapia ocupacional psicodinâmica de Benetton (2006), grande referência no campo da Saúde Mental, as atividades ainda têm por finalidade estabelecer um processo terapêutico e educacional.

Marx (2004) postula que mesmo uma expressiva elevação do salário nada seria além de um melhor assalariamento do escravo, por isso não teria conquistado nem ao trabalho nem ao trabalhador sua dignidade e determinação humana. Igualmente, na SMC, uma transição paradigmática à luz do PPS, no que se refere às formas de tratamento oferecidas pela TO, não deve ocorrer somente no plano jurídico-político e esgotar-se na luta para assegurar aos sujeitos do sofrimento sua condição de sujeitos do direito ou da cidadania, embora esse seja um passo necessário e imprescindível.

A própria reinserção social como objetivo maior da TO precisa ser problematizada quanto às suas pretensões. É preciso verificar atentamente quais são os reais interesses em

---

<sup>15</sup> Devemos destacar que a proposta é pensarmos um alargamento das possibilidades do campo comum da *psicanálise em intensão*, uma prática que esteja além do seu locus originário, nascido do tradicional *setting* (RINALDI, 1997; ALBERTI; ELIA, 2000; ELIA, 2010; COSTA-ROSA, 2013; PÉRICO, 2014; SOUZA, 2015; COSTA, 2015).

jogo, se essa reinserção social é consequência de um trabalho terapêutico (de estatuto analítico-simbolizante) que proporciona o equacionamento de certos conflitos e impasses que estavam limitando ou mesmo impedindo o sujeito de exercer seus papéis sociais, ou se segue a lógica funcionalista e produtivista do MCP: “Prometer a reabilitação rápida do doente para que ele volte logo ao mercado de trabalho e ao consumo não seria estar ao serviço do discurso capitalista?” (QUINET, 2009, p.99).

No PPS (COSTA-ROSA, 2013), quem deve ocupar o lugar do trabalho é o sujeito do sofrimento e não o saber pedagógico conduzido pelo terapeuta ocupacional: a produção não poderá ser outra senão a produção de Si, de valores de uso nos horizontes do carecimento e do desejo e de sentidos novos para os sintomas e problemáticas das quais ele se queixa. A TO no PPS deve superar o PPHM na dimensão político-ideológica e ética e nas suas práticas, precisa ser contraditória a ele em cada um dos seus quatro parâmetros e “sustentar desde o primeiro encontro com a clientela a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização” (p.162).

### **3.1 Conceção do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de seu manuseio como fatores do modo de produção**

No campo da Saúde Mental as concepções de ‘objeto’ e ‘meio’ de seu manuseio dizem respeito às concepções a cerca do processo saúde-adoecimento-Atenção, bem como às concepções de “cura” e as formas terapêuticas para alcançá-la. Nesta direção, o ‘objeto’ das práticas em Saúde Mental da Terapia Ocupacional no PPHM é a díade doença-cura, temos como objetos definidos os sintomas característicos das “patologias” em geral e dos “transtornos psiquiátricos”.

Para a TO fundada no PPHM, os ‘meios’ do manuseio da doença-cura se dão pela oferta de atendimentos diversificados, mas sempre alienantes, fundamentados sobremaneira nos Discurso do Mestre e Discurso da Universidade (LACAN, 1992), e, principalmente, na ética da tutela (COSTA, 1996), partindo do pressuposto de que na “atenção às pessoas com transtornos mentais são imprescindíveis paciência, dedicação, amor, carinho, tolerância, compreensão, persistência, abdicção” (BARROS et al., 2010).

Quanto aos objetivos dos grupos, cito: promover a autoexpressão; estimular a criatividade; possibilitar a capacidade de escolha; oferecer suporte aos clientes em um ambiente afetivo e acolhedor; trabalhar a capacidade de tolerância; fornecer informações sobre a doença, utilizando-se de experiências compartilhadas; favorecer a integração grupal; estimular o desenvolvimento do sentido crítico; estimular a atenção, concentração e memória; trabalhar a autoestima; auxiliar no enfrentamento de dificuldades pessoais e sociais; diferenciar limitações e incapacidades; instrumentalizar os clientes para manejar sintomas e lidar com eventos geradores de ansiedade e conflitos diversos; estimular a conquista de maior autonomia; propiciar a socialização; promover a habilitação social, dentre outros (BARROS et al., 2010, p.68).

De acordo com esses referenciais tutelares e de assujeitamento, as ações da TO objetivam a inserção social pela via da pedagogia, ensinando estratégias comportamentais e enfatizando os treinamentos de habilidades. Benetton (1994) aposta numa ação educativa da função terapêutica e compara a relação terapeuta ocupacional-paciente à relação professor-aluno, porque no seu entender, ambas “buscam objetivar um desenvolvimento psicoeducacional” (p.78). Destarte, a autora contextualiza a TO como “um procedimento terapêutico ocupacional-educacional-pedagógico” (BENETTON, 2006, p.55).

No PPHM, destacam-se os sintomas “disfuncionais” e as limitações que prejudicam a adaptação social. Nessa perspectiva, o papel do terapeuta ocupacional é melhorar as habilidades sociais dos indivíduos (KUBOTA et. al., 2013) e “ajudar o paciente a atingir o nível mais alto de competência psicológica, física e social” (KUBOTA et. al., 2013, p.29). Nas “oficinas de habilitação social” (BARROS et al., 2010, p.72; SAMPAIO; BARROSO, 2001, p.14), o foco de atuação são subjetividades da consciência e da cognição: “o terapeuta ocupacional poderá ensinar o paciente a validar, apreciar e valorizar seus próprios sentimentos e aprender a controlar e compreender os seus impulsos que podem ser agressivos ao outro (KUBOTA et. al., 2013, p.29).

As atividades de artesanato e confecção de bijuterias podem ser utilizadas para aumentar os sentimentos de eficácia e construção de confiança. Essas atividades auxiliam no exame cognitivo de pensamentos e estilos de pensamentos, avaliação das reações do paciente ao fracasso e frustração (que são aspectos da vida cotidiana) e que a partir dessa demanda apresentada se pode elaborar e desenvolver técnicas de enfrentamento dessas reações. [...] Oficinas de autocuidado como atividades de beleza e maquiagem podem ser trabalhadas juntamente com outras atividades de imagem corporal [...] pois o objetivo dessa atividade é a construção de autoconfiança na área da aparência pessoal e proporcionar que a paciente estabeleça uma autoimagem adequada à sua idade (KUBOTA et. al., 2013, p.29-30).

