



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social

ALIENAÇÃO MENTAL E TRABALHO ALIENADO
A moral capitalista na reabilitação psicossocial

JAMILA ZGIET

BRASÍLIA, 2019

JAMILA ZGIET

ALIENAÇÃO MENTAL E TRABALHO ALIENADO
A moral capitalista na reabilitação psicossocial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Política Social da Universidade de Brasília como
requisito parcial à obtenção do título de Doutora em
Política Social

Área de concentração: Estado, política social e
cidadania

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Potyara Amazoneida Pereira
Pereira

BRASÍLIA
AGOSTO, 2019

zz63a Zgiet, Jamila
Alienação mental e trabalho alienado: a moral capitalista na reabilitação psicossocial / Jamila Zgiet; orientador Potyara Amazoneida Pereira Pereira. -- Brasília, 2019.
202 p.
Tese (Doutorado - Doutorado em Política Social) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Saúde mental. 2. Trabalho. 3. Capitalismo. 4. Reabilitação psicossocial. I. Pereira Pereira, Potyara Amazoneida, orient. II. Título.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília
como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Política Social

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Potyara Amazoneida Pereira Pereira (Orientadora)
PPGPS/SER/IH/UnB

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira (Membro interno)
PPGPS/SER/IH/UnB

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Gussi (Membro externo)
ENF/FS/UnB

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Fernandes Pitta (Membro externo)
USP – UCSAL – NESC – CNPq – ABRASME - WAPR

Prof.^a Dr.^a Silvia Cristina Yannoulas (Membro interno suplente)
PPGPS/SER/IH/UnB

Para Ingrid Biann, agora que já é tarde

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe, Siomara Zgiet, por ser a maior responsável por tudo que sou hoje, ao meu pai, Mac Magno, porque deixou em mim a semente da indignação e da luta por justiça, à minha irmã Júlia, por sua capacidade de ver sempre um outro lado e me ensinar a ser mais humana, à minha avó Lúcia pelo cuidado desde sempre. Ao Diego sou grata pelo apoio durante todo o período de pesquisa e escrita, por ter sido paciente e ter aguentado a luz acesa em incontáveis madrugadas.

Por ter me erguido quando achei que não era mais possível, agradeço à Silvia Yannoulas, exemplo de mulher e profissional, sem a qual eu não concluiria este doutorado. Agradeço à minha orientadora, Potyara Pereira, sempre solícita, generosa e correta. Sou grata às demais professoras que compõem a banca e que contribuíram qualificando meu trabalho, Andréia de Oliveira, Maria Aparecida Gussi e Ana Pitta. Também agradeço à Domingas Carneiro, que sempre me deu todo o suporte no Departamento de Serviço Social desde a graduação.

Presto homenagem aos meus chefes Osvaldo Russo e Ricardo Lins, que me permitiram criar e me incentivaram a estudar e produzir conhecimento. Agradeço também às colegas de trabalho da Codeplan, da Diretoria de Saúde Mental e da Gerência de Serviço Social, que me apoiaram durante todo o processo de doutoramento, e às amigas que são fonte de sororidade: Cibele Sousa, Telmara Galvão e Thaís Kristosch.

Pelo apoio na tentativa de obter os dados do INSS, agradeço à Pedrina Viana, ao Wederson Santos e à amiga Nádia Barbosa. Pela tradução do resumo, obrigada, Elissa, Graça e Maíra. Por fim, agradeço à Ana Fiva, que me deu a oportunidade de conhecer os serviços sociais e de saúde mental de Trieste.

Resumo

Esta tese propôs-se a identificar influências da moral capitalista na compreensão e na execução da política de saúde mental, enfatizando a centralidade histórica do trabalho assalariado nas perspectivas de reabilitação psicossocial. Seu objetivo foi compreender a genealogia, o caráter e o significado da relação de mútua implicação entre a categoria trabalho assalariado e as políticas de saúde mental brasileiras. A hipótese de trabalho que norteou heurísticamente a pesquisa e foi ratificada pelos seus achados afirmava que, assim como as demais políticas sociais, a política de saúde mental sofre injunções da ética capitalista do trabalho; e isso tem impactado na vida das pessoas com transtorno mental em contato com os serviços psicossociais ou demandantes de benefícios previdenciários e socioassistenciais. Outro pressuposto norteador foi o de que a interpretação de cidadania e autonomia adotada pelas práticas de reabilitação psicossocial resulta do fato de que só é possível uma vida minimamente digna no modo de produção capitalista se o sujeito for aceito pelo mercado de trabalho assalariado. O não fornecimento de dados referentes à negação da concessão do Benefício de Prestação Continuada pelo INSS prejudicou o intento desta investigação de verificar as diferenças de abordagem dos usuários conforme os diagnósticos. Mas isso não impediu a constatação de que o trabalho assalariado – formal, informal ou cooperado – é visto como uma panaceia, por meio da qual as pessoas atingiriam os objetivos de suas vidas, sem que haja, por parte dos gestores, da academia e das equipes de saúde, questionamento da participação na sociedade pela via do emprego ou do adoecimento provocado pelo trabalho alienado.

Palavras-chave: Saúde mental. Trabalho. Capitalismo. Reabilitação psicossocial.

Abstract

This thesis aimed at identifying influences of the capitalist moral on the understanding and implementation of the mental health policy, emphasizing the paid employment historic centrality on the perspectives of psychosocial rehabilitation. Its objective was to understand the genealogy, the nature and the significance of the relationship of mutual involvement between the paid employment category and the Brazilian mental health policies. The working hypothesis that heuristically guided the research and was ratified by its findings asserted that, as well as the other social policies, the mental health policy suffers injunctions from the capitalist work ethic; and this has impacted the life of people with mental disorders who are in contact with psychosocial services or require social security and welfare benefits. Another guiding assumption was that the interpretation of citizenship and autonomy adopted by the psychosocial rehabilitation practices comes from the fact that to lead a worthy life at all is only possible in the capitalist method of production if the person is accepted by the paid employment market. The National Social Security Service (INSS) failed to provide information about the denial of granting the Continuous Cash Benefit (*Benefício de Prestação Continuada-BPC*) and harmed the purpose of this investigation of checking the customers differences of approach according to the diagnoses. However, this fact did not prevent the observation that paid employment – formal, informal or cooperative – is seen as a panacea through which people would achieve their life goals, without there being – by the managers, the academia and the health teams – questioning about the form of participation in society by means of employment and when getting sick is provoked by the alienated labor.

Key words: Mental health. Work. Capitalism. Psychosocial rehabilitation.

Résumé

Le but de cette thèse est d'identifier les influences de la moralité capitaliste dans la compréhension et l'exécution de la politique de santé mentale, en soulignant la centralité historique du travail salarié dans les perspectives de réhabilitation psychosociale. L'objectif principal est de comprendre la généalogie, le caractère et le sens de la relation d'implication mutuelle entre la catégorie de travail salarié et les politiques de santé mentale brésiliennes. L'hypothèse de travail, guidant la recherche de manière heuristique et qui a été confirmée par ses conclusions, affirme que, comme d'autres politiques sociales, la politique de santé mentale subit des injonctions de l'éthique capitaliste du travail et a un impact sur la vie des personnes atteintes de troubles mentaux en contact avec des services psychosociaux ou des demandeurs de prestations de sécurité sociale et d'assistance sociale. Une autre hypothèse directrice est que l'interprétation de la citoyenneté et de l'autonomie adoptée par les pratiques de réhabilitation psychosociale découle du fait que une vie digne est possible dans le mode de production capitaliste seulement si le sujet est accepté par le marché du travail salarié. Le fait de ne pas avoir eu accès aux données concernant le refus de droit aux Bénéfices de Prestation Continué par l'Institut National de la Sécurité Sociale a compromis la tentative de cette recherche de vérifier les différences d'approche des utilisateurs en fonction des diagnostics. Cela n'a toutefois pas empêché de réaliser que le travail salarié - formel, informel ou coopératif - soit perçu comme une panacée permettant aux individus d'atteindre les objectifs de leur vie, sans que des gestionnaires, des universitaires, ou des équipes de santé ne s'interrogent sur la forme de participation à la société par l'emploi et sur le nombre de maladies causées par le travail aliéné.

Mots-clés : Santé mentale. Travail. Capitalisme. Réhabilitation psychosociale.

Resumen

El objetivo de esta tesis es identificar las influencias de la moral capitalista en la comprensión y ejecución de la política de salud mental, enfatizando la centralidad histórica del trabajo asalariado en las perspectivas de rehabilitación psicosocial. Su propósito es comprender la genealogía, el carácter y el significado de la relación de implicación mutua entre la categoría trabajo asalariado y las políticas de salud mental brasileñas. La hipótesis de trabajo que ha guiado la investigación heurísticamente y que ha sido ratificada por sus hallazgos afirma que, al igual que otras políticas sociales, la política de salud mental se atiene a los preceptos de la ética capitalista del trabajo y que esto ha impactado en la vida de las personas con trastornos mentales en contacto con servicios psicosociales o demandantes de subsidios de seguridad social. Otra suposición que ha guiado el estudio es que tanto la interpretación de la ciudadanía como de la autonomía adoptadas en las prácticas de rehabilitación psicosocial parten de la premisa de que una vida mínimamente digna dentro del modo de producción capitalista solo es posible si el sujeto es aceptado por el mercado laboral asalariado. El hecho de que el INSS no proporcionara datos sobre la denegación de la concesión del “Benefício de Prestação Continuada” socavó la intención de esta investigación de verificar las diferencias en el trato dado a los usuarios según los diagnósticos. Sin embargo, esto no ha impedido constatar que el trabajo asalariado (formal, informal o cooperativo) se ve como una panacea, a través de la cual las personas alcanzan los objetivos de sus vidas; sin que los gestores, las instituciones académicas y los equipos de salud cuestionen la forma de participación en la sociedad mediante el empleo, ni las enfermedades causadas por el trabajo alienado.

Palabras clave: Salud mental. Trabajo. Capitalismo. Rehabilitación psicosocial.

Lista de abreviaturas e siglas

Abrasme – Associação Brasileira de Saúde Mental
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASS – Azienda Socio Sanitaria
BPC – Benefício de Prestação Continuada
Caps – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGU – Controladoria Geral da União
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECT – Eletroconvulsoterapia
EUA – Estados Unidos da América
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
IAPRS – International Association of Psychosocial Rehabilitation Services
IGES-DF – Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LAI – Lei de Acesso à Informação
LBI – Lei Brasileira de Inclusão
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NTEP – Nexu Técnico Epidemiológico Previdenciário
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPP – Ospedale Psichiatrico Provinciale
Pronacoop – Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho
PVC – Programa de Volta para Casa
QI – Quociente de Inteligência
Raps – Rede de Atenção Psicossocial
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
WAPR – World Association for Psychosocial Rehabilitation

Sumário

Introdução	13
Capítulo 1 – Alienações	29
1.1. Alienação mental	29
1.1.1. Institucionalização da alienação mental	39
1.2. Alienação no trabalho	48
1.2.1. O trabalho	49
1.2.2. O trabalho alienado.....	53
1.2.3. Metamorfoses do trabalho	58
Capítulo 2 – A moral capitalista nas políticas sociais e na saúde pública	67
2.1. Trabalho e moralidade	69
2.2. Para o bem-estar do capital, tudo bem estar mal	77
2.3. Do utilitarismo à ativação: todos em busca de emprego	86
2.4. Ética capitalista e saúde pública: um olhar histórico-estrutural	95
Capítulo 3 – A moral capitalista na política de saúde mental.....	103
3.1. Saúde mental e o sentido do trabalho	105
3.2. Ganho secundário	117
3.3. Manifestações da moral capitalista na saúde mental brasileira	125
3.3.1 Narrativa moral e a história da saúde mental no Brasil.....	133
Capítulo 4 – Reabilitação psicossocial: do tratamento à socialização	148
4.1. Reabilitação psicossocial e trabalho assalariado: da troca zero ao poder contratual... 148	
4.2. Modelos e práticas de reabilitação psicossocial	157
4.3. O modelo psicossocial revisitado	164
4.4. Alternativas às alienações no capitalismo	170
Notas finais	182
Referências	195

Introdução

São raros os estudos que tratam da inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. O trabalho relacionado à saúde mental vem sendo estudado por diversas áreas da saúde do trabalhador e pela psicologia social, na qual se destaca a abordagem da psicopatologia do trabalho. A ocorrência de transtorno mental em trabalhadores e o sofrimento provocado pelo trabalho, pelas condições de trabalho ou pelo desemprego são temas recorrentes nessas áreas do conhecimento.

Os especialistas e os cientistas levaram muito tempo para compreender que o trabalho é um dado fundamental da saúde. Não somente de maneira negativa (o trabalho como causa de doenças, de intoxicações, de acidentes, de desgastes etc.), mas também de forma positiva. O não-trabalho também pode ser perigoso para a saúde, como se vê bem, atualmente, com toda a patologia do desemprego. E as observações destas situações de não-trabalho conduzem a criticar severamente a idéia, não obstante muito difundida, que a felicidade seria não ter nada para fazer (DEJOURS et al., 1993, p. 101).

A busca pelo sentido do trabalho como o conhecemos, sob a forma emprego, encontra consonância com as reflexões marxistas sobre alienação. A relação já estabelecida entre trabalho e transtorno mental não se dá ao acaso. Evidentemente refere-se a um trabalho assalariado, estranhado, com características que permitem o adoecimento e que rejeitam o adoecido, e não ao trabalho no sentido ontológico indicado por Marx.

[...] a natureza não produz possuidores de dinheiro e de mercadorias, de um lado, e simples possuidores de suas próprias forças de trabalho, de outro. Essa não é uma relação histórico-natural [*naturgeschichtliches*], tampouco uma relação social comum a todos os períodos históricos, mas é claramente o resultado de um desenvolvimento histórico anterior, o produto de muitas revoluções econômicas, da destruição de toda uma série de formas anteriores de produção social (MARX, 2013, p. 315).

Busca-se nesta tese relacionar não só trabalho e transtorno mental, mas também alienação do trabalhador e alienação mental – ou loucura. Compreendendo haver relação intrínseca entre esses elementos, comprovada pelas abordagens que colocam o emprego como elemento estressor, gerador de sofrimento e transtorno mental, propõe-se uma aproximação com o fenômeno de forma inversa: a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

Essa inserção normalmente ocorre por intermédio dos serviços de saúde mental, que veem na atividade laboral um objetivo da intervenção terapêutica, bem como um indicador de saúde. De fato, o desemprego é um importante determinante social da condição de saúde,

agravando quadros de adoecimento e sofrimento. No entanto, o trabalho assalariado, estranhado, precarizado e desprovido de sentido, ao qual as pessoas necessitam se vincular para garantir a sobrevivência, também o é.

Nesse contexto contraditório, as iniciativas de geração de emprego e renda compõem a chamada reabilitação psicossocial, que é considerada o grande mote da reforma do modelo de atenção em saúde mental, cuja pretensão é extinguir os leitos em hospitais psiquiátricos especializados e oferecer tratamento aberto na comunidade. Mas, enquanto os autores que discorrem sobre o tema interpretam a reabilitação como uma forma de trabalhar que perpassa todo o tratamento ou o curso do usuário nos serviços de saúde mental, a legislação brasileira a vê como uma parte da política de saúde mental, que reúne ações de socialização, habitação e geração de emprego e renda. Logo, ao mesmo tempo em que o Estado reconhece a importância de iniciativas que garantam rendimento a pessoas com transtorno mental impossibilitadas de trabalhar, não dispõe de legislações que protejam esse público com renda mínima, como ocorre com pessoas idosas e com deficiência.

O que aparenta estar por trás desse paradoxo é o julgamento moral que permeia as relações com o emprego como atividade laboral, em conformidade com a ética capitalista do trabalho. Os autores utilizados aqui tendem a apontar os aspectos socioeconômicos como determinantes do confinamento de pessoas com transtorno mental ao longo da história. Sob este modelo de produção, é necessário questionar as possibilidades apresentadas pelos pensadores da política de atenção psicossocial.

Não se ignora aqui, portanto, o conteúdo contraditório da relação da alienação mental com o trabalho, pois este se coloca como medida terapêutica ao passo em que também pode configurar gênese de sofrimento e adoecimento.

A fim de aliviar os efeitos da inserção dos usuários em empregos – com todas as injunções que esse termo carrega –, a própria política de reabilitação oferece alternativas, como os empreendimentos de economia solidária e o Programa de Volta para Casa (PVC). Aqueles dependem de uma organização nem sempre possível no âmbito dos serviços de saúde. Este tem valor irrisório e destina-se apenas a pessoas que passaram dois anos ou mais em instituição psiquiátrica. Não é, portanto, um instrumento de promoção de saúde, mas busca compensar uma dívida histórica com as vítimas do manicômio.

A partir dessas apreciações críticas e das teorias que servem de base para a reforma psiquiátrica e para o debate sobre trabalho na sociedade capitalista é que se explicitam os elementos lógicos, categoriais e metodológicos nucleares desta tese.

O **objeto** aqui estudado é a relação contraditória da pessoa com transtorno mental com o trabalho assalariado alienado, produtor e reproduzidor de mais-valia por meio da exploração da força laboral e da expropriação dos direitos trabalhistas. Sua delimitação ocorreu a partir das seguintes **questões de partida**:

- Como o Estado capitalista compreende historicamente a categoria trabalho quando associada à política de saúde mental?
- Como a pessoa com transtorno mental é tratada pelo sistema de seguridade social brasileiro?
- Qual é a concepção de trabalho implícita nas propostas de reabilitação psicossocial no Brasil?

Apoiou-se, heurísticamente, na **hipótese de trabalho** – afirmação conjectural que coloca desafios ao pesquisador e suscita indagações coerentes com o objeto – de que a política de saúde mental, como as demais políticas sociais, é fortemente afetada pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista. O Brasil, dado seu passado escravocrata e de colonialismo de exploração, deve apresentar peculiaridades na construção histórica da política de saúde mental, bem como da relação dessa política com a ética capitalista do trabalho.

Conjecturou-se, também, que a incorporação da ética capitalista do trabalho como ideologia nas políticas sociais influencia o cotidiano das pessoas com transtorno mental usuárias de serviços de saúde mental e sua relação com os profissionais de saúde.

As propostas de reabilitação psicossocial teriam, segundo a hipótese, uma perspectiva terapêutica, de busca de cidadania e autonomia, mas pouco refletindo sobre o significado da inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho e, portanto, no trabalho alienado.

O **objetivo geral** da pesquisa que subsidiou esta tese foi o de compreender a genealogia, o caráter e o significado da relação de mútua implicação entre a categoria trabalho assalariado e as políticas de saúde mental brasileiras, no período compreendido entre a inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, até 2015, ano anterior ao último golpe de Estado sofrido pelo

Brasil. No entanto, a análise remeteu-se a anos anteriores e ultrapassou 2015, oferecendo informações úteis à compreensão do cenário brasileiro atual.

Como **objetivos específicos**, elencaram-se:

- Mapear e sistematizar documentos que relacionem a política de saúde mental com o trabalho assalariado, a partir do século XIX até a atualidade, com vista a desvendar, no Brasil, indicadores levantados pela hipótese de trabalho;
- Analisar dados estatísticos de órgãos oficiais sobre a obtenção ou a negação de benefícios previdenciários ou socioassistenciais a pessoas com diagnóstico de transtorno mental para verificar a incidência e tendência dessa resposta institucional;
- Conhecer empiricamente as propostas e o *leitmotiv* da implantação dos programas de reabilitação psicossocial do século XXI no Brasil.

O segundo objetivo específico foi prejudicado pelo não fornecimento de microdados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o que permitiu inferências superficiais a partir das informações disponíveis. A solicitação de informações, especialmente aquelas referentes aos benefícios negados pelo INSS, foi indeferida seguidas vezes, conforme eram interpostos recursos. Na última instância, a Controladoria Geral da União (CGU) ofereceu ao INSS a possibilidade de cobrar pela extração dos dados solicitados. Como os valores eram abusivos e, segundo se verificou, houve uma violação da Lei de Acesso à Informação (LAI – Lei 12.527/11), não foi possível obter os microdados. A CGU informou também que havia previsão de divulgação de parte dos dados solicitados na página do INSS na internet no primeiro semestre de 2019, conforme o Plano de Dados Abertos do órgão. Contudo, até a conclusão desta tese, nenhum novo dado foi divulgado.

A **justificativa** desta pesquisa pode ser dividida em três partes, a saber.

a. Trajetória da pesquisadora

Neste primeiro trecho da justificativa, permito-me utilizar a primeira pessoa a fim de facilitar para os leitores a compreensão do percurso que levou à elaboração desta pesquisa.

Este projeto começou a ser delineado quando eu trabalhava como assistente social no único hospital psiquiátrico do Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paulo, onde estive entre 2009 e 2011. A linguagem própria de um serviço centrado na medicina, amparada em grande medida nos protocolos de enfermagem, era utilizada não só para conferir cientificidade

às práticas em saúde mental presentes naquele local, mas também para manter um afastamento entre equipe de saúde, de um lado, e pacientes e familiares, de outro.

Essa linguagem incluía bordões da psiquiatria, siglas em prontuários e abreviações para nomes de doenças e sintomas apontados na Classificação Internacional de Doenças (CID). Dentre as expressões, destaco uma frequentemente utilizada pela equipe de saúde mental: *benefício* ou *ganho secundário*. Em momento oportuno, nesta tese, abordarei esse termo com maior profundidade. Mas cabe destacar o significado que essa expressão adquiria no cotidiano da instituição psiquiátrica. Comumente, o ganho secundário é apontado como o interesse do paciente ou de seu familiar em obter vantagens do tratamento ou do transtorno mental. Ou seja, primário seria o tratamento. Os profissionais da saúde mental percebiam esses interesses principalmente quando as pessoas solicitavam atestados médicos, relatórios para fins previdenciários ou o preenchimento de algum formulário que concedesse acesso a algum benefício socioassistencial ou gratuidade no transporte público.

Portanto, o termo sempre souu uma provocação para o Serviço Social e para o embate ideológico em torno da reforma psiquiátrica. Os direitos conquistados pelas pessoas com deficiência só se aplicam às pessoas com transtorno mental quando elas chegam a apresentar perdas cognitivas que configurem deficiência intelectual ou quando os médicos assistentes elaboram pareceres que enfatizem a incapacidade para o trabalho e para os atos da vida civil. Isso muitas vezes leva à interdição judicial da pessoa com transtorno mental, uma vez que a curatela facilita o acesso aos direitos das pessoas com deficiência.

Quando eu ainda estava na graduação, uma assistente social que me acolheu para que eu desenvolvesse minha pesquisa de conclusão de curso no Hospital de Base do Distrito Federal – hoje Instituto de Gestão Estratégica em Saúde (IGES-DF) – costumava dizer que as pessoas com transtorno mental sempre estavam “na rabeira das pessoas com deficiência”. De fato, os movimentos sociais dos dois grupos são muito distintos e as desconfianças em torno do transtorno mental são frequentes, colocando-o repetidamente como uma questão de caráter, e não de saúde.

Por isso, os julgamentos das pessoas com transtorno mental são tão comuns. Afirmar que uma pessoa sem trabalho remunerado ou benefício socioassistencial tem apenas interesses considerados secundários à recuperação de sua saúde é uma forma de julgá-la mal-intencionada, não merecedora dos parcos valores pagos pela assistência social e indigna de uma aposentadoria ou de um afastamento do emprego por motivo de saúde. Além disso, nessa lógica, ignora-se o

componente social da reabilitação em saúde mental. Socialização envolve viver a cidade e relacionar-se. Como fazê-lo sem recursos materiais e acesso a transporte?

Além dessa questão, também chamavam a atenção os indicadores utilizados pelos profissionais para julgar que uma pessoa estava bem. Normalmente, estar apto ao trabalho é sinal de que se está bem psicologicamente. Em que medida essa tendência seria influenciada pelas exigências do mercado de trabalho e pela lógica capitalista? Será que esses indicadores se aplicariam a todas as pessoas atendidas por aquela equipe ou apenas às mais pobres? Nos consultórios particulares, os médicos psiquiatras se recusariam a fornecer um relatório ou um atestado?

A discussão sobre a centralidade do trabalho – em sua versão assalariada e, portanto, socialmente alienada – aparece reiteradamente nas minhas lembranças do hospital psiquiátrico. Ora esse trabalho é apontado como solução, sinal de saúde, ora como elemento estressor provocador de doença. Neste último caso, a avaliação é feita com desconfiança. A pessoa que adoece em decorrência de um emprego pode ser apenas uma pessoa preguiçosa, insubordinada ou com “baixa tolerância à frustração” – expressão muito comum nos prontuários de serviços de saúde mental. As que se recusam a trabalhar e afirmam que isso se deve ao medo de passar por crises psicóticas ou aprofundar um quadro depressivo-ansioso sofrem o mesmo tipo de julgamento.

Sob o discurso de que “mente vazia é oficina do Diabo”, os serviços, mesmo os abertos de base comunitária, desenvolvem atividades de educação para o trabalho remunerado, oficinas terapêuticas, oficinas de produção – muitas vezes em formato de cooperativa – e encaminhamentos para os serviços de seleção de trabalhadores. Não sei o nível de crítica das equipes ao realizar essas atividades e não ousou dizer que elas estão erradas. Diante de um contexto em que direitos só são acessados por meio do trabalho assalariado, é de fato necessário buscar a inserção dessas pessoas no mercado laboral.

Recordo-me de um fato que marcou essa reflexão. Um rapaz de 29 anos frequentava o hospital em que eu trabalhava e era atendido pelo Serviço Social com frequência. Em seu prontuário constavam vários relatórios assinados por assistentes sociais e médicos informando que ele era “incapaz para o trabalho”. Certa vez, ele compareceu à sala do Serviço Social e solicitou que elaborássemos um relatório dizendo o contrário: que ele era apto e capaz para o trabalho. Ele teria conseguido uma vaga em uma pequena fábrica. Era um rapaz bonito com diagnóstico de esquizofrenia. Seus sintomas estavam muito controlados e ele aparentava estar bem. Soubemos que ele tinha começado a trabalhar onde pretendia. Uma semana depois de ter

começado o trabalho, ele retornou ao hospital, sua condição havia se descompensado e ele dizia que não queria trabalhar nunca mais. Solicitou novamente um relatório que afirmasse que ele era inapto. Aquele que afirmava sua capacidade passou a habitar o prontuário entre diversos outros relatórios que negavam que ele seria capaz.

Quanto às políticas de reabilitação psicossocial, que pressupõem em geral a inserção das pessoas com transtorno mental em atividades laborais remuneradas, sempre me perguntei se haveria no trabalho assalariado, mesmo que assistido, lugar para todos. Eu questionava: e o que há de ser daquelas pessoas muito dependentes? Haverá trabalho para uma pessoa com um tipo grave de autismo? E o que dizer daquelas com um quadro crônico de psicose? Devemos insistir nessa forma de socialização ou é chegada a hora de assumirmos que não há possibilidade de que todos trabalhem e se encaixem no mercado, mesmo que informal?

Com essas perguntas em mente e já cursando o Doutorado em Política Social, em 2017 tive a oportunidade de visitar os serviços de saúde mental de Trieste, na Itália, cidade berço da reforma psiquiátrica que inspirou a política de saúde mental brasileira. Chegando lá, encontrei diversas cooperativas sociais que fornecem vagas de emprego para pessoas com transtorno mental acompanhadas na rede de saúde local. Há restaurantes, bares, cafés, uma fábrica de bolsas, um hotel, uma rádio, uma academia de ginástica, serviços de jardinagem e horta, artesanato e muitas oportunidades. O governo oferece uma “bolsa-trabalho” por seis meses para que a pessoa aprenda uma profissão nesses empreendimentos. Após esse período, se adaptada e produtiva, ela pode ser sócia da cooperativa como os demais trabalhadores. Caso contrário, são buscadas outras soluções fora do trabalho, até mesmo uma aposentadoria.

Para que todas as pessoas recebam suporte de alguma forma, a política de habitação para quem sofre com transtorno mental é muito desenvolvida. Isso só é possível porque não há burocracia excessiva, nem maiores preocupações com corrupção. Aparentemente, não se cogita que algum profissional da saúde vá desviar recursos que são destinados aos pacientes. Nessas residências há um ou dois cuidadores por turno e o departamento de saúde mental local mantém educadores – algo como os acompanhantes terapêuticos no Brasil –, enfermeiros e outros profissionais de suporte. Com essa equipe, os usuários podem sair da casa, usar o próprio dinheiro como desejarem, e, dependendo do grau de autonomia, realizar, sozinhos, atividades externas.

Assim, em Trieste, parece-me que, embora o trabalho remunerado tenha um papel central, a impossibilidade de vinculação em um emprego não é um impeditivo de se viver uma vida digna. É curioso como os profissionais do Departamento de Saúde Mental e dos serviços

comunitários têm liberdade para construir o projeto terapêutico com os usuários, definindo até mesmo o montante de recursos que serão utilizados em cada caso. São criadas estratégias novas conforme o público exija. Há uma enorme flexibilidade da política e uma conexão muito forte entre os setores saúde, assistência social, previdência social e educação.

A angústia desta pesquisadora reside na contradição que se expressa na relação entre a pessoa com alienação mental e o trabalho alienado. Considerando o adoecimento de trabalhadores, os determinantes sociais da saúde mental, a representatividade desse campo na saúde coletiva e a permeabilidade das políticas públicas à ideologia capitalista, pergunto: será possível mudar a realidade com uma proposta em nível de reforma? Há algo de revolucionário sendo esquecido nesse processo.

O golpe de Estado de 2016, no Brasil, e os subsequentes desmontes de direitos de cidadania reforçam esse questionamento. A fragilidade daquilo que é reformado é muito evidente, principalmente quando o processo não foi finalizado. Ainda há manicômios no país. Em alguns lugares, em vez de serem implementados serviços substitutivos, eles foram apresentados como serviços adicionais, convivendo com muitos leitos de internação em hospitais e clínicas especializadas. Grande parte da população não conhece os serviços que vieram substituir os hospícios e acredita na internação psiquiátrica como solução.

Com esse sentimento, verifiquei que havia poucas publicações acadêmicas sobre o acesso de pessoas com transtorno mental a renda e trabalho remunerado. As discussões sobre transtorno mental e trabalho assalariado costumam colocar este último como o lugar de onde deriva o adoecimento, embora ele também apareça como uma terapia por excelência.

b. Contribuição acadêmica

Ao realizar buscas online em plataformas de produções científicas utilizando os termos “saúde mental” ou “transtorno mental” e “trabalho”, é possível encontrar, no âmbito da psicologia, da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho, algumas obras que tratam do diagnóstico de doenças do trabalho, sofrimento e qualidade de vida no trabalho e alguns artigos e livros sobre o trabalho em saúde mental. Os autores mais citados nesses temas são Cristophe Dejours, Ana Magnólia Mendes, Wanderley Codo, Edith Seligmann-Silva, Álvaro Roberto Crespo Merlo, Maria da Graça Corrêa Jacques, Selma Lancman, entre outros. São poucas as produções científicas e técnicas sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho assalariado.

Sobre os temas que interessam à academia, Dejours (2006) afirma que há menor preocupação com a saúde mental do que com a saúde física em sua relação com o trabalho.

Afora a saúde do corpo, as preocupações relativas à saúde mental, ao sofrimento psíquico no trabalho, ao medo da alienação, à crise do sentido do trabalho não só deixaram de ser analisadas e compreendidas, como também foram frequentemente rejeitadas e desqualificadas (DEJOURS, 2006, p. 38).

Quando a busca é por “reabilitação psicossocial”, a maior parte da produção discute estratégias no tratamento em saúde mental no sentido da inserção social dos sujeitos, a qual seria uma forma de atingir metas terapêuticas. As palavras “cidadania” e “autonomia” aparecem correlacionadas, muitas vezes em produções do campo da terapia ocupacional. As oficinas terapêuticas e de produção relacionadas ou não à economia solidária, comumente realizadas em serviços de saúde mental, também são frequentemente citadas quando o tema é reabilitação psicossocial. Nesses termos, os autores mais recorrentes são Ana Pitta, Paulo Amarante, Benedetto Saraceno, Eduardo Mourão Vasconcelos, entre outros.

O fato de a reabilitação psicossocial de uma pessoa estar relacionada à sua capacidade de produção no trabalho – assalariado ou não – é um indício da centralidade do trabalho na política de saúde mental. Também revela a relação que os transtornos mentais podem ter com a organização formal do trabalho. Ali pode estar a doença e ali pode estar a “cura” – com toda a contradição que esse termo carrega ante doenças consideradas crônicas.

Da mesma forma, o fato de ser necessário recorrer a empreendimentos de economia solidária para que se tenha um local de vínculo dos “pacientes trabalhadores” é uma demonstração da dificuldade de inserir pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho formal.

Um aspecto pouco abordado no meio científico, na saúde coletiva e nas políticas sociais é a relação entre transtorno mental e renda. Quando a pesquisa é por esses termos, identificam-se produções que tratam da sobrecarga da família que cuida de pessoas com transtorno mental, assunto de extrema relevância para a seguridade social, tendo relação direta com a incapacidade para o trabalho e a (não) contribuição financeira da pessoa doente à manutenção do seu domicílio. Vale lembrar que, no Brasil, os códigos de transtorno mental na CID não são requisitos para que se pleiteie o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência, exceto se houver um déficit cognitivo associado.

Uma expressão que aparece relacionada à saúde mental e que interessa a esta pesquisa é, como já mencionado, “benefício secundário” ou “ganho secundário”. No entanto, em

produções brasileiras, o tema é raramente abordado. São encontradas, em mecanismos de busca online, produções em inglês sob a expressão “*secondary gain*”, datadas de 1974, 1994, 1995, 2003 e 2005, em revistas científicas de medicina ocupacional, de clínica da dor, de psiquiatria e de psicanálise dos Estados Unidos e da Europa. Os autores encontrados foram David Fishbain, Russell D. Martin, Jacques van Egmond, Ischa Kummeling, Ton aan Balkom e outros. Logo, embora constitua um assunto de interesse acadêmico em outros países, o benefício ou ganho secundário é pouco abordado no Brasil. A compreensão social ou sociológica do fenômeno que leva esse nome não chega a ser apresentada nessas produções, uma vez que a formação dos autores é outra.

Considerando essas reflexões sobre as buscas por produções técnico-científicas que abordem a relação de pessoas com transtorno mental com o trabalho remunerado, identificou-se uma lacuna teórica, a qual se busca preencher parcialmente por meio desta tese.

A produção teórica sobre a chamada reforma psiquiátrica de modo geral pouco considera os aspectos sociais daquilo que se convencionou nomear atenção psicossocial. O mesmo aparentemente ocorre entre as profissões da saúde. Quando se fala em saúde mental, dificilmente serão lembrados os profissionais que deveriam promover a socialização, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e oficinairos, por exemplo. A primeira lembrança tende a ser sobre psicólogos e psiquiatras, profissionais cuja formação é focada no tratamento do sujeito. Em vista disso, esta tese busca contribuir para o fortalecimento do lado social dessa balança desigual de publicações e práticas profissionais.

Por fim, e talvez seja este o mote mais importante de pretensões deste trabalho acadêmico, almeja-se tecer uma crítica anticapitalista, que trate da revolução que não cabe numa reforma psiquiátrica. A sequência recente de retrocessos vivenciados no âmbito da política de saúde mental e drogas no Brasil revela a fragilidade de mudanças promovidas por reformas pontuais e legislações genéricas com pouco envolvimento da população. Questionar a categoria trabalho relacionando-a aos tabus morais que emergem da loucura é trazer a tônica da revolução às lutas por direitos, comumente fragmentadas.

Para isso, foram convocados autores fundamentais para a saúde mental e para a discussão do trabalho, passando por Michel Foucault, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Karl Marx, Émile Durkheim, Paul Lafargue, Viviane Forrester, Ricardo Antunes, André Gorz e outros.

Uma justificativa teórica razoável, para, em um programa de pós-graduação em política social, apresentar uma tese que combine saúde mental e trabalho é a avaliação de Foucault sobre os motivos que levam à criação do manicômio no século XVII: “As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (FOUCAULT, 2007, p. 78).

c. Reflexões para as políticas sociais

A centralidade do trabalho assalariado no cotidiano das pessoas num contexto capitalista torna impossível a missão de abordar política social sem tratar do acesso ao emprego e do que deve ser feito daqueles que não estejam aptos para ele. Não se pode ignorar a peculiaridade da relação entre a pessoa com transtorno mental e o trabalho. O fato de o trabalho alienado ser indutor dos chamados transtornos mentais comuns, como ansiedades e depressões, faz com que a inserção das pessoas que já apresentaram ou apresentam esses transtornos no mercado laboral seja muito difícil.

Algo que se pretende discutir a partir desta pesquisa é a insistência das instituições na estratégia de inclusão no mercado de trabalho para a conquista de cidadania pelas pessoas com transtorno mental. É evidente que essa opção dos serviços de saúde e assistência social não encontra eco no nível prático, cotidiano e imediato da vida com essas pessoas, pois a inserção laboral é a única forma de acesso à dignidade oferecida e difundida pelo capitalismo. No entanto, é preciso questionar a panaceia do trabalho curador, considerando as condições de trabalho e de vínculo e as reais possibilidades de assalariamento de pessoas com transtorno mental.

Não se questiona o potencial terapêutico e promotor de saúde atribuído ao trabalho. Tudo depende de qual trabalho se disponibiliza. Ele não pode ser adoeecedor nem provocar o agravamento do transtorno mental e não deve submeter pessoas a pressões e a condições precárias de trabalho e de vínculo empregatício.

Outra contribuição pretendida com esta tese é provocar uma reflexão sobre a participação do louco na sociedade. A compreensão do transtorno mental como condição crônica implica considerar um modo de existir em que não se separam loucura e normalidade. Os dois aspectos manifestam-se ao mesmo tempo nas pessoas. Portanto, cabe promover o acesso à cidade e à convivência por meio de políticas de renda, mobilidade, lazer, esporte,

educação e cultura que respeitem esse público, independentemente do trabalho remunerado e da contribuição para a previdência social.

Busca-se, ainda, apresentar no âmbito da saúde elementos que permitam aos atores da política de saúde mental a superação da lógica do tratamento moral e da redução da loucura a uma condição de saúde. Este trabalho pretende reafirmá-la como condição de existência. O atendimento em saúde mental pode ser repensado por meio de produção científica que lembre o conteúdo político de sua prática. A manifestação livre da loucura é um ato político e a resposta ao sofrimento que pode acompanhá-la deve ocorrer no nível ideopolítico e social.