Cumprir dizer que essas abordagens, cada uma à sua maneira, são disciplinares, e, por isso, alienantes, pois pretendem deslocar o sujeito da sua posição de sujeito dividido para a

posição de sujeito-objeto, receptor de intervenções. Busca-se apagar qualquer resquício de enigma trazido pelos sintomas, o que se quer é estancar o sofrimento, suturar a divisão subjetiva inicial que poderia se desdobrar em questionamentos e, posteriormente, produções de sentidos subjetivos e sociais para seus conflitos e sintomas.

No PPS, quanto à concepção do 'objeto', nas práticas, não se deixa de considerar a dimensão orgânica, e mesmo os processos cognitivos; entretanto, considerando que o corpo é subjetivado, a ênfase desloca-se para o sujeito, definido pela psicanálise como sujeito do [desejo] inconsciente, entre significantes, e concebido também na sua dimensão social de sujeito entre homens.

Para além da Clínica do Cuidado ou da Cidadania, proposta pela RPb (AMARANTE, 1995), que trata do sujeito de direitos, sujeito da consciência, Costa-Rosa (2000; 2013) propõe uma Clínica do Sujeito do [desejo] inconsciente, em que mesmo a chamada loucura, os “transtornos psiquiátricos” e as “doenças mentais” são renomeados. Trata-se, agora, de impasses da subjetivação em processamentos subjetivos específicos que demandam intercessões diversas.

Quanto aos 'meios' de trabalho da TO no PPS, a principal diferença quanto ao PPHM não está nos recursos a serem empregados, por exemplo, as mesmas atividades artesanais podem ser usadas, mas os objetivos serão necessariamente opostos, no PPS, eles serão, em suma, avessos à disciplina e à exclusão. “Há também uma ênfase em ações articuladas em torno da dimensão estética e do trabalho como fatores de contratualidade social, de construção de si, e também realização subjetiva e cultural” (COSTA-ROSA, 2013, p.81).

[...] para-além da medicação como resposta a priori, utiliza-se novos dispositivos clínicos (individuais e de grupo) como as psicoterapias e terapias ocupacionais singularizantes, oficinas de reintegração sociocultural, oficinas de reconstrução subjetiva – em casos de sujeitos da estrutura subjetiva por foraclusão (Hainz & Costa-Rosa, 2009), espaços coletivos de "ambiência intercessora" nos Estabelecimentos, etc (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014, p.36).

Um ponto essencial de diferenciação entre o PPS e o PPHM quanto a este primeiro parâmetro está na conceituação de “cura”. No PPHM, por ter-se como 'objeto' definido das práticas somente o que se inscreve na nosografia e na deontologia, os sintomas são apenas signos tautológicos, aquilo que representa uma coisa para alguém, conseqüentemente, adota-se uma visão maniqueísta de cura que faz com que ela seja entendida tomando-se por base as “psicopatologias” e o que se deve fazer para sua supressão.

Mantém-se hegemônica, ainda que reformulada pelos ideais da Medicina Preventivista, a ideia de saúde como ausência de doença ou, no mínimo, amenização desta, por conseguinte, as intervenções são sobretudo direcionadas à eliminação dos sintomas, tanto que as práticas de atenção podem ser definidas como atenção à doença e não à saúde (COSTA-ROSA, 2013).

No PPS, a conceituação de saúde e cura é tanto ampliada quanto dialetizada, temos a produção social de saúde como processos dinâmicos de subjetivação, portanto, o ‘objeto’ das práticas da TO passa a ser o sujeito em sua existência-sofrimento (ROTELLI et. al, 1990). Nas palavras de Costa-Rosa (2013, p.79):

Nosso ‘objeto’ tem tudo a ver com a saúde como estado e modos da vida e da subjetividade, dado que visamos a dimensão psíquica e a sociocultural do homem, além da dimensão física. O estado da vida e da subjetividade pode ser bem ilustrado a partir de dois conceitos. O de cura (*Sorge*), como infinito projetar-se, infinito cuidar-se, do homem (Heidegger, 2006), e pelo conceito de simbólico, como infinito vir à luz de um sentido novo – os significantes mestres – em resposta às exigências da realidade e do real (Lacan, 1985, 1988,1999).

Outra superação do PPS em relação ao PPHM quanto ao referente de ação é o reconhecimento de uma subjetividade Outra que não esteja circunscrita às subjetividades da consciência. A partir da psicanálise, entendemos que não há psicotrópico capaz de tamponar a falta-a-ser e não há fórmulas ou guias terapêuticos para eliminar o mal estar; o conhecimento enciclopédico não tem serventia para fazer cessar a angústia, assim, os sujeitos do sofrimento são os únicos protagonistas na produção do saber que interessa à ética da AP (COSTA-ROSA, 2013), sendo este um saber de ordem inconsciente e de estatuto singular, o qual só pode ser apreendido no ato de sua produção, servindo sempre ao sujeito como via de equacionamento e resposta às conjunturas que lhe trazem impasses e sofrimentos, tanto na sua realidade psíquica quanto social.

### **3.2 Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais**

Neste parâmetro o enfoque está no modo como se estabelecem as relações intersubjetivas nos dispositivos institucionais onde encontraremos a TO. Trata-se da análise de como são os fluxos do poder decisório e de execução, se são verticalizados ou



horizontalizados. Também está incluída aqui a dimensão material do estabelecimento, os modos de organização do mobiliário, do arquitetônico, etc.

O PPHM, por ser contrário aos interesses do polo subordinado, funciona num laço social de relações intersubjetivas verticalizantes com manobras de objetificação e serialização das subjetividades. Em outras palavras, trabalha para a normalização e adaptação ao instituído social dominante, buscando manter em equilíbrio as forças de dominação-subordinação expressas no conflito de classes, e, assim, conjugar harmonicamente interesses do polo dominante e do polo subordinado, em essência radicalmente contrários.

Apesar das diretrizes do SUS e das conquistas dos movimentos sociais, principalmente o Movimento da Reforma Sanitária (CNS, 1986) e da RPb (AMARANTE, 1995; 2003), que legitimaram e incentivaram os mecanismos de participação popular no planejamento, gestão e controle, podemos dizer que os estabelecimentos não são cogeridos. Existem pouquíssimos instrumentos de participação efetiva dos sujeitos do sofrimento, dos familiares, da comunidade e mesmo dos trabalhadores.