Quanto ao **método**, esta pesquisa seguiu um caminho investigativo pautado pela lógica materialista e histórica, cujas principais categorias são a contradição e a totalidade. Ambas são fundamentais a análises no campo das políticas sociais por permitirem a compreensão dos movimentos que, atuando ao mesmo tempo de forma oposta e complementar, conferem condições e possibilitam o conhecimento da essência da realidade em que se pretende penetrar.

Por esse caminho, parte-se do abstrato para ascender ao real, ao concreto, e, no percurso em direção ao resgate de sua essência, consideram-se as relações entre os elementos de análise, as quais apresentam contradições implícitas. A contradição é categoria que perpassa o objeto desta pesquisa, configurando estratégia capaz de oferecer indicações para procedimentos e contribuir para que se obtenham conclusões, ainda que temporárias, no decorrer da investigação.

Nesta pesquisa, a relação entre o transtorno mental e o trabalho assalariado foi abordada, portanto, a partir de suas contradições, da sua inserção no modo de produção capitalista e das tensões entre a terapia e a obrigação de trabalhar. Segue-se, assim, um método histórico-estrutural, que considera tanto as determinações estruturais das questões analisadas quanto as ações dos sujeitos e as relações interinfluentes entre sujeitos e objeto.

A contradição na tradição marxista supera a compreensão da lógica sobre o termo. Numa perspectiva unicamente lógica, a existência de uma contradição significaria uma falha de raciocínio. No entanto, sob uma visão filosófica ampla, a categoria contradição é um princípio da existência dos seres, pois a relação estabelecida entre elementos de naturezas diferentes cria unidades contraditórias (KONDER, 2008).

A compreensão dialética da pesquisa confere, portanto, fidelidade à realidade, que deve ser interpretada em suas diferentes facetas, a fim de ultrapassar o nível fenomênico, superficial, e atingir a essência do real. O fenômeno observado neste estudo é a forma como o Estado

capitalista lida com as pessoas com transtorno mental no que se refere ao trabalho assalariado. Seu nexos interno pode ser apreendido por meio de aproximações sucessivas, fomentadas por indagações contínuas, que considerem as implicações histórico-estruturais dos fatos, respeitando a totalidade. Esta permite que a interpretação teórica não configure “um amontoado incoerente, amorfo e desarticulado de fragmentos” (CARVALHO, 2007, p. 179-180).

Considerando este estudo uma pesquisa social inserida também no campo da saúde pública, da saúde coletiva, vale tomar a explicação de Maria Cecília Minayo, segundo a qual a pesquisa social

não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho. Além disso, ela é mais abrangente do que o âmbito específico de uma disciplina. Pois a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência (MINAYO, 1993, p. 27).

Minayo (1993) afirma que a totalidade é uma forma de interpretar a realidade, em que fatores visíveis e representações sociais compõem e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção vigente.

Portanto, com o suporte metodológico da contradição e da totalidade, busca-se evitar as casualidades lineares e a arbitrariedade na adoção de categorias analíticas e na análise em si. Não se pretende, portanto, estabelecer causas únicas para as situações identificadas na relação entre as pessoas com transtorno mental e o trabalho assalariado, mas explicações complementares e ainda provisórias aos problemas de pesquisa.

Sem ignorar o caminho metodológico que se delineia na própria trajetória investigativa, esta pesquisa tem caráter qualitativo em seus **procedimentos metodológicos**, ainda que venha a lançar mão de dados quantitativos secundários. Estes fornecem ferramentas para refletir sobre uma determinada realidade em um período definido, somando-se a outras fontes de informação e de expressão da realidade concreta.

Os procedimentos apoiam a mediação entre a concretude do real e a abstração científica e vice-versa. As técnicas, instrumentos e fontes da pesquisa, longe de se apresentarem neutros, compõem opções a partir dessa mediação e podem mudar ao longo da trajetória investigativa.

A coleta de dados ocorreu fundamentalmente em:

- pesquisa bibliográfica a partir das categorias de análise principais;

- documentos públicos oficiais, legislações e normas brasileiras, nos quais buscou-se identificar a forma como o trabalho é compreendido quando relacionado à saúde mental e como se propõe sanar as contradições inerentes a essa relação;
- planilhas da Dataprev, empresa responsável por informações do INSS, com dados sobre a concessão e a cessação de benefícios socioassistenciais e previdenciários a pessoas com e sem diagnóstico psiquiátrico. Buscou-se verificar se haveria uma tendência ao incentivo ao trabalho às pessoas com transtorno mental, mesmo quando há solicitação de afastamento do emprego ou de benefícios pela incapacidade laborativa. Essa análise contribuiu para a identificação da reprodução da ética capitalista do trabalho na prática das políticas de assistência e previdência social;
- dados sobre iniciativas de economia solidária voltadas a pessoas com transtorno mental no país, a fim de analisar as possibilidades adotadas para a inserção das pessoas na atividade produtiva.

A pesquisa não realizou coleta de dados primários por meio de entrevistas, grupo focal ou observação participante. Ainda assim, como **cuidado ético**, os dados da Dataprev foram solicitados já desidentificados, deixando de lado quaisquer informações que pudessem levar à identificação e à localização de sujeitos. Não foram fornecidos microdados, no entanto.

Considerando a Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 7 de abril de 2016, e as estratégias metodológicas selecionadas, não houve necessidade de submissão do projeto a algum Comitê de Ética em Pesquisa. Segundo o parágrafo único do Artigo 1º dessa resolução,

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
 I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;
 II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;
 III – pesquisa que utilize informações de domínio público;
 IV - pesquisa censitária;
 V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;
 VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;
 VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito [...]

Esta pesquisa enquadra-se nos incisos II, III e VI do parágrafo acima.

Por fim, assumiu-se o compromisso ético de não utilizar o conhecimento produzido neste estudo para prejudicar pessoas envolvidas com o tema de alguma forma, sejam usuários dos serviços de saúde mental, sejam profissionais ou militantes da luta antimanicomial. A influência que esta pesquisa pode ter no âmbito dessa política social é no sentido de ampliá-la e facilitar o acesso a direitos, e jamais o contrário.

A apresentação da tese está dividida em quatro capítulos e uma nota final. No **primeiro**, busca-se discutir as alienações, propondo paulatinamente um diálogo entre o campo da saúde mental e o do trabalho. Nesse capítulo, há oportunidade de resgatar autores clássicos dos temas, com ligeiros recortes históricos úteis à compreensão do problema de pesquisa. São oferecidos aí os primeiros apontamentos para a identificação da relação entre a ética capitalista do trabalho e o a forma como se lida com o transtorno mental.

O **segundo capítulo** tenta esmiuçar as manifestações morais nas políticas sociais e na política de saúde, especificamente. O texto lança mão de autores que descrevem a origem da concepção moral associada à pobreza, bem como as políticas criadas para lidar com os pobres. Promovem-se reflexões sobre o utilitarismo e as estratégias de ativação para e pelo trabalho assalariado no Estado regido pelo princípio do *workfare*. O capítulo dedica-se ainda a identificar os aspectos morais que levaram à elaboração da saúde pública compreendida como política.

O **capítulo 3** promove uma imersão filosófica e factual nas inter-relações entre a ética capitalista do trabalho e a saúde mental. Com produções teóricas recentes, o texto busca atualizar o debate sobre a política de saúde mental e as moralidades que a envolvem, sem deixar compreensões históricas de lado. Enfatiza-se a elaboração sobre ganho secundário, tema ausente na literatura brasileira especializada. É apresentada análise dos poucos dados disponibilizados pelo INSS quanto à concessão e à cessação de benefícios socioassistenciais e previdenciários entre 2008 e 2016. Por fim, o capítulo trata da questão de como o trabalho aparece nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

O **quarto capítulo** dedica-se a discutir a reabilitação psicossocial em suas diversas concepções, traçando críticas e análises mais aprofundadas do poder contratual almejado pela reforma psiquiátrica. São abordadas as estratégias de inserção das pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho e as soluções não alienantes possíveis, mesmo perante a hegemonia do modo de produção capitalista.

As **notas finais** tecem conclusões a partir de todo o percurso, mas abrem caminho para o desenvolvimento de novas pesquisas, convocando os estudiosos do campo da saúde mental a

questionarem o que é dado por óbvio e a reafirmar o óbvio quando couber. Num contexto de redução de direitos sociais, é preciso que a ciência esteja a serviço do bem coletivo, produzindo conhecimento e o difundindo. As ciências sociais devem resistir, a despeito das arbitrariedades do poder público, que por vezes simula explicações para os problemas sociais a fim de reduzir gastos ou para reafirmar a ética capitalista do trabalho, individualizando soluções e responsabilidades.

Esta tese, mais do que trazer afirmações, busca apresentar questões que se pretendem úteis aos profissionais da saúde mental, aos gestores de políticas públicas e aos legisladores. Busca-se sensibilizar e indagar o aparato dito psicossocial quanto às suas práticas e verdades e colocar o social em evidência no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Permanece a compreensão de que, se é o trabalho que torna as pessoas humanas, a alienação as desumaniza. E fora da humanidade não há razão, mas instinto. Instintivamente, não se vendem as próprias forças. Não é racional vender a força de trabalho para outrem em práticas vazias de porquês. É razoável ouvir a desrazão. E ela clama para que a sociabilidade seja enriquecida, não com o acúmulo de posses, renda, cargos e títulos, mas em suas relações, em seu sentido. O que tem a ensinar o doido que rasga dinheiro? Qual é a loucura do bobo da corte senão a de questionar o poder soberano?

Capítulo 1 – Alienações

Os homens são tão necessariamente loucos que não ser louco significaria ser louco de um outro tipo de loucura.

Blaise Pascal

Se o bicho-da-seda fiasse para manter a sua existência de lagarta, ele seria um autêntico trabalhador assalariado.

Karl Marx

Ao analisar conceitos e abordagens sobre a alienação mental e o trabalho alienado, verifica-se que a alienação é, antes que se teorize sobre ela, uma forma de afastar o sujeito alienado do Deus predominante no momento. O louco é considerado controlado pelo demônio ou por forças das trevas, espíritos malignos. Trata-se de alguém alheio ao sagrado. E é nessa categoria que se encaixariam aqueles alheios ao trabalho quando o assalariamento adquiriu status de honradez e dignidade.

Embora as expressões tenham mudado de significado ao longo do tempo, algumas semelhanças e metáforas podem ser aplicadas às duas alienações aqui abordadas e elas se encontram em muitos momentos históricos e circunstâncias sociológicas. É possível, por exemplo, dizer que o extremo do trabalho alienado pode provocar alienação mental ou o contrário, como será possível verificar à frente: que somente sob alienação mental há adequação ao assalariamento.

Abaixo serão tratadas essas questões, ainda sem aprofundar as relações entre os fenômenos, o que será construído ao longo do texto.

1.1. Alienação mental

Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?

Sebastião Freitas, em O Alienista – Machado de Assis

O termo “alienação mental” foi a primeira forma institucionalizada de denominar a loucura. Isso quer dizer que foi a expressão escolhida pelos primeiros psiquiatras – ou alienistas – para abordar o fenômeno. Antes, já relacionada a comportamentos considerados estranhos para os padrões, a loucura fazia parte da sociedade e o dito louco era incorporado sem intentos

de aprisionamento, sendo um personagem conhecido na cidade, ora protegido, ora repellido, incômodo, mas com sua liberdade mantida.

Ao passo em que se iniciavam análises acadêmicas sobre o assunto, a prática de encarceramento era mais utilizada, primeiro tratando o louco como qualquer outro miserável que devesse, em nome da moral, se afastar do convívio social. Também buscava-se garantir melhor observação do comportamento, de forma a permitir o desenvolvimento de uma ciência e uma prática capazes de modificar o quadro de alienação encontrado naquela parcela da população.

Segundo Isaías Pessotti (1999), até o século XVIII, a loucura não era considerada doença. Na literatura, é possível verificar a relação da loucura com os deuses gregos em Homero no século V a.C.. Nas descrições de episódios de loucura na *Iliada* e na *Odisseia*, os comportamentos inexplicáveis – *atê* – dos personagens são atribuídos à vontade de Zeus ou outros deuses, sempre em respeito ao destino – *moira* – de cada um (PESSOTTI, 1994).

Em Homero, portanto, a loucura é um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo, de insensatez, no sentido de que, sob a *atê*, o homem perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social.

[...]

A loucura, estado de *atê*, é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses, sobre o pensamento e a ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desaparecem (PESSOTTI, 1994, p. 19-20).

Essa visão foi compartilhada por outros autores da Antiguidade, sendo rompida apenas com Eurípedes, que passa a ver a loucura como resultado da força e dos conflitos das paixões humanas (PESSOTTI, 1994).

Hipócrates, em 377 a.C, já observava a loucura como de interesse dos cuidados da saúde, mas, ali, ela era apenas um sintoma, “ao lado de outros, como a febre e o vômito” (PESSOTTI, 1999, p. 17). É na teoria hipocrática que aparece pela primeira vez uma classificação de formas de loucura (mania e melancolia), que será base para as classificações seguintes.

Platão, entre 427 e 348 a.C, por sua vez, apresenta uma classificação das formas de insanidade mental baseada em um critério filosófico. Propõe o sistema das três almas: uma dedicada à racionalidade, localizada no encéfalo, *logistikon*; outra que cuida das atividades afetivas e espirituais, localizada no coração, *thumoeides*; e, por fim, uma que atende às funções apetitivas e aos instintos, *epithumetikon*. “Qualquer desvio dessas funções específicas é a desordem mental, a loucura” (PESSOTTI, 1999, p. 22).

Nos séculos que se seguem, poucas mudanças se apresentaram nas classificações da loucura e em sua conceituação. Na Idade Média, no entanto, difunde-se o conceito demonista, que se prolonga até o século XVI, sob influência do pensamento de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. Nesse contexto, a loucura era interpretada a partir de

princípios metafísicos, idéias mágicas e uma valoração pessimista do homem. Ganha importância fundamental a idéia de vida perfeita, sem pecados, sem aberrações, fiel ao que mandam a Escritura e os escritos dos Santos Padres. Assim, formas aberrantes de conduta, como a insanidade mental, são explicadas segundo aqueles conceitos metafísicos. Deles, o mais importante, como se sabe, é o de possessão diabólica. [...] qualquer classificação de espécies da loucura se reduz, então, a uma lista dos diferentes modos de atuação do demônio sobre o conhecimento e a vida afetiva (PESSOTTI, 1999, p. 31).

Se na Antiguidade a loucura era atribuída a divindades, na Idade Média eclodiu sua concepção demonista, mencionada acima. Acontece que, sob essa concepção e o poder da Igreja, o louco aparece entre as vítimas da inquisição no *Malleus Maleficarum*, obra de 1484 que subsidiava inquisidores e exorcistas. Pessotti (1994) dedica-se a explicar essa publicação, afirmando que seu objetivo é demonstrar a influência dos demônios na vida dos homens.

Admite-se que Deus pode tirar a razão dos mortais quando lhe apraz, improvisadamente, como mero castigo ou sob a forma de doença. Contudo, os médicos devem tomar muito cuidado ao diagnosticar tais doenças para não incorrerem no erro de entender como naturais distúrbios da mente devidos à ação ou possessão demoníaca (PESSOTTI, 1994, p. 95).

Um aspecto abordado por Pessotti (1994) no que tange ao *Malleus* é o fato de que, a despeito de seus autores serem homens informados e ilustrados, conhecedores de obras clássicas e pensadores relevantes, o texto é insano, abusando de credices e fantasias. O autor afirma, no entanto, que uma das motivações para a elaboração do *Malleus* dessa forma está no prazer e na apologia do poder de curar, salvar e defender os homens. Esse é um fator que diferencia a visão divinal da loucura encontrada na Grécia Antiga. Naquela, apenas a divindade responsável pela manifestação da loucura poderia fazer com que ela cessasse. Na inquisição, homens escolhidos poderiam acabar com a possessão e a obsessão.

Após o *Malleus*, Pessotti (1994) destaca o *Compêndio da arte exorcística* de Menghius, de 1576. Nessa obra, que em muito se inspira no *Malleus* e em outras produções da época, identifica-se a manifestação diabólica em alucinações e delírios, assim como se vê bruxaria em mulheres hipersexualizadas. Esta última, evidentemente, vem acompanhada de uma avaliação moral sobre as mulheres, pois elas seriam aliciadas pelos demônios por serem pobres ou por terem sido abandonadas após cederem à sedução de homens que prometiam desposá-las. Alguns

textos médicos reproduzem essas compreensões e veem como tratamento o exorcismo. O segundo Compêndio, de 1608, dedica-se a distinguir males advindos da possessão e da obsessão.

A expressão “alienação mental” marca o retorno da loucura ao território médico após a concepção demonista, com uma interpretação filosófica e psicológica proposta por Felix Plater em 1625. A alienação seria, então, uma lesão da mente, compreendida como três faculdades mentais – razão, imaginação e memória. Apresentam-se, em sua classificação de lesões, o *deficit* e a depravação, o que hoje poderia ser compreendido, respectivamente, como deficiência intelectual e doença ou transtorno mental.

De tais lesões, resultam quatro espécies de distúrbio. Duas são devidas a algum *deficit* e são a *mentis imbecillitas* (enfraquecimento de uma função) ou a *mentis consternatio* (abolição da função mental). Duas outras espécies são formas de depravação de alguma faculdade mental: a *mentis defatigatio* (fadiga mental ou “esgotamento” ou “estafa”) e a *mentis alienatio*, que tem o sentido preciso de extravio, de aberração da inteligência (razão), da imaginação ou da memória. [...]

A loucura, como se entende, amplamente, hoje, implicando de algum modo a desrazão, o desgarramento da realidade objetiva, é entendida por Plater como uma subespécie da espécie *mentis alienatio* e caracterizada por sua origem especial. De fato, ela é a *desipientia* (a perda da *sapientia*), ou seja o delírio (PESSOTTI, 1999, p. 33).

Pessotti (1999) lembra que o pensamento de Plater inaugura uma acepção mentalista da loucura, afastando-se das explicações que partem dos humores, agentes orgânicos ou substâncias materiais. Isso ocorre quando o delírio – hoje considerado sintoma de transtornos mentais – passa a configurar uma condição para que se atribua a alguém uma alienação mental.

Joel Birman (1978), em sua profunda reflexão sobre a moralidade que perpassa a história da psiquiatria como disciplina médica, aborda um dos principais dilemas dos primeiros estudos, no século XIX, sobre a alienação mental: a causa. Questionava-se, principalmente, a origem daquilo que se desenhava como doença, se de ordem física ou moral.

As questões se colocaram: a alienação mental é uma doença do corpo? Se está enraizada no corpo, se coloca de imediato uma segunda interrogação: onde? Difusa por todo o organismo ou localizada em algum órgão? Sendo uma doença circunscrita, ela estaria localizada no cérebro? Seria uma enfermidade originária do cérebro, ou teria simplesmente repercussões cerebrais, tendo contudo se originado em outros órgãos da estrutura corporal? Colocava-se outra série de perguntas: será uma doença das paixões, dos impulsos afetivos, que teria secundariamente conseqüências corporais diversas? Ou ainda, numa outra ordem de dúvidas: será a alienação mental uma enfermidade hereditária? Colocava-se ao mesmo tempo a demanda para determinação de mecanismos: por que meios e vias a doença mental se originaria no exterior da massa cerebral e nela se repercutiria? [...] No fundo de todas estas interrogações,

uma mesma questão se mantém enigmática: como se articulariam o corpo e as paixões, o físico e o moral? (BIRMAN, 1978, p. 44)

Não se pretende discutir aqui a causalidade da alienação mental, em termos médicos ou psicológicos, mas vale destacar a importância desse aspecto na concepção que se tem atualmente sobre o assunto. Birman afirma que é sempre “o horizonte da cura da loucura que está em questão” (1978, p. 44). Portanto, a escolha de uma das linhas de pensamento sobre a causa da alienação mental levaria a uma ou outra forma de lidar com ela, agora em termos de tratamento. Duas escolas disputavam verdades sobre o assunto: a somaticista, que defendia que a causa da loucura estaria no organismo e que, portanto, seu tratamento seria físico, e a psicológica, que pressupunha uma causa moral. A psiquiatria enveredou pela escola interacionista, que aceitava ambas as possibilidades para a origem da doença mental, mas enfatizava o tratamento moral. No entanto, a busca por uma comprovação concreta da existência da doença permanecia, com autópsias e comparações de lesões e características físicas entre cérebros de pessoas ditas normais e de alienados.

Birman destaca que, ainda que não encontrasse nada cientificamente relevante na estrutura dos cérebros das pessoas com alienação mental, a psiquiatria insistia em justificar-se por essa via. “Os cérebros não falavam a tão procurada linguagem da lesão. Mas, apesar disso, as assertivas persistiam” (BIRMAN, 1978, p. 55). No século XIX, muitos psiquiatras eram adeptos da frenologia, que pretendia ser capaz de distinguir o caráter das pessoas, sua tendência à prática de crimes, entre outras avaliações morais, pelo formato do crânio. E não se pode perder de vista o interesse dos alienistas de que a loucura fosse definitivamente um objeto da medicina. A busca pela cura não era somente um imperativo moral, mas também o vislumbre de resultados diante de curiosidades acadêmicas verdadeiras.

A essa época, portanto, a alienação mental era considerada “uma subversão das faculdades do espírito, sendo o louco sinalizado como um indivíduo impulsivo e descontrolado” (BIRMAN, 1978, p. 59). Segundo Birman, uma vez que não se encontram causas comprováveis para a alienação mental, os alienistas começam a sugerir que o importante seria oferecer alívio aos sintomas, pelos meios que existiam.

Curava-se apesar do desconhecimento da natureza da alienação mental. Então esta cura era avaliada de acordo com um critério autoritário do psiquiatra, uma imagem de normalidade não assegurada teoricamente. Para recolocar o alienado nesta imagem de normalidade que a medicina mental esperava dele, os meios morais eram utilizados de acordo com sua eficácia. Tudo aquilo que adaptasse o louco na moralidade instituída, marcando-o no seu corpo e nas suas paixões, era considerado eficaz. Este seria o enigmático critério de eficácia dos meios ditos curativos (BIRMAN, 1978, p. 70).

Philippe Pinel define a loucura como “lesão do intelecto ou da vontade, embora manifestada por sintomas orgânicos e comportamentais” (PESSOTTI, 1999, p. 57). Segundo Pessotti (1996), o alienista não fortalece a noção de desrazão, presente na filosofia de Descartes, mas concebe uma razão desequilibrada, o que permite que a humanidade do paciente seja mantida.

O louco não é, para Pinel, substancialmente diverso do homem sadio, já que em tantos momentos da vida, qualquer um age indiferente à razão ou ao bom senso (no *Traité*, essa ideia é recorrente). E, nessa convicção, a loucura passa a ser vista como apenas uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. A função da psicopatologia é, basicamente, a de distinguir entre um estado e outro. E a tarefa do alienista é assegurar ao doente mental o reencontro da plena racionalidade (PESSOTTI, 1996, p. 73).

Segundo Foucault (2006), ao criar o hospital psiquiátrico e instituir a psiquiatria, Pinel teria permitido que a loucura se realizasse. Assim, enquanto o hospital comum era responsável por identificar a doença e suprimi-la, no hospital psiquiátrico, o médico tinha um papel de árbitro, decidindo se aquilo que se apresentava era doença ou não. Sendo, iniciava-se o tratamento na instituição. O tratamento, segundo Foucault, não tinha o objetivo de extirpar a loucura, mas seus sintomas, enquanto fazia com que ela passasse a ser considerada real.

A alienação mental é, para Foucault (2007), antes uma alienação do louco em relação ao local onde vive.

A fim de se poder denunciar esses homens desatinados como estrangeiros em sua própria pátria, é necessário que esta primeira alienação tenha sido realizada, alienação que arranca o desatino a sua verdade e confina-o apenas ao espaço do mundo social. Na base de todas essas obscuras alienações em que de bom grado embarçamos nossa idéia da loucura, há pelo menos o seguinte: é nessa sociedade, que um dia deveria designar esses loucos como “alienados”, que inicialmente o desatino se alienou; é nela que a insanidade se exilou e ficou em silêncio. Alienação: este termo, pelo menos aqui, preferiria não ser inteiramente metafórico. Em todo caso, *ele procura designar esse movimento pelo qual o desatino deixou de ser experiência na aventura de toda razão humana, e através do qual ela se viu contornada e como que encerrada numa quase-objetividade*. E então ela não pôde mais animar a vida secreta do espírito, nem acompanhá-lo com sua constante ameaça. *Ela é posta à distância*; distância que não é apenas simbolizada, mas realmente assegurada, na superfície do espaço social, pelo cerco das casas de internação (FOUCAULT, 2007, p. 104 – grifo nosso).

Em outro trecho de sua História da Loucura, Foucault destaca a definição contida na Enciclopédia de então, que a distingue de outras terminologias:

Afastar-se da razão sem o saber, por estar privado de idéias, é ser *imbecil*; afastar-se da razão, sabendo-o, porque se é escravo de uma paixão violenta, é ser *fraco*; mas afastar-se da razão com confiança, e com a firme persuasão de

estar obedecendo à razão, é o que constitui, a meu ver, o que chamamos de ser *louco* (ENCYCLOPÉDIE apud FOUCAULT, 2007, p. 186 – grifo do autor).

A alienação aparece mais uma vez como distância, agora entre loucura e razão. O aspecto mais importante dessa concepção é que o louco se afasta da razão, “mas pondo em jogo imagens, crenças, raciocínios encontrados, tais quais, no homem de razão. Portanto, o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro” (FOUCAULT, 2007, p. 186).

A presença dos julgamentos morais na constituição da psiquiatria é muito relevante para a compreensão do lugar ocupado pelo louco na sociedade. Esquirol arrolava uma lista de causas para a alienação mental que incluíam masturbação, relações sexuais em determinadas condições, gestação e amamentação, supressão da transpiração, menstruação, condições de gestação da mãe, situações vividas pela mãe durante a gravidez ou pelo recém-nascido, a primeira dentição, febres, entre outras. Ao associar a alienação mental à hereditariedade, ela passa a ser “uma marca do fracasso dos novos costumes instituídos e das relações morais, no nível da instituição familiar” (BIRMAN, 1978, p. 81). Sobre a questão da herança biológica, destaca-se, na segunda metade do século XIX, a teoria de Bénédict Morel, segundo a qual o mecanismo que levava as lesões cerebrais a provocarem alienação mental era a degeneração.

Sandra Caponi (2012) afirma que “os processos de degeneração só podem ser o resultado de influências mórbidas, de ordem física ou moral [...]. A causa geral que aparece necessariamente em todos os casos [...] é a transmissão hereditária” (CAPONI, 2012, n.p.). A autora informa que eram seis os tipos de influência sugeridos por Morel para a degeneração: 1) intoxicação, na qual se incluem o clima, o solo, as epidemias, o ar, os miasmas e o abuso de álcool; 2) o meio social, cujas degenerações são produzidas por atividades industriais, miséria, profissões insalubres, afetando especialmente os pobres e perigosos; 3) afecções mórbidas anteriores ou um temperamento malsão enfatizado pela hereditariedade, causa que inclui todos os habitantes dos hospitais psiquiátricos que têm ideias delirantes, melancolia, mania, paralisia geral, idiotia e imbecilidade; 4) imoralidade, que aponta estigmas, traços físicos que indicariam os males morais; 5) doenças congênitas ou adquiridas na infância, que se referem a crianças com desenvolvimento deficitário, o que pode ocorrer por lesão cerebral, ingestão de substâncias tóxicas na amamentação, tuberculose ou convulsões, incluindo os cegos e surdos, que também podem apresentar problemas no desenvolvimento moral; 6) influências hereditárias, como causa mais geral e universal que afeta pessoas, famílias e populações. O diferencial de Morel

está na compreensão de que, após gerações, a degeneração tornava-se incurável. E isso justificaria o fracasso do tratamento moral de Pinel e Esquirol.

A respeito do que possibilitou a teoria da degeneração, Foucault aponta, além da origem contida num passado que não se controla – a hereditariedade –, o início de uma compreensão da loucura como irreversível no âmbito dos fenômenos sociais.

Sem dúvida, esta dialética simples entre o bem e o mal, entre o progresso e a decadência, entre a razão e o desatino, é muito familiar ao século XVIII. Mas sua importância foi decisiva na história da loucura: ela inverteu a perspectiva temporal na qual normalmente se percebia a loucura; colocou-a no curso indefinido de um tempo cuja origem era fixa e cujo objetivo era cada vez mais recuado; abriu a loucura para uma duração irreversível, rompendo seus ciclos cósmicos e arrancando-a à fascinação do erro passado; prometia a invasão do mundo pela loucura, não mais sob a forma apocalíptica do triunfo do Insensato, como no século XV, mas sob a forma contínua, perniciosa, progressiva, jamais fixada em nenhuma figura terminal, rejuvenescendo em virtude do próprio envelhecimento do mundo. Desde antes da Revolução já se inventava um dos grandes temores do século XIX, e já se lhe dava um nome: chamavam-no de "a degeneração" (FOUCAULT, 2007, p. 371-372).

Para Birman (1978), a compreensão de uma causalidade moral coloca a loucura em um novo lugar, sob o signo da alienação mental, diferentemente de Pessotti (1999), que identifica esse processo ainda no século XVII, como descrito acima, sem associação à questão da moral, a partir dos escritos de Plater. A formalização da alienação mental como objeto da psiquiatria no âmbito da medicina se deve, segundo Birman, ao fato de a loucura estar agora no espaço das inter-relações humanas. Isso quer dizer que a loucura se tornou sinônimo de não realização de sociabilidade.

É neste novo lugar e com um outro horizonte, que a loucura se torna alienação, isto é, a não realização da sociabilidade, no plano real ou no simbólico. É sobre este fundo, presente e ausente a um só tempo no pensamento psiquiátrico, que a loucura se torna a posituação das falhas desta sociabilidade, a atualização por ações, gestos e palavras de tudo aquilo que impossibilitaria esta vida conjunta dos indivíduos (BIRMAN, 1978, p. 89).

Compreendendo a loucura como incapacidade ou dificuldade de socializar-se, não fica difícil identificar de que forma a comunidade e o mundo do trabalho podem ser afetados por ela.

O alienado e o sujeito-de-razão vivem no mesmo espaço de suas possibilidades humanas e de suas redes de relações, sendo que se tornar alienado, a partir de agora, articula-se a motivos ligados ao convívio com os outros. Que se trate de uma *sociabilidade* a dois ou a muitos, que se restrinja a um pequeno ou a um grande número de indivíduos, que remeta à escala de conflitos de uma nação ou de uma família, ou mesmo se tratando de uma *anti-sociabilidade*, que se expressa pelo mutismo, pela inatividade pragmática e pelo desprezo real e (ou) simbólico às regras do convívio, estamos em

qualquer destas possibilidades no mesmo espaço discursivo: a *vida-em-comum* está agora no núcleo da determinação da loucura, tornando-se o lugar e a condição de possibilidade de sua racionalidade. São as condições desta vida-em-comum e suas exigências, reais e simbólicas, que desenham os contornos da alienação mental (BIRMAN, 1978, p. 89 – grifos do autor).

Evidentemente, as definições de normalidade impostas pela psiquiatria são até hoje motivo de críticas e debates aparentemente infíndos. Essa vinculação da alienação mental à questão da sociabilidade a torna um conceito fluido, dependente da cultura e do contexto histórico, dos papéis que se esperam dos atores sociais, da configuração dos papéis de gênero etc.. Trata-se de garantir à psiquiatria a liberdade de estabelecer o que é certo e o que é errado no comportamento dos indivíduos, somando-se a isso a autorização para impor tratamentos que conduzam as condutas à normalidade estabelecida.

Por outro lado, a psiquiatria assume aí a perda de esperança na identificação de males localizados no corpo para determinar a inclusão de alguém na carreira moral do doente mental (GOFFMAN, 2008), ou no circuito institucional psiquiátrico. Foucault (2006) afirma que houve, por parte da psiquiatria, um fracasso no estabelecimento de causas anatomopatológicas, neurológicas e fisiopatológicas para a loucura, restando àquela disciplina, sempre na tentativa de permanecer como parte da medicina, três instrumentos: o interrogatório, a hipnose e as drogas.

Pessotti (1999), ainda em seu detalhamento histórico das concepções de loucura, aponta Beaugrand como o primeiro autor a mencionar, em 1865, “doença mental” como uma expressão que deveria substituir “alienação mental”. Ao apresentar uma concepção nosológica, Beaugrand critica a forma caótica como os pensadores anteriores realizaram suas classificações de tipos de alienação mental, e a loucura fica, a partir de então, subordinada tão somente a critérios médicos. Inaugura-se aí o modelo médico da psicopatologia.

Pessotti (1999) afirma que o conceito básico de loucura permanece praticamente o mesmo desde a antiguidade: “perda da autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno), seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento” (PESSOTTI, 1999, p. 7).

Embora haja um esforço da comunidade acadêmica em modificar terminologias a fim de amenizar os estigmas que a loucura carrega ao longo da história, nota-se uma dificuldade teórica em separar tais conceitos do aparato teórico e metodológico da medicina. A psicopatologia, como campo de estudo compartilhado entre medicina e psicologia, mantém, inclusive no nome, o signo do poder psiquiátrico. Assim, ainda que as propostas de inovação

conceitual e terminológica tenham uma perspectiva cada vez mais preocupada com as pessoas tidas por loucas, pouco mudam no que se refere à hegemonia ideológica e ao poder que envolve o fenômeno da loucura.

É possível listar expressões utilizadas para substituir “loucura” ao longo do tempo:

- alienação mental – como a loucura após sua apropriação pela psiquiatria ou pelo alienismo;
- doença mental – a loucura configurada doença, com classificação nosológica como as demais doenças;
- distúrbio mental – expressão que remete a uma percepção externa do que ocorre com a pessoa, como se houvesse nela algo que a tornasse diferente do restante da sociedade, sugerindo responsabilidade da própria pessoa diante da sua condição;
- transtorno mental – propõe-se um termo mais leve e menos focado no indivíduo do que o anterior, porque “transtorno” pode referir-se às situações sociais em que a pessoa se envolve por conta da loucura;
- sofrimento psíquico grave – expressão muito usada na atualidade, tomada de contradições, ao criar uma distinção entre “sofrimento” e “sofrimento psíquico” que não fica clara sem que se recorra às classificações médicas. Compreende-se que o sofrimento é totalmente pessoal e ocorre obrigatoriamente no nível psi. Ou seja, conceber algum sofrimento como não psíquico é atribuir sofrimento ao corpo ou colocá-lo no nível das sensações, como a dor. A sensação de dor nem sempre provoca sofrimento. As dores sentidas em uma massagem podem provocar prazer, por exemplo. A gravidade, por seu turno, é determinada por quem sofre. É possível encontrar pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em paz consigo e pessoas sem qualquer diagnóstico ou manifestação patológica nos termos dos manuais, em sofrimento pela morte de um ente querido, próximas de um ato de suicídio. É louvável, no entanto, a preocupação dessa expressão com a explicitação do sofrimento como objeto da intervenção em saúde mental, retirando seu foco do diagnóstico. A expressão vem sendo substituída e compartilhada por “sofrimento mental”, verbete ainda menos consolidado.

Portanto, dos termos elencados acima, o único que é rejeitado nesta tese é o último, dada sua fragilidade teórica, sendo ainda incapaz de romper com a vinculação à psiquiatria, por precisar dela para se explicar, ainda que tenda mais à psicopatologia e a classificações no campo

da psicologia. Nota-se que a utilização dessas expressões não segue uma linearidade temporal quanto à sua tecnicidade. Parte-se, sim, de um termo não técnico – loucura –, o qual se mantém em uso no cotidiano e eventualmente em trabalhos acadêmicos. Mas as outras palavras oscilam ao longo do tempo e algumas expressões são mescladas. Assim, é comum encontrar “sofrimento mental”, “transtorno psíquico”, “distúrbio psicológico”, entre outras combinações. Não parece haver justificativas claras quanto à terminologia adotada.

Foucault (2000), na introdução de sua reflexão sobre doença mental e psicologia, questiona a dificuldade encontrada pelos pensadores para definir doença mental:

[...] podemos perguntar-nos se a confusão não provém do fato de que se dá o mesmo sentido às noções de doença, de sintomas, de etiologia nas patologias mental e orgânica. Se parece tão difícil definir a doença e a saúde psicológicas, não é porque se tenta em vão aplicar-lhes maciçamente conceitos destinados igualmente à medicina somática? A dificuldade em reencontrar a unidade das perturbações orgânicas das alterações da personalidade não provém do fato de se acreditar que elas possuem um mesmo tipo? Para além das patologias mental e orgânica, há uma patologia geral e abstrata que as domina, impondo-lhes, à maneira de prejuízos, os mesmos conceitos, e indicando-lhes os mesmos métodos à maneira de postulados (FOUCAULT, 2000, p. 7-8).

Por esse motivo, na maioria das vezes, a compreensão de doença mental vem acompanhada de descrições das perturbações psíquicas ou dos tipos de loucura segundo critérios da psiquiatria e da psicopatologia. Ao longo deste trabalho, que não tem como objetivo a constituição de definições ou o apontamento de terminologias ideais, serão utilizadas diversas formas de referência ao fenômeno da loucura, como sugerido acima, e às pessoas que a manifestam.

1.1.1. Institucionalização da alienação mental

Mas deveras estariam eles doidos, e foram curados por mim, ou o que pareceu cura não foi mais do que a descoberta do perfeito desequilíbrio do cérebro?

Simão Bacamarte, em O Alienista – Machado de Assis

Ao iniciar uma análise histórica, Isaías Pessotti afirma que, “se entendermos a loucura como a perda das capacidades racionais ou a falência do controle voluntário sobre as paixões, uma história da loucura deveria começar, praticamente, com a história da espécie humana” (PESSOTTI, 1994, p. 7). Assim, o autor opta por uma descrição da trajetória da psicopatologia, considerando que Foucault realizou, em sua História da Loucura, uma abordagem crítica que a vê como comportamento desviante em determinada época.

Foucault (2007), por seu turno, preocupado com a forma como a sociedade lida com a loucura ao longo da história e com os significados e manifestações que ela adquire, nota uma substituição de papéis sociais. A hanseníase de outrora, com seus estigmas e instituições como os leprosários, dá lugar à loucura e aos manicômios.

Busca-se aqui, portanto, mesclar a contribuição de alguns autores que tratam do processo de institucionalização da loucura, uma vez que o desenvolvimento da psiquiatria institucional encontra berço nas concepções morais que orientaram as políticas sociais, as quais têm relação direta com as discussões sobre o mundo do trabalho, que também será abordado nesta tese.

Aparentemente os autores concordam que a loucura inicialmente encontrou morada no discurso religioso e na atuação religiosa. Os primeiros exercícios de conceituação, apontados no item anterior, tinham relação com o divino ou com o diabólico. Com o poder da Igreja e sua relação intrínseca com o Estado, a reação aos loucos veio acompanhada de avaliações morais, primeiro sem embasamento científico e formal. Depois, com apoio das ciências ante as limitações das épocas, foram apontadas causas, explicações e motivações para o surgimento de comportamentos ditos loucos e sugeridas formas de amenizar ou extinguir essas atitudes.

Antes que se fizessem grandes elaborações técnicas, científicas e institucionais a respeito do fenômeno da loucura, no século XIV, lembra Foucault, teve lugar a nau dos loucos. Enquanto obras literárias e plásticas retratavam navegações oníricas de um período de grandes descobertas e dominação de territórios e povos,

[...] de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 2007, p. 9).

Aqueles que antes peregrinavam sem rumo pelas cidades medievais passavam a ser enviados em navios para lugares desconhecidos, abandonados à própria sorte. Continuavam seu caminho em direção a lugar nenhum. Essa atuação em relação aos loucos não parece ter sido institucional, mas uma resposta de indivíduos que se viam importunados com sua presença. No entanto, Foucault destaca ainda o caráter moral do ato, bem como o símbolo da purificação manifesto na água.

É que esta circulação de loucos, o gesto que os escorraça, sua partida e seu desembarque não encontram todo seu sentido apenas ao nível da utilidade social ou da segurança dos cidadãos. Outras significações mais próximas do

rito sem dúvida aí estão presentes; e ainda é possível decifrar alguns de seus vestígios. Assim é que o acesso às igrejas é proibido aos loucos, enquanto o direito eclesiástico não lhes proíbe o uso dos sacramentos.

[...]

Por um lado, não se deve reduzir a parte de uma eficácia prática incontestável: confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca (FOUCAULT, 2007, p. 11, 12)

Foucault considera dois itens fundamentais para a compreensão da experiência do Classicismo com a loucura. O primeiro tem a ver com a relação contraditória que a loucura estabelece com a razão. Cada uma passa a ser a medida da outra, a verdade de cada uma é estabelecida pela verdade da outra. “Isto é, a loucura só existe com relação à razão, mas toda verdade desta consiste em fazer aparecer por um instante a loucura que ela recusa, a fim de perder-se por sua vez numa loucura que a dissipa” (FOUCAULT, 2007, p. 33). O segundo é o momento em que a loucura se torna uma forma de razão. Isso ocorre com a loucura sendo incorporada à existência humana mesma. “Pois se existe razão, é justamente na aceitação desse círculo contínuo da sabedoria e da loucura, é na clara consciência de sua reciprocidade e de sua impossível partilha. A verdadeira razão não está isenta de todo compromisso com a loucura; pelo contrário, ela tem mesmo de tomar os caminhos que esta lhe traça” (FOUCAULT, 2007, p. 33-34).

Data de 1656 a abertura do primeiro hospital geral em Paris. Na realidade, vários estabelecimentos já existentes – alguns funcionaram como leprosários, outros eram antigas fábricas, outros eram prédios abandonados – passaram a funcionar como abrigo, muitos vinculados à Igreja. Eram espaços para alojamento dos pobres e outros indivíduos incômodos da cidade.

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar (FOUCAULT, 2007, p. 49).

Os diretores desses hospitais eram responsáveis pelas pessoas elegíveis para aquele espaço mesmo fora do estabelecimento, com “todos os poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição” (Art. XIII do Édito de 1656 apud FOUCAULT, 2007, p. 49). Logo, o hospital não era, então, de uma instituição médica, ainda que previsse a visita de profissionais médicos duas vezes por semana. Era uma entidade semijurídica, com soberania para muitas decisões sem que pudesse ser submetida a apelação. A experiência ainda no século XV espalhou-se rapidamente na França.

Na Inglaterra, as casas de correção foram implantadas antes, no século anterior, após um ato da Rainha Elizabeth I de 1575, prevendo punição dos vagabundos e alívio dos pobres. Um ato de 1670 oficializa a criação das *workhouses*, que se espalham e têm um sucesso maior do que as propostas anteriores. O *Gilbert's Act* de 1792 recomenda que essas casas expulsem os doentes contagiosos. Nelas permaneceriam condenados por crimes, jovens de comportamento difícil, vagabundos e insanos. Nesse momento, já havia opções de internamento desses indivíduos por toda a Europa: Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália e Espanha. Em Paris, 1% da população chegou a ficar detida no único hospital geral local – 6 mil pessoas.

Foi essa a instituição que Pinel encontrou na Salpêtrière e em Bicêtre, entidades muito mencionadas pelo alienista e por Foucault em sua análise. Sobre a atitude de unir a loucura aos demais desvios morais nos hospitais, Foucault alerta:

O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação (FOUCAULT, 2007, p. 55-56).

O processo de institucionalização da miséria começa com a sua laicização. Isso quer dizer que, se antes a miséria era tida como um lugar próximo da glória de Deus, explicada pela sua vontade, no século XVII ela se torna meramente uma questão moral. Para a Igreja, a existência da miséria passa a ser explicada pela necessidade de que os cristãos aprendam a caridade. Criam-se as figuras dos bons e dos maus pobres, daqueles que aceitam sua condição e se submetem às instituições e dos que recusam a internação – e, por isso, são tidos como merecedores de suas circunstâncias. A internação mescla, portanto, funções de benefício e punição e acolhe a loucura sob essas condições até o fim do século XVIII.

Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (FOUCAULT, 2007, p. 63).

O principal aspecto moral naquele momento, bem como atualmente, não foge do que virá a ser denominado ética capitalista. A grande internação representa, na história, a imposição da obrigação de trabalhar. Ora, se há um grupo tão grande de pessoas em situação de mendicância e atrapalhando o cotidiano da cidade, seria preciso contê-las onde fossem obrigadas a trabalhar e recebessem apenas o mínimo para manter-se. Afinal, como confiar na moral de pedintes? Como ter certeza de que vão fazer bom uso dos recursos que podem lhes ser doados?

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade (FOUCAULT, 2007, p. 63-64).

É nesse aspecto que há um encontro entre os temas abordados nesta tese: alienação mental e trabalho alienado. O mesmo édito que cria os hospitais gerais determina o chicoteamento ou o banimento de mendigos em Paris e arredores. Também é prevista a punição por chicotadas às pessoas com doenças venéreas, que apenas após essa punição, seriam acolhidas no hospital. Enquanto essas doenças eram tidas como resultado de pecados contra a carne, a loucura passava a significar falta contra a razão. “A loucura começa a avizinhar-se com o pecado” (FOUCAULT, 2007, p. 87). Ambas permanecem institucionalizadas no mesmo espaço e sob as mesmas condições por 150 anos. Nesse mesmo lugar estiveram pessoas autoras de profanações, blasfêmias, libertinagem, práticas homossexuais e outras. Segundo Foucault, esses comportamentos já são, aí, considerados próximos da loucura e deles a psiquiatria se ocupará posteriormente.

O reconhecimento dos feitos de Pinel aparece em Foucault sob a observação de que a medicina passa, em relação à alienação mental, a cumprir tanto o papel de identificação de

causas e tratamento, quanto o de garantir a execução das previsões da lei em relação ao encarceramento dos loucos.

O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (FOUCAULT, 2007, p. 132).

Antes de Pinel, no entanto, outros chegaram a demonstrar insatisfação e críticas ao fato de haver loucos aprisionados junto de criminosos e outros miseráveis das cidades. No entanto, segundo Foucault (2007), referindo-se a Mirabeau como exemplo, a percepção desses críticos é de que é injusto para com os demais encarcerados que tenham que conviver com os loucos, e não o contrário. São apresentadas queixas de que os alienados e insensatos faziam muito barulho, atrapalhando a paz do local e importunando aqueles para quem as instituições de fato deveriam servir. Além disso, crises econômicas que provocaram aumento acentuado da população indigente contribuíram para que, por meio da separação dos internos por tipo e da dispensa de alguns grupos, fossem criados hospitais específicos para doentes mentais na Europa.

A história da loucura, até a difusão da psiquiatria como especialidade médica, confunde-se com a história da pobreza. No entanto, mesmo após as classificações e a implantação de tratamentos, não se vê uma separação definitiva dos dois fenômenos, uma vez que a moral perpassa as intervenções sobre ambas ao longo do tempo. A grande internação é criticada por retirar as pessoas da produção, do trabalho. Aqueles institucionalizados, antes e depois da instituição psiquiátrica, convivem com a pecha de vagabundos e estorvo para as cidades. Essa relação será retomada nos próximos capítulos.

Assim, foram mantidos reclusos os criminosos e os loucos, a estes reservando espaços cada vez mais exclusivos nos ambientes de encarceramento. Ao passo em que a loucura começa a ser vista como fenômeno mais independente da pobreza, ela se aproxima da judicialização, porque se considera fundamental seu isolamento. No entanto, o tratamento que se oferece é ambíguo, porque a primeira justificativa para a separação dos loucos dos demais presos é o fato

de aqueles piorarem a vida desses, seguida da reconhecida necessidade de um cuidado diferenciado aos alienados. Esses fatores são determinantes para o que Foucault considera o fim da era do internamento, o fim da grande internação, e o início da relação da loucura com a medicina, sendo ela uma problemática própria.

Há uma certa forma de consciência, historicamente situada, que se apoderou da loucura e que dominou seu sentido. Se essa nova consciência parece devolver à loucura sua liberdade e uma verdade positiva, não é apenas através do desaparecimento das antigas coações, mas graças ao equilíbrio entre duas séries de processos positivos: uns de esclarecimento, de separação e, se se preferir, de liberação; os outros constroem apressadamente novas estruturas de proteção, que permitem à razão desprender-se e garantir-se no exato momento em que ela redescobre a loucura numa proximidade imediata. Estes dois conjuntos não se opõem; fazem, mesmo, mais do que se completar; são uma só e mesma coisa – a unidade coerente de um gesto com o qual *a loucura é entregue ao conhecimento numa estrutura que é, desde logo, alienante* (FOUCAULT, 2007, p. 454 – grifo do autor).

Segundo Pessotti (1994), a instituição psiquiátrica advém do interesse de Pinel em realizar profunda e longa observação do comportamento das pessoas acometidas de doença mental. O objetivo do tratamento pineliano é ajustar o comportamento da pessoa.

Desde que a reforma dos costumes do paciente se afigure impossível, a competência clínica cessa. Resta ao louco o confinamento definitivo. Entendida a loucura como causadora de maus hábitos, a tarefa do clínico é aplicar os ‘processos repressivos’ adequados (PESSOTTI, 1994, p. 150).

[...]

A atitude de Pinel frente à loucura parece, às vezes, oscilar entre a neutralidade da observação científica e a confiança na repressão como método de recuperação ou reeducação do alienado (PESSOTTI, 1994, p. 152).

Segundo Foucault (2007), para Pinel, era importante que, após a libertação das correntes em que os loucos se encontravam, eles pudessem se estabilizar em um “tipo social moralmente reconhecido e aprovado” (p. 474). Isso tem muita relação com o exercício do papel social de trabalhador, que é então tido como equivalente à humanidade em si. “[...] para ele, o essencial é que a razão seja significada por tipos sociais cristalizados bem cedo, desde que o louco deixou de ser tratado como o Estranho, o Animal, como figura absolutamente exterior ao homem e às relações humanas” (p. 474).

A observação que Pinel, na França, e William Tuke, na Inglaterra, desejavam realizar exigia uma aproximação com os sujeitos, que seria impensável anteriormente. Isso fazia com que a subjetividade adquirisse importância e que a alienação, antes percebida pela separação

física dos indivíduos loucos em relação à comunidade, fosse interiorizada. As histórias de libertação dos loucos teriam aparecido como mito, segundo Foucault.

O internamento clássico havia criado um estado de alienação que só existia do lado de fora, para aqueles que internavam e que só reconheciam o interno como Estranho ou Animal; Pinel e Tuke, nesses gestos simples que a psiquiatria positiva paradoxalmente reconheceu sua origem, interiorizaram a alienação, instalaram-na no internamento, delimitaram-na como distância entre o louco e ele próprio, instituindo-o com isso em mito. E é bem mito que se deve falar quando se faz passar por natureza aquilo que é conceito, por liberação de uma verdade o que é reconstituição de uma moral, por cura espontânea da loucura aquilo que talvez não passe de sua secreta inserção numa realidade artificiosa (FOUCAULT, 2007, p. 476).

Como a origem da alienação mental em Pinel é a imoralidade, compreendida como excesso e desvio, a oferta é de um tratamento moral. Segundo Pessotti (1994), a “loucura parece ser o castigo da imoralidade ou dos hábitos inadequados” (p. 164). Em seu tratado, Pinel sugere, para alguns casos, comportamentos duros e negociações envolvendo ameaças, retirada de alimentação e outras punições para alcançar a cura.

Uma repressão enérgica e um estado de dependência e restrição podem acelerar grandemente a cura, especialmente quando a pessoa louca é dominada por sentimentos de grandeza ou seu orgulho é inflado pela memória dos lugares ou dignidades que ele possui ou cargos que ocupou. O isolamento mais absoluto é, então, não apenas necessário, mas também a convicção íntima de que depende de uma autoridade superior e contra a qual toda a resistência seria vã (PINEL, 1809, p. 192 – tradução nossa).

Apesar de haver um intuito real de obter informações verdadeiras sobre a manifestação dos transtornos mentais, aparentemente Pinel crê que a pessoa controle os próprios comportamentos e simule o que se julgam sintomas. Suas observações e testes com os pacientes não têm maiores preocupações éticas, ainda que ele mencione a importância de que a equipe não pratique abusos e violências (desnecessárias) contra eles. E é dessa forma que o autor cita a resistência de pessoas doentes ao frio e o tempo que são capazes de ficar sem alimentação. Nesse último caso, a falta de apetite e a recusa à nutrição são sintomas. Em outros momentos, destaca a importância de se ter algum homem forte e grande – de aparência hercúlea – para que a pessoa internada se sinta ameaçada e mude de atitude. A disciplina é apontada como elemento terapêutico fundamental e a permanência da pessoa na família é tida como um fator negativo, que tornaria impossível o tratamento (PINEL, 1809).

Essas contradições no trabalho desenvolvido por Pinel, que levaram Foucault a chamar seus relatos de sucesso de mitos, ficam mais claras naquilo que Tuke denomina “princípio do medo”. Se antes, na idade clássica, o louco era o causador de medo, agora ele seria vítima.

O terror que reinava era o signo mais visível da alienação da loucura no mundo clássico; o medo está agora dotado de um poder de desalienação, que lhe permite restaurar uma convivência bem primitiva entre o louco e o homem de razão. Ele deve solidarizá-los novamente. Agora, a loucura não mais deverá, não mais poderá causar medo; ela terá medo, sem recurso nem retorno, inteiramente entregue, com isso, à pedagogia do bom senso, da verdade e da moral (FOUCAULT, 2007, p. 478).

Pinel afirma que muitas vezes bastava o olhar do vigilante para que o doente mudasse algum comportamento. Os vigilantes, agora desarmados, atuavam utilizando a autoridade. “A ausência da coação nos asilos do século XIX não é desatino libertado, mas loucura há muito dominada” (FOUCAULT, 2007, p. 483). Explica-se, assim, o motivo de a libertação ser tida por lenda.

A loucura só existe como ser visto. Essa proximidade que se instaura no asilo, que as correntes e as grades não rompem, não permitirá a reciprocidade: é apenas a proximidade do olhar que vigia, que espia, que se aproxima para ver melhor, mas que se afasta cada vez mais, uma vez que só aceita e reconhece os valores do Estranho. A ciência das doenças mentais, tal como se desenvolve nos asilos, pertencerá sempre à esfera da observação e da classificação. Não será diálogo. E não poderá ser verdadeiramente um diálogo a não ser no dia em que a psicanálise tiver exorcizado esse fenômeno do olhar, essencial para a loucura do século XIX, e quando ela tiver substituído sua magia silenciosa pelos poderes da linguagem. Mesmo assim, seria mais justo dizer que ela revestiu o olhar absoluto do vigilante com a palavra indefinidamente monologada do vigiado – conservando assim a velha estrutura asilar do olhar não-recíproco, porém equilibrando-o, numa reciprocidade não-simétrica, através da nova estrutura da linguagem sem resposta (FOUCAULT, 2007, p. 482).

Enquanto para as doenças do corpo e a pobreza, na economia liberal, as famílias eram tidas como o lugar primeiro do cuidado, no caso da alienação mental, prefere-se uma intervenção institucional externa. No Retiro de York, asilo criado por Tuke e onde ele atuava, desenvolveu-se uma organização baseada na estrutura da família patriarcal. Tratava-se de um “complexo parental”. “Ali onde a família falta, ele a substitui por um cenário fictício através de signos e atitudes. [...] bem depois de a doença dos pobres tornar-se outra vez assunto do Estado, o asilo manterá o insensato na ficção imperativa da família; o louco continuará menor, e durante muito tempo a razão conservará para ele os traços do Pai” (FOUCAULT, 2007, p. 485). Essa diminuição do adulto a uma menoridade pelas autoridades faz parte da ordem institucional também abordada por Goffman, em que, a fim de manter a submissão, os internos são tratados de forma infantilizada. Como a instituição repetirá aspectos da família patriarcal, Foucault lembra que também serão acesos ódios antigos, profanações, além de incesto e castigos.

Enquanto Tuke permitia a manifestação religiosa em seu Retiro, inclusive considerando ideal que o espaço de tratamento fosse também um lugar de professar crenças, Pinel a via com cautela, por ter verificado aumento de ocorrências de alucinações e delírios com leituras e práticas religiosas. Foucault enfatiza, no entanto, que Pinel buscava reduzir as formas imaginárias referentes à religião, mas não sua moral.

Repressão e tratamento se confundem no asilo de Pinel.

A justiça que reina no asilo de Pinel não empresta da outra justiça seus modos de repressão; inventa os seus. Ou, melhor, utiliza os métodos terapêuticos que haviam sido difundidos no século XVIII, deles fazendo formas de castigo. E essa conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, não é um dos menores paradoxos da obra "filantrópica" e "libertadora" de Pinel. Na medicina da época clássica, banhos e duchas eram usados como remédios de acordo com a imaginação dos médicos sobre a natureza do sistema nervoso: tratava-se de refrescar o organismo, de distender as fibras ardentes e ressecadas. É verdade que se acrescentava também, entre as conseqüências felizes da ducha fria, o efeito psicológico da surpresa desagradável, que interrompe o curso das idéias, muda a natureza dos sentimentos; mas aqui, ainda estamos na paisagem dos sonhos médicos. Com Pinel, o uso da ducha torna-se francamente judiciário; a ducha é a punição habitual [...] (FOUCAULT, 2007, p. 494).

Essas são as características da institucionalização da loucura e onde residem suas maiores críticas, ainda que após as louváveis atitudes de Pinel e Tuke em sua época. A partir de então, abrem-se as portas do manicômio aos médicos. A medicina, inundada pelo positivismo, busca identificar e classificar a loucura conforme suas causas e manifestações. A instituição torna-se assim o local da autoridade médica à qual o doente se submete antes mesmo que haja qualquer diagnóstico. Com as poucas informações disponíveis à época, especialmente em relação ao tratamento, mesmo imbuída do espírito positivista, a psiquiatria é tida inicialmente como um saber místico, dados os segredos da loucura. Esses segredos só começarão a ser desvendados com o desenvolvimento da psicanálise de Freud, a qual, segundo Foucault, rompe o silêncio institucional e busca dar voz e verdade à loucura.

1.2. Alienação no trabalho

O rápido progresso da civilização foi atribuído exclusivamente à cabeça, ao desenvolvimento e à atividade do cérebro. Os homens acostumaram-se a explicar seus atos pelos seus pensamentos, em lugar de procurar essa explicação em suas necessidades [...].

Friedrich Engels

Antes que se trate de alienação em Marx, é preciso compreender o que se chama trabalho. Assim, inicia-se este item com a apuração dos conceitos. Em seguida aborda-se o trabalho alienado em si e as metamorfoses do mundo do trabalho, úteis para que se compreenda a discussão que permeia os estudos sobre trabalho e a forma como o elemento primeiro da vida humana, quando submetido à condição de assalariamento, interfere nas relações sócio-históricas.

1.2.1. O trabalho

[...] até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem.

Friedrich Engels

É comum entre os autores que abordam o trabalho do ponto de vista sociológico ou político a constatação de que é por meio dele que os seres humanos modificam a natureza a fim de produzir o que é fundamental para manter a vida. Para Karl Marx (2013), essa é uma modificação mútua – a natureza e a pessoa mudam com a intervenção humana no meio.

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio (MARX, 2013, p. 326-327).

Ainda na perspectiva marxiana, Sávtchenko (1987) afirma que o trabalho é a atividade racional humana, com a qual o homem adapta os objetos da natureza para satisfazer suas necessidades. “No processo de trabalho, o homem despende energia física, nervosa e mental e cria os produtos necessários para a sua existência” (SÁVTCHENKO, 1987, p. 7). Enfatizando a função autotransformadora do trabalho, o autor considera que, por meio dele, são desenvolvidas a cultura material e espiritual e as aptidões físicas e espirituais do ser humano.

Sávtchenko (1987) elenca três elementos fundamentais do processo de trabalho: a atividade racional, os meios de trabalho e os objetos de trabalho. A primeira é o que diferencia a atividade humana da atividade dos animais. O trabalho racionalmente desenvolvido distancia-se muito das atividades executadas meramente por força do instinto. Os meios de trabalho, por seu turno, podem ser materiais ou espirituais. Os instrumentos de produção são o melhor

exemplo de meios de trabalho e envolvem ferramentas, máquinas, aparelhos com os quais se trabalha para atingir um objetivo. Edifícios, instalações, estradas e a própria terra são também meios de trabalho. Os objetos de trabalho, por sua vez, são aqueles nos quais se trabalha, ou seja, onde se impõe transformação, são os materiais submetidos a elaboração. Aqueles fornecidos diretamente pela natureza, como minérios, florestas e petróleo, são considerados objetos primários. Os que precisam de elaboração anterior para que haja produção são matérias-primas, objetos de trabalho secundários, como o trigo moído, a madeira em vigas, os polímeros.

Os meios e os objetos de trabalho são, juntos, os meios de produção, que “são mortos sem o homem” (SÁVTCHENKO, 1987, p. 12). Para que os objetos se tornem os bens necessários, é preciso que o homem trabalhe sobre eles, exerça sua força de trabalho. Os meios de produção somados à força de trabalho constituem as forças produtivas da sociedade. “O crescimento e aperfeiçoamento das forças produtivas fazem aumentar o poder do homem sobre as forças da natureza e são a base do desenvolvimento da sociedade humana” (SÁVTCHENKO, 1987, p. 12-13).

Outra característica do trabalho enfatizada pelos autores marxistas é sua natureza social. A produção sempre é social. Isso quer dizer que o trabalho humano faz uso do conhecimento historicamente acumulado, da cultura socialmente desenvolvida. Além disso, comumente trabalha-se em conjunto, os processos de trabalho se complementam. Portanto, quando se fala em trabalho, é sempre trabalho social.

Antes de avançar na discussão que abordará o trabalho considerado alienado, cabe apontar alguns conceitos e reflexões de outros autores sobre o trabalho. Hannah Arendt (2007) estabelece três tipos de atividade humana: labor, trabalho e ação. Labor é considerado por ela o trabalho inerente à própria vida, é o fazer como necessidade biológica. O trabalho, por sua vez, segundo a autora, ocorre no nível do artificialismo, pois produz coisas artificiais, diferentes do que há na natureza. A ação, por fim, incorpora a participação política.

O labor assegura não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas a vida da espécie. O trabalho e seu produto, o artefato humano, emprestam certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano. A ação, na medida em que se empenha em fundar e preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança, ou seja, para a história (ARENDR, 2007, p. 16).

Cristophe Dejours afasta-se drasticamente do conceito marxista e dos demais apresentados. Segundo o autor, trabalho é o que preenche a lacuna entre o prescrito e o efetivo, é o que “o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são confiados;

ou ainda o que ele deve dar de si mesmo para fazer frente ao que não funciona quando ele segue escrupulosamente a execução das prescrições” (DEJOURS, 2012, p. 38).

Não só seu conceito é distante daquele que envolve a relação entre o ser humano e a natureza, como também não constitui a prática do trabalho assalariado, embora se insira nele. O trabalho é compreendido por Dejours como um esforço superior ao que o empregador definiu como sendo a atividade do empregado, de forma a garantir que o objetivo seja atingido da melhor forma possível. Trata-se, portanto, de um conceito subjetivo, variável conforme o esforço e as possibilidades de cada trabalhador.

O “real do trabalho” manifesta-se, segundo Dejours, por meio do fracasso. É o que permite o aprendizado e a utilização de métodos melhores no cotidiano do trabalho assalariado. “É sempre afetivamente que o real do mundo inicia sua manifestação para o sujeito” (p. 39).

Quando analisa o conceito de trabalho em Freud, Dejours recupera o sentido do trabalho que transforma a pessoa. Segundo ele, Freud compreende uma exigência de trabalho psíquico advinda de pressões. Sua preocupação está na qualidade do trabalho, a qual depende do engajamento da subjetividade. O pensamento de Dejours será retomado quando da discussão sobre trabalho e saúde.

Uma característica fundamental do trabalho, aparentemente para a maioria dos autores, é seu caráter social. Mesmo que se enfatizem seus efeitos subjetivos, são consideradas e valorizadas as relações sociais que se estabelecem a partir do trabalho. Compreende-se por relações sociais não apenas o contato entre empregados e empregadores, nem as amizades e inimizades que daí podem surgir. Trata-se da relação travada com o mundo, com a cidade, com a família, com a própria vida.

Ao abordar a divisão do trabalho social, Durkheim (1999) afirma que a divisão de tarefas é o que torna a sociedade possível. O autor defende que a diferenciação de tarefas assumidas por cada grupo ou indivíduo é a maior responsável pelo que denomina “solidariedade social”. É mais que um fenômeno econômico, tornando-se a condição mais essencial da vida social, diz ele em referência a Comte.

Segundo Durkheim, a crescente divisão do trabalho se deve “ao fato de que os segmentos sociais perdem sua individualidade, que as paredes que os separam se tornam mais permeáveis, numa palavra, que se produz entre eles uma coalescência que torna a matéria social livre para entrar em novas combinações” (DURKHEIM, 1999, p. 252). Trata-se de uma ruptura com as formas ditas primitivas de organização social – tribais e comunitárias –, permitindo a

formação de cidades, com as pessoas passando a se identificar com aquele novo e mais amplo local. Esse fato apontado por Durkheim adviria de uma exigência diante do aumento da densidade e do volume social. A divisão do trabalho faria com que pessoas diferentes, mas da mesma sociedade constituída, passassem a conviver e, por vezes, competir entre si, o que promoveria novas divisões.

A divisão do trabalho é, pois, um resultado da luta pela vida, mas é um seu desenlace atenuado. De fato, graças a ela, os rivais não são obrigados a se eliminarem mutuamente, mas podem coexistir uns ao lado dos outros. Por isso, à medida que se desenvolve, ela fornece a um maior número de indivíduos que, em sociedade mais homogêneas, seriam condenados a desaparecer, os meios para se manterem e sobreviverem (DURKHEIM, 1999, p. 268).

Durkheim vê, portanto, no trabalho assalariado, uma fonte de justiça social, capaz de oferecer alternativas à seleção natural. Conhecedor das desigualdades que influenciam negativamente em seu ideal de sociedade, o pensador insiste na divisão social do trabalho, sugerindo que as injustiças devam ser amenizadas.

O que é necessário é fazer cessar essa anomia, é encontrar os meios para fazer esses órgãos que ainda se chocam em movimentos discordantes concorrerem harmoniosamente, é introduzir em suas relações mais justiça, atenuando cada vez mais essas desigualdades externas que são a fonte do mal (DURKHEIM, 1999, p. 432).

Marx, por sua vez, percebe na divisão do trabalho uma imposição à sociedade baseada no “interesse privado não social” (MARX, 2004, p. 156). Segundo ele, na sociedade burguesa – conceito utilizado pelos “economistas nacionais” – cada indivíduo é um todo de carências, enquanto o outro só é reconhecido como meio.

Marx também critica a defesa dos economistas liberais clássicos à eficácia perene da lei da oferta e da demanda na regulação da divisão do trabalho. Afinal, no caso dos trabalhadores assalariados, a oferta sempre será maior que a procura, o que obviamente gera um quadro de injustiça social. Além disso, o valor pago por cada trabalho é diferente.

Os preços de trabalho das diferentes espécies de trabalhos são muito mais diversos do que os ganhos dos diferentes ramos nos quais o capital se aplica. No trabalho, toda a diversidade natural, espiritual e social da atividade individual sobressai e é paga diferentemente, enquanto o capital morto caminha sempre no mesmo passo e é indiferente perante a atividade individual efetiva (MARX, 2004, p. 25).

Giovanni Alves (2013), ao abordar a categoria trabalho, afirma que ela é algo além da produção propriamente dita, implicando a própria atividade vital – o processo homem-natureza. E a natureza é aí compreendida como a matéria natural de que o homem se apropria para que

tenha utilidade em sua vida e como “sua própria vida física e mental”, elementos que extrapolam o território da produção e atingem as demais instâncias da reprodução social.

O modo de produção capitalista seria, segundo Alves (2013), uma forma de organização, regulação e controle social do processo metabólico entre homem e natureza caracterizado, então, como trabalho estranhado ou alienado. No desenvolvimento desse modo de produção é explicitada a interligação entre vida e produção de valor.

1.2.2. O trabalho alienado

Somente um grande artifício pode transformar o trabalho humano em mercadoria, a necessidade em valor de troca, o dinheiro na forma comum da riqueza, e somente uma grande força político-estatal pode instituir o mercado como o lugar completo e único das relações humanas.

Pietro Barcellona

As discussões relativas à divisão do trabalho social são, na realidade, posteriores à abordagem da alienação do trabalho, fundamental para os argumentos pretendidos nesta tese. É fato que a maior parte dos autores que abordam o trabalho na atualidade o fazem dando ao emprego ou ao trabalho assalariado o nome trabalho. No entanto, Marx desenvolve uma diferenciação que tem impactos cruciais nas ciências sociais e nas interpretações da realidade. Ao questionar a suposta naturalidade com que se vende a força de trabalho, Marx coloca em xeque a forma como a história da humanidade vem sendo relatada e apresenta críticas que modificam para sempre a explicação das relações sociais.

À conceituação do trabalho defendida por Marx, descrita no primeiro item deste capítulo, soma-se a compreensão de trabalho abstrato e trabalho concreto.

Marx (2013) inicia sua imersão no estudo do capital descrevendo a mercadoria, que é qualquer coisa que possa ter utilidade para alguém, um objeto externo que, por meio de suas propriedades, é capaz de satisfazer necessidades. Os objetos úteis têm valor de uso. O próprio corpo da mercadoria é seu valor de uso ou um bem, que se efetiva em seu uso ou consumo. O valor de uso de algo se refere a uma valoração da qualidade, ou seja, do cumprimento de seu objetivo de existir enquanto objeto de satisfação de necessidade.

A partir da possibilidade de troca desses objetos por outros, apresenta-se seu valor de troca. A princípio, um mesmo produto pode ter vários valores de troca, uma vez que é possível trocá-lo por itens de diferentes qualidades, com os respectivos valores de uso. O valor de troca

é medido pela quantidade e existe a partir da produção de algo que não sirva para quem o fez, mas para outrem.

O valor de troca – ou preço – de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho humano empregado na sua confecção. A quantidade é normalmente medida pelo tempo de trabalho despendido. No entanto, para que produtos de diferentes qualidades possam ser trocados, aplica-se uma abstração do trabalho, que não é mais diferenciado por seu tipo, exigência técnica ou habilidade do trabalhador. Cria-se o que Marx (2013) denomina gealeia, uma objetividade fantasmagórica da força de trabalho utilizada.

[...] mercadorias em que estão contidas quantidades iguais de trabalho ou que podem ser produzidas no mesmo tempo de trabalho têm a mesma grandeza de valor. O valor de uma mercadoria está para o valor de qualquer outra mercadoria assim como o tempo de trabalho necessário para a produção de uma está para o tempo de trabalho necessário para a produção de outra (MARX, 2013, p. 163).

A substância comum que faz com que as mercadorias possam ser trocadas é o trabalho humano abstrato, “despido de suas especificidades e considerado como simples despesa de energias humanas, físicas e intelectuais” (CASTRO, 2009). Assim, a mercadoria apresenta para Marx uma dupla realidade – valor de uso e valor de troca – que é expressão de uma unidade mais profunda, o duplo caráter do trabalho: concreto (manifesto no valor de uso) e abstrato (manifesto no valor de troca).

Conforme a troca de mercadorias se desenvolve, amplia-se o que pode ser considerado mercadoria. A força de trabalho torna-se mercadoria e identifica-se a necessidade de estipular uma única unidade de mensuração do valor de troca: o dinheiro.

[...] o valor, expressão do ‘trabalho abstrato’ passa a ser representado pelo dinheiro, uma mercadoria especial (material ou simbólica) que serve de equivalente universal ou expressão única do valor de troca de todas as mercadorias, por meio de suas várias funções: medida de valor, meio de circulação, meio de reserva e meio de pagamento. O dinheiro se transforma em capital quando o seu possuidor se apossa dos meios de produção e, para acioná-los, adquire a mercadoria força de trabalho [...] (CASTRO, 2009).

Castro (2009) explica que o trabalho alienado é, portanto, o trabalho abstrato.

O ‘trabalho abstrato’ não é simplesmente trabalho de indivíduos genéricos, é o trabalho alienado da sociedade burguesa. A alienação econômica do trabalhador assalariado consiste, substancialmente, em despossuí-lo do controle do trabalho e do produto do trabalho. Assim, não é o trabalhador alienado quem usa os meios de produção, são as ‘coisas’, funcionando como capital, que usam o trabalhador, que mandam e exploram o trabalho assalariado. “O capital não é uma coisa, mas uma relação social”, na qual o

trabalho vivo serve de ‘meio’ ao trabalho morto, acumulado, para manter e aumentar o seu valor (CASTRO, 2009).

Ora, o primeiro indício do que Marx chama por alienação está no fato de o trabalhador, na sociedade burguesa, ser equivalente a qualquer mercadoria e precisar ceder a outrem uma capacidade para sobreviver. A venda da força de trabalho pressupõe imediatamente a troca do exercício de uma capacidade humana – física e mental – por salário.

Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo [*Inbegriff*] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [*Leiblichkeit*], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo (MARX, 2013, p. 312).

O produto do trabalho é encarado como um ser estranho ao trabalhador, é o próprio trabalho fixado como objeto – objetivação do trabalho. Ainda segundo Marx, a efetivação do trabalho é a desefetivação do trabalhador, a objetivação do trabalho é a perda do objeto e a servidão ao objeto, a apropriação é estranhamento e alienação.

A efetivação do trabalho tanto aparece como desefetivação que o trabalhador é desefetivado até morrer de fome. A objetivação tanto aparece como perda do objeto que o trabalhador é despojado dos objetos mais necessários não somente à vida, mas também dos objetos do trabalho. Sim, o trabalho mesmo se torna um objeto, do qual o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções. 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, o capital (MARX, 2004, p. 80-81).

A alienação também se manifesta quando do afastamento do trabalhador dos seus meios de vida – meios de subsistência física. Isso significa que, quanto mais o trabalhador se apropria do mundo externo por meio do seu trabalho – em sua feição assalariada –, mais se afasta do mundo externo compreendido como provedor imediato de meios de vida. O trabalho que lhe é imposto não é relacionado ao desenvolvimento de meios de subsistência, os quais lhe são fornecidos externamente também. “O auge dessa servidão é que somente como trabalhador ele pode se manter como sujeito físico e apenas como sujeito físico ele é trabalhador” (MARX, 2004, p. 82).

Com o trabalho sendo externo ao trabalhador, o sujeito passa a negar-se no trabalho, ambiente em que não se sente bem e não desenvolve atividades livres. O trabalhador sente-se junto de si quando fora do trabalho e fora de si quando no trabalho. “Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa. O seu trabalho não é, portanto voluntário, mas

forçado, trabalho obrigatório. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer as necessidades fora dele” (MARX, 2004, p. 83).

Além do estranhamento do objeto, produto externo do trabalho assalariado, Marx também aborda o estranhamento-de-si. Trata-se do desprezo às características mais humanas dos trabalhadores. Passa-se a acreditar que o trabalhador deve apenas subsistir. Comer, beber e procriar, em vez de serem apenas algumas das funções humanas, tornam-se finalidades últimas do trabalhador – como se fossem animais. O trabalho elimina as possibilidades de desenvolvimento de atividades na vida pessoal, colocando-se contra o trabalhador, independente dele e não pertencente a ele.

Por fim, a alienação manifesta-se também no desconhecimento do ser humano como tal. A consciência sobre as atividades que desenvolve é o que torna o ser humano um ser genérico e diferente dos animais. A contradição identificada é que o “trabalho estranhado inverte a relação a tal ponto que o homem, precisamente porque é um ser consciente, faz da sua atividade vital, da sua essência, apenas um meio para sua existência” (MARX, 2004, p. 85).

Ao analisar o conceito de alienação em Marx, István Mészáros (2017) considera que sua origem remete à doutrina judaico-cristã, que denominava alienados aqueles que tivessem se afastado de Deus. A compreensão de alienação foi secularizada aos poucos, até que ela se tornou a expressão da venalidade universal: “Nada foi capaz de resistir à tendência de converter tudo em um objeto venal, não importa o quanto possa ter sido considerado ‘sagrado’ em algum estágio em função de sua ‘inalienabilidade’ sancionada por um suposto mandamento divino” (MÉSZÁROS, 2017, n.p.). Assim, antes que pessoas pudessem ser alienadas, na condição de escravas, servas ou trabalhadoras, foi necessário reificá-las, torná-las “coisa”. O contrato, na ruptura com o feudalismo, dá a impressão de que há, no sujeito, a vontade ou ao menos o consentimento da apropriação por outrem daquilo que se tem – no caso, a força de trabalho. Assim, atribui-se liberdade ao trabalho, quando não há, para o trabalhador, outra opção. Reificam-se, ainda, as relações humanas, uma vez que as pessoas se apresentam como mercadorias.