Espaços como os Conselhos municipais existem, no entanto, existem mais como concessões táticas para resguardar a hegemonia do PPHM, isso porque veiculam uma falsa ideia de democratização da Saúde. Nos dois municípios em que trabalhamos as reuniões do Conselho Municipal de Saúde ocorriam em horário de expediente e não eram divulgadas, o que em muito inviabilizava a participação da população em geral e também dos trabalhadores. Apesar das eleições, os candidatos a conselheiros eram cuidadosamente selecionados, segundo os interesses da administração pública municipal<sup>16</sup>.

Também nos CAPS as possibilidades de protagonismo eram limitadas pela ideologia do PPHM, por exemplo, o sujeito era o ator principal na elaboração do seu projeto terapêutico, com o direito de escolher os atendimentos dos quais participaria e de organizar sua rotina, entretanto, essa escolha estava previamente modelada, uma vez que não poderia ultrapassar aquilo que já estava oferecido em termos de oficinas e terapêuticas. Quase não havia brechas para o novo; predominava o instituído.

Na ética do PPS a participação protagonista é tão almejada quanto necessária, dado que somente com a horizontalização das relações intersubjetivas é possível que se produza

---

<sup>16</sup> Essa não é uma realidade apenas local, nem específica da área da Saúde, como se pode verificar a partir da literatura, inclusive quanto aos campos da Assistência Social e da política para crianças e adolescentes (BENELLI; COSTA-ROSA, 2012; SOUZA FILHO; SANTOS; DURIGUETTO, 2012).

singularização. Se a “cura” está expressa na capacidade do homem de cuidar-se, de produzir sentidos novos, só pode ser ele o produtor principal da sua própria saúde.

No PPHM além da estratificação das decisões na gestão, a interprofissionalidade é fragmentária, o que por si só determina a alienação do trabalhador quanto ao Modo de Produção, pois ele já não acompanha o processo produtivo na sua totalidade, em vez disso, a equipe de tecnocientistas se organiza segundo o princípio taylorista de produção, cada um com seu afazer bem delimitado.

Em contrapartida, o PPS é caracterizado pela horizontalização das relações intra e interinstitucionais, a equipe é um coletivo de trabalho, por isso, cogestão e autogestão são consequências esperadas, tanto quanto um processo de produção integrado, segundo o princípio cooperado.

### **3.3 Modos de relação do estabelecimento com a clientela, a população e território, e a recíproca**

Este viés de análise diz respeito ao modo como a instituição se posiciona no Território, tanto no imaginário como no simbólico. Este parâmetro é extremamente importante na medida em que, no âmbito público, não há produção de saúde sem a intermediação das instituições, das suas organizações, dos seus estabelecimentos, equipamentos, atores institucionais, processos, produtos e efeitos.

A maneira como os estabelecimentos institucionais desenvolvem suas ações está diretamente relacionada ao modo como são percebidos pelos sujeitos que a eles recorrem. Por exemplo, diversas vezes os familiares dos sujeitos em tratamento diziam não perceber nitidamente as diferenças entre CAPS e o Ambulatório de Saúde Mental. Isso acontecia, provavelmente, porque, de fato, não havia diferenças notáveis.

[...] os modos como a instituição modela sua imagem e a da sua práxis no território operam de maneira direta nas formas de percepção do sofrimento pelos indivíduos e no jeito de representarem as possibilidades de tratamento que servem de base ao enunciado dos pedidos de ajuda (COSTA-ROSA, 2013, p.87)

No CAPS i, os agendamentos eram feitos para um profissional específico (psiquiatra, psicóloga ou terapeuta ocupacional) e uma vez terminados esses atendimentos pontuais a

criança ia embora, não havia nenhuma proposta de oficina ou ambiência; se fosse um atendimento individual a duração era de trinta minutos e se fosse grupal, quarenta e cinco minutos. Corriqueiramente, quando havia propostas de aumentar o número de atendimentos, frequência ou o tempo de permanência da criança no CAPS, os pais queixavam-se alegando que estavam ali apenas para um atendimento específico, geralmente o psiquiátrico.

Muitas famílias não aderiam aos outros atendimentos, da psicologia e da terapia ocupacional, pois para elas a prioridade era a medicação. Isso já é o suficiente para demonstrar que nem sequer a multidisciplinaridade e a desmedicalização, levantadas como bandeiras da RPb, eram legitimadas pela clientela. O CAPS também não desenvolvia ações territoriais, nem ao menos propostas de matriciamento ou ações articuladas com outros setores, por exemplo, Educação e Assistência Social.

No PPS, as relações intersubjetivas são horizontalizadas, os estabelecimentos institucionais funcionam com portas abertas, são espaços de circulação; há propostas de outras formas de Atenção não delimitadas às psicoterapias da consciência ou outras terapêuticas que visem adaptação via pedagogização. Há possibilidades de interlocução e de produção de novas práticas e novas relações sociais, também outras experiências de tratamento que não se reduzam à Atenção à doença, mas que tenham como norte a produção social da saúde com vistas à singularização.

### **3.4 Modos dos efeitos produtivos típicos do estabelecimento em termos de terapêutica e de ética**

Neste parâmetro serão analisadas as tipificações de subjetividade da saúde produzidas. Basicamente as consequências do PPHM são efeitos iatrogênicos que, posteriormente, são medicalizados. No discurso de reabilitação e de reinserção social está embutida a lógica funcionalista e de produtividade que pode ser resumida à condição de alienação em que o sujeito é colocado. O PPS rompe definitivamente com as práticas de disciplinarização e exclusão, tão caras à Psiquiatria.

No PPS, preza-se a dimensão inconsciente e desejante do sujeito, também a produção nos horizontes do desejo e do carecimento. A relação do sujeito com seu sintoma e sofrimento deve ser de implicação subjetiva, de responsabilidade e transformação, que se deve chegar à

implicação sociocultural, haja vista que, por não impetrar um ideal normativo, há caminhos abertos para a singularização.

No modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento'; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças. O sujeito não é mais apenas o que sofre, embora possa continuar, ainda, atravessado pela mesma conflitiva. Essa implicação subjetiva é uma das inversões básicas dos meios de tratamento do modo psicossocial em relação aos meios típicos do modo asilar (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

#### **4. CONTRIBUIÇÕES DO MATERIALISMO HISTÓRICO E DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN PARA UMA CLÍNICA DO CARECIMENTO E DO DESEJO**

Neste ponto será preciso retomar alguns paralelos feitos pelo Materialismo Histórico entre o fazer humano e as formas de existência. Para Marx (1975; 2004), é inextinguível a relação entre existência objetiva, realidade objetiva e realidade subjetiva, intermediadas pelo trabalho. É crucial entender que o trabalho enquanto atividade vital do homem, numa análise marxiana, não está vinculado às atividades laborais que primam pela obtenção de valor e de renda. Para além disso, trata-se da relação fundamental do homem com a natureza, com o mundo e com a sociedade.