Alguém poderia sugerir que a alienação poderia ser rompida com a riqueza, a partir de quando o trabalhador adquirisse o suficiente para manter-se sem o trabalho assalariado. Mészáros (2017) critica Henry Home, que, em 1781, afirma que a finalidade do trabalho é adquirir o suficiente para que se pare de trabalhar. Segundo ele, essa é uma interpretação inversa, uma vez que o verdadeiro trabalho só tem lugar despojado do assalariamento. Home ainda diferencia o ser social do ser egocêntrico. O ser social daria lugar ao egocêntrico quando

de sua mudança de status, e esse último não precisaria realizar quaisquer atividades porque haveria serviçais para tal. O autor iluminista, ao notar que, segundo sua visão, a natureza dos seres humanos conduziria ao descanso durante toda a vida, afirma que o desejo do Criador é de que as pessoas não sejam puramente egocêntricas.

A crítica de Mészáros (2017) se estende ao fato de os antecessores de Marx não terem sido capazes de elaborar teorias sobre a alienação que não terminassem por utilizar do misticismo na explicação das desigualdades. Daí a defesa de estudos verdadeiramente pautados na história da civilização. Quando as análises ignoram a historicidade e assumem contornos religiosos, a tendência é de que se faça um relato de defesa ideológica de um grupo ou de uma classe social. E é esse, segundo o autor, o dilema iluminista. Mészáros dá destaque à obra de Rousseau, que se aproximou várias vezes da discussão da alienação. Segundo o pensador, alienar é dar ou vender. Embora em alguns momentos Rousseau apresente críticas severas às desigualdades, questione o fato de as pessoas se alienarem – ou seja, se venderem – e chegue a vislumbrar levantes revolucionários, em outros aparenta não saber como opor-se às instituições burguesas. Dessa forma, o contrato social que propõe termina submetido a uma assembleia que segue a moralidade dominante. E em sua obra diversas outras contradições podem ser encontradas, ainda que sua filosofia apresente conteúdos responsáveis, segundo Mészáros, pelo fim do positivismo acrítico.

Uma das novidades em Marx está exatamente em inverter o ponto de vista. Enquanto os autores anteriores, inclusive Hegel, apresentam a alienação na perspectiva do capital, Marx traz a compreensão do trabalho de forma crítica e apresenta possibilidades de ruptura sem recorrer a teorias morais.

Com efeito, a característica central da teoria da alienação de Marx é a afirmação da suplantação historicamente necessária do capitalismo pelo socialismo liberto de todos os postulados morais abstratos que podemos encontrar nos escritos dos seus predecessores imediatos. A razão de sua afirmação não foi simplesmente o reconhecimento dos insuportáveis efeitos subjetivos na formação do pensamento de Marx –, mas a compreensão profunda do fundamento ontológico objetivo dos processos que permaneceram ocultos dos seus antecessores.

[...]

Essa adoção crítica do ponto de vista do trabalho representou uma concepção do proletariado não simplesmente como uma força sociológica diametralmente oposta ao ponto de vista do capital – e, conseqüentemente, permanecendo na órbita deste último –, mas como uma força histórica autotranscendente que não tem como não suplantará a alienação (isto é, a forma de objetivação historicamente dada) no processo de realização de seus

próprios fins imediatos que por acaso coincidem com a “reapropriação da essência humana” (MÉSZÁROS, 2017, n.p.).

Nesse sentido, a suplantação da alienação não se dá sem que haja ruptura com a forma de produção. Enganam-se aqueles que acreditam ser possível uma desalienação enquanto há venda da força de trabalho. E a consciência da condição de alienação não promove, por si só, uma relação de trabalho não estranhada.

1.2.3. Metamorfoses do trabalho

Hoje somos, de fato, livres das máquinas da época industrial, que nos escravizavam e exploravam, mas os aparatos digitais produzem uma nova coação, uma nova exploração. Eles nos exploram ainda mais eficientemente na medida em que eles, por causa de sua mobilidade, transformam todo lugar em um local de trabalho e todo o tempo em tempo de trabalho.

Byung-Chul Han

É no bojo da compreensão de trabalho alienado que se insere o que Ricardo Antunes (2011) denomina crise da sociedade do trabalho. O autor identifica duas vertentes de críticas à centralidade do trabalho e sobre elas traça teses. A primeira vertente, protagonizada teoricamente por Robert Kurz, aponta a existência de uma crise no nível do trabalho abstrato, ou seja, assalariado, com todo o significado que essa condição carrega, enquanto a segunda vertente julga haver uma crise no nível do trabalho concreto, ou seja, naquele trabalho essencial traduzido por Marx, descrito acima. Nessa, os críticos principais apontados por Antunes são Claus Offe e André Gorz.

No primeiro caso, a crise identificada se deve à redução do trabalho vivo (processo de trabalho para um objeto com valor de uso) e à ampliação do trabalho morto (trabalho pretérito, mercadoria, objeto imbuído de valor de troca). Ainda nessa vertente, Antunes diferencia duas maneiras de compreender a crise da sociedade do trabalho abstrato. A primeira é a compreensão de que “o ser que trabalha não desempenha mais o papel estruturante na criação de valores de troca, na criação de mercadorias” (ANTUNES, 2011, p. 81). A segunda maneira é a que “critica a sociedade do trabalho abstrato pelo fato de que este assume a forma de trabalho estranhado, fetichizado e, portanto, desrealizador e desefetivador da atividade humana autônoma” (ANTUNES, 2011, p. 81).

O autor julga falaciosa a primeira maneira de verificar a crise, uma vez que ela deixa de identificar o trabalhador na produção de mercadorias, como se não viesse dos trabalhadores

toda a elaboração tecnológica e de aparatos para a produção. A segunda maneira parece, no entanto, reforçar a teoria marxiana e criticar o trabalho estranhado, recusando-se a cultuar o trabalho assalariado. É um reconhecimento de que, na atualidade, a sociabilidade mais fetichizada “reafirma e intensifica a lógica destrutiva do sistema produtor de mercadorias e a consequente vigência do trabalho estranhado” (ANTUNES, 2011, p. 81).

O segundo caso, dos autores que questionam a centralidade dos trabalhos abstrato e concreto, é descrito como o que nega o caráter capitalista da sociedade contemporânea e defende

[...] a recusa do papel central do trabalho, tanto na sua dimensão abstrata, que cria valores de troca – pois estes já não seriam mais decisivos hoje – quanto na negação do papel que o trabalho concreto tem na estruturação de um mundo emancipado e em uma vida cheia de sentido. [...] essa sociedade contemporânea, menos mercantil e mais contratualista, não mais seria regida centralmente pela lógica do capital, mas pela busca da alteridade dos sujeitos sociais, pela vigência de relações de civilidade fundadas na cidadania, pela expansão crescente de “zonas de não-mercadorias”, ou ainda pela disputa dos fundos públicos (ANTUNES, 2011, p. 82).

Para os autores que defendem a tese de que o trabalho perdeu sua centralidade, suas manifestações como atividade orgânica, ontológica, transformadora e com sentido ficaram no nível da utopia. Antunes afirma que dar adeus ao trabalho é um equívoco analítico, com o que se concorda nesta tese. O equívoco residiria numa confusão quando da diferenciação entre trabalho concreto e trabalho abstrato, fazendo com que os autores elaborassem uma sequência em que o trabalho abstrato existiria antes do concreto, e não o contrário. Isso quer dizer que os autores negam o trabalho como atividade primeira para a efetivação da individualidade e o veem como algo a ser atingido somente no caso de um rompimento – por eles tido como fictício e utópico – da sociedade com o modo de produção capitalista. Offe e Gorz, portanto, não identificariam o trabalho concreto na essência do ser humano, como aquilo que o separa conceitualmente dos animais.

Claus Offe (1989) coloca em dúvida a centralidade do trabalho como determinante dos fatos sociais e como objeto da sociologia. “É exatamente esse amplo poder macrosociologicamente determinante do fato social do trabalho (assalariado) e das contradições da racionalidade empresarial e social que o comanda que agora se torna sociologicamente questionável” (p. 16). Para o autor, o termo “sociedade do trabalho” só era aplicável na sociologia clássica, quando em sua forma pura, no século XIX. O trabalho como tema de estudos teria deixado de ser central nos anos 1960. Assim, o trabalho tem sido adotado como variável dependente na compilação de dados estatísticos, embora a análise seja do trabalho

como algo independente de outros elementos. Isso tem ocorrido, segundo ele, até mesmo nas discussões teóricas da estrutura de classes.

Os argumentos de Offe (1989) para sua tese são o fato de o trabalho não configurar mais uma novidade e de quase todas as pessoas poderem ser chamadas trabalhadoras e o fato de a divisão social do trabalho não dizer muito sobre as diferentes inserções e funções no trabalho. A heterogeneidade seria um impedimento para que o trabalho remunerado ocupasse espaço central e unificado teórica e politicamente. Os elementos que o tornariam homogêneo são: a) a dependência da força de trabalho (não proprietária) da atividade remunerada; b) sua submissão ao controle de relações de autoridade empresarialmente organizadas; c) o risco permanente de perda das oportunidades de trabalho por motivos subjetivos e objetivos; d) o efeito uniformizador da existência e da atuação de grandes entidades do tipo “sindicatos únicos”; e) um orgulho coletivo unificador da autoconsciência do trabalho, que seria a fonte de toda riqueza e toda cultura.

A abstração é considerada por Offe uma característica de determinados tipos de trabalho, não configurando apenas uma categoria teórica, mas servindo também para a descrição estatística e social do trabalho. Afirmo, portanto, que “a qualidade de ‘trabalhador’ dificilmente ainda pode ser tomada como ponto de partida para a formulação de agregados culturais, organizacionais e políticos, e para interpretações coletivas” (OFFE, 1989, p. 21). A atenção dos teóricos, mesmo marxistas, estaria voltada atualmente a classes intermediárias ou mescladas, em que a autoridade formal relaciona o indivíduo ao seu status social.

O autor destaca ainda que a demanda de trabalhos ditos reflexivos, voltados à manutenção da empresa administrativamente (e também para a elevação de seus custos), tem sido às vezes mais importante do que a produção em si, do ponto de vista material da empresa. Isso gera uma racionalidade própria do setor de serviços. Esse tipo de trabalho se diferencia da produção de bens por não poder ser padronizado e normatizado como “função técnica do trabalho” e por não poder ser submetido a um “critério de economicidade”, ou seja, não poder ser quantificado. A atividade administrativa assume, para Offe (1989), o perfil de “corpo estranho imprescindível” no mundo do trabalho. Não existiria mais, portanto, um único conceito de trabalho.

A centralidade do trabalho também estaria em baixa entre os próprios trabalhadores, conforme Offe. O trabalho teria se dissolvido entre outros aspectos da biografia dos indivíduos, perdendo sua centralidade e muitas vezes ocupando papel marginal na história das pessoas. O autor afirma que as duas justificativas para que o trabalho seja considerado central – obrigação

e meio de sobrevivência – estão em colapso. Isso se deveria à redução das exigências morais sobre o trabalhador e à desprofissionalização do trabalho. A longa vinculação a um trabalho é hoje mais exceção do que regra e o aumento do tempo livre tem elevado a importância de outros aspectos da vida. Por fim, as demandas referentes às condições de trabalho estariam incorporadas pelos empregadores, extinguindo a necessidade de que esse tema compusesse a pauta de movimentos de trabalhadores e de pesquisas sociológicas.

Nota-se, e o próprio autor menciona, que essa é uma crise relativa ao trabalho assalariado. A generalização e a incapacidade de encontrar o trabalho em seu sentido cru na produção sociológica são os problemas da teoria de Claus Offe. Em Gorz (2003), por sua vez, verifica-se a compreensão de um trabalho concreto como pertencente a um futuro que não chegará.

O principal conteúdo utópico dessa concepção é que o proletariado aí é destinado a realizar a unidade do real como unidade da Razão: indivíduos despojados de qualquer interesse e de qualquer ofício particulares terminarão por se unirem universalmente com o fim de tornar racional e voluntária a mútua colaboração e, juntos, produzirem, numa mesma *práxis* comum, um mundo que a eles pertence inteiramente: nada poderá existir independentemente deles (p. 35).

Equivoca-se o autor, tanto ao ignorar o trabalho concreto, social, como responsável pela configuração da sociedade e por sua manutenção, quanto ao não verificar que, extintas as formas de exploração do trabalho alienado e da mercadoria como objetivo da atividade humana, cabe a aplicação prática de sua essência, a qual está no trabalho ontológico, teleológico e com o fim de produzir valores de uso.

Assim, corrigida a interpretação da teoria marxiana, resta, mesmo na segunda concepção, uma crise da sociedade do trabalho abstrato.

Enquanto criador de valores de uso, coisas úteis, forma de intercâmbio entre o ser social e a natureza, não parece plausível conceber-se, no universo da sociabilidade humana, a extinção do trabalho social. Se é possível visualizar a eliminação da sociedade do trabalho abstrato – ação esta naturalmente articulada com o fim da sociedade produtora de mercadorias –, é algo ontologicamente distinto supor ou conceber o fim do trabalho como atividade útil, como atividade vital, como elemento fundante, protoforma de uma atividade humana (ANTUNES, 2011, p. 85).

Outra tese de Antunes, em resposta às críticas de que as discussões em torno do trabalho não são capazes de abarcar a heterogeneidade da questão social atualmente, é de que “as possibilidades de uma efetiva emancipação humana ainda podem encontrar concretude e viabilidade social a partir das revoltas e rebeliões que se originam centralmente no mundo do

trabalho; um processo de emancipação simultaneamente *do* trabalho e *pelo* trabalho” (ANTUNES, 2011, p. 89 – grifo do autor). Segundo o autor, quando o confronto é com a lógica capitalista e à sociedade produtora de mercadorias, os sujeitos da luta são a “classe-que-vive-do-trabalho”. Nesse sentido, o autor discorda de teses que defendem o desaparecimento das ações de classes. Para ele, o sujeito coletivo capaz de promover mudanças no sentido da emancipação, de forma que as diversidades estejam incluídas, é a classe trabalhadora.

Outra heterogeneidade abordada por Antunes diz respeito às diversas formas de emprego e vinculação com o mundo do trabalho. Identificam-se setores com pessoal mais qualificado e intelectualizado e outros com aquela que pode ser chamada subclasse de trabalhadores – com trabalho precário, terceirizado, informal etc.. O desafio no caso é de aglutinar e articular os segmentos que compõem a classe-que-vive-do-trabalho.

Essa tese de Antunes visa a refutar o que Gorz (1982) denomina “não-classe-de-não-trabalhadores”, que teria surgido após o industrialismo. Trata-se de uma classe fundada na passividade dos processos de trabalho, que não exigem mais a existência de um trabalhador para funcionarem e provocam o sentimento de não pertencimento a uma classe trabalhadora.

Não se coloca mais, para o trabalhador, como uma questão, o liberar-se no interior do trabalho, nem o tornar-se senhor do trabalho, ou conquistar o poder no contexto desse trabalho. A única questão é liberar-se do trabalho, recusando, ao mesmo tempo, a natureza, o conteúdo, a necessidade e as modalidades. Mas recusar o trabalho é também recusar a estratégia tradicional do movimento operário e suas formas de organização: não se trata mais de conquistar o poder como trabalhador, mas de conquistar o poder de não funcionar mais como trabalhador. Não se trata, de maneira alguma, do mesmo poder. A própria classe entrou em crise (GORZ, 1982, p. 87).

Para Gorz (1982), a divisão social do trabalho no capitalismo destruiu o duplo fundamento do socialismo científico, de que o trabalho operário comportaria poder e de que o trabalho seria atividade própria do trabalhador. A primeira negativa aconteceria pelo fato de o trabalho não mais permitir ascensão, e a segunda porque o trabalho tornou-se em parte passivo, não exigindo um trabalhador para que ela ocorra, bastando alguém capaz de apertar um botão. Ao negar esses fundamentos, Gorz ignora, segundo Antunes, a totalidade do trabalho social, que inclui a classe trabalhadora e o mundo do trabalho, com suas heterogeneidades.

Além disso, o fenômeno considerado “não trabalho” por Gorz e “perda da centralidade” para Offe seria, para Antunes, uma manifestação do estranhamento nesse momento histórico. Faz parte da fase de desenvolvimento do capitalismo a preocupação com o tempo livre do trabalhador e, considerando que o tempo necessário para a produção de mercadorias tem se

reduzido, há um incentivo para que esse tempo seja utilizado com o consumo. E não se pode ignorar que esse tempo também tem preço. O tempo livre depende do salário das pessoas e da sua necessidade. Há quem precise trabalhar em mais de um emprego para pagar todas as contas. O tempo livre é mínimo nessa condição.

Esses esclarecimentos não vêm, no entanto, negar o fato de que o trabalho assalariado tem passado por metamorfoses relevantes, uma vez que mudam os meios de produção e que tanto o objeto quanto o produto desse trabalho estranhado têm sido a cada dia mais virtual. A virtualização torna mais difícil inferir a mais-valia, diminui a socialização direta no cotidiano da atividade laboral, promove a execução de atividades em casa, o que relativiza o tempo do trabalho e seu preço, entre diversas situações novas, gestadas nos avanços tecnológicos.

Sobre as metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho, Antunes (2011) considera a década de 1980 o período em que se verificou a mais aguda crise da classe-que-vive-do-trabalho no século XX. Naquele momento, houve um salto tecnológico, com a inserção da automação, da robótica e da microeletrônica nas fábricas, alterando as relações de trabalho e de produção. Antes desse período, conhecia-se o taylorismo – modelo de organização industrial em que se prioriza o máximo de produção no menor tempo possível, dependente do rendimento dos trabalhadores – e o fordismo – modelo que acrescenta a esteira para definir o ritmo de produção. Naquela década, soma-se a esses modelos o toyotismo, que tem como principal característica a produção sob demanda, sem a manutenção de grandes estoques, como nos modelos anteriores. Nesse modelo, exige-se também que os trabalhadores exerçam múltiplas tarefas. Assim, há uma flexibilização da velocidade e quantidade de produção, modificando bastante a forma de vinculação das pessoas ao trabalho assalariado. A “especialização flexível” tem impacto na materialidade, na subjetividade e até mesmo na forma de ser da classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 2011).

Mas as mudanças não ocorreram somente para os trabalhadores. Essa forma de produzir inaugurou uma forma diferente de gerar lucro. É o que David Harvey (1992) denomina “acumulação flexível”. O aumento da velocidade de comunicação e do fluxo de informações modificou a gestão empresarial, com a modernização das bolsas de valores, os bancos eletrônicos e o pagamento com cartão de crédito. A circulação das próprias mercadorias passou a ocorrer numa velocidade maior. Houve também uma aceleração da desqualificação e da necessidade de requalificação dos trabalhadores para atendimento das demandas. Não se tem mais tanto a rigidez do fordismo, mas os trabalhadores devem estar disponíveis sempre que convocados.

Antunes (2011), ao explicar Harvey, afirma que o autor desenvolve sua tese sobre a acumulação flexível sempre tendo em mente que ela é uma forma própria do capitalismo e que tem três características principais: ser voltada para o crescimento; ser esse crescimento apoiado na exploração do trabalho vivo no universo da produção; e uma intrínseca dinâmica tecnológica e organizacional. Verifica-se que, com as novas tecnologias, retornam formas de superexploração, dado o excedente de força de trabalho e o interesse em aumentar a produção sem contratar mais trabalhadores. Também há o crescimento do trabalho informal, do trabalho em casa (teletrabalho), do desemprego estrutural e uma redução significativa da ação sindical. O modelo toyotista tende a ter sindicatos vinculados às empresas – “manipulados e cooptados” – o que impede manifestações e greves.

Citando Watanabe, Antunes (2011) explica também as iniciativas de emprego vitalício ocorridas no Japão a partir dos anos 1960. A fim de garantir o empenho dos trabalhadores na atuação com múltiplas máquinas na maior velocidade possível, algumas grandes fábricas ofereciam essa estabilidade, que atingiu um percentual baixo da força de trabalho e durou pouco, segundo o autor. Considerando a insuficiência da renda da previdência social ou sua ausência, os trabalhadores preferiam a certeza de um emprego permanente, ainda que sob superexploração, ao desemprego ou à ocupação intermitente. No entanto, esclarece Watanabe, os trabalhadores mais velhos eram transferidos para empregos de baixa remuneração em empresas menores e de menor prestígio.

Além desses impactos na vida dos trabalhadores, as condições de trabalho em fábricas que seguiram o modelo japonês a partir dos anos 1970 são responsáveis por mortes súbitas por excesso de trabalho – o *karoshi* – e por suicídios – o *karojisatsu*.

As mudanças provocadas pelo desenvolvimento do modelo toyotista aprofundaram o estranhamento no trabalho. O fato de as empresas criarem a sensação de maior participação dos trabalhadores na concepção dos produtos e na gestão dos processos poderia sugerir que haveria um rompimento com a alienação tão evidente nos modelos fordista e taylorista. O fato de o trabalhador ter a possibilidade de participar de todas as fases da produção também poderia criar a ilusão de um processo de desalienação em curso. No entanto, Antunes (2011) enfatiza que o modelo toyotista só se tornou possível porque está em uma sociedade capitalista.

[...] a concepção efetiva dos produtos, a decisão do *que* e de *como* produzir não pertence aos trabalhadores. O resultado do processo de trabalho corporificado no produto permanece *alheio* e *estranho* ao produtor, preservando, em todos os aspectos, o *fetichismo* da mercadoria. A existência de uma *atividade autodeterminada*, em todas as fases do processo produtivo, é uma absoluta impossibilidade sob o toyotismo, porque seu comando

permanece movido pela lógica do sistema produtor de mercadorias. *Por isso pensamos que se possa dizer, no universo da empresa da era da produção japonesa, vivencia-se um processo de estranhamento do ser social que trabalha, que tendencialmente se aproxima do limite. Neste preciso sentido é um estranhamento pós-fordista* (ANTUNES, 2011, p. 40 – grifos do autor).

Giovanni Alves (2013) afirma que o capital revoluciona o modo de produção capitalista ao passo em que modifica os elementos dos processos de trabalho: a atividade orientada a um fim, uma vez que o propósito da ação se torna estranhado; seu objeto; e seus meios técnicos. Todo o controle do metabolismo social incorpora, segundo o autor, o trabalho alienado. E é assim que são revolucionadas também as condições sociais.

Alves discorre sobre a maquinofatura, fase do desenvolvimento do capital posterior à grande indústria, na qual se insere o *homo tecnologicus*. Em sua abordagem, dá especial destaque às modificações da alienação que ocorrem a partir de então.

Se a grande indústria negou o processo de trabalho na medida em que o meio de trabalho tornou-se ferramenta e o homem tornou-se mero apêndice da máquina, com a maquinofatura repõe-se – num plano virtual – a máquina como instrumento e o homem como o vigia da máquina. Na verdade, tendo em vista que se trata de reposição meramente virtual, isto é, posição de possibilidades contraditórias contidas na nova base técnica, o nome homem que surge como “homem tecnológico” é um feixe de contradições reais (o virtual é um modo de ser do real efetivamente contraditório) (ALVES, 2013, p. 26).

O ato teleológico do trabalho sofre alterações, estando contido na máquina informacional. Alves afirma que, nessa forma de produção do capital, há um interesse ainda mais evidente de

captura da subjetividade do homem-que-trabalha e das novas formas de estranhamento que dilaceram o núcleo humano-genérico. Nesse caso, o capital atinge seu limite radical, isto é, o capital atinge a sua própria raiz, o homem, ou melhor, as relações sociais no sentido da constituição/deformação do sujeito histórico como homem-que-trabalha (ALVES, 2013, p. 26).

Essa captura de subjetividade torna-se o nexo essencial do capital nesta fase, inaugurando novas formas de estranhamento social. Não por acaso, portanto, segundo o autor, as doenças do trabalho na era da maquinofatura são principalmente as doenças da mente. Se na manufatura está em questão o homem como força de trabalho, na maquinofatura, a questão é o trabalho vivo. O estranhamento é, então, alargado, incorporando a compreensão de lazer como consumo, pois “a produção do capital torna-se totalidade social” (ALVES, 2013, p. 27). Se o sujeito não está no seu ambiente de trabalho, ele está contribuindo para a produção de outrem, por meio de consumo e entretenimento pago.

Para Antunes (2018), o maior desafio no século XXI “é dar sentido autoconstituente ao trabalho humano de modo a tornar a nossa vida fora do trabalho também dotada de sentido. Construir, portanto, um novo modo de vida a partir de um novo mundo do trabalho [...] é um imperativo vital” (ANTUNES, 2018, n.p.).

É nesse contexto de ampliação da alienação que se colocam as questões trabalhadas nesta tese. Acredita-se numa relação entre os conceitos e práticas referentes às alienações abordadas neste capítulo que supera a produção acadêmica. Busca-se aqui aprofundar os elementos que constroem a relação dialética entre alienação mental e trabalho alienado, dos quais se considera fundamental a moral capitalista do trabalho.

Capítulo 2 – A moral capitalista nas políticas sociais e na saúde pública

O capitalismo se distingue nitidamente da preocupação em aperfeiçoar a condição humana.

Georges Bataille

Antes de prosseguir na discussão sobre a moral capitalista, cabe aqui um apontamento sobre a diferenciação entre ética e moral. Do ponto de vista prático, ambas as expressões implicam comportamentos que interferem na vida de outrem e a problemas cuja solução também não se limita ao desejo de uma só pessoa, mas àquilo que é dito correto pela sociedade. A reflexão sobre os problemas morais leva a uma perspectiva teórico-moral, a qual já é a própria ética.

À diferença dos problemas prático-morais, os éticos são caracterizados por sua generalidade.

[...]

A ética poderá dizer-lhe, em geral, o que é um comportamento pautado por normas, ou em que consiste o fim – o bom – visado pelo comportamento moral, do qual faz parte o procedimento do indivíduo concreto ou o de todos. O problema do que fazer em cada situação concreta é um problema prático-moral e não teórico-ético. Ao contrário, definir o que é o bom não é um problema moral cuja solução caiba ao indivíduo em cada caso particular, mas um problema geral do caráter teórico, de competência do investigador da moral, ou seja, do ético (VÁSQUEZ, 1975, p. 7-8).

Segundo Kernig (1975), na perspectiva marxista-leninista, entende-se por ética “a disciplina filosófica que se ocupa da teoria do comportamento moral”, sendo sua competência “o estudo de sistemas morais, a explicação da origem e da evolução do comportamento moral, a investigação da essência dos ideais e juízos morais, bem como a formulação dos critérios da moral” (p. 117 – tradução nossa). A moral, por seu turno, segundo essa concepção teórica, diz respeito ao conjunto de princípios ou regras que regulam o comportamento das pessoas entre si, quanto à classe e à sociedade. Assim, as ações são consideradas morais quando coincidem com as exigências da sociedade, e imorais quando as infringem.

A moral aparece em Marx, portanto, como parte da consciência social, amparada nas relações materiais e sociais de produção, que ditam a superestrutura jurídica e política. “À classe dominante de uma sociedade interessa impor sua moral à respectiva classe oprimida” (WIEDMANN; GEORGE, 1975, p. 117 – tradução nossa). Essa imposição é facilitada quando a classe dominada não tem consciência de sua condição e de sua vocação histórica. O conhecimento da situação de dominação leva à luta contra a classe dominante, com o

desenvolvimento de novas regras, costumes e comportamentos. Surge uma nova moral, que coexiste com a antiga, mas exige novas relações sociais e econômicas e uma mudança em sua posição na sociedade.

A moral de uma sociedade ou classe é determinada pelas relações econômicas. Por isso, a ética responsável pelas regras morais observadas na atualidade é a ética capitalista.

As mudanças da moral dependem sempre das mudanças da realidade. Por isso, os males do capitalismo não podem ser eliminados com uma mudança da moral burguesa, mas conforme o capitalismo ceda ao socialismo e ao comunismo, a moral burguesa cede ante uma moral progressista, universal e humana: comunista (WIEDMANN; GEORGE, 1975, p. 119 – tradução nossa).

Um comportamento ditado por regras morais é adotado com uma convicção íntima de que as normas devem ser cumpridas, sem que haja uma imposição de uma instância exterior. Assim como os autores identificam relação entre a moral e a economia, Vásquez (2001) tece considerações sobre o ato político como ato moral.

A moral pressupõe, portanto, certa autodeterminação, liberdade e responsabilidade do sujeito. Mas o ato moral, sendo necessariamente individual, é também social, não só porque afeta a outros indivíduos e à comunidade, mas também porque as normas às quais se submete o indivíduo respondem a necessidades e exigências sociais que determinam as modalidades desta regulação normativa.

O comportamento moral tem efeitos ou consequências para os demais, e neste sentido se faz presente na vida pública. E esta é justamente a esfera em que se encontram, ou desencontram a moral e a política (VÁSQUEZ, 2001, p. 186).

O autor considera a existência de uma interdependência entre moral e política, que determina a forma como esquerda e direita se posicionam diante das questões que perpassam o comportamento humano. Identificam-se como valores da esquerda, assim: “a igualdade, a liberdade, a justiça, a democracia, a solidariedade”. A direita, por seu turno, “se caracteriza pelas limitações e obstáculos que se interpõem na realização desses fins”, além de ser identificada por valores como “desigualdade social, étnica ou sexual, o culto à autoridade e à tradição, e em suas formas extremas totalitárias, autoritárias ou neoliberais: o integrismo religioso, o nacionalismo agressivo ou a idolatria do mercado” (VÁSQUEZ, 2001, p. 190).

A ética capitalista penetra diversos aspectos da sociabilidade sob esse modo de produção. O trabalho assalariado, lugar e forma de existir da maior parte da população, é apontado como a panaceia de todos os problemas sociais, reduzindo a humanidade dos indivíduos à sua força de trabalho. A contribuição do Estado para a manutenção do capitalismo não é recente, mas a forma como se dá se transforma conforme as exigências do grande capital.

E isso implica proposições diferenciadas no âmbito das políticas sociais conforme o momento histórico e o contexto de desenvolvimento do modo de produção. Permanece, no entanto, uma lógica que coloca o “suor do trabalho” como o que há de mais elevado moralmente, a despeito das condições impostas para vinculação e permanência nesse trabalho e do significado de colocar o assalariamento como elemento central da vida humana.

A inculcação de uma moral favorável à classe dominante pode ser compreendida como um indicador relevante do quanto a sociedade é influenciada por interesses outros, que não dela. O poder ideológico burguês interessa à saúde, como política social, e à saúde mental, como campo especialmente atingido pelas alterações de modelos produtivos. Faz parte da construção moral capitalista o questionamento da existência de incapacidades para o trabalho remunerado. E quando essa incapacidade não tem uma manifestação material clara, no corpo, questiona-se a veracidade da informação de impossibilidade de inclusão produtiva. A loucura sempre caminhou junto dos vadios e inúteis. Pretende-se demonstrar aqui as formas de manifestação da moral capitalista nas políticas sociais e na saúde, a fim de, em seguida, promover uma aproximação da situação específica da saúde mental sob essa perspectiva.

2.1. Trabalho e moralidade

Os sistemas de bem-estar do século XX requeriam que as pessoas adequassem suas demandas a regras prescritas, se submetessem a procedimentos padrão, para ficarem – literal e metaforicamente – direitas.

Hartley Dean

Abordando as metamorfoses da questão social, Robert Castel (1998), também conhecido por sua produção no campo da saúde mental, menciona a obra de Hieronymus Bosch para explicar quem seriam os indigentes, os inúteis na sociedade da Idade Média, período em que viveu o artista plástico. Foucault utiliza a mesma referência para ilustrar o lugar dos loucos em sua História da Loucura. A repetição da referência não é um acaso. Fala-se do mesmo público e do mesmo estigma social: o de vagabundos.

O trabalho nem sempre foi considerado um indicativo de honra e dignidade. Hannah Arendt (2007) lembra que, na Grécia Antiga, a expressão *vita activa* se referia por definição à atividade política. No entanto, com o fim das cidades-estados, passou a designar qualquer tipo de “engajamento ativo nas coisas deste mundo” (ARENDR, 2007, p. 22). O labor e o trabalho,

no entanto, segundo Arendt, não foram elevados na hierarquia das atividades humanas. Apenas a contemplação era considerada um modo de vida digno e livre.

Étienne de La Boétie (1999), em seu “Discurso da servidão voluntária”, publicado por inteiro pela primeira vez em 1576, na tentativa de explicar de que forma o ser humano se submete à servidão, afirma que inicialmente o faz contra a vontade, mas que, com o tempo, e a reprodução de valores entre as gerações, passa-se a trabalhar para outrem por hábito, sem reflexões sobre a condição subalterna.

É verdadeiro dizer que no início serve-se contra a vontade e à força; mais tarde, acostuma-se, e os que vêm depois, nunca tendo conhecido a liberdade, nem mesmo sabendo o que é, servem sem pesar e fazem voluntariamente o que seus pais só haviam feito por imposição. Assim, os homens que nascem sob o jugo, alimentados e criados na servidão, sem olhar mais longe, contentam-se em viver como nasceram; e como não pensam ter outros direitos nem outros bens além dos que encontraram em sua entrada na vida, consideram como sua condição natural a própria condição de seu nascimento (LA BOÉTIE, 1999, p. 84).

La Boétie demonstra extremo incômodo com a tirania e com o fato de o povo não se opor à servidão, mas propõe que sejam perdoados aqueles que nunca conheceram a liberdade.

Jamais se lamenta o que nunca se teve; o desgosto só vem depois do prazer e ao conhecimento do bem sempre se junta a lembrança de alguma alegria passada. É da natureza do homem ser livre e querer sê-lo; mas muito facilmente toma uma outra feição, quando dada pela educação (LA BOÉTIE, 1999, p. 88).

André Gorz (2003) afirma que aquilo que chamamos trabalho é uma invenção da modernidade, generalizada pelo industrialismo. O autor busca atualizar o termo “trabalho” sob sua versão assalariada.

O “trabalho”, no sentido contemporâneo do termo, não se confunde nem com os afazeres, repetidos dia após dia, necessários à manutenção e à reprodução da vida de cada um; nem com o labor, por mais penoso que seja, que um indivíduo realiza para cumprir uma tarefa da qual ele mesmo e seus próximos serão os destinatários e os beneficiários; nem com o que empreendemos por conta própria, sem medir nosso tempo e realizar em nosso lugar. [...]

Pois a característica mais importante desse trabalho – aquele que “temos”, “procuramos”, “oferecemos” – é ser uma atividade que se realiza na esfera pública, solicitada, definida e reconhecida útil por outros além de nós e, a este título, remunerada. [...] Por isso, a sociedade industrial pode perceber a si mesma como uma “sociedade de trabalhadores”, distinta de todas as demais que a precederam (GORZ, 2003, p. 21).

O trabalho não era fator de integração social, mas o contrário, e aqueles que o realizavam eram considerados inferiores, porque estavam afastados da possibilidade de envolver-se com os assuntos da política, retomando o pensamento de Hannah Arendt.

Viviane Forrester (2001) critica o fato de atualmente o termo “trabalho” ser utilizado como sinônimo de “emprego”, principalmente por neste momento o emprego não ter a mesma importância de outrora na vida das pessoas, embora o trabalho permaneça central. Para a autora francesa, a adoção de nomenclaturas não é inocente e provoca uma reação desesperada de medo do fim do trabalho, quando o que tem realmente possibilidade de acabar é o emprego como o conhecemos.

Mas, segundo ela, “não é o desaparecimento do emprego que é o mais funesto, mas a exploração cínica de tal desaparecimento” (FORRESTER, 2001, p. 47). A crença em um desemprego temporário permite que as pessoas se ofereçam a quaisquer empregos. A “obsessão do emprego” aumenta conforme as vagas diminuem e aquela que se afirma luta contra o desemprego no nível da gestão pública nada mais é do que uma crescente “assistência ao lucro”. Esta, ao contrário da assistência social, ou mesmo do “assistencialismo” – termo utilizado por Forrester –, não é questionada ou criticada pela imprensa e pelo empresariado. A luta contra o desemprego exclui os desempregados. Ações prioritárias voltadas aos milhões de desempregados significaria, além de uma atitude pessimista, ir contra o desejo maior dos gestores: de que essas pessoas reencontrem sua dignidade, aquela perdida com o afastamento do mercado de trabalho. A assistência seria uma forma de humilhação.

Vê-se, claramente, que é o próprio conceito de “assistencialismo” que é indigno, fabricado para melhor arruinar este adversário que hoje é o indivíduo. Isto, se podemos falar assim... Porque tal indivíduo tão acariciado pelo ultraliberalismo só poderia ser, segundo ele, um “líder”, um “empreendedor”, e nunca, nunca mesmo, um “pobre”, nem alguém em vias de sê-lo! Só é indivíduo aquele que se autoriza a tomar iniciativas individuais e a se colocar em situação de influenciar, por sua vez, a vida de uma massa de não-indivíduos, os quais não saberiam se opor sem atentar à liberdade individual do autêntico Indivíduo (FORRESTER, 2001, p. 50).

A autora lembra que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), embora em seu preâmbulo considere e reconheça “a dignidade inerente a todos os membros da família humana”, em seu artigo 23 prevê que “quem trabalha tem direito a uma remuneração equitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de proteção social”. Isso quer dizer que a dignidade não é inerente a todos, mas a quem consegue trabalhar e, quando o trabalho não for

suficiente para a sobrevivência “digna”, os recursos que a permitiriam devem ser oferecidos por benefícios sociais.

A gravidade de tal pensamento globalmente aplicado nas políticas de trabalho e renda fica clara diante do que se exige daqueles que não dispõem de emprego. Não basta que procurem trabalho, é preciso que sejam líderes e exemplos para que outros saiam dessa condição que os nega como indivíduos.