Fazendo-se uma homologia entre o Materialismo Histórico e a psicanálise de Freud e Lacan, podemos inferir que a atividade vital tomada nos seus processos produtivos, está incluída no que a psicanálise convencionou chamar de processos de subjetivação, relativos à inserção do sujeito no campo da linguagem. Em Marx (2004), os processos de subjetivação são denominados pelo termo humanização, corresponde à entrada do indivíduo no mundo dos homens e sua constituição enquanto ser genérico que se tece por meio das suas atividades produtivas: “O fazer para Marx corresponde ao que é a linguagem para Lacan”<sup>17</sup>.

A primeira inflexão das Formações Econômicas capitalistas em relação às Formações Sociais anteriores diz respeito à perda da propriedade, sendo esta definida pela relação do indivíduo com as condições de trabalho e reprodução. Nos atos de produção cooperados, o sujeito relacionava-se com as condições da produção como verdadeiramente suas, tanto que podia se relacionar consigo mesmo como senhor das condições de sua realidade.

---

<sup>17</sup> Colocação oral feita pelo professor Abílio da Costa-Rosa em aula na UNESP, campus de Assis, em agosto de 2014.

Partindo dessa concepção de propriedade, o objetivo econômico escapava à ética do “a serviço dos bens” (LACAN, 1988 apud COSTA-ROSA, 2013, p.29), porque a riqueza que se pretendia produzir não era de caráter material, ao contrário, estava na dimensão simbólica, visto que se tratavam de valores de uso nos horizontes do carecimento buscando-se a realização do indivíduo enquanto ser social.

A humanização era colocada como objetivo final da produção, pois o que se tinha como demanda era a produção do próprio homem, partindo do princípio que ao produzir ele estava produzindo a si mesmo no “movimento absoluto do tornar-se” (MARX, 2004 apud COSTA-ROSA, 2013, p.28), e, principalmente, produzindo cultura.

Como ponto em comum com o Materialismo Histórico, na Psicanálise de Freud e Lacan também estão inclusos os fenômenos culturais: “O processo de humanização da criança implica a cultura [...]. Assim, a cultura não se opõe à psique individual como o fora ao dentro, mas é simultaneamente interior e exterior” (FERNANDES, 2005, p.108-109).

O uso das atividades dimensiona os procedimentos da Terapia Ocupacional e é fator diferencial na sua prática clínica (FERNANDES, 2006). Ao situar o fazer no contexto dos processos de subjetivação, defendemos que a única modalidade produtiva que interessa ao homem é justamente essa na qual o Modo de Produção visa proporcionar a humanização (MARX, 2004) e a subjetivação, portanto, está pautado pela ética do carecimento e do desejo.

Tomando como referencial a psicanálise, as atividades na TO podem abrir saídas possíveis para o sujeito diante das exigências pulsionais, produzir pode ser uma maneira de subjetivar os impasses e conflitos que a ele se interpõem, uma maneira de responder à sua realidade, “que deve ser lida, aqui, em termos freudianos, como *Wirklichkeit* – o que Freud chama de realidade da castração – ou seja, a realidade que interpela diretamente o sujeito, obrigando-o a dar respostas de elaboração psíquica, respostas de sentido” (COSTA-ROSA, 2013, p.27).

Na TO psicossocial, há um fluxo constante de produções simbólicas animadas pela condição desejante. Enunciamos também um tipo de fazer que se caracteriza como um dispositivo de subjetivação, por meio do qual o sujeito “reajusta os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrada” (FREUD, 1974, p.153). Essa característica particular das atividades é muito importante, sobretudo no atendimento a sujeitos constituídos por forclusão que chegaram a desencadear uma crise psicótica; estes podem realizar um trabalho de reconstrução subjetiva utilizando-se dos recursos manuais e estéticos.

O estilo subjetivo está intimamente conectado à produção material das atividades, no entanto, o fazer em relação às atividades e aos sintomas não segue nenhuma teoria do causalismo, assim, discordamos da ideia de que há atividades específicas que são terapêuticas para sintomas específicos, conforme preconizado por alguns tratamentos morais (SIMON apud BENETTON, 2006; SCHNEIDER apud BENETTON, 2006).

#### **4.1 Esboços de um fazer em transferência na Terapia Ocupacional**

Para uma clínica que toma a psicanálise como norte o conceito de transferência é fundamental. Ao contrário do que se costuma pensar, a transferência não se instala apenas nas psicoterapias ou tratamentos psicanalíticos estrito senso. Embora haja pouca literatura sobre a transferência em Terapia Ocupacional, podemos afirmar que ela existe (MAGALHÃES, 2012; FERNANDES, 2006) e que “aparece na relação com o outro [...] sempre que alguém deposita certo saber em um outro e espera algo deste” (FERNANDES, 2006, p.126). Nas palavras de Freud (1980):

[...] não é fato que a transferência surja com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise que fora dela. Nas instituições em que os doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com mais intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico (p.136).

Com efeito, a transferência é o motor do tratamento, portanto, seu manejo deve ser pensado por todos os profissionais que ocupam a posição de “sujeito suposto saber” (LACAN, 1964, p.224), aquele que é tido pelo sujeito da experiência dos sintomas como alguém que possui o saber, e, portanto, a resposta sobre seu sofrimento. É importante considerar que a “transferência se caracterizará de maneira diversa dependendo da posição do terapeuta, ou de sua escolha ética” (MAGALHÃES, 2012, p.51).

O conceito de Discurso (LACAN, 1992), igualmente, é fundamental para pensarmos uma clínica direcionada pela psicanálise do campo de Freud e Lacan. Para Lacan (1992), o inconsciente está estruturado como uma linguagem que se ordena em discursos, dessa forma, o Discurso está referido às formações do inconsciente e não é sinônimo da fala, podendo subsistir, inclusive, sem lançar mão dela.

O Discurso, para Lacan, é o que resulta de um aparelhamento entre linguagem e gozo no fundamento de todo laço social. Nessa acepção, a definição de Discurso, para Lacan, é o que faz laço social [...]. É essa delimitação que nos permitirá passar de um sujeito da fala, localizável no plano da comunicação, ao sujeito no discurso, localizado na estrutura e implicado pelo gozo (CARVALHO, 2008, p.201).

As intercessões dos terapeutas ocupacionais que trabalham na Saúde Mental são marcadas pela utilização dos trabalhos manuais e das atividades estéticas, assim, devemos entendê-los, sob transferência, tais quais os recursos da palavra ou do brincar, sendo todos esses pertencentes ao campo da linguagem e componentes de um discurso (LACAN, 1992).

Consideramos que dependendo da especificidade clínica em questão, fazer é dizer: na “terapia ocupacional, as atividades criadas também fazem parte de uma sintaxe construída, modelada, costurada. Cabe ao terapeuta ocupacional sustentar a posição de que as atividades construídas têm um sentido, entrelaçam-se num discurso e são, assim, criações significantes” (FERNANDES, 2006, p.127).

Na contramão da nossa perspectiva, Benetton (1994) discorda “que exista uma posição psicanalítica sobre a transferência que possa ser simplesmente transferida para a posição da terapia ocupacional” (p.76) <sup>18</sup>. A autora define a transferência comparando a relação terapeuta ocupacional-paciente com a relação professor-aluno, dizendo que ambas “buscam objetivar um desenvolvimento psicoeducacional” (p.78).

São as manifestações transferenciais positivas, nascidas de uma aliança provida pelo fazer partilhado que estabelece a dependência, dependência esta necessária tanto por parte do terapeuta ocupacional como no uso do professor, porque dela decorre a produção, a construção e a criação no desenvolvimento psicoeducacional (BENETTON, 1994, p.78-79).

A terapia ocupacional psicodinâmica é definida como um “procedimento terapêutico-ocupacional-educacional-pedagógico” (BENETTON, 2006, p.55). O terapeuta ocupacional necessita saber fazer a atividade e também tê-la feito previamente e experimentado seus efeitos, pois, segundo essa abordagem, o fazer e o processo produtivo de cada atividade têm uma dinâmica própria, que pode e deve ser analisada antes de ser utilizada na clínica. Magalhães (2012, p.58) define essa modalidade de TO psiquiátrica “como aquela que escolhe

---

<sup>18</sup> A transferência, embora seja um fenômeno explicitado pela psicanálise, não é patrimônio exclusivo dela. De fato, não se trata de modo algum de propor um tipo de aplicação da transferência psicanalítica pela TO, mas do reconhecimento e manejo da relação transferencial que é tipicamente humana – emergindo nas relações humanas as mais variadas, independente que a percebam ou não, de que a operacionalizem ou não – pelos trabalhadores das políticas públicas sociais, inclusive, pelo terapeuta ocupacional.

atividades em função dos sintomas das doenças perdendo de vista possíveis escolhas subjetivas”.

Numa perspectiva sociológica, embora num outro contexto que não necessariamente diz respeito à clínica na AP, a “Terapia Ocupacional social” questiona essa lógica da prescrição de atividades escolhidas em função da sintomática: “Abandona-se, assim, o pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotéticas” (BARROS; GIRARDI; LOPES, 2002, p.100).

Para a terapia ocupacional referenciada pelo PPS (COSTA-ROSA, 2013) o fazer e as produções devem ser analisados na transferência e estão incluídos no não-senso, eles existem em relação às atividades. A ideia de ex-sistência desenvolvida por Lacan (1998) a partir da topologia borromeana descreve uma posição de excentricidade e entrecruzamento que estabelece um fora que não é um não-dentro (LACAN, 1998). Podemos entender que o fazer, embora escape ao processo produtivo das atividades, lhe é indissociável.

Dizer que o fazer e as produções ex-sistem significa definir a produção humana rompendo com a universalidade. Para Lacan (1998), o “ex” gira em torno da consistência, abre intervalo, e, disso, inferimos que os fazeres são sempre singulares para cada sujeito, dependendo da sua amarração subjetiva (estrutura clínica) e do seu contexto sociocultural.

As atividades com objetos concretos funcionam como substitutos aos impasses estruturais da constituição subjetiva, constituem dispositivos para o ciframento de diferentes modos de retorno do gozo, para o ordenamento do excesso de gozo, especialmente nos impasses autísticos ou na foraclusão. Elas podem sustentar a produção de uma montagem do corpo (LAURENT, 2007, p.6) no autismo e a criação da metáfora delirante na foraclusão, ambas de estatuto imaginário, mas, com potencial simbolizante.

Defendemos que o fazer e o manejo dos objetos exercem a função do dizer e, “desde que haja uma demanda e uma resposta [...], temos a presença, sempre evanescente, do sujeito” (VORCARO; LUCERO, 2010, p. 148-149). Nesta direção, para atestar que o fazer está conectado à fala de maneira muito íntima, recorreremos à citação de Lacan sobre a fineza da clínica da Foraclusão (1998, p.12-13): que “o senhor tenha dificuldades para escutá-los, para dar seu entendimento ao que dizem, não impedem que sejam, finalmente, personagens bastante verbosos”. Nessa perspectiva, o fazer não se esgota, mesmo depois da sua materialização em formas de atividade diversas, pois o próprio homem nos seus processos de



subjetivação, bem como o desejo, não tem destinatário final: os processos de subjetivação são incessantes e sempre virão novos desejos que se repõem ao infinito sem nunca se estagnar.

## **5. PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES A CERCA DE UMA TERAPIA OCUPACIONAL PSOCOSSOCIAL<sup>19</sup>**

Na TO psicossocial o sujeito é compreendido como sujeito do inconsciente, subjetividade desejante e a ética é a do desejo, do carecimento; o principal ‘meio’ de trabalho é o fazer humano, as atividades são consideradas como dispositivos de subjetivação em que ao fazer o homem faz a si mesmo e cria seus territórios existenciais. Assim, o objetivo é recuperar o único bem que interessa ao homem, sua atividade vital que está na dimensão simbólica-criativa-desejante das atividades.

Pode-se acrescentar que, nesse modo de relação do sujeito com seu fazer, com o significante e com os outros, vemos possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, por isso se espera que haja produção de subjetividades singularizadas. Na TO psicossocial o sujeito produtor é prioridade, estão no horizonte o desejo e o carecimento, não a demanda direta, as carências imediatas e a alienação, mas um processo de produção que é “produzir-se” porque inclui um “se” que é criação de Si (COSTA-ROSA, 2013).

O fazer e a vida produtiva encontram-se no *Modo Art* (MARX, 2004), isto é, o homem pode reconhecer-se no mundo que ele mesmo criou, somente nesse modo de produção há genericidade humana, e, portanto, “criação da subjetividade concebida como transformação de si em um movimento de absoluto devir” (COSTA-ROSA, 2013), subjetividades singulares, avessas ao MCP.