Tudo é perfeitamente (poderíamos dizer abertamente) organizado não para “incitar” ao trabalho, como se diz com uma certeza insultante, mas para coagir os que se encontram sem recursos, sem respeitabilidade reconhecida e com direitos negados à submissão, à aceitação de qualquer trabalho, a qualquer preço, durante qualquer tempo, e sob quaisquer condições. Já que não podemos nos livrar dessas pessoas não rentáveis, nada mais justo do que nos aproveitarmos delas! (FORRESTER, 2001, p. 64)

É nesse contexto que surgem os chamados trabalhadores pobres ou *working poors*, pessoas que têm empregos precários e mantêm-se abaixo da linha da pobreza. Essas não aparecem nos índices de desemprego, têm pouca ou nenhuma possibilidade de organização sindical e necessitam dos poucos recursos desses empregos para sobreviver.

O orgulho de estar empregada vem do fato de a pessoa acreditar que conseguir uma vaga em um trabalho assalariado é resultado de muito esforço – estudo, dedicação, competência etc., o que pode ser verdade. Segundo Dejours, o reconhecimento do trabalho e do trabalhador é capaz de amenizar o sofrimento do empregado ou até mesmo transformar o sofrimento em prazer.

Do reconhecimento depende na verdade o sentido do sofrimento. Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação (DEJOURS, 2006, p. 34).

O conhecimento acerca desse fato tem feito com que as empresas utilizem a psicodinâmica do trabalho e outras linhas da psicologia para manter a motivação dos empregados, evitar mobilizações coletivas e promover as ideias dos empregadores de modo a inculcá-las nos empregados como corretas.

Mesmo antes dos registros do que hoje é tido como conhecimento da psicologia do trabalho, a venda da força de trabalho já provocava desmobilização. Vê-se que a necessidade

que se tem de vender força de trabalho para sobreviver torna os trabalhadores submissos e dispostos a trabalhar sob quaisquer condições. Paul Lafargue (1999), em seu *Direito à Preguiça*, de 1883, destaca a sujeição dos trabalhadores aos empregadores.

Trabalhem, trabalhem, proletários, para aumentar a fortuna social e as vossas misérias individuais, trabalhem, trabalhem, para que, tornando-vos mais pobres, tenham mais razão para trabalhar e para serem miseráveis. Eis a lei inexorável da produção capitalista (p. 20).

[...]

Em vez de se aproveitarem dos momentos de crise para uma distribuição geral de produtos e uma manifestação universal de alegria, os operários, morrendo à fome, vão bater com a cabeça contra as portas da oficina. Com rostos pálidos e macilentos, corpos emagrecidos, discursos lamentáveis, assaltam os fabricantes: Bom Sr. Chagot, excelente Sr. Schneider, dêem-nos trabalho. Não é a fome, mas a paixão do trabalho que nos atormenta! E esses miseráveis, que mal têm forças para se manterem de pé, vendem doze e catorze horas de trabalho duas vezes mais barato do que quando tinham trabalho durante um certo tempo. E os filantropos da indústria continuam a aproveitar as crises de desemprego para fabricarem mais barato (LAFARGUE, 1999, p. 22).

Os proletários não seriam capazes de compreender que é o excesso de trabalho – “supertrabalho” – e de produção que provoca as crises de desemprego que os maltratam. Segundo Lafargue, é necessário que o proletariado se oponha à moral cristã e econômica e retome seus “instintos naturais”, proclamando o direito à preguiça, mais importante do que os direitos do homem. Em seu discurso, o autor defende uma jornada de três horas diárias de trabalho.

Max Weber, no início do século XX, estabelece um elo entre a ética religiosa protestante e o chamado “espírito” do capitalismo. Na tentativa de explicar a segunda expressão, cita dicas para aqueles que desejam ser ricos e conselhos para jovens homens de negócios, de Benjamin Franklin: “tempo é dinheiro”, “crédito é dinheiro”, “dinheiro é fértil”, “um bom pagador é senhor da bolsa alheia” etc. (FRANKLIN apud WEBER, 2004, p. 42-44). É o que Weber chama de “filosofia da avareza”, segundo a qual o homem deve ser digno de crédito e demonstrar interesse pelo aumento de seus ganhos. Trata-se, segundo ele, de uma ética de vida, e não de uma técnica somente.

Weber afirma que as virtudes mencionadas por Franklin ficam muitas vezes no nível da aparência. Aparentar ser honesto basta para garantir crédito. Sugere-se que mais que isso é desperdício. A ética que apresenta é descrita como

ganhar dinheiro e sempre mais dinheiro, no mais rigoroso resguardo de todo gozo imediato do dinheiro ganho, algo tão completamente despido de todos os pontos de vista eudemonistas ou mesmo hedonistas e pensado tão

exclusivamente como fim em si mesmo, que, em comparação com a “felicidade” do indivíduo ou sua “utilidade”, aparece em todo caso como inteiramente transcendente e simplesmente irracional. O ser humano em função do ganho como finalidade da vida, não mais o ganho em função do ser humano como meio destinado a satisfazer suas necessidades materiais. Essa inversão da ordem, por assim dizer, “natural” das coisas, totalmente sem sentido para a sensibilidade ingênua, e tão manifestamente e sem reservas um *Leitmotiv* do capitalismo, quanto é estranha a quem não foi tocado por seu bafo (WEBER, 2004, p. 46-47).

O autor estabelece uma relação direta entre o desejo de enriquecer e a dedicação ao trabalho: “Na ordem econômica moderna, o ganho de dinheiro — contanto que se dê de forma legal — é o resultado e a expressão da habilidade *na profissão*” (WEBER, 2004, p. 47 – grifo do autor). Weber atribui a essência das ideologias capitalistas modernas à reforma protestante, que apresentou formas diferentes do catolicismo tradicional de pensar o trabalho e o que se considera desenvolvimento individual e social. A religião é, portanto, uma difusora do trabalho como dever moral, ainda que seus pregadores tenham tido somente interesses de cunho religioso, espiritual, sem relação com os expoentes capitalistas. O autor considera, ainda, que a visão de Benjamin Franklin seria em grande parte condenada pelos reformistas protestantes, em especial Martinho Lutero, ainda muito influenciado pelo pensamento católico.

Lafargue também identifica a influência da religião no que ele considera vício por trabalho. Cita o Sr. Thiers, influente burguês, que teria dito em 1849: “Quero tornar a influência do clero todo-poderosa, porque conto com ele para propagar esta boa filosofia que ensina ao homem que ele veio ao mundo para sofrer e não aquela outra filosofia que, pelo contrário, diz ao homem: goza” (LAFARGUE, 1999, p. 4). Conclui, em seguida, que

a moral capitalista, lamentável paródia da moral cristã, fulmina com o anátema o corpo trabalhador; toma como ideal reduzir o produtor ao mínimo mais restrito de necessidades, suprimir as suas alegrias e as suas paixões e condená-lo ao papel de máquina entregando trabalho sem trégua nem piedade (LAFARGUE, 1999, p. 5).

A diferença entre ambos parece estar na tristeza vinculada ao trabalho, sob a moral católica mencionada por Lafargue, enquanto na visão protestante o trabalho é apontado como bênção. Há uma promessa de ganhos e reconhecimento por meio da profissão na ética protestante, o que não ocorre na tradição católica, em que a retidão está na capacidade de servir, ainda que em troca de pouco.

A compreensão de dignidade, honra, honestidade, correição e caráter como virtudes advindas da venda da força de trabalho permanece até hoje. Grande parte da valorização do

emprego vem do status da profissão, o que normalmente é definido pelo salário e pelo poder que o cargo confere à pessoa. O ganho é mais importante que a atividade profissional.

Cynthia Andersen Sarti (2010), trazendo ao debate a moral dos pobres, afirma que o trabalho permite que o homem tenha orgulho de si mesmo, sinta-se honrado em trabalhar, sendo essa a retradução do valor do trabalho sob o capital. Segundo ela, embora o principal aspecto considerado quando se procura um emprego seja o salário,

[...] o valor do dinheiro, que é próprio da sociedade capitalista e seu “bem supremo”, é relativizado pelo valor moral do trabalho. Exceto para aqueles que se engajaram no projeto propriamente de ascensão social [...], rompendo os vínculos com seu grupo de referência e norteando sua vida pelo princípio da “razão prática”, o valor do trabalho se define dentro de uma lógica em que conta não apenas o cálculo econômico, mas o benefício moral que retiram desta atividade. O trabalho vale não só por seu rendimento econômico, mas por seu rendimento moral, a afirmação, para o homem, de sua identidade masculina de *homem forte para trabalhar* (SARTI, 2010, p. 90 – grifo da autora).

A autora considera, inclusive, que essa honra, interpretada como uma disposição para o trabalho – e para qualquer tipo de trabalho – é vivida como algo tão positivo, que compensa as desigualdades sociais. Sarti (2010) compreende que os pobres se percebem com uma vantagem relativa, que os ricos dependem deles, pois eles podem não dispor de bens, mas têm saúde e disposição para trabalhar, algo concebido como dádiva divina.

Ivo Tonet (2007), ao abordar a relação entre ética e capitalismo, conclui que há um declínio moral em curso:

Mas não é apenas no âmbito da produção e do acesso à riqueza material que se verifica essa decadência. É na degradação do conjunto da vida humana, na crescente mercantilização de todos os aspectos da realidade social; na transformação das pessoas em meros objetos, e mais ainda, descartáveis; no individualismo exacerbado; no apequenamento da vida cotidiana, reduzida a uma luta inglória pela sobrevivência; no rebaixamento do horizonte da humanidade que leva a aceitar, com bovina resignação, a exploração do homem pelo homem sob a forma capitalista, como patamar mais elevado da realização humana (TONET, 2007, p. 4-5).

É a partir dessa compreensão de moralidade relacionada ao trabalho que este estudo se desenvolve, pois as relações entre trabalho e saúde mental só se tornam problemáticas devido à transversalidade da ética capitalista no cotidiano e na história humana recente. Os julgamentos dirigidos às pessoas com transtorno mental e àquelas que se veem impedidas de trabalhar são os mesmos. A sociabilidade moralmente aceita é aquela em que o trabalho assalariado é o garantidor de direitos, dignidade, respeito. Longe do trabalho essencial à espécie humana,

contraditoriamente, o trabalho alienado é o que confere muitas vezes às pessoas o status de humanas.

Hartley Dean (2007) afirma que o atual período de *workfare* tem recebido diversas denominações, das quais se destaca a de pós-materialismo, proposta por Inglehart, que defende que as necessidades sociais são satisfeitas pelo Estado, restando às pessoas os interesses individuais, a autoestima, o desenvolvimento pessoal etc.. Assim, Dean considera que Inglehart superestima a capacidade do Estado de alcançar a independência financeira de toda a população. Esse *ethos* voltado para o individualismo daria espaço para as políticas de terceira via, compreendida como algo entre a velha esquerda e a nova direita, e que, conforme Giddens, interpreta equidade como inclusão e desigualdade como exclusão social.

A ética capitalista que emerge desse *ethos* parte do pressuposto de que a pobreza é resultado de uma irresponsabilidade individual, da incapacidade de adaptação aos movimentos do mercado de trabalho e da incompetência das próprias pessoas na gestão dos riscos na venda da força de trabalho. Logo, quando se estabelece alguma ação de concessão de recursos para sobrevivência dos pobres, cobra-se comprovação de esforço de adequação – busca por emprego, engajamento em formação profissional, comprovantes quanto à forma de uso da renda. A economia neoliberal é atrelada, portanto, a uma agenda social não liberal, paternalista, que dita a forma de os pobres se comportarem. Dessa forma, a ética social protecionista dá lugar a uma ética da autorresponsabilização.

Dean (2007) questiona o mito da cultura da dependência, segundo a qual políticas de distribuição de renda causariam no pobre o costume de ser provido pelo Estado. Segundo o autor, pesquisas desenvolvidas nos anos 1980 e 1990 revelaram que os beneficiários de programas assistenciais buscavam desesperadamente por emprego e tinham o benefício como última possibilidade, rejeitavam empregos que pagavam pouco por temerem sua desvalorização no mercado. Além disso, viam o Estado, não como provedor, mas como inimigo. A associação entre pobreza e falta de caráter é uma construção social que vem da culpabilização do indivíduo quanto à sua condição.

Uma contribuição relevante de Dean (2007) para o estudo da moral e da ética no que se refere ao Estado de *workfare* é a taxonomia que o autor apresenta a fim de caracterizar os discursos correntes. Segundo ele, a responsabilidade toma a forma de dever cívico na ética capitalista contratista do *workfare*. Trata-se de um dever individual, que parte do pressuposto de que uma pessoa pode ter seus desejos satisfeitos sem que seja necessário interferir na vida de outrem.

Por outro lado, sob uma concepção ética solidarista, a responsabilidade é social e universal. A responsabilidade social pressupõe a necessidade de justiça social.

A taxonomia serve para caracterizar uma noção de responsabilidade racional, reflexiva e democrática; que reconhece que os membros da sociedade devem compartilhar suas responsabilidades uns pelos outros de maneiras que não sejam necessariamente recíprocas ou simétricas e que reconheçam que certas responsabilidades estão diretamente na esfera pública (DEAN, 2007, p. 13).

Numa premissa moralista e contratista, a responsabilidade é tida como obediência condicional, capacidade de seguir as regras. O Estado deve, nesse caso, não promover a responsabilidade, mas combater e controlar a irresponsabilidade. Acredita-se, nessa perspectiva, que a penalização deve ser enfatizada, com a estigmatização e a punição exemplar de comportamentos considerados desviantes.

Por fim, numa visão moralista no eixo chamado solidarista por Dean, a responsabilidade assume a forma de obrigação moral, o que significaria cumprir a ordem social advinda do sentimento de pertencimento.

Em relação ao trabalho, o autor desenvolve gráfico semelhante, em que, no eixo vertical encontram-se opostas as visões igualitária e autoritária e, no eixo horizontal, as perspectivas competitiva e inclusiva. O primeiro quadrante, competitivo-igualitário, propõe que o acesso ao trabalho se dê por meio do fortalecimento do capital humano. O segundo, inclusivo-igualitário, propõe formas criativas de ativação pelo trabalho. O terceiro, inclusivo-autoritário, defende o “direito ao trabalho”, a inserção. O quarto, competitivo-autoritário, por seu turno, defende o trabalho forçado por meio da coerção.

Essas concepções coexistem e competem entre si. Dean enfatiza a existência de contradições nos discursos ao longo do tempo, uma vez que mesmo as regras inspiradas na agenda de direitos humanos, condenando o trabalho forçado e a escravidão, determinam a obrigação do trabalho. Mesmo nas perspectivas menos liberais, o trabalho assalariado é tido como única opção correta para manutenção das pessoas.

2.2. Para o bem-estar do capital, tudo bem estar mal

Nesta nova paisagem, o conhecimento será definido como conhecimento para o mercado. O próprio mercado será reimaginado como o mecanismo principal para a validação da verdade. Como os mercados estão se transformando cada vez mais em estruturas e tecnologias algorítmicas, o único conhecimento útil será algorítmico. Em vez de

peças com corpo, história e carne, inferências estatísticas serão tudo o que conta. As estatísticas e outros dados importantes serão derivados principalmente da computação. Como resultado da confusão de conhecimento, tecnologia e mercados, o desprezo se estenderá a qualquer pessoa que não tiver nada para vender.

Achille Mbembe

A elaboração de políticas sociais pressupõe que existam necessidades humanas cuja satisfação depende, ainda que parcialmente, do Estado. Mais do que a forma como isso pode se estabelecer, interessa a Len Doyal e Ian Gough (1994) o esclarecimento de quais são as necessidades assumidas pelo público como fundamentais e alvo de intervenção do Estado e em troca de que essas iniciativas devem ocorrer, se houver uma compreensão de que devem ocorrer.

Os autores apontam que ser pessoa implica responsabilidade, pois a sociabilidade depende de que todos saibam como se portar diante do outro. Os deveres são condição da socialização. “A realidade dos deveres implica a realidade dos *direitos* – a titularidade de um grupo de indivíduos àquilo que precisam para desempenhar as obrigações que eles e outros acreditam que os primeiros tenham” (DOYAL, GOUGH, 1994, p. 99 – grifo dos autores). No entanto a relação lógica entre deveres e direitos não é simples, nem consensual, e muda conforme o contexto histórico, político, econômico, social e cultural analisado.

Numa mesma cultura, pode-se compreender, portanto, conforme os autores, que as pessoas têm direito àquilo que permita que os deveres a elas atribuídos sejam cumpridos. Essa relação entre direitos e deveres só ocorre de forma minimamente harmônica quando os envolvidos se veem na obrigação de garantir que os direitos de todos sejam respeitados para que o dever de todos seja cumprido. E isso só ocorre numa sociedade de iguais.

Esta igualdade nada tem a ver com as quantidades relativas de suas posses materiais. Ela reflete, ao invés disso, a premissa de que níveis iguais de satisfação de necessidades resulta em um potencial igual para assumir deveres morais compartilhados – para alcançar uma dignidade igual na busca social de objetivos individuais. Quando isso não ocorre, os despossuídos sofrem não porque eles *têm* menos do que outros e sim porque eles são menos capazes de *participar* de sua respectiva forma de vida. É o bloqueio da capacidade de agir, e não a desigualdade em si mesma que deveria ser o foco da nossa preocupação moral (DOYAL, GOUGH, 1994, p. 102 – grifo dos autores).

Inspirados em Gewirth, Doyal e Gough questionam o fato de a desigualdade culminar no bloqueio da capacidade de agir dos sujeitos. A resposta está na moralidade construída socialmente a partir da lógica capitalista. Esse igualitarismo mencionado pelos autores deixa de

ser possibilidade quando os detentores do poder ignoram as necessidades de outrem para manter seus privilégios e a satisfação não somente de suas necessidades, mas de suas preferências.

Para Doyal e Gough (1994), saúde física e autonomia são tidas como necessidades básicas de todos os seres humanos em qualquer cultura. A primeira se justifica pelo fato de que, sem ela, os sujeitos são impedidos até mesmo de viver. A segunda significa ter capacidade de escolher sobre o que se deve fazer e como executar, a fim de que as demais necessidades cotidianas sejam atendidas. Esta é a que define a responsabilidade, determinante da sociabilidade. A autonomia, lembra Potyara Pereira (2008), dispõe de três atributos: saúde mental, habilidade cognitiva e oportunidade de participação.

O deficit de *saúde mental* é identificado com a inabilidade extrema e prolongada das pessoas de agirem de forma racional com os seus próprios pares, tendo, por isso, a sua confiança e a sua competência para participar seriamente prejudicadas.

A *habilidade cognitiva* para participar socialmente inclui a compreensão das pessoas acerca das regras de sua cultura e a sua capacidade de raciocinar sobre essas regras e interpretá-las. Isso requer tanto habilidades culturalmente específicas quanto universais.

Por fim, a *oportunidade* de participar implica que as pessoas tenham à sua disposição meios objetivos para exercerem papéis sociais significantes na sua vida social e na sua cultura (PEREIRA, 2008, p. 71 – grifos da autora).

Assim, uma sociedade que preveja o atendimento de necessidades básicas pressupõe que as pessoas disponham de meios igualitários de participar da vida social de forma saudável. A autonomia de que os autores falam não é sinônimo de individualismo, egoísmo ou de independência total dos outros e do Estado. Trata-se de uma autonomia de liberdades positivas, explicadas por Pereira como aquelas que “requerem a remoção, inclusive por agentes externos, de obstáculos (materiais e sociais) ao exercício da própria liberdade” (PEREIRA, 2008, p. 73), opondo-se às negativas, que se baseiam na ausência de coações ou tutela sobre as pessoas.

Para a otimização do atendimento das necessidades básicas em uma sociedade, é condição dar atenção a algumas dimensões da vida humana:

- a. *produção*: toda sociedade deve produzir suficientes recursos para assegurar a todos os seus membros níveis básicos de saúde física e autonomia;
- b. *reprodução*: toda sociedade deve assegurar um adequado nível de reprodução biológica e de socialização das crianças;
- c. *transmissão cultural*: toda sociedade deve assegurar à população a transmissão de conhecimentos e valores necessários à produção e à reprodução social;

d. *sistema de autoridade*: algum tipo de sistema de autoridade deve ser instituído e legitimado pela sociedade para garantir adesão e respeito às regras que institucionalizam direitos e deveres (PEREIRA, 2008, p. 74-75).

As iniciativas de atendimento das necessidades sociais variam conforme o que os gestores e a população julgam de fato necessário. Há frequente confusão entre necessidade básica e necessidade mínima, esta última significando normalmente o ínfimo, suficiente para sobrevivência e não para vida ativa na sociedade. As economias liberais tendem a defender no máximo que se deem respostas às necessidades mínimas, e não às básicas, evitando o impulsionamento à satisfação ótima.

Behring e Boschetti (2008) afirmam que não se pode indicar precisamente o momento em que as provisões sociais assumem um caráter de política social, mas lembram que esse processo foi gestado na Revolução Industrial, com a ascensão do capitalismo, o acirramento das lutas de classes e o desenvolvimento da intervenção estatal. O surgimento da política social, portanto, remonta ao fim do século XIX na Europa, mas sua efetivação e generalização foram vistas após a Segunda Guerra Mundial, em meados do século XX, na fase tardia da passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista. Antes disso, a provisão aos necessitados era realizada por iniciativas voluntárias particulares.

As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 47).

No período anterior à Revolução Industrial, identificam-se algumas legislações que lidavam com os problemas sociais. Marx (2013) aponta que essas leis eram principalmente voltadas à punição da vagabundagem e que tinham como intuito maior a redução dos salários. Assim, podem-se elencar na Inglaterra:

- o Estatuto dos Trabalhadores, de 1349, que estabelecia uma remuneração máxima aos trabalhadores e autorizava aos empregadores a prática de castigos físicos contra seus empregados;
- a criação de uma licença de mendigo para idosos e incapazes de trabalhar, em 1530, com a determinação de duras penas aos “vagabundos robustos”, cabendo chicoteamento, marcação a fogo na face e até mesmo pena de morte, considerados criminosos e inimigos da sociedade;

- As leis elisabetanas, com a determinação de escravização dos denunciados por vagabundagem, em 1547, e morte para os fugitivos por traição, não excluindo as torturas e humilhações públicas. Marx afirma que, segundo esse estatuto, “certos pobres devem ser empregados pelo lugar ou pelos indivíduos que lhes queiram dar de comer e de beber e encontrar trabalho para eles” (2013, p. 982), criando um tipo de “escravo paroquial”, que continua existindo até o século XIX. As leis que se seguiram até 1601 também determinavam penas para pessoas com 14 anos ou mais que não trabalhassem, podendo ser ordenada a morte por traição. Essa última só vem a ser revogada em 1714.

Dessas, destacam-se, na Inglaterra, as leis dos pobres elisabetanas, sancionadas entre 1531 e 1601, mencionadas acima, e, ainda:

- *Settlement Act* (Lei de Domicílio), de 1662, que determinava paróquias responsáveis por dar alívio aos pobres de determinadas regiões, fornecendo-lhes local de moradia, a depender de seu comportamento;
- *Speenhamland Act*, de 1795, que define um abono financeiro baseado no valor do pão, o que permitia um complemento de renda quando o salário não era suficiente para alimentar o trabalhador e sua família, segundo o cálculo de pães necessários;
- e a Nova Lei dos Pobres, de 1834, que revoga o *Speenhamland Act*, estabelece assistência aos pobres inválidos em albergues e institui o trabalho forçado aos pobres capazes (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Leis semelhantes se espalharam pela Europa. Destaca-se, na França, o estabelecimento em Paris de um “*royaume des truands*” – reino dos vagabundos – no século XVII. Depois, em 1777, determinava-se que homens são de 16 a 60 anos que não trabalhassem nem tivessem como serem providos deveriam ser mandados às galeras (MARX, 2013).

Behring e Boschetti (2008) afirmam que essas legislações

estabeleciam distinção entre pobres “merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos) e pobres “não merecedores” (todos que possuíam capacidade laborativa). Aos primeiros, merecedores de “auxílio”, era assegurado algum tipo de assistência, minimalista e restritiva, sustentada em um pretenso dever moral e cristão de ajuda, ou seja, não se sustentavam na perspectiva do direito (p. 49).

Com a revogação dessas legislações, ainda que restritivas e punitivas, os pobres veem-se lançados à servidão de uma liberdade desprotegida, agudizando a questão social e

provocando lutas pela redução da jornada de trabalho. São essas lutas, manifestas principalmente na Primavera dos Povos em 1848, que promovem a elaboração das políticas sociais seguintes. O século XIX e o início do século XX são marcados pelo liberalismo, rejeitando a intervenção do Estado na economia e, conseqüentemente, nas relações sociais e na organização da força de trabalho. Concebendo como possibilidade somente a “mão invisível” do mercado, não se identifica no pensamento de David Ricardo e Adam Smith contradição entre a acumulação de riqueza e a coesão social.

Sob a ética capitalista, ergue-se a compreensão do trabalho assalariado como única forma de acessar direitos, bens e serviços. E esse pensamento torna-se hegemônico com a consolidação da sociedade burguesa. “Trata-se de uma sociedade fundada no *mérito* de cada um em potencializar suas capacidades supostamente *naturais*. O liberalismo, nesse sentido, combina-se a um darwinismo social, em que a inserção social dos indivíduos se define por mecanismos de *seleção natural*” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 60-61 – grifos das autoras). A partir dessa lógica, torna-se possível a difusão do pensamento malthusiano, por exemplo, que nega o direito à sobrevivência, se esta não for provida pelo trabalho assalariado.

Segundo essa concepção hegemônica, Behring e Boschetti (2008) destacam que,

- predomina o individualismo, com os liberais admitindo somente o indivíduo – e não os coletivos – como sujeito de direito;
- “o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo”, pois, com a venda da força de trabalho, os indivíduos promoverão o bem-estar para si e sua família;
- liberdade e competitividade “são entendidas como formas de autonomia do indivíduo para decidir o que é melhor para si e lutar por isso. Os liberais não reconhecem que a liberdade e a competitividade não asseguram igualdade de condições nem de oportunidades para todos” (p. 62);
- há uma naturalização da miséria, que é compreendida como um problema moral humano, e não como resultado de uma distribuição desigual de riquezas;
- predomina a lei da necessidade, que concebe não ser obrigação da sociedade satisfazer as necessidades humanas básicas, porque sua existência promove controle populacional e conseqüente controle da miséria;
- o Estado deve ser mínimo, com neutralidade para ser legislador e árbitro, com vistas a permitir o exercício das liberdades individuais, a propriedade privada e o livre mercado;

- as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício, pois desestimulam o interesse pelo trabalho;
- as políticas sociais devem ser paliativas e oferecidas somente aos indivíduos incapazes de competir no mercado de trabalho.

Ainda que algumas iniciativas relevantes tenham se iniciado ainda nos anos 1880, sob a compreensão liberal a política social tendeu a ser mínima até as primeiras décadas do século XX. As lutas dos trabalhadores permitiram a definição de alguns direitos para a população, principalmente políticos, “como o direito de voto, de organização em sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação” (BARBALET apud BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 64).

Os primeiros passos rumo a uma política de proteção social podem ser atribuídos a Otto von Bismarck, na Alemanha, em 1883, quando estabeleceu um programa de seguro social contributivo, destinado a dar suporte àqueles que se tornassem incapazes de trabalhar, por doença, idade ou desemprego. Antes disso, informam Behring e Boschetti (2008), os trabalhadores já tinham começado a se organizar em caixas de poupança e previdência a fim de disporem de recursos quando fosse necessário, inclusive em caso de greve.

Os seguros sociais se espalharam timidamente pela Europa, com iniciativas privadas e voltadas para determinados grupos ou categorias profissionais. Em 1938, muitos países já dispunham de seguros obrigatórios contra doença, aposentadorias contributivas e proteção contra acidentes de trabalho. As autoras também apontam a experiência francesa do *État Providence*, aparentemente iniciada em 1898, com uma lei de proteção em caso de acidente de trabalho e responsabilidade estatal numa proteção social obrigatória.

Cabe mencionar que o movimento operário foi fortalecido com a vitória do movimento socialista russo, em 1917, durante a I Guerra Mundial. A intensificação do capitalismo monopolista promoveu consideráveis mudanças no processo de trabalho e insatisfações até mesmo entre aqueles que defendiam o livre mercado, dada a necessidade de grandes montantes de recursos para fazer frente às grandes empresas. O fator determinante para a política social, no entanto, veio com a crise de 1929, que se estendeu até 1932. Ali, o questionamento imperativo era quanto à capacidade de o capital manter-se livremente e de as pessoas manterem-se sob o capitalismo. Com a grande depressão, a dramática situação econômica e social imposta pela crise à população mundial, identifica-se a necessidade de intervenção para a sobrevivência das pessoas, inclusive dos soldados inválidos. Em 1935, já se vê um programa de segurança social nos Estados Unidos. Mas o que se destaca na história da proteção social é o modelo de

William Beveridge na Inglaterra, a partir de 1945, o qual ficou conhecido por *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social.

Rompendo com a conotação estreita de seguro social que tinha vigorado na Alemanha de Bismarck, desde 1883, e em vários outros países da Europa e nos Estados Unidos, a partir dos anos 30, o modelo beveridgiano abarca quatro principais áreas programáticas: seguro social; benefícios suplementares; subvenção às famílias; e isenções fiscais. Para cada uma dessas áreas a base de qualificação era distinta. O seguro social era baseado em contribuições previamente pagas, enquanto os benefícios suplementares eram não contributivos e, portanto, sujeitos a testes de meios (comprovações de pobreza). As subvenções familiares, por sua vez, eram pagas sem contrapartida e sem testes de meio a qualquer assalariado que tivesse mais de uma criança como dependente, num valor que variava de acordo com a renda do beneficiário. Assim, assalariados com uma renda tão baixa que não lhes permitisse pagar impostos recebiam subvenções maiores do que aqueles com renda mais elevada. Finalmente, as isenções fiscais recaíam sobre aqueles grupos de alta renda que ficavam desobrigados de pagar taxas suplementares de impostos (KINCAID apud PEREIRA, 2008, p. 111).

Pereira (2008) afirma que o objetivo das medidas era combater a ignorância, a escassez, a enfermidade, a preguiça e a miséria. Para isso, soma-se às legislações de Beveridge uma política de pleno emprego ditada pela doutrina keynesiana. A fase de ouro das políticas de proteção social, sob a forma de Estado de Bem-Estar Social, entra em decadência nos anos 1970, com o crescimento econômico reduzido, o aumento da inflação e o conseqüente desemprego, que exigia mais do seguro social. Com ameaças à governabilidade e críticas aos efeitos negativos que a prioridade ao bem-estar social poderia gerar sobre a economia capitalista, o conservadorismo passa a exigir a redução da intervenção estatal sobre o cotidiano das pessoas, mas o aumento de seu apoio ao mercado. Estabelece-se, assim, o que vem a ser conhecido por neoliberalismo, com novos formatos de políticas sociais.

Confrontam-se, assim como já havia ocorrido no início do capitalismo monopolista, segundo Pereira (2008), as lógicas de rentabilidade econômica e de necessidades sociais. Diversos países implantam políticas de rendimento mínimo, seja por compensação diante dos impostos sobre renda, seja por aumento de tributos aos mais bem remunerados, seja por meio de concessão de valores para sobrevivência no caso de ausência de possibilidade de trabalhar etc.. Segundo a autora, essas iniciativas diferenciam-se nos países mais pelo tipo de contrapartida ou exigência para a garantia do benefício do que pelo seu objetivo, que é compartilhado: “oferecer uma renda complementar que amortecia os impactos disruptivos do desemprego e da desagregação familiar, considerados hoje as principais causas da pobreza e da exclusão social” (PEREIRA, 2008, p. 114-115).

Sobre as características das experiências mais recentes de proteção social, Pereira (2008) enfatiza sua relação com o trabalho e com o estigma.

Assim, nas diferentes experiências conhecidas, a renda mínima quase sempre representa um diferencial entre a soma dos rendimentos de uma família (salariais ou não) e o teto máximo do benefício, oficialmente estipulado. Além disso, tal benefício não deve impedir que o indivíduo procure uma ativa participação no mercado e estabeleça elos de solidariedade familiar e comunitária. Para tanto, os programas existentes guiam-se, em regra, pelos seguintes critérios: focalização na pobreza; subjetividade do direito (deve ser demandado pelo próprio interessado); condicionalidade (admite prerrogativas e contrapartidas); subsidiariedade (é renda complementar); e sujeição do interessado a testes de meios ou comprovações de pobreza. Em vista disso, eles não se configuram como programas redistributivos (que retirariam de quem tem para dar a quem não tem) e não estão livres do estigma – um efeito abominável das práticas assistenciais do capitalismo liberal, hoje recuperadas (p. 115).

Cabe informar que o que se denomina Estado de bem-estar social não é uma experiência universal, mas um fenômeno vivido por algumas nações em determinado momento, a depender da conjuntura política e econômica. Robert Jessop (2008) enumera formas de apresentação de políticas de bem-estar:

(1) seguro social coletivamente organizado que oferece benefícios financeiros em caso de contingências como desemprego, doença, gravidez ou aposentadoria; (2) redistribuição pelo sistema fiscal e financeiro, incluindo não só as transferências de renda, mas também bem-estar fiscal e assistência social subsidiada pelo Estado, e prestação privada – mas subsidiada pelo Estado – de bens como habitação, e outros tipos de isenção fiscal; e (3) consumo coletivo a partir de financiamento público de bens e acesso a serviços públicos (JESSOP, 2008, p. 183-184 – tradução nossa).

Embora muitas modificações se apliquem a essas políticas, Jessop (2008) considera que não é tão fácil aplicar cortes radicais ao bem-estar, por três motivos: (1) trata-se de uma forma de reprodução extraeconômica da força de trabalho como mercadoria fictícia, restando o Estado com essa função, mesmo nas experiências mais liberais; (2) a relativa rigidez institucional e a lentidão dos processos no âmbito da execução das políticas, além das possíveis consequências drásticas diante de uma redução abrupta das políticas sociais, dada a vinculação e a interdependência entre o Estado e as economias de mercado e a dificuldade destas últimas se adequarem a novos negócios; (3) os limites políticos, representados pelos movimentos sociais, pela legislação, pelo modelo eleitoral, pelo aparato estatal etc..

Ultimamente, no entanto, verifica-se uma crescente subordinação das políticas de bem-estar à economia. São implantadas mudanças qualitativas nas políticas sociais, há forte pressão sobre o salário social, com remanejamento de recursos para parcelas mais produtivas da

população, e o consumo coletivo tem suas formas e funções alteradas. Como resultado disso, Jessop (2008) cita:

as mudanças nas políticas públicas para trabalhadores desempregados; o redesenho das políticas de pensões para reduzir gastos de sua provisão em longo prazo e para promover o setor de serviços financeiros; e a reestruturação do sistema educativo com o objetivo de realinhá-lo com as pretensas necessidades de uma sociedade globalizadora baseada no conhecimento (p. 188 – tradução nossa).

Essas modificações no caráter das políticas sociais levam à mudança da natureza do Estado de bem-estar social e de seu papel como reprodutor social, principalmente após os anos 1990, com um perfil mais ativo do Estado em relação ao trabalho, que passa a ser incentivado ao máximo. “Uma das principais características da reprodução social é a implantação de novos regimes, retóricas e rotinas de regulação trabalhista (*workfare*) para substituir estruturas nacionais, seja de um Estado de bem-estar supostamente sujeito a crises, seja de um regime de bem-estar (*welfare*)” (JESSOP, 2008, p. 191 – tradução nossa).

A transição do Estado de *welfare* para o Estado de *workfare* se revela em diversas instâncias da sociedade, interferindo e perpassando as relações sociais como um todo. Desenvolve-se uma lógica julgadora de mérito e promotora de discriminações, as quais terminam por definir aqueles que apresentam os requisitos para serem dispensados do trabalho assalariado, obrigatório a todo ser humano na concepção vigente. Ao atribuir o emprego – e não o trabalho em seu sentido original – como atividade principal do ser humano, afasta-se da condição humana quem não se comporta a fim de realizar essa atividade. A atuação do Estado no âmbito social torna-se quase que exclusivamente de promover o emprego, que por si só permitirá o acesso aos bens e serviços disponíveis.

2.3. Do utilitarismo à ativação: todos em busca de emprego

Então, penso que estamos livres para recuperar alguns princípios religiosos e valores mais sólidos, e voltar a sustentar que a avareza é um vício, a usura um comportamento repreensível e a avidez repugnante; que quem não pensa no futuro caminha mais rapidamente nas sendas da virtude e da sabedoria. Devemos voltar a colocar os fins antes dos meios, e antepor o bom ao útil. Devemos honrar aqueles que podem nos ensinar a aproveitar melhor a hora e o dia, aquelas pessoas encantadoras que são capazes de apreciar as coisas até o fim, os lírios do campo que não trabalham, nem tecem.

John Maynard Keynes

Alvin Gouldner (1970) alerta para uma tendência, nas ciências sociais e na sociedade, de se dar maior importância à utilidade das coisas do que às próprias coisas. Segundo o autor, trata-se de um fenômeno iniciado no século XIX, quando a classe média ascendente, não sendo equiparada nem aos plebeus, nem à aristocracia ou ao clero, dedicou-se a criar uma cultura própria em que o que tem valor é sua utilidade, ou seja, as atividades de trabalho que executam e o esforço colocado nisso. A fim de legitimar as demandas da classe média, questionava-se o valor da aristocracia, uma vez que ela não contribuía com trabalho para a sociedade. O objetivo da classe média era promover uma modificação das regras para concessão de remuneração e oportunidades públicas, de forma que ela fosse, não como classe, mas individualmente, incluída.

A burguesia repetia que todos deveriam ser úteis e trabalhar para ter direitos. Inaugurava-se uma cultura utilitarista. O utilitarismo burguês era ao mesmo tempo individualista e impessoal, pois ao passo em que dava a cada pessoa a responsabilidade de gerir a própria vida por seus meios, valorizava apenas um aspecto da sua existência: o trabalho útil. A classe média – e útil – era, portanto, tudo o que a nobreza não era, e passava a ver-se produtora do que a sociedade necessitava e consumia, o que lhe dava ainda maior importância. Gouldner (1970) lembra que a cultura utilitária, logo, está diretamente vinculada a uma economia de mercado, em que bens e serviços são produzidos e consumidos separadamente, não sendo possível numa sociedade senhorial.