Na ética do carecimento, do desejo, o homem é posto como objetivo da produção: o modo de produção, o fazer, neste caso está intimamente ligado aos processos de subjetivação, à existência e transformação do homem no “movimento absoluto do tornar-se”, por isso não se tem como resultados produtivos apenas os bens de consumo para o mercado e a realização de mais-valia, superando, portanto qualquer ímpeto utilitarista.

Quanto à concepção de saúde, nos horizontes da ética do carecimento, ela é entendida como “processos dinâmicos de subjetivação” (COSTA-ROSA, 2013, p.81), obrigatoriamente ultrapassa a díade doença-cura uma vez que abrange os processos de produção social da vida

---

<sup>19</sup> Essa modalidade de terapia ocupacional será desdobrada em trabalhos futuros.

material em sociedade, “há também uma ênfase em ações articuladas em torno da dimensão estética e do trabalho como fatores de contratualidade social, de construção de si, e também de realização subjetiva e cultural” (COSTA-ROSA, 2013, p.81).

A cura deixa de ser sinônimo de ausência da doença e passa a ser compreendida como recuperação da *autopoiésis*, capacidade do homem de cuidar-se e de criar, com criatividade e arte, indo além de uma produção limitada às carências, às necessidades. Dessa maneira, vemos como primeira subversão da ética do carecimento o fato da saúde mental não se resumir à interioridade psíquica do indivíduo cartesiano e não poder ser definida pela avaliação do cérebro quanto ao funcionamento dos sistemas neurotransmissores, logo não pode ser recuperada pelo uso de psicotrópicos ou outros artifícios que busquem a sutura da divisão subjetiva e da angústia.

Mais do que uma relação subjetiva e singular com o fazer, o PPS tem como meta a implicação subjetiva e sociocultural, o que significa dizer que o sujeito não é mais ‘objeto’ de intervenções, ao contrário, ele é o principal agente no lugar do trabalho, ator principal da experiência de tratamento. As propostas de tratamento necessariamente estendem-se aos processos sociais, os quais estão intimamente ligados aos sintomas e demais impasses que fazem com que o sujeito busque uma instituição da AP.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.299-307, jan/mar, 2011.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-65.

ANDRADE, M. C. **O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de *práxis* de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2013.

\_\_\_\_\_ ; COSTA-ROSA, A. Dispositivo intercessor – uma perspectiva multirreferencial de produção de conhecimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.10, n.1, p.171-182, 2011.

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: PADUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. **Terapia Ocupacional: Teoria e prática**. Campinas: Papyrus, 2003. p.63-76.

BARROS, D. D.; GHIRARD, M. I.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.95-103, 2002.

BARROS, M. M. M. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Sobral-Ceará. **Revista Ceto**, v.12, n.12, p.62-75. São Paulo, 2010.

BARTALOTTI, C. C.; CARLO, M. M. R. P. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo. Plexus, 2001.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Conselhos Municipais: prática e impasses no cenário contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, vol. 17, n.4, p.577-586, 2012.

BENELLI, S. J. **Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

BENETTON, M. J. **Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional**. 3. ed. Campinas: Arte Brasil editora/ UNISALESIANO-Centro Universitário Católico Auxílium, 2006.

BOCK, V. et al. Grupo de Terapia Ocupacional: Um espaço de construção de fatos, vivências e história. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.9, n.1, p.32-36, São Paulo, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº189, de 20 de março de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia Ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.1, p.9-14, São Paulo, 2002.

CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CANGUÇU, D. F. **Arte e vida: ambientações clínicas e estéticas da existência**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de São Paulo – Faculdade de Educação, São Paulo, 2012.

CARDOSO, T. M. ; LIMA, E. M. F. A. Experiências brasileiras em Saúde Mental e Arte: contribuições singulares em um campo de pluralidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, p. 103-105, 2013.

CARVALHO, F. Z. F. **O sujeito no discurso: Pêcheux e Lacan**. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos). Universidade Federal de Minas Gerais-Faculdade de Letras, Belo Horizonte, 2008).

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.365-376, mai/ago 2007.

\_\_\_\_\_ et al. Ateliês de Corpo e Arte. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n.3, p.254-262, set./dez. 2011.

CASTRO, E. D; SILVA, J. G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.1, n.2, p.71-75, São Paulo, 1990.

CAVALCANTE, G. M. M.; TAVARES, M. M. F.; BEZERRA, W. C. Terapia ocupacional e capitalismo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.1, p.29-33, jan./abr. 2008.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CNE. Resolução CNE/CES 6/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.

CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria (p.27-36). In: Figueredo, A. C.; SILVA, J. F. (Orgs.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA, M. F. **A escuta e intercessão na clínica da urgência de uma unidade de saúde hospitalar**. UNESP – Assis, 2015. Mimeografado [trabalho em construção].

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: ed. 34, 1992.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FERRARI, S. M. L. O nascer das palavras através do fazer. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.2, n.1, p.12-15, São Paulo, 1991.

FERNANDES, S. R. Uma teoria em construção: Freud e a criação artística. **Manuscrita**, n.13, p.105-134. São Paulo/Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. A transferência e a construção de um fazer criativo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.17, n.3, p.123-128. São Paulo, 2006.

FERREIRA, N. P. Jacques Lacan: apropriação e subversão da linguística. **Ágora**, v.5, n.1, p.113-132. Rio de Janeiro, Jan./Jun 2002.

FERRIGNO, I. S. V. Terapia Ocupacional: considerações sobre o contexto profissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.2, n.1, p.3-11, 1991.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FIORAVANTE, E. Modo de produção, formação social e Processo de trabalho. In: Gebran, P. **Conceito de Modo de Produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978, p.31-45.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FREUD, S. Escritores criativos e devaneios. In: **S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (2ª ed., v.9, p.149-158). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

\_\_\_\_\_. A dinâmica da transferência. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

\_\_\_\_\_. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GALETTI, M. C. **Oficinas em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** São Paulo: PUC-SP, 2001. Dissertação de mestrado.

GOFFMAN, E. **Prisões, manicômios e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

JUNS, A. G.; HA, P. S. Y. **A especificidade do trabalho dos terapeutas ocupacionais no CAPS**. São Paulo, 2008. (Trabalho de Conclusão de Curso Terapia Ocupacional) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.22, n.1, p.27-35, São Paulo, jan./abr. 2011.

KUBOTA, A. M. A et al. Terapia Ocupacional na abordagem de pessoas em tratamento por anorexia nervosa. **Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, p.23-34. Rio Grande do Sul, 2013.

LACAN, J. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. Prefácio à edição inglesa do Seminário 11. In: **Outros Escritos**, 2003, p.567.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.2, p.44-50. São Paulo, maio/ago. 2002.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LAURENT, E. **A batalha do autismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LIMA, E. M. F. A. A utilização de atividades na clínica da psicose: contribuições da Terapia Ocupacional. **Perfil (Assis)**, Assis-SP, v.12, n.12, p.9-27, 1999.

\_\_\_\_\_. et. al. Programa Permanente Composições Artísticas e Terapia Ocupacional (PACTO): uma proposta de atenção na interface arte-saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.11, n.2/3, p.45-55, 2000.

\_\_\_\_\_. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004, p.59 – 81.

\_\_\_\_\_. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. **Mundo da Saúde**, v.30, n.1, p.117-122, 2006a.

\_\_\_\_\_. Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu – SP, v.10, n.20, p.317-329, 2006b.

\_\_\_\_\_.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **Hist.Cienc. Saúde – Manguinhos**, v.14, n.3, p.709-735, 2007.

LOURAU, R. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. p.09-18.

LUZ, M. T. **As Instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAGALHÃES, A. C. R. **Entre atos e ações**: imprimindo subjetividade à escrita sobre a Terapia Ocupacional com a criança chamada autista. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, 2012.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde Pública. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.22, n.2, p.102-109, mai/ago. 2011.

MÂNGIA E. F. Contribuições da abordagem canadense “prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.127-134, set./dez. 2002.

\_\_\_\_\_; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.17, n.3, p.115-122, São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_; NICÁCIO, M. F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. p.63-80.

MARX, K. **Formações econômicas pré-capitalistas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975,

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos Filosóficos (1844)**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional – um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOREIRA, A. B. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, v.2, n.2, p.79-91. Trindade/Go, 2008.

OLIVER, F. C.; BARROS, D. D.; LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.16, n.1, p.31-9, São Paulo, 2005.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Assis, 2014.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2007.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. 10 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. **A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.2, p.72-75, maio/ago. 2008.

RIBEIRO, M. B.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.425-430, Botucatu, 2005.

RINALDI, D. **Ética e desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão**. In: Reunião Lacanoamericana da Bahia, Salvador, out. 1997 e publicado em Papeis – Revista do Corpo Freudiano, n° 7, dez. 1997. Disponível em: [http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris\\_rinaldi/Doris\\_Rinaldi\\_Etica\\_desejo.doc](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris_rinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo.doc). Acesso em: 23 de agosto de 2015.

\_\_\_\_\_; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos brasileiros de psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v.60, n.2, p.32-39, 2008. Disponível em <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAMPAIO, J. J. C. BARROSO, C. M. C. **Saúde e Loucura** (Saúde Mental e Saúde da Família). São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v.13, n.1, p.33-51, 2014.



SILVA, J. A. ; LIMA, E. M. F. A. Ocupar-se de nada, povoar-se de muito: experimentações entre as artes e a vida. **Cadernos de Subjetividade** (PUCSP), v.16, p.151-162, 2014.

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

SOUZA FILHO, R.; SANTOS, B. R.; DURIGUETTO, M. L. (Orgs.). **Conselhos de direitos: desafios teóricos e práticos das experiências de democratização no campo da criança e do adolescente**. Juiz de Fora: UFJF, 2012.

SOUZA, W.A. **A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua**. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Assis, 2015.

TENÓRIO, F. **Tratando a psicose no CAPS**. In: Tenório, F. A psicanálise e a clínica da Reforma psiquiátrica. (p.119-154). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VORCARO, A.; LUCERO, A. Entre Real, Simbólico e Imaginário: leituras do autismo. **Psicol. Argum.**, v.28, n.61, p.147-157. Curitiba, abr./jun. 2010.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Nossa proposta de agregar contribuições advindas do Materialismo Histórico e da Psicanálise de Freud e Lacan para a Terapia Ocupacional (TO) inserida no campo da Saúde Mental Coletiva parte dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e dos seus desdobramentos enquanto uma política pública que prevê novas formas de atenção ao sofrimento psíquico, por hipótese, menos excludentes e opressoras. Entretanto, destacamos que, para nós, não se trata de propor uma TO reformada, por isso não objetivamos mudanças apenas quanto aos meios de trabalho, pois não visamos métodos e técnicas de assistência, mas, sobremaneira, nos dispusemos a pensar a função produtiva da profissão, tendo por certo que a TO é um dispositivo de produção social de saúde e subjetividade, e que, nesta direção, pode tanto reproduzir a alienação, quanto produzir a singularização.

Uma TO que opere necessariamente com a dimensão subjetiva atrelada à dimensão social é o norte da nossa ideia, que vai além do que tradicionalmente caracteriza as intervenções clínicas pautadas no Discurso Médico (CLAVREUL, 1983). Portanto, mais do que pensar a inserção de uma analista institucional ou de uma psicanalista nos estabelecimentos institucionais públicos, nosso objetivo foi conceituar, a partir da nossa práxis, uma concepção de trabalhador, no caso, uma terapeuta ocupacional, precavida pela psicanálise: apresentamos uma proposta de ampliação da TO em intensão para (re)inventar a clínica a partir de uma ciência que inclua a psicanálise (LACAN, 2003).

Trata-se de uma Outra clínica, que, por conseguinte, tem outro referente de ação, não circunscrito à nosografia psiquiátrica e à neurologia do homem cartesiano, mas que, reconhece o sujeito do inconsciente e tem a concepção de saúde-adoecimento-Atenção redimensionada, na medida em que os impasses de subjetivação nos processos de constituição psíquica são considerados indissociáveis dos impasses da Formação Social. O subjetivo é individual, mas também social, e o social é subjetivado, como afirmou Freud (2013) em “Psicologia das massas e análise do eu”.

Não pretendemos reformar o paradigma hegemônico, mas articular possibilidades de tensioná-lo, uma vez que, ao contextualizarmos as práticas da TO ao Processo Estratégico de Hegemonia (GRAMSCI apud COSTA-ROSA, 1987), buscamos desvelar as lacunas do discurso universal de Reabilitação que direciona a Atenção Psicossocial, fazendo notórias

suas contradições. Para além de uma crítica somente, destacamos nosso desejo e nosso compromisso ético de buscar transformações nos estabelecimentos institucionais nos quais realizamos intercessões junto aos sujeitos em tratamento e junto aos coletivos de trabalho.