Por propagar que o mais importante da ação humana era sua consequência, ou seja, que os fins justificariam os meios pelos quais os homens lutariam por ascensão social, o utilitarismo passa a compor uma nova ética, essencialmente contrária à ética cristã. A ética que passa a prevalecer não é imposta por forças sobrenaturais. Sob influência do iluminismo, difunde-se, segundo Gouldner (1970), a compreensão de virtude de Toussain: fidelidade no cumprimento das obrigações impostas pela razão. Assim, deve-se respeito ao próximo, não por uma regra de Deus, mas porque é sensato que assim se proceda. O autor chega a afirmar que, nesse momento histórico, o cristianismo entra em estado terminal, o que teria levado Nietzsche a anunciar a morte de Deus. A partir do momento em que ganância e luxo, por exemplo, podem deixar de ser mal vistos por constituírem a base da prosperidade, promove-se uma mudança de valores, com ênfase nos fins, ainda que isso signifique ir contra preceitos morais tradicionais. Uma sociedade utilitária teria, segundo Gouldner (1970), uma tendência à ausência de regras.

Nessa compreensão de que o que vale é o fim, a meta, o que se deseja – e isso não interessa aos outros membros da sociedade –, o foco passa a ser o instrumento que permite o alcance da meta: o dinheiro. Logo, é útil aquilo que dá dinheiro. A partir da valorização do que dá dinheiro, é possível identificar uma contradição importante nos princípios burgueses, que também dão valor à propriedade. Esta, independentemente de sua utilidade, é inviolável, ignorando-se, no caso, a necessidade de outrem, que não possua o mesmo ou não possua o mínimo para viver.

A cultura utilitária do século XIX vem sendo atualizada conforme os interesses da classe que a desenvolveu e a difundiu como padrão e do Estado que a adotou como código moral. Como visto acima, as políticas sociais priorizam sempre o trabalho assalariado. O acesso a ele é visto como a solução dos problemas das pessoas, pois o dinheiro, como consequência do emprego e ferramenta de uso múltiplo (GOULDNER, 1970), é o que garante a compra do que se deseja – necessário ou não. Assim, o utilitarismo interessa ao Estado de bem-estar e com ele contribui, uma vez que esse é um Estado burguês.

Ivo Tonet (2007) acredita na existência de uma ruptura entre os valores e a realidade objetiva. Os valores tornaram-se, segundo o autor, uma idealização.

Concretamente: uma é a lógica do ser, outra a lógica do dever-ser. A um ser que vai no sentido de tratar tudo, inclusive os indivíduos, como coisas, opõe-se o dever de tratar os indivíduos como fim. A um ser que se move no sentido cada vez mais individualista, opõe-se o dever de ser solidário. A uma realidade objetiva que está nucleada, cada vez mais, pelo interesse privado, se opõe o dever de preocupar-se com o interesse público, com o bem comum. A uma lógica que, por exigência da reprodução do capital, caminha sempre mais no sentido da devastação e da degradação da natureza, opõe-se o dever de ter maior respeito pela natureza. E assim por diante. Estamos diante de uma clara visão idealista da problemática dos valores. O que leva a pensar, por exemplo, que se nos conscientizarmos de que temos de ser solidários, justos e pacíficos, o mundo se tornará *ipso facto* solidário, justo e pacífico (TONET, 2007, p. 6).

Nesse sentido, Tonet (2007) argumenta que a única possibilidade de manutenção de alguma ética diante dessa forma de sociabilidade é por meio da dissociação entre a realidade e os valores defendidos. Não ignorando a percepção de Gouldner quanto aos valores religiosos, é possível compreender, mesmo diante da decadência apontada por Tonet, a ascensão de igrejas e fés, muitas defendendo, contraditoriamente, um misto de ética capitalista e ética cristã, outras apropriando-se da ética capitalista e convertendo-a em ética cristã. As crenças dedicam-se, portanto, a aproximar, na percepção dos fiéis, os aspectos dissociados por essa forma de existir no mundo, mediada pelo capital e pelo trabalho alienado, com os valores que guiariam uma sociabilidade sadia no âmbito das ideias.

As construções ideológicas difundidas ante o modo de produção capitalista corroboram a noção de trabalho limitado àquele pelo que se paga. Potyara Pereira (2015) lembra que as políticas sociais vêm sendo usadas tanto como forma de amenizar os efeitos da relação capital-trabalho na população, quanto como meio de garantir que as pessoas estejam dispostas e aptas ao emprego. Assim, a política social não trata o trabalhador como indigno, mas também não permite uma vida de liberdade, em que não se dependa do salário. Logo, o trabalho com o qual a política social lida – e o qual ela incentiva – não é aquele com características ontológicas pensadas por Marx, mas o mesmo abordado e defendido pela burguesia.

A ativação é o *modus operandi* do Estado de *workfare*. A partir dos anos 1990, no auge da difusão dos ideais neoliberais,

[...] para não comprometer a rentabilidade econômica das empresas, necessária à manutenção de sua capacidade competitiva, duas medidas retrógradas de estímulo ao trabalho foram privilegiadas: i) a redução dos custos laborais empresariais e encargos trabalhistas e fiscais, sob a forma de um financiamento indireto do Estado; e, ii) a ativação, para a inserção no mercado de trabalho flexível e desprotegido, de cidadãos com baixa qualificação profissional, por meio da política social, particularmente da assistência. Esta medida de ativação, que consubstancia a pré-dica da *passagem da cultura do bem-estar como direito para a cultura do bem-estar por meio do trabalho como mérito*, ganhou significativa adesão, inclusive nos países capitalistas periféricos [...] (PEREIRA, 2015, p. 464 – grifo da autora).

A estratégia de ativação para o mercado de trabalho remonta aos anos 1950, na Suécia, onde, por pressão dos sindicatos por pleno emprego, políticas macroeconômicas e a assistência social eram usadas para inserir os desempregados no mercado laboral e, focalizadamente, permitir a manutenção dos incapazes para o trabalho, os quais detinham mérito para tal. No entanto, nos anos 1980 e 1990, a ativação teve, nos Estados Unidos, um caráter impositivo.

A política de ativação contemporânea segue, de modo geral, o seguinte roteiro: condiciona a ajuda aos necessitados à procura, por parte destes, de empregos remunerados em prazo determinado; e se essa condição não for atendida a contento, haverá sanções que poderão redundar na suspensão da ajuda (PEREIRA, 2015, p. 466).

Assim, estava estabelecido o lema “do *welfare* ao *workfare*”, segundo o qual se evitavam situações de dependência crônica dos pobres às provisões sociais do Estado e o risco de parasitismo de uma subclasse de cidadãos. A ativação agora não mais advém de demandas dos trabalhadores, mas tem um caráter autoritário, sendo sua aplicação decidida em reuniões de cúpula de grandes organismos internacionais. Tem também um caráter moralista, porque parte da compreensão de que o trabalhador desempregado é passivo e dependente. Oferece-se mérito

e dignidade à custa do aceite de qualquer emprego e define-se que a culpa pelo desemprego é do indivíduo desempregado, que não se esforça o suficiente (PEREIRA, 2015).

Em muitos países, o debate acerca das políticas activas de mercado de trabalho e a participação social tem-se centrado, sobretudo, numa questão de direitos e obrigações. Nesse debate, a perspectiva dos sindicatos e dos partidos socialistas acentua o direito ao emprego e a protecção social dos desempregados, enquanto a perspectiva dos patrões e dos liberais acentua a desregulamentação e os incentivos ao trabalho. Uma dimensão moral do problema é especialmente realçada por estes últimos: a de que não se pode admitir que alguém receba ajuda em troca de nada. As pessoas aptas devem contribuir para o enriquecimento da sociedade e para tal devem participar no mercado de trabalho (HESPANHA; MATOS, 2000, p. 93).

A lógica da ativação para o trabalho aparece nos estímulos à formação, oferta de capacitação para pessoas desempregadas, na orientação e no aconselhamento profissional (HESPANHA; MATOS, 2000), no incentivo ao empreendedorismo, no estabelecimento de prazos curtos para o fim do auxílio-desemprego, na redução de perfis aptos a receber esse tipo de auxílio, na limitação de benefícios socioassistenciais a pessoas com deficiência incapacitante, crianças e idosos sem renda.

Liliane Moser (2011) destaca o que seriam as principais características da lógica da ativação:

Esse novo tipo de abordagem das políticas sociais demonstra orientar-se a partir de objetivos que evidenciam a presença de uma “lógica de ativação” que, por sua vez, reúne características como: a) contrariar as políticas compensatórias ou passivas, entendidas como incapazes de superar situações de desemprego e de marginalização persistentes, contribuindo para o desincentivo na busca de um emprego; b) opor-se à prática e/ou à cultura da dependência por parte dos beneficiários em relação ao Estado, orientando-os para práticas e posturas mais ativas; c) creditar em demasia ao emprego a possibilidade de inclusão social; d) estabelecer exigências relacionadas à busca de um emprego em contrapartida aos benefícios recebidos; e) perpetuar medidas disciplinares e punitivas diante do não cumprimento das exigências estabelecidas; f) orientar-se por concepções restritivas e conservadoras em relação às responsabilidades do Estado e dos governos, diminuindo a sua intervenção no social; g) valorizar a empregabilidade como atributo individual; e h) basear-se em uma relação de contrapartida fundamentada em um contrato entre o beneficiário e o Estado (p. 75).

Eransus (2005) diferencia políticas ativas do mercado de trabalho, *workfare*, inserção e ativação. As primeiras devem ser compreendidas, em seu sentido original, como políticas de carácter macroeconómico que implicam a responsabilidade de toda a sociedade e se orientam ao conjunto dos cidadãos – inclusive aqueles que estão empregados. A ativação de que se fala, nesse caso, não se refere somente ao comportamento esperado dos indivíduos, mas também do Estado, que deveria deixar de lado um perfil passivo em relação às demandas por emprego. Na

União Europeia, exigiu-se dos países, em 1997, a elaboração de planos de ação nacionais que deveriam apresentar proposições para: melhorar o acesso ao mercado de trabalho, estimular o empreendedorismo, aumentar a capacidade de adaptação de empresas e trabalhadores e fomentar a igualdade de oportunidades.

Na perspectiva ativa das políticas, o Estado deveria promover, com os benefícios, um trampolim para o emprego, evitando a dependência das pessoas aos benefícios assistenciais. Diferentemente do modelo sueco, a proposta dos organismos internacionais na Europa a partir dos anos 1990 provoca a culpabilização do indivíduo frente à situação de desemprego ou de pobreza e reduz essas políticas a microações.

O termo *workfare*, segundo Eransus (2005), seria aplicável à realidade norte-americana sob a compreensão de ações assistenciais mínimas, com foco nas pessoas e famílias em situação de pobreza extrema, e não no conjunto da sociedade. Nessas políticas, a inserção laboral é de responsabilidade individual, com forte conteúdo de obrigatoriedade do trabalho assalariado. Assim, há previsão de prêmios ou sanções conforme o comportamento dos sujeitos. O vocábulo *workfare* se afasta ainda mais, portanto, do conceito sueco de políticas ativas.

Inserção social, segundo Eransus (2005), é uma expressão de origem francesa utilizada para denominar a prática profissional de assistentes sociais e educadores que, na década de 1970, executavam novas formas de tentativa de inserção de jovens no mercado de trabalho. Combinavam-se ações voltadas a pessoas que tivessem abandonado os estudos com serviços de acolhimento e formação para o trabalho para jovens e pessoas com deficiência. As políticas de inserção têm fontes diferentes de recursos – municipal, estadual e nacional – e buscam a coesão social por meio da participação dos grupos menos favorecidos. Nos anos 1980, programas de inserção desses grupos no mercado de trabalho foram desenvolvidos em conjunto com a implantação de um programa de renda mínima de inserção na França. Também nessa década, políticas de inserção foram importadas pela Espanha.

As propostas de inserção são menores do que as políticas ativas, abarcando pequenas populações e grupos a partir de ações pontuais. Também são diferentes do *workfare*, porque não obrigam ao trabalho.

O termo ativação é utilizado por Eransus para designar todas as políticas “que têm por objetivo favorecer a inserção laboral das pessoas que se encontram à margem do mercado” (ERANSUS, 2005, p. 122). Incluem-se aí, portanto, desde políticas macroeconômicas voltadas à geração de emprego até programas para melhorar as capacidades individuais para o mercado

de trabalho. Cabem nesse conceito os demais termos mencionados: políticas ativas, *workfare* e inserção.

Joan Higgins (1981) reitera a importância que o debate sobre a relação entre bem-estar e trabalho adquiriu após as primeiras Leis dos Pobres na Inglaterra. Os maiores questionamentos giram em torno da responsabilidade dos empregados perante os inempregáveis. Questiona-se em que medida os empregados têm a obrigação de manter aqueles que não trabalham, por serem incapazes ou por não encontrarem emprego. O financiamento daqueles capazes que não trabalham é o extremo do problema, não só no imaginário dos contribuintes, mas entre os gestores de políticas públicas. Ambos acreditam que é preciso manter o interesse pelo emprego e que, portanto, é preciso ter cautela na definição dos valores a serem pagos em benefícios não contributivos. Eles não podem ser tão baixos que mantenham as pessoas em uma situação de risco, nem tão altos que as façam desistir de procurar emprego.

Higgins (1981) faz uma diferenciação entre sistemas de alívio internos e externos. Os primeiros referem-se àqueles oferecidos em instituições fechadas, onde muitas vezes as pessoas são impelidas ou obrigadas a trabalhar, inclusive como uma forma de pagar a estadia. Os externos são auxílios em que as pessoas podem continuar morando na própria casa ou na rua, recebendo alimentação, vestuário ou pequenas quantias em dinheiro. A América Latina colonial importou estratégias europeias e há registro de ambos os modelos, mas, posteriormente, com as críticas, na Europa, aos auxílios externos, que causariam dependência e ociosidade, o que restou a muitos pobres foram abrigos e trabalho em fazendas.

Uma questão relevante sobre os pobres saudáveis é se devem ser considerados criminosos e, portanto, punidos ou infelizes e, logo, reabilitados. Essa dúvida aparentemente emergiu nos locais em que havia, antes da intervenção estatal sobre o tema, algum tipo de atuação caritativa, voluntária e religiosa. Na transição, na tentativa de oficializar as medidas de combate à pobreza – ou aos pobres –, é que o Estado e os intelectuais passam a se dedicar a essas reflexões. Não há resposta única e a explicação sobre a condição dessas pessoas tem variado ao longo do tempo e nos diversos lugares onde se implementam políticas de alívio à pobreza extrema.

Onde o pobre foi considerado culpado, ele foi punido pelo trabalho forçado ou pelo encarceramento em uma instituição ou, mais tarde, por técnicas administrativas mais sutis de exclusão. Onde ele foi considerado capaz de se beneficiar de reabilitação, foram oferecidos programas de aconselhamento, orientação moral, treinamento e experiência laboral (HIGGINS, 1981, p. 104 – tradução nossa).

Nota-se que, independentemente dos métodos e das explicações que são adotadas, a meta das ações propostas é a adequação e vinculação do indivíduo ao trabalho. Higgins destaca que esse fenômeno da centralidade da atividade laboral como mérito não é exclusivo das sociedades capitalistas ocidentais. Para isso cita Titmuss, com o exemplo da União Soviética, onde havia um sistema de bem-estar social baseado em princípios de desempenho e realização pelo trabalho e seleção meritocrática. O autor afirma, inclusive, que o serviço de saúde mental tinha função de polícia e deveria dar conta dos “dissidentes, inconformados, desviantes e sub-empresendedores”. O trabalho era visto como uma forma de apoiar o desenvolvimento do país.

Citando Doron, Higgins (1981) também aborda o sistema de bem-estar na sociedade israelense. Mais uma vez, a ética do trabalho – ou a “religião do trabalho” – se sobrepõe e pouca atenção é dada aos capazes que não trabalham. A oferta de auxílio dura pouco e o foco é na reabilitação individual para o emprego.

Diante do papel central do trabalho no julgamento daqueles que devem ou não receber apoio, Joan Higgins (1981) questiona o que leva os países a optarem, em determinados momentos, por punir ou por acolher seus pobres válidos. A autora se vale de Piven e Cloward, os quais afirmam que as estratégias de ajuda são arranjos econômicos antigos. Iniciativas de auxílio são ofertadas quando há manifestações, a fim de restaurar a ordem. Elas também contribuem para a regulação do mercado de trabalho. Quando reduzida a ajuda, caem também os salários, pois é imperativo que as pessoas aceitem qualquer pagamento em qualquer emprego.

Alguns idosos, portadores de deficiência, doentes mentais e outros que não servem como mão-de-obra são deixados de fora das medidas de alívio, e o seu tratamento é tão degradante e punitivo como o de incutir nas massas trabalhadoras o medo do destino que os espera caso eles relaxem na mendicância e no pauperismo. Humilhar e punir os que não trabalham é exaltar em contraste até mesmo o menor e mais mal pago trabalho (PIVEN, CLOWARD apud HIGGINS, 1981, p. 107 – tradução nossa).

A exigência de que se trabalhe muitas vezes vem acompanhada de outras regras morais. Higgins lembra que, nos anos 1950 e 1960, nos Estados Unidos foram criados requisitos morais para a concessão de benefícios, como casa adequada, existência de homem morando na casa. Além desses, estabeleceu-se o cadastro para o emprego das mães beneficiárias de um programa. As mulheres eram obrigadas a aceitar empregos sazonais de baixa remuneração porque tinham os benefícios cortados.

Logo, as políticas de bem-estar, longe de terem um caráter ético e de respeito para com a população pauperizada, sempre teve um caráter de controle político e de interferência

econômica a fim de manter a ordem vigente. Mesmo em versões anteriores ao neoliberalismo, o Estado vem participando da economia, direta e indiretamente, por meio da pressão para que todos trabalhem, independente do quanto possam ganhar, ou de subsídios para que se cale e não promovam turbulências sociais.

Segundo Jessop (2008), deve-se atentar para quatro aspectos fundamentais das políticas de ativação atualmente:

(1) destinam-se a aumentar a flexibilidade dos mercados laborais; (2) procuram melhorar a capacidade dos trabalhadores obterem um emprego e buscam transformá-los em sujeitos empreendedores em um mundo pós-fordista em que os trabalhos do porvir não estão garantidos nem se deve esperá-los; (3) mais que funcionar por meio de políticas e medidas nacionais padronizadas, confiam nas agências locais para o desenho e a gestão das políticas de forma experimental, na crença de que assim se produzem soluções adaptadas às necessidades locais que permitirão mobilizar capitais, competências e recursos locais; e (4) se orientam de maneira crescente a uma economia baseada no conhecimento, na requalificação e na aprendizagem ao longo da vida. Assim, os benefícios por desemprego aparecem associados ao trabalho, ao treinamento ou a outros programas desenhados para ajudar os desempregados a voltar ao trabalho (JESSOP, 2008, p. 192-193 – tradução nossa).

O autor concorda com Higgins ao afirmar que a ativação se estende a iniciativas fora da seguridade social, envolvendo a educação, a qualificação e outras políticas, que passam a atuar em conjunto a fim de pressionar as pessoas a trabalharem. Essas iniciativas, mais ou menos coercitivas, conduzem ao que Jessop denomina “flexiexploração” e “flexiseguridade”. A primeira diz respeito às iniciativas que deixam os trabalhadores à mercê do mercado, sem auxílio, obrigando-os a se adequar ao emprego que estiver disponível. A segunda é aplicada em países nórdicos e destina-se a manter uma assistência sempre que houver necessidade, com ou sem vínculo ao trabalho. Em ambos, prevê-se que o movimento de entrada e saída do mercado de trabalho poderá ser intenso. Os sujeitos devem ser flexíveis, como os direitos que são previstos para eles.

A ativação para e pelo trabalho, mais do que um tipo de política, é uma lógica que perpassa a moral capitalista. Entre as políticas sociais, não apenas na assistência e na previdência social, ela se manifesta com frequência. A educação muito preocupada com a inserção no mercado de trabalho e moldada para atender às demandas desse mercado deixa de lado o que poderia ser considerado inútil, como as reflexões sociológicas e filosóficas, as quais são consideradas manifestações ideológicas perigosas e indesejadas. Com a saúde não é diferente. Como ela é uma das únicas motivações válidas para faltar ao trabalho, a ela se deve dar atenção no sentido de impedir ou evitar ao máximo os afastamentos do emprego. Se hoje

há possibilidade de ausência com o uso de atestados médicos – quando o emprego é protegido –, houve antes a preocupação de salvar a população ativa de epidemias.

2.4. Ética capitalista e saúde pública: um olhar histórico-estrutural

[...] ao igualar o público e o privado em busca de crescente interação rumo a um projeto de nacionalização do sistema de saúde, o que se está fazendo é reduzir progressivamente o papel do Estado a financiador e comprador, o que seria decretar a morte progressiva do SUS.

Sonia Fleury

Moacyr Scliar (2005) explica que, no Brasil, os indígenas e os negros trazidos ao país como escravos eram os grandes curandeiros da colônia, por suas práticas mágicas e conhecimentos de medicina natural. Essa teria sido a primeira fase do desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil. Chás, rezas, feitiços e benzeduras eram coibidos inutilmente pela Inquisição.

Fenômenos semelhantes ocorreram no mundo todo, desde a pré-história, segundo o autor. No Antigo Egito, os sacerdotes eram os médicos. Para os hebreus, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. Esse pensamento mágico sobre as questões de saúde passou a ser confrontado a partir das reflexões de Hipócrates, considerado o pai da medicina. Os escritos a ele atribuídos, afirma Scliar (2005), demonstravam uma lógica epidemiológica, a partir de observação.

Do século XVII ao XIX, a concepção de saúde pública foi incorporada pela Europa com o desenvolvimento da anatomia e com o incremento das produções teóricas, sociológicas e filosóficas e da metodologia científica. Para Scliar, o desenvolvimento da saúde pública se deu concomitante à compreensão de “corpo social”, uma forma orgânica de interpretar a sociedade, utilizada por vários autores que a comparam ao corpo humano. No Brasil, segundo ele, o termo chegou a ser utilizado no Estado Novo, sob influência do pensamento de Comte: “[...] a fábrica era comparada ao organismo humano; a diretoria era a cabeça, os operários eram os músculos, o organograma e o fluxograma representavam o sistema nervoso” (SCLIAR, 2005, p. 47).

A saúde passou a ser uma questão de política pública ao passo em que se questionava qual deveria ser o nível de intervenção estatal sobre a vida das pessoas e sobre o mercado. Um aspecto importante da construção do que hoje se conhece por política de saúde é sua origem na preocupação com a saúde do trabalhador – ou do pobre que poderia vir a transmitir doenças

para o rico – e com a higienização das cidades, também num sentido que unia princípios sanitários e morais.

Não é possível, portanto, separar o surgimento da política de saúde do estabelecimento de políticas de bem-estar social. É unânime a compreensão de saúde como necessidade básica, sendo ela uma prioridade ética dos Estados, ao menos no nível do discurso. Higgins (1981), citando Gough, lembra que as duas principais funções do *Welfare State* são a reprodução da população trabalhadora e a manutenção da população não trabalhadora. A política social busca, segundo a autora, produzir uma força de trabalho saudável, letrada, capaz de responder às demandas de uma economia complexa.

A criação de uma política de saúde contribuiu para a economia: seu objetivo é trazer o trabalhador para suas atividades laborais o mais rapidamente possível após a doença e evitar ao máximo o adoecimento das crianças, futuros trabalhadores. A guerra também foi um fator que influenciou a oferta de serviços de saúde em diversos países. Ora, era preciso garantir que houvesse recrutas saudáveis em quantidade suficiente e que os meninos não adoecessem, já que seriam soldados no futuro (HIGGINS, 1981).

Ao abordar o nascimento da medicina social – ou da saúde coletiva –, Foucault (2008) afirma que, com o capitalismo, a medicina, ao invés de se individualizar e se dedicar à prática privada, socializou o corpo do trabalhador. Segundo ele, a medicina é uma estratégia biopolítica, enquanto o corpo é uma realidade biopolítica. O corpo se estabeleceu como político e social por conter a força de trabalho.

O autor identifica três etapas na formação da medicina social: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. A primeira desenvolveu-se principalmente na Alemanha no início do século XVIII devido, entre outras coisas, ao estabelecimento da chamada ciência de Estado – *Staatswissenschaft* –, que permitia a produção de informação e de teorias sobre o funcionamento do Estado, do aparelho político, da população e dos recursos naturais da sociedade.

Naquele momento, no país, a burguesia teria participado do desenvolvimento do Estado, oferecendo seus recursos – inclusive humanos – à organização estatal. Conforme Foucault, na França e na Inglaterra, ainda no período mercantilista, se produziam dados sobre natalidade, mortalidade e índice de saúde da população. No entanto, não havia nenhuma ação para melhoria das condições de saúde. Na Alemanha, no entanto, já havia uma prática médica dedicada à

melhoria da saúde da população, proposta entre 1750 e 1770 e efetivada no fim daquele século: a polícia médica.

A polícia médica significava: a) uma observação mais completa da natalidade e da morbimortalidade; b) normalização da prática e do saber médicos por meio da padronização do ensino de medicina; c) o estabelecimento de uma organização administrativa no nível do Estado para controlar as atividades médicas, o que incluía as estratégias em casos de epidemias, por exemplo; d) a responsabilização de médicos por região, onde poderiam utilizar sua autoridade e seu saber, como administradores de saúde.

Moacyr Scliar afirma que o conceito alemão de polícia médica não surge por acaso, mas resulta

de uma doutrina de governo fortemente centralizadora, que correspondia às necessidades da política econômica e da forma de administração nos estados alemães no final do século XVII, e no século XVIII. Na Alemanha de então, à diferença da Inglaterra e da França, o progresso econômico, social e político fez-se de forma lenta, sem tender para o liberalismo, como naqueles países: o objetivo da administração pública é *Gute Ordnung und Polizei*. A ordem é a condição essencial para o bem-estar dos súditos do imperador e dos príncipes locais; e a forma de alcançar a ordem é a *polizei*. Derivado do grego *politeia*, a palavra *polizei* tem um sentido ambíguo; é uma mescla de política e polícia e implica o poder da intervenção do Estado, que poderia não apenas colher as informações que julgasse necessárias sobre as pessoas como também adotar medidas relacionadas ao modo de viver e à educação das crianças (SCLIAR, 2005, p. 51-52).

Assim, o modelo alemão, embora construído sob uma perspectiva administrativo-científica, não deixou de manifestar a moralidade que defendia, ao tentar padronizar comportamentos e espaços. Além disso, a adoção de um sistema com poderes de polícia torna clara uma visão que atribuía às pessoas a responsabilidade e a culpa por sua situação de saúde e pela condição de higiene e organização do local de moradia. Ignorando a construção sociocultural e econômica dos comportamentos, a imposição de uma forma de vida de padrões burgueses parece ter conduzido o início da política de saúde alemã.

A Alemanha volta a ser lembrada, já no século XX, como exemplo por seu seguro social, que dá acesso aos cuidados em saúde e, por isso, levou ao aumento da produtividade, à redução do absenteísmo e à redução das taxas de acidentes de trabalho (HIGGINS, 1981).

Na França o que deu o tom do desenvolvimento da medicina social, segundo Foucault (2008), foi a urbanização. Na segunda metade do século XVIII, as cidades foram unificadas por razões econômicas, criando-se unidades jurídicas e de poder que facilitariam as relações de

mercado, e políticas, porque o proletariado que surge nos arredores das cidades, devido às indústrias, aumentava as tensões internas.

Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar.

[...] Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano (FOUCAULT, 2008, p. 87).

A partir dessas experiências, aperfeiçoou-se o que Foucault considera um modelo médico e político já utilizado na Idade Média: a quarentena.

Foucault afirma que na França e em outros países já havia um plano de urgência para o caso de uma epidemia aparecer em uma cidade. Segundo esse plano, a) as pessoas deveriam permanecer em suas casas, de preferência cada uma em um cômodo ou compartimento, sem se movimentar; b) a cidade deveria ser dividida em bairros, e cada um teria uma autoridade que garantiria a vigilância do espaço e impediria a saída de pessoas doentes; c) relatórios diários seriam encaminhados pelos vigias de bairros aos prefeitos informando todas as ocorrências; d) todos os habitantes seriam revistados diariamente, de forma que os ausentes eram considerados doentes e deveriam ser buscados em suas casas e deixados em enfermarias fora da cidade; e) as casas eram “desinfetadas” com queima de perfumes.

A medicina urbana, portanto, como uma versão aperfeiçoada de métodos antigos de lidar com a higiene pública, tinha três grandes objetivos: 1) analisar regiões de amontoamento, confusão e perigo no espaço urbano – de onde decorreu o estabelecimento de caixões individuais nos cemitérios e registro cuidadoso dos mortos; 2) controlar a circulação da água e do ar, a partir do que se pôde planejar o arejamento das cidades e a organização das margens e das ilhas dos rios; 3) organizar a distribuição e as sequências dos elementos da cidade, que permite, por exemplo, a construção de um plano hidrográfico e impede o consumo de água contaminada. Um aspecto que veio à tona nessa última ação da medicina urbana foi a inviolabilidade da propriedade privada, que não era obrigada a seguir as normas sanitárias em seus estabelecimentos, o que só veio a ocorrer no século XIX, com uma legislação que determinou que os solos eram do Estado.

Segundo Scliar, o período da Revolução Francesa permitiu o surgimento da concepção da relação política entre saúde e sociedade: “A luta contra a doença começa com a luta contra os maus governos, e nela os médicos devem assumir um papel de destaque” (SCLIAR, 2005, p. 55), porque eram eles que viam a miséria humana todos os dias.

“A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (FOUCAULT, 2008, p. 92). Segundo Foucault, esse caráter urbano permitiu o contato da medicina com ciências não médicas, como física e química, o que lhe deu maior cientificidade a partir daquele momento, trazendo também a noção de salubridade, compreendida pelo autor como “a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos” (p. 93).

O terceiro modelo de medicina social, ainda segundo Foucault, é aquele encontrado no exemplo inglês. Esse teve como objeto os pobres, os trabalhadores. No modelo francês do século XVIII, os operários não eram analisados como os cemitérios e os matadouros. Já na segunda metade do século XIX, os pobres apareceram como perigosos. A primeira razão é política: havia a possibilidade de a população pobre se revoltar por sua condição. A segunda foi a redução de oportunidades de trabalho com a criação de sistemas postais e de carregadores, que deixavam maior número de pessoas sem condições de manter-se. A terceira foi a divisão da cidade e dos bairros em espaços para pobres e para ricos, provocada principalmente pela ocorrência da cólera.

O que diferencia a medicina social inglesa das demais é a aplicação da Lei dos Pobres (*Poor Law*, de 1834), que, além de estabelecer critérios para assistência e a submissão às *workhouses*, definia um controle médico do pobre, tanto para garantir que ele trabalhasse, quanto para que não transmitisse doenças aos ricos.

Com a Lei dos Pobres, aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 2008, p. 95).

Isso era apenas o início do desenvolvimento desse modelo de medicina social, pois, no fim do século XIX, se estabeleceram os sistemas de *health service* e *health officers*, que localizavam e destruíam locais insalubres, controlavam vacinação, organizavam registros de doenças. Essas ações resultaram em pequenas revoltas populares contra o modelo médico. E esse foi o modelo que mais se expandiu entre os países, por conter três tipos de sistemas médicos: o assistencial destinado aos mais pobres; o administrativo encarregado de questões coletivas e de gestão, como vacinação e epidemias, e o privado, destinado a quem pudesse pagar.

O mesmo autor aborda, em outro registro de seminário em sua *Microfísica do Poder*, o nascimento do hospital, relatando o momento em que instituições de abrigo se tornaram instituições controladas pela medicina. Não se pretende aprofundar aqui esse fenômeno, mas lembrar que também o hospital adveio de uma necessidade de manter a força de trabalho, começando pelos militares e marinheiros. No início, o objetivo era apenas evitar o adoecimento provocado pelo local, que foi, antes do século XVIII, um local de morte e não de cura. “O personagem ideal do hospital [...] não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento” (FOUCAULT, 2008, p. 101).

A medicalização do hospital ocorre com a introdução da disciplina naquele ambiente, a qual permite também a implantação de métodos científicos de distribuição do espaço. O claustro, típico das instituições religiosas que costumavam controlar os hospitais, é substituído por uma organização ditada pela medicina.

A partir do momento em que o pobre se torna alvo das ações da medicina social, também a moral surge como tema recorrente. Nos “Anais de higiene pública e medicina legal” franceses de 1829, a ordem moral é citada como objetivo dessa higiene, assim como o combate às “enfermidades sociais” por meio da “investigação de hábitos, profissões e de todas as nuances das posições sociais” (ADELON et al., 1829, p. vj – tradução nossa).

Dejours (2015) afirma que a burguesia faz uso da ciência para manter a disciplina e a ordem.

Quando a burguesia perde sua credibilidade e sua imagem de cunho humanista, devido ao seu comportamento em relação à classe operária, apela-se para os especialistas e cientistas, mais respeitáveis e mais neutros que os patrões. Seu papel será o de estudar a situação e propor soluções para restabelecer a ordem moral e, sobretudo, a autoridade da família, etapa necessária para a formação de operários disciplinados.

[...] O médico faz sua entrada triunfal no arsenal do controle social, forjando um utensílio que terá grandes destinos, e que reencontraremos mais tarde, sob a imagem do “trabalho social” (DEJOURS, 2015, p. 17).

Scliar (2005), por seu turno, lembra que foi no século XIX que se desenvolveram pesquisas e teorias relevantes para a humanidade, mas que tiveram efeitos muito negativos sobre a população pobre. O autor cita o malthusianismo, a eugenia e o darwinismo social. O quociente de inteligência (QI) também foi utilizado para determinar a inferioridade de alguns grupos, utilizando-se inclusive de pesquisas fraudadas.

Nota-se, portanto, que a construção do que se conhece por política de saúde tem se dado de modo a enfatizar a moral atribuída aos pobres, valorizar o trabalho como elemento garantidor de direitos e de mérito pela vida e fortalecer a punição de quem se desvia das normas sociais. Além disso, considerando a execução do cuidado em saúde como política, não é possível ignorar os interesses econômicos, que se sobrepõem com frequência aos interesses da população. A priorização desses interesses aparece na forma de oferecer serviços de saúde. É sabido que o modelo norte-americano deixa muitas pessoas sem qualquer possibilidade de atendimento em saúde, pois naquele país o serviço de saúde é uma mercadoria como qualquer outra. A atuação dos laboratórios, com pesquisas secretas cujos resultados interessariam à toda a população e o desenvolvimento de medicamentos que são vendidos a preços exorbitantes, também é uma manifestação da valorização do poder econômico em detrimento da vida, literalmente.

Marx (2013) afirma que o capital não tem qualquer interesse pela saúde das classes subalternas, mas que é obrigado a fazer algo a respeito se a sociedade o forçar.

O capital, que tem tão “boas razões” para negar os sofrimentos das gerações de trabalhadores que o circundam, é, em seu movimento prático, tão pouco condicionado pela perspectiva do apodrecimento futuro da humanidade e seu irrefreável despovoamento final quanto pela possível queda da Terra sobre o Sol. Em qualquer manobra ardilosa no mercado acionário, ninguém ignora que uma hora ou outra a tempestade chegará, mas cada um espera que o raio atinja a cabeça do próximo, depois de ele próprio ter colhido a chuva de ouro e o guardado em segurança. *Après moi le déluge!* [Depois de mim, o dilúvio] é o lema de todo capitalista e toda nação capitalista. O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do sobretrabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo (o lucro)? De modo geral, no entanto, isso tampouco depende da boa ou má vontade do capitalista individual. A livre concorrência impõe ao capitalista individual, como leis eternas inexoráveis, as leis imanentes da produção capitalista (MARX, 2013, p. 432).

Se a saúde daqueles que lhes vendem a força de trabalho não é interessante, tanto menos o é a dos incapazes. Marx (2013) considera uma ação típica do capitalismo que o Estado dite as normas sanitárias para funcionamento das fábricas, obrigando os empregadores a adequações que prolonguem a vida e diminuam o sofrimento dos trabalhadores. Ao passo em que isso é resultado da insatisfação dos trabalhadores, da morte precoce, do adoecimento e de todo um quadro sanitário insustentável, a melhoria das condições de trabalho aumenta a produtividade, assim como a redução da carga horária fez com que o trabalho se tornasse mais intenso. A contradição acompanhará a política social enquanto a sociedade estiver subjugada ao modo de produção capitalista.

A ética capitalista afeta a política de saúde duplamente: (1) ao conduzir a ciência médica, afetando o conhecimento sobre a saúde e a sua difusão, e (2) ao determinar o acesso aos serviços. A política de saúde, como as demais políticas sociais, não está imune às insurgências populares, o que contribuiu para que, no Brasil, fosse instituído o Sistema Único de Saúde, a partir do movimento de reforma sanitária nos anos 1980 e 1990.

Capítulo 3 – A moral capitalista na política de saúde mental

Pois essas pessoas sempre ocupadas, ansiosas, voltadas para um fim que não é humano ou que é somente uma miragem, de repente, ao som de quem sabe qual trombeta, ao chamado de um doido ou demônio qualquer, podem se deixar levar por fanatismo delirante, por uma violenta paixão coletiva qualquer, por uma neurose popular.

Eugène Ionesco

Em publicação recente, *Politics of the mind* (Políticas da mente), ainda sem tradução para o português, Iain Ferguson (2017) faz uma análise marxista do fenômeno do transtorno mental. Para ele, o modo de produção capitalista é responsável pela elevada ocorrência de transtornos mentais. Sob outros modos de produção, não haveria uma loucura epidêmica. Isso não significa que numa sociedade igualitária não haveria sofrimento: “os relacionamentos continuariam terminando, as pessoas viveriam o luto pela perda de entes queridos, indivíduos experimentaríamos frustração e dor por não atingirem seus objetivos. Isso faz parte da condição humana” (FERGUSON, 2017, n.p. – tradução nossa). O autor argumenta, no entanto, que haveria menos adoecimento mental numa sociedade com menos exploração e opressão.

Ferguson (2017) também acredita que afirmar que o capitalismo gera transtornos mentais não implica dizer que não havia transtorno mental em outros momentos da história. Não obstante, não é possível ignorar o fato de principalmente o neoliberalismo ter moldado a saúde mental das pessoas, com o aumento do isolamento e da solidão numa forma de viver cada vez mais individualista. O autor não ignora o fato de que a saúde mental das pessoas é influenciada também por outros fatores e que, portanto, cada um manifesta maior ou menor problema em suas faculdades mentais, a depender tanto dos aspectos individuais quanto dos estruturais, nos quais se incluem o racismo e o sexismo, por exemplo.

Sua abordagem materialista é justificada pelo fato de que a saúde física e mental das pessoas é determinada por condições materiais objetivas. Se essas condições não existem, a saúde é prejudicada, inclusive a mental. Como exemplos, Ferguson (2017) informa que níveis de esquizofrenia são maiores em populações de centros urbanos do que em populações rurais e que há maior incidência de demência em pessoas que vivem próximas a locais com grande tráfego de automóveis.

Ferguson (2017) lembra que, para Marx, embora as capacidades mentais sejam o grande diferencial entre os seres humanos e os animais, as pessoas não conseguem desenvolver plenamente suas potencialidades nesse campo. Isso ocorreria por um impedimento advindo do

cotidiano do cumprimento do papel de classe. Segundo o autor, Freud também refletiu sobre esse aspecto, tendo afirmado que a repressão das necessidades e desejos mais básicos pode causar adoecimento mental, mas é inevitável e seria o preço de se viver em sociedade. Para Marx, por outro lado, a negação do atendimento das necessidades humanas é resultado de uma sociedade que tem por objetivo a acumulação de capital, e não o bem-estar das pessoas. Não é, portanto, algo natural.

Alguns poderiam argumentar que a saúde mental das pessoas é determinada pelas relações sociais estabelecidas ainda na infância e ao longo da vida. Ferguson (2017) então afirma que essas relações são, por sua vez, definidas por opressões estruturais que envolvem gênero, raça, orientação sexual e, acima de tudo, classe social. Isso explicaria porque mulheres têm mais transtornos de ansiedade que homens, sociedades não brancas apresentam maiores índices de transtornos psicóticos, tentativas de suicídio ocorrem com mais frequência na comunidade LGBT. Além disso, quanto mais desigual a sociedade em que se vive, maiores são as chances de se desenvolver transtorno mental. Por conseguinte, as pessoas adoeceriam mais sob o modo de produção capitalista, mediado pelo trabalho, pela família, pela escola e pelo local de trabalho.

Assim como o modo de produção afeta direta ou indiretamente a saúde mental da população, é esse modo de produção que dita as formas de lidar com os problemas de saúde mental. Como apresentado nos capítulos anteriores, até mesmo os conceitos relacionados à loucura são determinados pelos interesses das classes dominantes. Frequentemente, a cientificidade é deixada de lado ou passa a manifestar posicionamentos ideológicos e políticos – ou apenas cruéis – conforme a moral e o que for conveniente para os sãos abastados. É nesse contexto que, lembra Ferguson (2017), surgem terapias questionáveis, como a infecção proposital de pessoas com transtorno mental por malária, cirurgias para remoção de órgãos que, infectados, causariam a loucura, a eletroconvulsoterapia (eletrochoque) e a lobotomia, que chegou a ser realizada em 18 mil pessoas em 1951 nos Estados Unidos.

A retomada atual do uso de alguns desses métodos, agora sob uma pseudofidedignidade científica, e aparentemente ignorando princípios éticos, deixa clara a fragilidade da psiquiatria como disciplina médica e, principalmente, explicita a subordinação político-ideológica desse campo. Enquanto as pesquisas em ciências humanas enfatizam a importância da participação dos usuários de serviços de saúde mental, do cuidado em rede, humanizado, da adoção de práticas menos invasivas e mais respeitosas, a psiquiatria reconsidera métodos questionáveis,

como a lobotomia, hoje sob o termo psicocirurgia, e a eletroconvulsoterapia, aplicada com sedação.

Busca-se, neste capítulo, abordar a relação entre saúde mental e trabalho, a fim de revelar tanto a influência da primeira sobre o segundo, quanto o contrário, e as implicações concomitantes. Afinal, em que medida a moral capitalista do trabalho afeta o próprio tratamento em saúde mental? A última reforma psiquiátrica a que se assiste desde o fim dos anos 1970, e que retrocede neste momento, é capaz de questionar a moralidade do trabalho ou a reforça?

3.1. Saúde mental e o sentido do trabalho

O excesso da elevação do desempenho leva a um infarto da alma.

Byung-Chul Han

A relação entre a saúde mental e o *workfare* aparece nas teorias e nas práticas de repressão às drogas e à loucura sempre pelo viés moral e no próprio adoecimento mental da população sob uma sociedade baseada no emprego. A proposta de Philippe Pinel (1809), embora inovadora ao propor que o louco fosse tratado de forma diferente dos demais miseráveis, era de tratamento moral. Pinel propunha o trabalho em todos os hospícios, sugerindo que houvesse neles sempre um terreno anexo em que se poderiam utilizar áreas para plantação e trabalho rural.

Segundo ele, os nobres, que rejeitavam os trabalhos manuais, não apresentavam as mesmas melhoras que os demais pacientes. A ocupação era, portanto, uma das partes mais importantes do tratamento moral – e tinha resultados terapêuticos. Vale reparar na observação feita por Pinel sobre a escolha pelo trabalho rural:

O trabalho mecânico não era o único objeto da solicitude dos fundadores deste estabelecimento; eles queriam encontrar uma espécie de contrapeso aos erros do espírito, pela atração e pelo encanto inspirados pelo cultivo dos campos, pelo instinto natural que leva o homem a fertilizar a terra, e assim satisfazer suas necessidades pelos frutos de sua produção (PINEL, 1809, p. 258 – tradução nossa).

No trabalho braçal o sujeito internado encontrava, segundo Pinel, uma forma de reparar os males da mente por um instinto natural que leva o homem a fecundar a terra para atendimento das próprias necessidades. Ou seja, o trabalho considerado terapêutico não é o trabalho comprado por patrões, mas aquele que tem sentido para o trabalhador. Pinel sugere ainda a

inserção das mulheres em oficinas de costura, afirmando que, quando elas se habituam ao trabalho cotidianamente, dificilmente voltam a adoecer após a alta hospitalar.

Evidentemente, trazendo para a realidade atual, de sociedades majoritariamente urbanas, com possibilidade de uso de medicamentos de qualidade e com um contrato social que se considera menos cruel para com esse público, deve-se criticar o aprisionamento de pessoas por longos períodos em trabalhos forçados ou mal pagos em campos anexos aos manicômios, como eram os chamados hospitais colônia no Brasil. Pinel elogiava instituições capazes de implantar rotinas rigorosas de trabalho, com horários fixos conforme a estação do ano, horário e quantidade de alimentação pré-definidos, vigilância e limpeza extremas. A disciplina fazia parte do tratamento moral. Segundo ele, era importante não deixar que a pessoa se desviasse dos seus afazeres diários, a fim de não abrir a possibilidade de retomar uma crise de alienação mental (PINEL, 1809).

Ao mesmo tempo, Oliveira e Alessi (2005) consideram que o desenvolvimento de atividades laborais nas instituições psiquiátricas, mesmo na proposta reformista de comunidade terapêutica na Itália, era uma possibilidade de participação social naquela microsociedade, mas que “esses movimentos não superavam o limite fundante da psiquiatria – a impossibilidade de inserção da loucura no espaço social que havia sido conformado excluindo-a – e a cidadania encontrava este limite intransponível” (OLIVEIRA, ALESSI, 2005, p. 194). A cidadania é, então, associada diretamente à possibilidade de trabalhar.

Ferguson (2017) menciona que o tratamento moral em ascensão com a Revolução Francesa poderia sugerir que formas mais humanizadas de lidar com os loucos passariam a ser adotadas. Porém, ainda que coordenadas por médicos, as instituições asilares voltadas a esse público em pouco tempo teriam perdido a conotação terapêutica. O autor cita a experiência de Barbara Taylor, narrada no livro autobiográfico *The last asylum: a memoir of madness in our times* (O último manicômio: um relato sobre a loucura no nosso tempo – tradução nossa), no qual a autora afirma que as antigas casas para loucos eram conhecidas pelas correntes e chicotes, mas que os asilos que as sucederam, mais parecidos com vitrines para a psiquiatria, passaram a colocar as pessoas para trabalhar. Os hospitais não dispunham de pessoal em número suficiente, os trabalhadores eram sobrecarregados, os espaços superlotados não permitiam práticas adequadas e, em pouco tempo, locais que haviam abandonado o uso de camisas de força, voltaram a usá-las para contenção dos internos, assim como retomaram outras práticas punitivas. Logo, a reforma da atenção em saúde mental apresentada como possibilidade por Pinel e seus sucessores enfrentou dificuldades relacionadas aos interesses econômicos e

ideológicos da época. Os loucos eram mantidos sob custódia, considerados perigosos, devendo ser deixados em hospitais que se tornaram verdadeiras prisões (FERGUSON, 2017).

Para Ferguson (2017), essas situações deixam claras as questões que aproximam capitalismo e loucura, pois

mostram como ideias e práticas progressistas – no caso, um tratamento mais humanizado a pessoas com problemas de saúde mental – são subvertidas, enfraquecidas e distorcidas pelas pressões e prioridades de uma sociedade capitalista (reconhecendo que o tratamento moral era também uma forma de controle social) (FERGUSON, 2017, n.p. – tradução nossa).

A superpopulação que se estabeleceu nessas entidades também demonstra interesses diferentes do tratamento. Os hospícios eram uma estratégia da chamada solução institucional para a segregação daqueles que não podiam trabalhar. Buscava-se estabelecer práticas de trabalho entre aqueles com dificuldade ou resistência para seguir a monotonia, a regularidade e as duras rotinas das fábricas. Outro fator que teria influenciado o crescimento dessas instituições foi o prejuízo à saúde física e mental imputado pela urbanização e pela industrialização (FERGUSON, 2017). Ou seja, havia mais pessoas marginalizadas, sem possibilidade de conseguir emprego, mas também havia mais pessoas verdadeiramente adoecidas por conta dos novos processos de trabalho e formas de socialização.

Assim como as práticas de saúde pública começaram vinculadas a aspectos socioeconômicos e de guerra, como descrito no capítulo anterior, Ferguson afirma haver relatos de psiquiatras realizando um trabalho de coação com os recrutas doentes na I Guerra Mundial. O psiquiatra mais famoso nessas práticas foi o alemão Fritz Kaufman, que aplicava choques em membros aparentemente paralisados, juntamente com ordens militares gritadas, a fim de que soldados abrissem mão de seus sintomas e retornassem aos campos de extermínio, o que passou a ser utilizado por médicos de outros países durante os combates (SCULL apud FERGUSON, 2017).

O trabalho aparece com frequência na história como terapêutico e libertador dos males do espírito. Ainda que se acredite numa organização social mais tolerante à loucura e outras formas de “desvio”, atualmente assiste-se no Brasil a uma retomada das internações em comunidades terapêuticas, que acumulam denúncias de maus tratos e trabalho forçado – sob o nome de laborterapia – contra pessoas internadas por uso abusivo de álcool e outras drogas. A maior parte dessas instituições no Brasil é vinculada a entidades religiosas e também implementa a oração, o louvor e o estudo bíblico como práticas terapêuticas, como mostra o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017 (CFP et al., 2018).

Michel Foucault afirma que no século XVII a loucura saiu de um lugar em que era vista como sagrada e dirigiu-se ao lado oposto, o da demonização. Foi nesse contexto que se iniciou a grande internação, que, inicialmente, não aprisionava apenas loucos, mas todo tipo de miserável.

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do século XVII, é assunto de “polícia”. Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele (FOUCAULT, 2007, p. 63).

É válido resgatar a origem do termo “hospital”, que, hoje visto como um equipamento de saúde, iniciou-se como um espaço de acolhimento, de “hospitalidade”, “hospedagem”. Portanto, os hospitais gerais citados por Foucault eram, na realidade, abrigos públicos em que as pessoas indigentes, que não trabalhavam ou mendigavam eram deixadas como forma de punição. Entre o desempregado de qualquer tipo e a sociedade “estabelece-se um sistema implícito de obrigações: ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento” (FOUCAULT, 2007, p. 65).

Fora dos períodos de crise econômica, não se trata mais apenas de punir quem não trabalha, mas de prender e obrigar ao trabalho. “A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas” (FOUCAULT, 2007, p. 67). Foucault explica, ainda, que os primeiros locais destinados à internação foram criados na Inglaterra nos locais mais industrializados.

O autor lembra que o trabalho tende a ser visto como uma panaceia infalível, remédio para todo tipo de miséria, por ter força moral. “A eficácia do trabalho é reconhecida porque é baseada em sua transcendência ética. Após a queda do homem, o trabalho-punição recebeu um valor de penitência e resgate” (FOUCAULT, 2007, p. 71). Assim, a ociosidade e a preguiça são tidas como atos de revolta.

E é nesse contexto que o louco inicia sua saga em instituições de internação.

Não se esperou o século XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas da inutilidade social. É nesse *outro mundo*, delimitado pelos poderes sagrados do

labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de *outro lugar* e de *outra coisa*, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética (FOUCAULT, 2007, p. 73 – grifos do autor).

O poder de excluir atribuído ao labor é trazido até mesmo por Durkheim, quando elogia a divisão do trabalho, que permitiria inclusive às pessoas outrora consideradas sem utilidade a possibilidade de realizarem alguma atividade remunerada.

Em muitos povos inferiores, todo organismo imperfeito devia fatalmente perecer, pois não era utilizável para nenhuma função. Por vezes, a lei, antecipando-se aos resultados da seleção natural e, de certa forma, consagrando-os, condenava à morte os recém-nascidos doentes ou frágeis, e o próprio Aristóteles achava esse uso natural. Bem diferente é o que sucede nas sociedades mais avançadas. Um indivíduo enfermo pode encontrar nos marcos complexos da nossa organização social um lugar em que lhe seja possível prestar serviços. Se for fraco apenas de corpo, mas se o cérebro for sã, consagrar-se-á ao trabalho de gabinete, às funções especulativas (DURKHEIM, 1999, p. 269).

E continua abordando especificamente pessoas cuja dificuldade estaria no nível cerebral. Estas devem contar com o respeito aos outros contido no contrato social – e aparentemente possível apenas em lugares pequenos – para que não sejam eliminadas. Dá-se a elas a oportunidade de trabalhar ao lado de quem as possa dominar na condição de escravos, conforme a comparação apresentada pelo autor.

Se seu cérebro é que é frágil, “deverá, sem dúvidas, renunciar a enfrentar a grande concorrência intelectual, mas a sociedade tem, nos alvéolos secundários de sua colmeia, lugares pequenos o bastante, que o impedem de ser eliminado”. Do mesmo modo, entre os povos primitivos, o inimigo vencido é morto; onde as funções produtivas são separadas das funções militares, ele subsiste ao lado do vencedor na qualidade de escravo (DURKHEIM, 1999, p. 269).

Foucault expôs a forma como as grandes nações lidaram com a pobreza e a loucura – esta sempre caminhando ao lado da primeira – e a verdade é que se fez algo de fato bem próximo do que sugeria Durkheim, talvez de forma mais cruel, se consideradas as condições da grande internação. Após a libertação dos pobres dos imensos abrigos onde se misturavam com outros “inúteis”, restaram os doentes pobres. Se Durkheim confiava na solidariedade para acolhê-los, Foucault reafirmava que esta seria a única possibilidade de sobrevivência desse grupo. Afinal, não haveria necessidade econômica de cuidar dessa população.

E o pobre doente? Este é, por excelência, o elemento negativo. Miséria sem recurso, sem riqueza virtual. Este, e somente este, reclama uma assistência total. Mas em que baseá-la? Não há utilidade econômica no tratamento dos

doentes, nem nenhuma urgência material. Só as razões do coração podem exigí-lo. Se existe uma assistência aos doentes, será sempre fruto da organização dos sentimentos de piedade e de solidariedade, mais primitivos do que o corpo social (FOUCAULT, 2007, p. 410).

Vale não esquecer que, com o fim da Idade Média, muda o perfil do pobre, assim como sua função social. “O rico da Idade Média era santificado pelo pobre, o do século XVIII é mantido por este” (FOUCAULT, 2007, p. 410). A obrigação de trabalhar passa a compor os discursos religiosos e se difunde a cultura de que o trabalho é dignificante e fonte de honra. Tal obrigação não é, no entanto, de todos, mas daqueles que apenas possuem sua força de trabalho para vender.

Quando se fala em força de trabalho, não se está falando unicamente em utilização de força bruta. Marx (2013) afirma que força de trabalho é o complexo das capacidades físicas e mentais colocadas em movimento na produção de quaisquer valores de uso. Dejours (2006), por seu turno, afirma que o trabalho – agora em sua forma assalariada – tem uma relação direta com a identidade do sujeito. Para ele, que aborda especificamente a situação da pessoa no emprego, o sofrimento que pode levar a um transtorno mental é gerado principalmente pela falta de sentido e de reconhecimento no trabalho.

O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. Eis o que confere à relação para com o trabalho sua dimensão propriamente dramática. Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve destruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental. Portanto, não há neutralidade do trabalho diante da saúde mental. Mas essa dimensão “pática” do trabalho é amplamente subestimada nas análises sociológicas e políticas [...] (DEJOURS, 2006, p. 34).

A dimensão pática mencionada por Dejours diz respeito às estratégias de proteção dos sujeitos que sofrem. O autor acredita, portanto, que os aspectos subjetivos deveriam ser mais valorizados nos estudos e análises de situações específicas a fim de promover saúde e não somente a crítica à ordem social.

A relação entre loucura e trabalho aparece também de outras formas. Lafargue (1999), em sua defesa da preguiça, afirma que o amor ao trabalho é uma loucura. O ato de se vender a força de trabalho, abrindo-se mão do tempo e daquilo que de fato seria importante na vida, é considerado algo insano por ele. A burguesia, por sua vez, teria desenvolvido repulsa ao trabalho e a qualquer possibilidade de ter o prazer reduzido. De fato, é de se julgar estranho que

não se questione a dominação e a produção que não é consumida por não ser útil ou por não ser acessível a quem dela precisaria.

Em presença desta dupla loucura dos trabalhadores, de se matarem de supertrabalho e de vegetarem na abstinência, o grande problema da produção capitalista já não é encontrar produtores e multiplicar as suas forças, mas descobrir consumidores, excitar os seus apetites e criar-lhes necessidades fictícias. Uma vez que os operários europeus, que tremem de frio e de fome, recusam usar os tecidos que eles próprios tecem, beber os vinhos que eles próprios colhem, os pobres fabricantes, como espertalhões, devem correr aos antípodas para procurar quem os usará e quem os beberá [...] (LAFARGUE, 1999, p. 35).

A adequação da pessoa a uma forma de vida que nega a própria humanidade – submissa ao trabalho assalariado – por vezes também é apontada pelos autores como loucura. A alienação mental que signifique afastamento desse modo de viver pode ser, na verdade, a forma mais racional de lidar com uma sociedade centrada na exploração de uma força de trabalho sem sentido. Ou seja: onde se vê uma pessoa adaptada ao trabalho alienado, vê-se alguém irracional; onde se vê alguém incapaz de adequar-se ao trabalho assalariado, vê-se o exercício da razão. Tanto a alienação mental quanto a alienação no trabalho trazem à tona o sofrimento e a condição de existência da classe que depende do trabalho. Dulce Whitaker (1992) sugere que agir com normalidade pode ser uma patologia. Segundo a autora, “quanto mais ajustado ao sistema produtivo, quanto mais eficiente seja um cidadão, mais patológica a sua relação com o mundo” (WHITAKER, 1992, p. 191).

O louco, em seu dolorido e debochado desarrazoamento, provoca, no fundo, uma reflexão sobre esta grande ilusão capitalista de dar sentido à vida através da acumulação de honras e bens materiais. Ouvir o louco pode ser ouvir um grito que ecoa dentro da alma não só como objeto de curiosa piedade ou nervoso temor, mas como um desafio à ilusória segurança de uma vida erigida sob o terreno movediço da busca de uma felicidade que se revela sempre e cada vez mais inalcançável (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 26).

Sobre a alienação, Sérgio Lessa também faz considerações relevantes, mostrando que, em nome do lucro, na sociedade capitalista, algumas práticas nada coerentes são aceitas e consideradas racionais.

Os exemplos são infinitos: da moda à guerra fazemos o que for lucrativo, não o que é humanamente necessário. Pense-se na barbaridade que é a construção de um arsenal nuclear suficiente para destruir o mundo 99 vezes. Do ponto de vista militar, uma vez só seria mais do que suficiente. E isto foi feito porque, para nós, "guardiões das mercadorias", é mais "sensato" construir as bombas que sensatamente atender às necessidades humanas. Que coisa seria mais "razoável" que preparar nossa própria autodestruição do planeta Terra – se isto for lucrativo? (LESSA, 2006, p. 6)

A esses exemplos é possível somar a ocorrência de descartes de produtos da agricultura quando o preço ameaça cair demais ou o desperdício quando não são vendidos. Pode-se citar, ainda, a venda de assentos mais confortáveis em aviões, os quais não podem ser ocupados gratuitamente durante os voos, mesmo que estejam disponíveis.

A possibilidade que se tem de afirmar que esses comportamentos podem ser insanos mostra o quanto o conceito de loucura é relacional e o quanto a sociedade do capital é capaz de modificá-lo conforme suas necessidades.

A ética capitalista do trabalho atinge níveis de irracionalidade e uma ausência tal de sensibilidade cujo extremo talvez se manifeste no fenômeno do *karoshi*, morte súbita ou incapacidade permanente devida ao trabalho excessivo, e nos suicídios no local de trabalho ou por ele motivados.

O *karoshi* é um fenômeno identificado principalmente no Japão, com casos relatados a partir dos anos 1970. Trata-se de um colapso fisiológico que leva a paradas cardiorrespiratórias, acidentes vasculares cerebrais e outros danos cardíacos e cerebrais irreversíveis. Em 2001, no Japão, 28,1% da população ativa trabalhava por 50 ou mais horas por semana. Na Alemanha, no mesmo ano, eram 5,3% e, na Holanda, 1,4%. A legislação japonesa é flexível, permitindo até 15 horas extras semanais, além das 40 horas ordinárias, e até 360 horas extras anuais. Na legislação há exceções que priorizam os acordos entre as empresas e os trabalhadores. As vítimas mais comuns do *karoshi* são homens de mais ou menos 45 anos, casados, com dois filhos, com renda média anual de 50 mil dólares. Os sobreviventes que se tornam incapazes têm a possibilidade de, após um processo judicial, obter o direito a uma compensação financeira pelo dano. No entanto, trata-se de uma difícil batalha da família contra os empregadores. Também foi estabelecida uma legislação que obriga trabalhadores que fazem horas extras a passar por consultas médicas periódicas, bem como foi criada, ainda em 1988, uma linha telefônica de orientação para sobreviventes (IWASAKI et al., 2006). Não há, no entanto, aparentemente, uma preocupação em realizar grandes modificações na legislação e na fiscalização das situações de trabalho extremo naquele país. Os males para a saúde física e mental chegam ao nível mais grave, mas há um estímulo à competição que ignora a condição humana da força de trabalho, o que é somado a uma cultura que valoriza a produtividade e o emprego.

Helena Hirata (2011), em análise sobre a precarização atual do trabalho, discorre sobre o suicídio relacionado ao trabalho como um problema em ascensão no Brasil, França e Japão. São apontados como fatores que contribuem para o aumento dos casos de suicídio “a

intensificação do trabalho, a falta de solidariedade, o trabalho em equipe, o isolamento social e as práticas de assédio moral e psicológico” (HIRATA, 2011, p. 17). A autora apresenta ainda o conceito de *karojisatsu*, que seria o suicídio por excesso de trabalho, o qual foi considerado, no Japão, o tipo de suicídio mais frequente em 2010, acompanhado daqueles motivados pelo desemprego e por problemas de saúde. Além do excesso de trabalho, também são registrados casos de suicídio por erros cometidos no trabalho e problemas de relacionamento no ambiente laboral. Um fator a ser levado em conta, mas que não aparece nas pesquisas como causa, é o vínculo precário desses trabalhadores. Hirata cita o exemplo da empresa responsável pela regularização das condições nucleares de Fukushima após o terremoto e o tsunami ocorridos em 2011: apenas 300 dos 2.500 trabalhadores são regulares e contam com direitos trabalhistas mínimos. A ausência de segurança social pode explicar em parte a alta proporção de suicídios por problemas de saúde naquele país, que seria na realidade pela dificuldade de acesso a tratamento.

Pode-se afirmar que essa tendência da sociedade japonesa é, na verdade, uma tendência global, mas vivida ao extremo em um país oriental conhecido por sua produção de conhecimento em tecnologia e, por isso, muito competitivo nessa área.

Nesse ponto interessa discorrer sobre a sociedade do desempenho, a qual, segundo Byung-Chul Han (2017), estaria substituindo a sociedade da disciplina descrita por Foucault. Trata-se de uma sociedade em que não é necessário que haja ordens ou legislações para coagir as pessoas a agirem ou trabalharem de determinada forma, uma vez que elas já assumiram isso como uma condição para sua existência.

A sociedade disciplinar de Foucault, feita de hospitais, asilos, presídios, quartéis e fábricas, não é mais a sociedade de hoje. Em seu lugar, há muito tempo, entrou uma outra sociedade, a saber, uma sociedade da academia de *fitness*, prédios de escritórios, bancos, aeroportos, *shopping centers* e laboratórios de genética. A sociedade do século XXI não é mais a sociedade disciplinar, mas a sociedade de desempenho. Também seus habitantes não se chamam mais “sujeitos da obediência”, mas sujeitos de desempenho e produção (HAN, 2017, p. 23).

O autor defende que a sociedade disciplinar é regida pela negatividade, pela ausência de direito, pela proibição. Com a desregulamentação do cotidiano, a sociedade de desempenho se afasta da negatividade e, imbuída da necessidade de produtividade inculcada desde a forma anterior de sociabilidade, adota *Yes, we can* como lema. No lugar da proibição, das leis e mandamentos, emergem “projeto, iniciativa e motivação”. Trata-se, portanto, de uma estratégia de manutenção da máxima da produtividade: “a positividade do poder é bem mais eficiente que

a negatividade do dever. [...] O sujeito de desempenho é mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência” (HAN, 2017, p. 25). O poder não exclui o dever, mas eleva a produtividade demandada pelo dever.

A perspectiva apresentada por Han não narra somente o que seria uma nova forma de exercício de poder, em contraste com aquela detalhada por Foucault em sua microfísica ou no poder psiquiátrico, mas apresenta explicações relevantes para a saúde mental neste século. Segundo o autor, a transição de uma sociedade para outra determinaria a ocorrência de transtornos mentais.

Alain Ehrenberg considera que a carreira da depressão começaria com a mudança de uma sociedade em que os papéis estavam delimitados, conforme as classes sociais e o sexo, para uma em que se corre para ser si mesmo. “O depressivo não está cheio, no limite, mas está esgotado pelo esforço de ser ele mesmo” (EHRENBERG apud HAN, 2017, p. 26). Han acredita que Ehrenberg tem uma visão limitada ao eu no que se refere à depressão. Assim, em sua tese, afirma que a depressão é “a expressão patológica do fracasso do homem pós-moderno em ser ele mesmo”, mas também “a carência de vínculos, característica para a crescente fragmentação e atomização do social” (HAN, 2017, p. 27). Portanto, a depressão por esgotamento não advém somente da obediência a si, mas da pressão de desempenho, que é externa. O transtorno de *burnout*, diagnóstico psiquiátrico para um esgotamento no trabalho, “não expressa o *si-mesmo* esgotado, mas antes a alma consumida. [...] O que torna doente, na realidade, não é o excesso de responsabilidade e iniciativa, mas o imperativo do desempenho como um novo *mandato* da sociedade pós-moderna do trabalho” (HAN, 2017, p. 27 – grifos do autor).

A teoria recente e inovadora de Byung-Chul Han contribui enormemente com esta tese, uma vez que apresenta, sem medo de incorrer em determinismos causais, possibilidades reais de correlações de fenômenos sociais. Por isso, vale dedicar maior atenção a esse autor, que detalha de forma materialista e, ao mesmo tempo, poética, a vivência da depressão e de suas variações na atualidade.

O homem depressivo é aquele *animal laborans* que explora a si mesmo e, quiçá deliberadamente, sem qualquer coação estranha. É agressor e vítima ao mesmo tempo. O *si-mesmo* em sentido enfático é ainda uma categoria imunológica. Mas a depressão se esquia de todo e qualquer esquema imunológico. Ela irrompe no momento em que o sujeito de desempenho não pode mais *poder*. Ela é de princípio um *cansaço de fazer e de poder*. A lamúria do indivíduo depressivo de que *nada é possível* só se torna possível numa sociedade que crê que *nada é impossível*. Não-mais-poder-poder leva a uma autoacusação destrutiva e a uma autoagressão. O sujeito de desempenho encontra-se em guerra consigo mesmo. O depressivo é o inválido dessa guerra

internalizada. A depressão é o adoecimento de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade. Reflete aquela humanidade que está em guerra consigo mesma (HAN, 2017, p. 28-29 – grifos do autor).

A riqueza dessa análise complementa em grande medida a obra de Ferguson, citada ao longo deste capítulo. Enquanto Ferguson dedica-se a provar as influências do modo de produção capitalista na saúde mental da população, Han busca explicar de que forma isso se dá, como os sujeitos adoecidos percebem essa sociedade e vivem sua sociabilidade nas condições impostas pelas novas formas de colocar em prática a ética capitalista do trabalho.

A exploração narrada por Han não é outra senão aquela provocada pelo extremo da alienação do trabalho. Se há uma liberdade individual pressuposta na sociedade e, por outro lado, a obrigação do trabalho – e do desempenho –, o sofrimento habita a contradição contida nessa liberdade. Em um contexto de relações de trabalho mais flexíveis, não regulamentadas e que, muitas vezes, dependem unicamente do desempenho individual, ser patrão e funcionário de si mesmo é uma forma brutal de estranhamento.

A exigência de que os sujeitos desempenhem diversas tarefas, comum no modelo toyotista de produção, é, segundo Han (2017), um retrocesso que coloca os humanos no mesmo nível dos animais selvagens. Esses, lembra o autor, enquanto comem precisam cuidar dos filhotes, evitar serem atacados e vigiar o parceiro. O *multitasking* e a experiência do assédio moral são exemplos de que os trabalhadores vêm sendo colocados em circunstâncias que tornam o cotidiano selvagem. A preocupação com a sobrevivência se sobressai, deixando a dimensão humana contemplativa e sociável de lado. A velocidade exigida no cotidiano impede o descanso, que é descrito pelo autor como o auge do tédio. Numa sociedade de desempenho, o tédio é tido como perda de tempo. E sem o tédio não se cria o novo. A dança pode ter sido inventada quando, entediado de andar sempre da mesma forma, o homem criou outras formas de se movimentar (HAN, 2017). Acabar com o tédio é também afastar a dimensão humana da atividade humana. O desprezo pela contemplação fomenta a hiperatividade, o nervosismo e a histeria.

A expectativa de que os trabalhadores ajam como máquinas exclui as emoções negativas, como angústia e luto, que passam a ser cada vez menos vividas. Han (2017) compara ao autismo a forma como as pessoas passam a se relacionar com o mundo, em especial no que se refere à incapacidade de perceber e lidar com o outro, com a alteridade. Ora, as máquinas são interessantes para o mundo do trabalho pelo fato de não terem qualquer preocupação com outrem. O mercado exige cada vez mais que as pessoas sejam capazes de separar a vida pessoal

do cotidiano no trabalho, que um aspecto da vida não atinja o outro, como se fosse possível que um mesmo ser humano se despidesse por completo de seus papéis sociais para assumir apenas um de cada vez. Ignora-se de fato a existência dos sentimentos, da subjetividade e a influência da condição de classe na vida pessoal e na subjetividade.

As contradições são inerentes a essa sociedade narrada por Han. Ao mesmo tempo em que se solicita iniciativa e proatividade, sob lemas como “faça a diferença”, enfatiza-se que “ninguém é insubstituível”. A coragem e o medo são reforçados ao mesmo tempo. A alienação mental provocada pela alienação no trabalho aparece tanto como estratégia de sobrevivência às contradições permanentes, para que se mantenham a aceitação social e a sociabilidade esquivoide que se impõe, quanto como fuga desse modo de se relacionar.

Embora terminologias do campo das psicopatologias sejam usadas com frequência por Han – e aqui esse fenômeno esporadicamente se repete –, na tentativa de descrever aspectos sociais e fatos sociológicos, trata-se de um recurso pedagógico, metafórico e até mesmo irônico, principalmente considerando o excesso de diagnósticos possíveis e o fácil enquadramento de qualquer pessoa em algum dos códigos de doenças existentes. Trata-se, no fundo, de uma denúncia daquilo que se chama por doença atualmente e, por outro lado, da condição real de sofrimento das pessoas.

Nesse sentido, é pertinente mencionar o conceito de saúde mental adotado pelo Dicionário de psiquiatria de Robert Campbell (1986), no qual se verificam vários aspectos que se assemelham a critérios de seleção para admissão em emprego.

Higiene mental, em que a saúde mental é um campo baseado nas ciências do comportamento (...) e ampliado por aplicações científicas, sociais e profissionais. 2. Bem-estar psicológico ou ajustamento psicológico adequado, sobretudo na medida em que tal ajustamento se harmoniza com *padrões aceitos pela comunidade* do que devem ser as relações humanas. Algumas das características da saúde mental são: independência razoável; autoconfiança; autodireção; capacidade para *desempenhar um trabalho eficazmente*; capacidade para *assumir responsabilidades* e realizar os esforços necessários; confiabilidade; persistência; capacidade de conviver harmoniosamente com os outros e de *trabalhar em grupo*; cooperação; capacidade para *trabalhar sob autoridade, normas e dificuldades*; capacidade de demonstrar amizade e amor; capacidade para dar e receber, para contribuir; senso de humor; altruísmo; capacidade para encontrar formas de recreação, como nos *hobbies* (CAMPBELL, 1986, p. 545 – grifos nossos).

Pelo fato de ter o poder de estabelecer parâmetros para definir o que é normal ou patológico, a psiquiatria tem papel relevante na sociedade capitalista. Não por acaso, foi utilizada em muitos momentos da história para justificar a exclusão de grupos minoritários,

desajustados e inadaptados. E não se pode ignorar o fato de que, a cada nova edição do manual de psiquiatria (DSM), novas doenças são categorizadas e estabelecidas como tal, com sintomas e tratamento, de modo que hoje dificilmente haja uma pessoa sem qualquer diagnóstico psiquiátrico. Esse imenso leque de possibilidades diagnósticas representa um leque similar de medicamentos e tratamentos. Para Han (2017), a sociedade do desempenho é responsável por um cansaço extremo que demanda *doping*. É preciso fazer uso de medicamentos para se atingir o nível de produtividade e atividade exigido, não pelo patrão, mas pela própria pessoa.

Este capítulo dedicou-se até o momento à discussão dos impactos da sociedade do capital na saúde mental das pessoas e à forma como essa mesma sociedade lida com a loucura. Agora, a fim de realizar uma incursão no que deve ser o ponto principal desta tese, será apresentada uma faceta da relação estabelecida entre o sujeito com transtorno mental e os serviços de saúde. Como a saúde, uma das políticas do tripé que compõe a seguridade social – ao lado da assistência e da previdência social –, considerando sua especificidade e preocupação expressa com o bem-estar dos cidadãos, influencia e é influenciada pela moral capitalista na lida com as pessoas com transtorno mental? O que a política de saúde faz de seus loucos?

3.2. Ganho secundário

A pessoa que sofre permanece para sempre prisioneira do olhar objetivante das disciplinas de comportamento humano, incapazes, muitas vezes, de reconhecer a subjetividade e as necessidades da pessoa para além dos sintomas psíquicos.

Ernesto Venturini

É evidente que o trabalho assalariado tem papel central na elaboração das políticas públicas sob o modo de produção capitalista. Já foi mostrado aqui que a construção do que se chama política de saúde partiu de uma preocupação com a saúde dos trabalhadores, sejam operários, sejam soldados, e com a condição de vida nas grandes cidades, modificada drasticamente pela industrialização. Também já foi abordada a influência dos interesses econômicos e morais até mesmo na criação do hospital como dispositivo de saúde e de saúde mental.

Se os manicômios buscavam levar seus internos à prática do trabalho em suas dependências e até mesmo Pinel enfatizava os benefícios da atividade laboral para a superação da doença mental, o que os serviços de saúde mental atuais pretendem de seus usuários quando

o assunto é trabalho? Quão importante é essa questão no cotidiano dos serviços não manicomial? Essas questões serão abordadas à frente, quando serão aprofundadas as discussões acerca da reabilitação psicossocial.

Este subitem dedica-se exclusivamente à elucidação do chamado *ganho ou benefício secundário*, que se considera aqui uma importante manifestação da moral capitalista do trabalho nos serviços de saúde. O tema é pouco estudado no Brasil, mas é possível identificar sua influência na relação entre profissionais e usuários e como ele molda o significado de muitas práticas no cotidiano dessa política social.

O termo *ganho secundário* aparece em dissertações e teses, especialmente no campo da psicologia hospitalar ou da saúde, e é utilizado para se referir a um fenômeno em que o usuário do serviço de saúde manifesta outras necessidades ou solicita algo além do tratamento.

Segundo Soar Filho (1998), o ganho secundário “se refere às vantagens ou benefícios obtidos através dos sintomas, de exames, ou da condição de enfermo de uma forma geral” (p. 39). O autor trata a situação como uma forma de boicote ao tratamento, uma vez que, se a doença está trazendo vantagens, haverá menos interesse, por parte do paciente, em saná-la. Como exemplos, ele cita as necessidades de diálogo, de “desabafo”, por parte do cliente, ou a atenção que a pessoa recebe no ambiente familiar por estar doente. O atendimento desse tipo de demanda de forma “paternalística”, como menciona o autor, pode dificultar o estabelecimento de vínculo terapêutico com o cliente e provocar uma dependência entre o paciente e o profissional ou entre o primeiro e a instituição de saúde.