Por meio de um genuíno saber-fazer, ou melhor, fazer-saber, porque aqui se trata de transformar para conhecer e não de conhecer para transformar (SANTOS, 2000), o trabalhador-intercessor, pode abrir caminhos para mudanças da realidade em questão. Nossas ações se deram ocupando as brechas, de onde algo do novo pôde surgir, para, quiçá, posteriormente, subverter o modo dominante de produção social de saúde que tem como consequências a capitalização das subjetividades e a dissuação dos conflitos da luta de classes.

Pensar a Atenção Psicossocial para além da Reforma Psiquiátrica como esta vem sendo implantada no país nas últimas décadas, com o vislumbre de uma Estratégia construída em parceria, pelos próprios sujeitos, pela família, pela comunidade e pelos estabelecimentos institucionais parece um ideal distante, tanto que que, por vezes, na dureza do cotidiano de trabalho, o Paradigma Psicossocial (PPS) se mostra inatingível. Por outro lado, o trabalhador-intercessor-pesquisador já não está precavido pelos impossíveis freudianos? Impossível governar, educar e curar o outro...

Nesta direção, transcendendo os ideais da Saúde Pública e do Preventivismo (AROUCA, 2003), caracterizados pelas práticas de atenção à doença e não à saúde, vislumbramos a Saúde Coletiva como um campo de intercessão no qual os trabalhadores devem se abster do *furor sanandis*, da caça aos sintomas, compreendendo a saúde numa construção processual e dialética, produzida num Território, que para além do espaço físico e geográfico, compõe um espaço atravessado por ideais econômicos, políticos, socioculturais e subjetivos, conforme preconiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 (CNS, 1986).

Temos no horizonte uma luta na esfera política, ideológica e ética, sobretudo. Visamos mudanças conjunturais e estruturais complexas, sendo que, para que essas mudanças ocorram, é imprescindível realizarmos uma análise minuciosa das relações estabelecidas entre os estabelecimentos institucionais, a TO e a população atendida, e dos seus efeitos produtivos em termos de subjetividade e de saúde. Destarte, embora o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) pareça inabalável, acreditamos ser possível, mesmo que no plano da micropolítica, apostar na alternatividade, por isso uma modalidade de TO

balizada pelo PPS é tão desejável quanto eticamente necessária, por isso também a importância de conceituarmos os seus parâmetros essenciais e a sua ética.

Trazer à cena os atravessamentos do Modo Capitalista de Produção e do PPHM nos processos de subjetivação e desconstruir os discursos secularmente instituídos que agenciam os tratamentos em Saúde Mental é um passo importante para a construção de alternativas que envolvem mudanças estruturais. Quanto a isso, este trabalho visou abordar esse assunto em alguns de seus vários níveis.

Para tratar dos atravessamentos que as práticas da TO sofreram ao longo da história, dados os impasses da Formação Social neoliberal, no primeiro ensaio, o leitor pôde encontrar uma discussão no plano universal da teoria, de maneira que o conceito de “natureza ocupacional” foi revisto e ampliado pelos pressupostos marxianos (MARX, 2004) quanto à genericidade humana. No segundo ensaio, foi realizada uma análise institucional, partindo das nossas experiências de intercessão na Saúde Mental Coletiva, assim, discutimos alguns aspectos dos modos de produção social da saúde e da práxis da TO na Atenção Psicossocial. No terceiro ensaio, iniciamos algumas discussões fundamentais, que serão aprofundadas na tese de doutorado, para a conceituação de uma modalidade de TO harmônica com o PPS, o que seria uma terapia ocupacional psicossocial.

Chamamos a atenção para o fato de que a TO, como as outras disciplinas, é capaz de ofertar diferentes possibilidades transferenciais para os impasses de subjetivação apresentados pelos sujeitos que a ela recorrem, sendo ainda capaz, ou não, de interferir na Demanda Social (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004), dependendo da maneira como esses impasses são trabalhados a partir dos laços sociais discursivos (LACAN, 1992): no Discurso do Capitalista, Discurso do Mestre e Discurso da Universidade são produzidas subjetividades saúdes alienadas e no Discurso da Histórica e Discurso do Analista, subjetividades saúdes singularizadas.

No PPHM os discursos são objetalizadores e verticalizantes: o Discurso do Capitalista (DC), quando o psiquiatra emite uma droga para o sujeito; o Discurso da Universidade (DU) que quer tudo-saber com teorias sobre tudo e para todos; e o Discurso do Mestre (DM), quando o saber possibilita um poder sobre outrem, lembrando que “saber sobre” e “poder sobre” frequentemente são correlatos (COSTA-ROSA, 2013). As terapêuticas provêm suprimientos de mercadorias (fármacos), além dos suprimientos de sentidos, que mantêm a

ideologia dominante e a alienação do sujeito sobre as possíveis fundamentações do seu sofrimento.

Vê-se como produto típico desse enlace social um sujeito-objeto passivo, estagnado para mudanças e novos posicionamentos frente aos impasses e sintomas dos quais somente sofre os efeitos. Em contrapartida, a TO psicossocial reivindica o direito à singularidade, ao passo que se baliza no Discurso da Histórica e no Discurso do Analista, visa possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias, temos no horizonte a singularização e a genericidade humana. No PPS, quem ocupa o lugar do trabalho é o sujeito do sofrimento: a produção não pode ser outra senão a produção de Si e de sentidos novos para os sintomas e as problemáticas em questão (COSTA-ROSA, 2013).

Para concluir é importante dizer que os trabalhadores são peças fundamentais para os movimentos instituintes, a favor dos sujeitos em tratamento. Ser um trabalhador-intercessor não é exclusividade dos terapeutas ocupacionais, ele poderá ter qualquer tipo de graduação, psicologia, enfermagem, serviço social, entre outros, mas atendendo à condição mínima de ter superado o princípio disciplinar (FOUCAULT, 1997) e o Discurso Médico (CLAVREUL, 1983), desdobrado nos Discurso do Mestre e Discurso da Universidade. Nesse sentido, sublinhamos que o trabalhador-intercessor está além das disciplinas, é transdisciplinar, e já dialetizou os limites da sua formação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: análise dialética das práticas alternativas. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

CLAVREUL, J. **A ordem médica:** poder e impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do eu** (1921). Porto Alegre: L&PM, 2013. (coleção L&PM pocket).

LACAN, J. **O seminário, livro 17:** O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O seminário, Livro 1:** Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LOURAU, R. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Análise Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1975.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente** – Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.