O termo é utilizado pela psicologia da saúde e advém da psicanálise, muito vinculado à noção de sintoma, sendo discutido por Freud e Lacan, neste último sob a expressão “gozo do sintoma”. Para esses autores, a construção do sintoma se dá de forma inconsciente e, quando manifesto, provoca certa satisfação a quem o sofre. Assim, “o ciframento da mensagem concretizada pelo sintoma segue as mesmas leis de funcionamento dos outros fenômenos lacunares do inconsciente. Os conteúdos são submetidos às mesmas torções e versões que sofrem ao aparecer num sonho, ou incorrer num ato falho” (MAIA et al., 2012, p. 48). Ao equiparar o sintoma a outros aspectos das manifestações psíquicas, a psicanálise permite relativizar o sofrimento relatado pelo indivíduo e torna-se capaz de julgar em que medida tais relatos podem ser tomados como verdade.

Maria das Graças Dias (2006) explica o conceito em Freud:

O eu, devido à necessidade de unificação e síntese, impede que os sintomas permaneçam isolados e busca agregá-los e incorporá-los em sua organização, fazendo uma adaptação ao sintoma e tirando proveito da situação, o que resulta no que conhecemos como ganho secundário proveniente da doença (p. 401).

Esse fenômeno leva ao que os autores chamam regressão, situação em que o indivíduo chega a se infantilizar para receber atenção e se adaptar à condição de doente. Michel Foucault (2000) trata do assunto como um mecanismo de defesa: “a vantagem encontrada pelo doente em irrealizar seu presente na sua doença tem por origem a necessidade de se defender contra este presente” (p. 45).

Lacan (2007), por seu turno, aprofunda e detalha, em 1976, a percepção freudiana sobre o benefício secundário, abordando o sintoma como o gozo em si. A manifestação do sintoma, a partir do momento em que ele é entendido como tal, provoca o gozo.

De todo modo, o que se observa na psicologia da saúde contemporânea e na prática dos profissionais de saúde é a simplificação do conceito, ao ponto em que se converte em outro.

Embora não se tenham encontrado, em pesquisa bibliográfica, publicações brasileiras sobre o fenômeno, a apropriação do termo por especialidades da medicina e por diversas disciplinas no âmbito das ciências humanas já é um assunto de destaque em muitos artigos estrangeiros. O mais antigo encontrado em bases virtuais é de 1974, do norte-americano Russel D. Martin, no *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Segundo ele, a percepção de ganho secundário provoca alterações no comportamento dos médicos. Ele parte da percepção de Freud sobre os estudos de Charcot com mulheres ditas “histéricas”, as quais teriam compensações por suas neuroses.

A discussão de Martin ganha corpo quando entram em jogo benefícios sociais destinados a pessoas com deficiência. “A ideia de que um paciente está se beneficiando de sua doença frequentemente cria o sentimento de que o paciente não merece a mesma consideração dada às pessoas ‘doentes de verdade’” (MARTIN, 1974, p. 800 – tradução nossa). O autor critica os profissionais que fazem uso de qualquer discurso do paciente para afirmar que o aparecimento dos sintomas coincide com o desejo de ganho secundário. Como exemplo, ele cita pessoas que moram nas ruas e eventualmente desejam ser internadas por motivos diversos, as quais já conhecem os discursos que as levam à internação: tentativa de suicídio ou vômito de sangue, por exemplo.

Em sua crítica, Martin afirma que é confortável para os profissionais do cuidado chegar à conclusão de que a compensação é o que leva o indivíduo ao serviço de saúde sem que se

pergunte o que o leva à necessidade de fazê-lo. Nesses casos, questiona o autor, não é mais fácil aos cuidadores afirmar que o paciente é um manipulador, ator, dissimulado em vez de vê-lo como alguém inadequado ou problemático que não consegue lidar com os estresses da vida cotidiana? Questiona ainda: não deveríamos lidar com a depressão e o isolamento do paciente ou iniciar uma tentativa mínima de terapia antes de afirmarmos que ele pode manipular as agências sociais e os indivíduos em busca de atenção?

Em sua conclusão, Martin demonstra que o abuso do termo ganho secundário no âmbito da saúde provoca hostilidade e niilismo terapêutico e faz com que as famílias não discutam suas responsabilidades diante do ente querido adoecido, reduzindo todas as manifestações da doença ao desejo de algum benefício.

O autor norte-americano David Fishbain (1994) traça o estado da arte do termo e informa ter encontrado, à época, 163 artigos mencionando ganho primário, secundário ou terciário. Dentre os documentos que tratavam do tipo secundário, 15,3% eram de diversas áreas da medicina, 43,6% eram de psiquiatria, 13,5% eram de psicologia com ênfase na questão da dor, 6,7% eram de sociologia, com a maioria também enfatizando a dor, e 4,3% abordavam especificamente a Síndrome de Münchhausen. Esse diagnóstico aparece na décima edição da CID sob o código F68.1 e é considerado um transtorno mental de personalidade, cuja principal característica é a invenção de sintomas – que pode ser acompanhada de automutilação – para obtenção de cuidados médicos permanentes. Também é chamado transtorno fictício. Quem o apresenta é chamado paciente itinerante ou peregrino hospitalar, segundo a classificação. A síndrome também pode aparecer vinculada à crença de que um ente querido está doente. Ocorre de as pessoas não se convencerem da realidade nem mesmo com exames demonstrando a ausência de doenças.

Segundo Fishbain, Freud conceituava dois tipos de benefícios advindos da doença. O primário seria o próprio sintoma como redutor de ansiedades, advindas de culpas por exemplo. Tendo origem intrapsíquica, o sintoma seria a imposição aparentemente externa de um sofrimento que compensaria algum sentimento ou atitude considerada negativa. É a própria geração da doença. O secundário se daria nos níveis interpessoal e social e garantiria vantagens ao paciente a partir da existência da doença.

O autor afirma que o ganho terciário foi definido em 1973 por Dansak como benefício obtido por terceiros pela doença de alguém, normalmente um ente querido que, devido à doença do outro, consegue resolver situações familiares, manter a família unida, ocupar-se com os cuidados, obter benefício financeiro etc.

Acredita-se que a utilização de termos como ganho ou benefício secundário aparece nas relações cotidianas dos serviços de saúde como manifestação de uma visão moralizante do tratamento e, portanto, de desvio moral do doente. Essa interpretação da solicitação do usuário do serviço também denota a posição central do trabalho como pré-requisito ao acesso a direitos sociais, ignorando-se, possivelmente, os empecilhos que o transtorno mental impõe nas relações de trabalho.

Os benefícios socioassistenciais e previdenciários tendem a não ser vistos pelos profissionais de saúde como direito. E pouco se pode exigir desses profissionais se se considerar que as legislações de fato ignoram as pessoas com transtorno mental entre os candidatos aos direitos pensados para aqueles que não podem trabalhar. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), por exemplo, regulamenta o BPC apenas a pessoas com deficiência ou idosas que não tenham condições financeiras para se manter ou serem mantidas por familiares.

Outro aspecto capaz de influenciar a atribuição de características negativas às pessoas que demandam acesso a benefícios socioassistenciais e previdenciários é a acepção do senso comum ao termo “benefício” e mesmo a “ganho”. Essas expressões trazem a conotação de que, em sendo um benefício, há uma priorização daqueles que não trabalham. Ou seja, há possibilidade de que esses usuários sejam compreendidos como privilegiados. O benefício secundário aparece associado aos benefícios das políticas de assistência e previdência social e termina por carregar consigo o mesmo estigma ditado pela moral capitalista do trabalho: a de que é preciso esforço pessoal para que se receba algo. E esse esforço é o trabalho assalariado, pois somente o salário seria, nessa ética, capaz de oferecer meios de sobrevivência dignos.

A interpretação do ganho secundário por profissionais de saúde mental é uma das manifestações simbólicas do poder exercido por eles sobre os usuários dos serviços, uma vez que cabe a eles julgar o que deve ser prioritário para o outro – pessoa com transtorno mental – e, portanto, qual deve ser o formato da demanda apresentada ao serviço. Também cabe a eles, muitas vezes, a decisão de conceder ou não um benefício, como ocorre com o passe livre interestadual no Brasil, por exemplo, que depende apenas de um relatório médico e da assinatura de outro profissional de saúde de nível superior, enfatizando ou testemunhando o que já estiver escrito.

Por outro lado, considerando a possibilidade de acúmulo de vínculos empregatícios por profissionais de saúde e a organização do processo de trabalho na unidade de saúde, verificasse, hipoteticamente, uma priorização, pelos profissionais, de suas condições materiais de existência e reprodução social. Enquanto o serviço identifica o usuário ideal como aquele que

prioriza o tratamento, os profissionais do serviço priorizam, não o atendimento das demandas de saúde, mas as suas próprias condições materiais. A qualidade do serviço pode estar prejudicada pelo mesmo fator que leva, segundo eles, os usuários a requererem benefícios sociais. Porém, no caso, não há doença, nem sintomas que justifiquem tal atitude. Há, sim, a inserção num modelo capitalista de produção, cujo ponto central é o trabalho, no qual há a necessidade de obter dinheiro para a manutenção de padrões de vida aceitáveis para si e para a família. Os profissionais de saúde, normalmente pertencentes à que se denomina classe média, possivelmente não se consideram da mesma classe – trabalhadora – daquelas pessoas que eles atendem, colocando-se em patamar superior permitido tanto pelo seu acesso a renda quanto por seu saber e seu poder.

Um fator que influencia esse tipo de atitude em relação ao pobre é a percepção de que facilmente pode haver fraude e os benefícios serem concedidos a quem não necessita. Higgins (1981) afirma que é comum que sejam encontrados bodes expiatórios para justificar atitudes austeras e hostis nas políticas de bem-estar social: são os preguiçosos, aproveitadores, espertalhões, malandros, vagabundos. A autora lembra que a Lei dos Pobres inglesa já exigia comprovações de pobreza, além da obrigação do trabalho nas *workhouses*. Avaliações morais demonstradas em comprovações vexatórias de pobreza são comuns até hoje, com visitas domiciliares com o objetivo de avaliar a forma como os demandantes de benefícios gastam dinheiro e se comportam no cotidiano e apresentação de documentos emitidos por agências de encaminhamento para emprego, por exemplo. É difundido, assim, um receio de agir injustamente com quem trabalha. A solução encontrada para coibir os aproveitadores é submeter os candidatos a benefícios à vergonha.

Higgins (1981) afirma que a fraude como um problema das políticas é um mito reforçado pela publicização exagerada dos casos que ocorrem, levando a crer que são situações mais comuns do que de fato são. Assim, em vez de haver investigações que provem fraudes após denúncias, o pobre tem que provar sua honestidade antes de solicitar qualquer ajuda, e com frequência necessita reiterá-la com renovação das documentações e comprovações de pobreza, desemprego e incapacidade.

Essas preocupações levam o Estado a utilizar recursos financeiros a fim de combater as fraudes, recursos que frequentemente são superiores ao que se perde com os gastos indevidos. Higgins (1981) cita estudo de 1978 que mostra que o estado da Califórnia gastou mais horas *per capita* em busca de fraudes do que toda a Alemanha naquele ano, mesmo tendo apenas um terço da população daquele país.

Outro aspecto que torna a sociedade resistente às políticas concretizadoras de direitos para os pobres é a prevalência da noção de pobreza absoluta, que reduz as necessidades humanas àquelas necessidades biológicas mais básicas para a sobrevivência, e não a de pobreza relativa, que se baseia no padrão de vida da população (PEREIRA, 1996). Sob essa perspectiva, o mínimo basta e não é necessário se preocupar com mais que isso.

Portanto, defende-se aqui que o ganho secundário só perdeu sua essência para tornar-se elemento do cotidiano dos serviços públicos de saúde mental, sob uma conceituação simplista e um uso banalizado, graças à reprodução da ética capitalista do trabalho. Logo, a percepção de fraude e de que o interesse maior é não trabalhar não ocorre com a mesma frequência em clínicas psiquiátricas particulares, por exemplo, onde os pacientes têm níveis de renda mais próximos ou superiores aos dos médicos. Esses, contratados e pagos por pessoas sob o status de clientes, veem-se em situação outra, tanto equiparando-se aos doentes que os procuram, quanto assumindo a condição de prestadores de serviços – trabalhadores – que devem responder à demanda conforme a solicitação. Essa solicitação pode incluir a elaboração de pareceres, laudos, relatórios e atestados capazes de facilitar o acesso a benefícios ou afastar o paciente do trabalho, circunstância que, nesse cenário, não causa o mesmo constrangimento que no serviço público gratuito brasileiro. Ainda que se admita que determinadas pessoas tenham comparecido a uma clínica ou consultório privado para obter alguma vantagem, nesses espaços há menor possibilidade de denúncia ou recusa no atendimento da demanda. Só se questiona a veracidade de um diagnóstico se houver pobreza ou outro estigma moral associado ao sujeito. E isso é especialmente comum no âmbito da saúde mental porque na maioria das vezes não há elementos materiais comprobatórios dos transtornos mentais, causando uma dupla culpabilização moral: pela pobreza e pela doença.

Segundo Howard Waitzkin (1971), médicos teriam uma função de regulação social, assim como assistentes sociais e policiais, pois classificariam os simuladores, liberando ou não o exercício do papel de doente. O autor afirma que estar doente pode ser considerado um desvio similar ao crime em algumas sociedades e que o posicionamento do profissional de medicina varia conforme a instituição à qual esteja vinculado. Assim, as chances de alguém ser admitido no papel de doente em instituições como as forças armadas e as prisões são menores do que em outros locais. No caso abordado nesta tese, é possível sugerir que as pessoas que buscam os serviços de saúde exercem esse papel naquele ambiente. No entanto, a autorização para que a pessoa seja vista como doente vem do médico, que define o que é ou não doença e o que o sujeito deve ou não fazer conforme o diagnóstico. No âmbito do hospital psiquiátrico, menciona

o autor funcionalista, há uma expectativa de que os pacientes ajam como doentes enquanto internados. Isso, segundo Waitzkin, provoca um conflito entre o desejo de cura – de sair da condição de interno – e o desejo de ser aceito no manicômio. Esse conflito corroboraria a cronificação da doença mental.

Nota-se que, em serviços abertos de tratamento em saúde mental, o objetivo é que o usuário se desvincule o mais rápido possível da instituição, o que pode contribuir para a busca de ganhos secundários de nível individual (atenção) e social (benefícios socioeconômicos). Assim, supõe-se que, nessas unidades, o papel de doente seja negado com alguma frequência. No entanto, o espaço em que as pessoas livres são mais desautorizadas a assumir o papel de doentes é o das agências de previdência e assistência social. Nessas, pelo interesse econômico, ideológico e político, os médicos peritos tendem a restringir o acesso das pessoas aos benefícios, submetendo-as a, além das avaliações clínicas, avaliações morais.

Para que o indivíduo chegue a uma unidade da previdência social para solicitar algum direito, os médicos dos serviços de saúde devem legitimar seu papel de doente, o que, no âmbito da saúde mental pública, pode ser um problema se o profissional compreender que o indivíduo tem condição de vincular-se a um trabalho assalariado.

Não se pretende supor que as pessoas com transtorno mental sejam todas ou em sua maioria incapazes para o trabalho assalariado. Ao contrário, a maioria desenvolve habilidades e busca se vincular a algum emprego, ainda porque a maior parte dos transtornos mentais é de menor gravidade e as pessoas têm discernimento para compreender que precisam vender sua força de trabalho para sobreviver. No entanto, mesmo nesses casos, questiona-se o significado da inserção de pessoas mentalmente adoecidas em trabalhos alienados, estranhados, sem sentido e em condição de exploração e estresse. Outro questionamento relevante é quanto aos critérios de avaliação do mérito: quem são as pessoas capazes para o trabalho assalariado? Sendo elas capazes, o mercado consegue absorvê-las? Em que medida os serviços de saúde são responsáveis indiretos pelo desamparo das pessoas com transtorno mental? E em que medida se justifica o desamparo pela possibilidade de ganho secundário? E mais: não seria esse papel de doente – termo usado por Waitzkin – uma efetivação do estigma e dos rótulos impostos às pessoas com transtorno mental?

3.3. Manifestações da moral capitalista na saúde mental brasileira

Entrei no Hospício no dia de Natal. Passei as famosas festas, as tradicionais festas de ano, entre as quatro paredes de um manicômio. Estive no Pavilhão pouco tempo, cerca de vinte e quatro horas. O Pavilhão de observação é uma espécie de dependência do Hospício a que vão ter os doentes enviados pela polícia, isto é, tidos e havidos por miseráveis e indigentes, antes de serem definitivamente internados.

Em si, a providência é boa, porque entrega a liberdade de um indivíduo, não ao alvedrio de policiais de todos os matizes e títulos, gente sempre pouco disposta a contrariar os poderosos; mas à consciência de um professor vitalício, pois o diretor do Pavilhão deve ser o lente de psiquiatria da faculdade, pessoa que deve ser perfeitamente independente, possuir uma cultura superior e um julgamento no caso acima de qualquer injunção subalterna.

Entretanto, tal não se dá, porque as generalizações policiais e o horror dos homens da relação às responsabilidades se juntam ao horror às responsabilidades dos homens do Pavilhão, para anularem o intuito do legislador.

Lima Barreto

Este item procura identificar manifestações da relação entre a moral capitalista e a saúde mental no Brasil em situações práticas, descritas em relatos de pesquisas, legislações, dados estatísticos e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Um fator que não se pode perder de vista ao analisar políticas sociais direcionadas a pessoas com transtorno mental é seu acesso aos benefícios socioassistenciais e previdenciários. As pessoas com transtorno mental não têm direito expresso ao Benefício de Prestação Continuada, benefício da política de assistência social operacionalizado pelo INSS. Elas são consideradas aptas ao trabalho por não disporem de um código CID que lhes atribua uma disfunção orgânica. Por esse motivo, o intento de promover sua inserção no mercado de trabalho tende a ser maior por parte dos agentes do Estado, ainda porque não lhes restam alternativas. Os julgamentos morais que acompanham os diagnósticos psiquiátricos ficam ainda mais evidentes quando uma pessoa com transtorno mental demanda por atenção no âmbito da seguridade social, mas fora da saúde. A pessoa que afirma sofrer com algum transtorno mental tem sua condição questionada, acreditando-se que ela tem ou deveria ter controle desse sofrimento.

A Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência (LBI), Lei 13.146/15, adota uma perspectiva ampliada de deficiência, sob um modelo social. Em seu artigo 105, essa legislação inclui as pessoas com transtorno mental dentre as que têm direito ao BPC, alterando a LOAS:

Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem *impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial*, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Art. 105, Lei 13.146/15; Art. 20, § 2º, Lei 8.742/93 – grifo nosso).

No entanto, não são claras a conceituação de “impedimento” e a definição de “longo prazo”, o que permite interpretações subjetivas no julgamento das solicitações de BPC nas agências do INSS. Além disso, a LBI também usa o termo “deficiência mental”, ora a equiparando a “deficiência intelectual”, ora a diferenciando. Colocar a pessoa com transtorno mental no rol daquelas com deficiência tem um duplo efeito. O primeiro é dar à pessoa com transtorno mental a possibilidade de ser visibilizada em determinadas políticas sociais, permitindo que ela seja elegível para o acesso a benefícios socioassistenciais, direitos, programas e projetos voltados a pessoas com deficiência. Por outro lado, provoca uma nova confusão conceitual e mesmo prática, uma vez que, na compreensão médica e da psicopatologia, há uma diferença entre doença e deficiência. A analogia seria aplicável somente no âmbito da Justiça, ressalvado o papel da perícia médica psiquiátrica judicial, e da execução de determinadas políticas. Perante a área da saúde, a intervenção para pessoas com transtorno mental e deficiência intelectual, por exemplo, é muito diferente: uma tem prognóstico passível de melhora, o outro costuma ser mais relacionado a ações educativas. Logo, é preciso elaborar reflexões, a partir da participação social e da experiência, no sentido de garantir que a academia, as políticas públicas, a legislação e o cotidiano das pessoas hoje abrangidas pela LBI estejam em acordo.

Quanto aos benefícios previdenciários, verifica-se que, embora haja uma percepção generalizada de aumento dos afastamentos do trabalho por causas relacionadas à saúde mental, nos últimos anos houve uma queda na proporção de licenças por esse motivo, tanto por meio do auxílio doença, quanto pela aposentadoria por invalidez. Ao mesmo tempo, as cessações desses benefícios aumentaram para pessoas com diagnóstico do quinto capítulo da CID – transtornos mentais e comportamentais.

Segundo o INSS, entre 2008 e 2016, o total de aposentadorias por invalidez concedidas caiu de 195.451 para 169.575 ao ano, mesmo com a população contribuinte¹ tendo aumentado no período de quase 54 milhões para mais de 66 milhões de pessoas físicas. No mesmo intervalo, a concessão de auxílio-doença aumentou de 2.163.063 para 2.414.476, o que proporcionalmente significou, na realidade, uma queda de 4% para 3,6% do número de contribuintes.

Os principais diagnósticos que motivaram aposentadorias por invalidez ao longo dos anos analisados foram de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (23,6 a 22,2%) e doenças do sistema circulatório (22,8% a 20,3%). Os transtornos mentais aparecem em terceiro lugar entre 2008 e 2012, trocando de posição com as neoplasias (tumores) a partir de então, as quais representam 12,6% das aposentadorias por invalidez concedidas em 2016. Os auxílios doença, por sua vez, ocorrem com mais frequência por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (29,4% a 29,3%) entre 2008 e 2016.

Entre as aposentadorias por invalidez com registro do diagnóstico, aquelas concessões motivadas por transtorno mental somaram 12,9% em 2008 e 9,5% em 2016. Para a concessão de auxílio doença, os percentuais foram de 9,9% em 2008 e 8,4% em 2016. Nesse intervalo, houve queda nessa proporção em quase todos os anos.

A cessação de benefícios, por outro lado, aumentou proporcionalmente e em quantidade no mesmo período. O número de aposentadorias por invalidez cessadas representou, em 2008, 50,6% do número de aposentadorias concedidas naquele ano, atingindo 98.885 pessoas. Em 2016, esse percentual saltou para 71,2% – 120.816 contribuintes. As aposentadorias por invalidez motivadas por transtorno mental foram 10% das cessadas em 2008 e 11,3% em 2016.

Dados referentes aos benefícios indeferidos foram solicitados ao INSS, com base na Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011). No entanto, o órgão informou não dispor de dados relativos aos diagnósticos das pessoas cujas perícias decidiram pelo indeferimento do pleito, ainda que o formulário preenchido pelos médicos exija essa informação. Mesmo após diversos recursos, em última instância, a CGU determinou que o INSS poderia cobrar da pesquisadora os custos de extração – que variariam de R\$ 2.674,18 a R\$ 8.022,55 – e tratamento de dados – que iriam de R\$ 3.987,30 a R\$ 15.948,86 – por grupo de informações solicitadas. Os

1 Contribuinte é compreendido como pessoa que tenha contribuído ao INSS por pelo menos um mês do ano em questão.

microdados não foram fornecidos nem sequer para informações que, agrupadas, estão disponíveis gratuitamente nas plataformas do órgão para os cidadãos.

O banco de dados gerenciado pelo Dataprev atualmente dispõe de ricas informações que interessam às políticas sociais, inclusive à saúde, servindo até mesmo para estudos epidemiológicos. A ausência de transparência na gestão da informação torna muito difícil a tomada de decisões baseada em evidências empíricas e pode provocar a priorização de interesses outros que não os da população, contribuinte ou não do seguro social brasileiro. A forma como os dados abertos são disponibilizados também não permite a utilização para fins estatísticos, porque não constam os microdados dos contribuintes. Microdados desidentificados seriam capazes de fornecer material muito útil às ciências sociais e humanas em geral, sem ferir princípios éticos.

Também foram solicitados ao INSS dados referentes ao diagnóstico atribuído às pessoas que tiveram o Benefício de Prestação Continuada concedido e cessado, já que não haveria a informação de benefício indeferido. Esses foram fornecidos, mas não em formato desagregado. Verificou-se que os transtornos mentais e comportamentais representaram o primeiro motivo de concessão de BPC entre 2008 e 2016, sendo 36% e 34,6% do total, respectivamente nos dois anos. As doenças do sistema nervoso ficam em segundo lugar, tendo caído de 14,5%, em 2008, para 10,7% em 2016.

Chama atenção o percentual de benefícios concedidos sem qualquer informação sobre diagnóstico, que variou de 15,4% a 22% de 2008 a 2016, chegando a 31,2% em 2015. A compreensão do significado dessa informação depende de outros dados e exigiria pesquisas com gestores das informações do INSS. Pode ocorrer de não ser obrigatório o preenchimento do código CID. Pode ser obrigatório e, ainda assim, os profissionais não preencherem ou não disporem de formas de encaminhar as informações aos níveis centrais do INSS ou do Dataprev. Suspeita-se, ainda, que outros critérios se sobreponham ao diagnóstico, especialmente nos últimos anos, com a avaliação social mais bem implantada.

Quanto à cessação do BPC, verifica-se que o quinto capítulo da CID – de transtornos mentais e comportamentais – é o mais mencionado entre os benefícios cessados, com 22,2%, em 2008, e 24,4% do total em 2016. Também se destacam no período os diagnósticos de neoplasias, doenças do sistema circulatório e do sistema nervoso.

Feita uma análise dos subgrupos da CID diante dos dados de BPC para diagnósticos do capítulo V, fica evidente que a maior parte dos benefícios concedidos ocorre para pessoas com

os diagnósticos tradicionalmente tidos como deficiência, ou seja, do subgrupo “retardo mental”, que compreende os códigos F70 a F79. No entanto, houve uma queda relevante no percentual atribuído a esse diagnóstico entre os anos considerados, de 55,6%, em 2008, para 36,4%, em 2016, dos BPCs concedidos para esse grupo CID. Ao mesmo tempo, houve um incremento na proporção de benefícios concedidos por “transtornos do desenvolvimento psicológico”, de 6,5% para 18,7%. “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” compõem o segundo subgrupo mais indicado, que variou de 24,7% em 2008 para 23,6% em 2016 e chegou a 28,7% em 2010.

Entre os benefícios cessados, o subgrupo “retardo mental” também foi destaque no período, compondo 50,1% em 2008 e 42% em 2016 do total dos transtornos mentais e comportamentais. Como a situação de deficiência tradicionalmente associada a esse subgrupo pressupõe imutabilidade da condição, é possível sugerir que os motivos que levam à cessação sejam outros, que não o diagnóstico, como a renda per capita familiar superior a um quarto de salário mínimo ou problemas com documentação. Ainda assim, chama atenção o fato de que, em 2016, houve 30 cessações para cada 100 concessões de BPC para esse subgrupo. Em 2008, a proporção era de 11,6 a cada 100. No subgrupo “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”, o percentual cresceu de 14,8 para 35,2 entre os anos considerados.

Resta evidente que até mesmo pela avaliação médica pericial a compreensão de necessidade extrapola a previsão formal, com pessoas sem diagnóstico de retardo mental acessando o benefício. A avaliação social implementada pode ter contribuído para o aumento da proporção de concessões aos outros subgrupos do capítulo V da CID.

O Ministério do Desenvolvimento Social e o INSS publicaram, em março de 2015, a portaria conjunta n.º 2, que estabeleceu critérios, procedimentos e instrumentos para avaliação social e médica em solicitações de BPC. A partir de então, os critérios para concessão do benefício não ficaram concentrados somente no diagnóstico médico. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi adotada numa avaliação social, que passou a compor os requisitos para concessão. Por meio dela, são analisados fatores ambientais, funções e estruturas do corpo, atividades e participação. Médicos e assistentes sociais dividem a responsabilidade na avaliação desses fatores, nos termos dos artigos 5º e 6º da portaria:

- Art. 5º Compete ao Assistente Social avaliar e qualificar os seguintes componentes e domínios da Avaliação Social:
- I - Fatores Ambientais, por meio dos domínios:
 - a) Produtos e Tecnologia;

- b) Condições de Habitabilidade e Mudanças Ambientais;
- c) Apoio e Relacionamentos;
- d) Atitudes; e
- e) Serviços, Sistemas e Políticas;

II - Atividades e Participação, por meio dos domínios:

- a) Vida Doméstica;
- b) Relações e Interações Interpessoais;
- c) Áreas Principais da Vida; e
- d) Vida Comunitária, Social e Cívica [...]

Art. 6º Compete ao Perito Médico Previdenciário avaliar e qualificar os seguintes componentes e domínios da avaliação médica, com base na CIF:

I - Funções do Corpo, por meio dos domínios:

- a) Funções Mentais;
 - b) Funções Sensoriais da Visão;
 - c) Funções Sensoriais da Audição;
 - d) Funções Sensoriais Adicionais e Dor;
 - e) Funções da Voz e da Fala;
 - f) Funções do Sistema Cardiovascular;
 - g) Funções do Sistema Hematológico;
 - h) Funções do Sistema Imunológico;
 - i) Funções do Sistema Respiratório;
 - j) Funções do Sistema Digestivo;
 - l) Funções do Sistema Metabólico e Endócrino;
 - m) Funções Geniturinárias e Reprodutivas;
 - n) Funções Neuromusculares e Relacionadas ao Movimento; e
 - o) Funções da Pele e Estruturas Relacionadas;
- II - Atividades e Participação, por meio dos domínios:
- a) Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento;
 - b) Tarefas e Demandas Gerais;
 - c) Comunicação;
 - d) Mobilidade; e
 - e) Cuidado Pessoal [...].

Assim, os profissionais avaliam as condições em que a pessoa existe no mundo, ampliando a percepção sobre as suas possibilidades para além dos diagnósticos da CID. O Art. 7º exige que o médico perito informe sobre alterações na estrutura do corpo que configurem maiores limitações e restrições à pessoa do que nas funções do corpo. Também deve o perito sinalizar se as alterações têm um prognóstico desfavorável e se há possibilidade de melhora em até dois anos, “na perspectiva da participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Macêdo e Oliveira (2015) consideram positiva a recepção dos profissionais a essa abordagem fundamentada na CIF. No entanto, a avaliação de alguns médicos peritos entrevistados pelos autores é de que a CIF não foi adotada pela categoria médica. A proposta teria criado, portanto, uma dicotomia entre a avaliação médica e a avaliação social, e não uma percepção biopsicossocial compartilhada pelos profissionais. Os autores também destacam o fato de o INSS dispor de uma cultura institucional que valoriza a lógica do seguro, que enfatiza

a responsabilidade individual das pessoas por sua condição. Isso também faz com que os médicos peritos adotem os mesmos critérios utilizados para a concessão de benefícios previdenciários contributivos para avaliar o pleito de BPC, que é não contributivo. Tal cultura institucional é também uma manifestação da ética capitalista do trabalho cujas consequências no âmbito da saúde mental são de difícil mensuração.

Por outro lado, Bim e Murofuse (2014) concluem, ao analisar a introdução da avaliação social à decisão sobre a concessão do BPC às pessoas com deficiência, que o instrumental de avaliação social “não tem contribuído para o alcance da plena finalidade almejada pela CF/88; ao contrário, tal regulamentação favoreceu ainda mais a forma seletiva, restritiva e arbitrária de averiguação, excluindo muitos deficientes e pobres do acesso ao benefício” (p. 356).

As autoras dedicam-se a analisar a perícia médica para a concessão de BPC e verificam que

o que se evidencia na história da previdência social em relação à perícia médica previdenciária, embora possa haver algumas exceções, é a negação da relação com o trabalho. Desconsideram inclusive o que relatam os trabalhadores sobre seus sintomas, valorizando extremamente apenas os aspectos biológicos do corpo do trabalhador, que sejam visíveis (sinais e não sintomas) e, de preferência, comprovados por exames (exames esses que, em vez de serem tratados como complementares, são tomados como decisivos em muitos casos), não respeitando o sujeito social/trabalhador, mas uniformizando os procedimentos para o atendimento ao regime capitalista de produção (BIM; MUROFUSE, 2014, p. 347).

Segundo elas, a CIF e os documentos que dela tratam mantêm o discurso hegemônico do processo saúde-doença. Ainda que aparentem dispor sobre os determinantes sociais desse processo, não apresentam “as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais” (BIM; MUROFUSE, 2014, p. 361) e não enfatizam o papel do Estado em sua superação.

Rocha e Coelho (2017), inspirados em Jessé de Souza, afirmam que “a sociedade institucionaliza mecanismos de opressão oriundos da desigualdade social, dando-lhes status de elemento de permanência histórica [...]” (p. 413). “Responder aos imperativos empíricos de Estado e mercado passa a ser tão óbvio quanto respirar ou andar. Não conhecemos outra forma de ser [...]” (SOUZA apud ROCHA; COELHO, 2017, p. 413).

Souza (2015) defende que se recupere, em Marx, o conceito de ideologia espontânea do capitalismo, que permite que aspectos de classe sejam associados a condições como raça, cor e etnia.

Desse modo, passa a ser fundamental recapitular a noção ocidental hegemônica de virtude para a quase totalidade dos pensadores modernos e

contemporâneos: controle da razão sobre emoções e pulsões irracionais, interiorização progressiva de todas as fontes de moralidade e significado e entronização concomitante das virtudes do autocontrole, auto-responsabilidade, vontade livre e descontextualizada e liberdade concebida como auto-remodelação em relação a fins heterônomos (SOUZA, 2015, p. 49).

O autor questiona, ainda, a dita legitimidade de instituições que se julgam meritocráticas, técnicas, igualitárias e, portanto, justas, pois aí estariam implícitas hierarquias morais que passam despercebidas. “Afinal, será a noção de disciplina e controle do corpo e de suas emoções e necessidades, que passará a diferenciar, imperceptivelmente, classes sociais, gênero, etnias, etc.” (SOUZA, 2015, p. 50). A pessoa com transtorno mental é, assim, afetada pela moral capitalista em múltiplos aspectos. Segundo Souza, a alma ou a razão é o lócus das virtudes das classes dominantes, enquanto o corpo é onde habitam virtudes dominadas e ambíguas das classes ditas inferiores. Por isso, admite-se que a remuneração por trabalhos estritamente racionais seja muito superior àquela dos trabalhos manuais e braçais. A complexidade intelectual de determinados trabalhos impede, assim, a vinculação de pobres e de loucos.

Rocha e Coelho (2017), em seu estudo, realizaram grupos focais com usuários de serviços de saúde mental, nos quais identificaram a pobreza por vezes citada como sinônimo de inaptidão para o trabalho e impossibilidade de consumo. O termo também é relacionado à falta de autonomia e à invalidez. Segundo os autores, os vocábulos “pobre” e “doido”, juntos, interferem diretamente na “escala social”, para as pessoas com transtorno mental.

Além da ausência de emprego, o vínculo precário de trabalho assalariado também aparece no relato das experiências dos participantes da pesquisa, usuários de um Caps de Salvador, Bahia. O BPC surge, nesse contexto, como uma possibilidade “de reparação aos danos e sofrimentos produzidos pelo não acesso ao trabalho, ou pelo exercício do trabalho em condições insalubres ou precárias” (ROCHA; COELHO, 2017, p. 426).

Ainda sobre essa pesquisa, vale destacar que, enquanto alguns usuários afirmam precisar deixar de lado o fato de sofrerem de transtorno mental para trabalhar e se manter, outros apontam o trabalho como

elemento estruturante na vida, mas também enquanto elemento ansiogênico e temerariamente prejudicial. Enxergou-se o trabalho como elemento produtor de Saúde, na medida da realização profissional e financeira, mas também como um potencial agravante de seus quadros de sofrimento psíquico intenso (ROCHA; COELHO, 2017, p. 428).

Cita-se a fala de uma participante de grupo focal:

Eu tenho receio em entrar no mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, perder meu benefício e não conseguir me adequar às regras trabalhistas. Eu gostaria muito de poder trabalhar, mas será que eu vou estar preparada para o trabalho? Cumprir metas, acordar cedo, obedecer a um chefe? E se eu não aguentar, quem vai me socorrer? (ROCHA; COELHO, 2017, p. 428).

Os trechos acima corroboram aspectos já mencionados nesta tese e dão indícios do que ocorre no cotidiano das pessoas com transtorno mental no que se refere à pressão para a vinculação ao trabalho assalariado. Outras circunstâncias demonstram, formalmente, a lida com o tema pelo Estado. Há, como já apontado, uma restrição formal à concessão de benefícios não contributivos a pessoas com transtorno mental que não seja considerado deficiência.

3.3.1 Narrativa moral e a história da saúde mental no Brasil

Eu me tinha esquecido de mim mesmo, tinha adquirido um grande desprezo pela opinião pública, que vê de soslaio, que vê como criminoso um sujeito que passa pelo Hospício, eu não tinha mais ambições, nem esperanças de riqueza ou posição: o meu pensamento era para a humanidade toda, para a miséria, para o sofrimento, para os que sofrem, para os que todos amaldiçoam. Eu sofria honestamente por um sofrimento que ninguém podia adivinhar; eu tinha sido humilhado, e estava, a bem dizer, ainda sendo, eu andei sujo e imundo, mas eu sentia que interiormente eu resplandecia de bondade, de sonhos de atingir à verdade, do amor pelos outros, de arrependimento dos meus erros e um desejo imenso de contribuir para que os outros fossem mais felizes do que eu, e procurava e sondava os mistérios da nossa natureza moral, uma vontade de descobrir nos nossos defeitos o seu núcleo primitivo de amor e de bondade.

Lima Barreto

A normatização do tratamento para alienados mentais no Brasil iniciou-se com uma evidente preocupação com a ordem pública. Representou também uma tentativa de introduzir cientificidade à intervenção em saúde mental, a exemplo do que ocorria em países europeus, com a formalização da psiquiatria como disciplina médica. Mas, antes que houvesse uma expressão pública e legal com posicionamentos relativos a esse assunto, em 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos do estado. A partir de então, eles passaram a ser considerados “doentes mentais, merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento” (BRASIL, 2018). Poucos anos depois, em 1835, José Martins da Cruz Jobim denunciou as condições insalubres e desumanas dos porões da Santa Casa de Misericórdia. Em 1852, foi fundado o Hospício de Pedro II, que, em 1856 já estava

superlotado. Seus relatórios denunciavam a “entrada indiscriminada de pacientes curáveis e incuráveis, afetados mentalmente ou meros indigentes” (BRASIL, 2018).

O estatuto do Hospício de Pedro II (Decreto 1.077, de 04 de dezembro de 1852) descreve os trâmites para admissão e alta dos alienados e como a instituição deve funcionar, incluindo distribuição de recursos humanos e até mesmo o que deveria compor as refeições. Um aspecto que chama atenção já a essa época é a previsão de tratamento diferenciado aos admitidos que sejam pensionistas, ou seja, que paguem por sua estadia. Assim, há uma divisão do espaço físico por classes. A primeira classe prevê quarto individual com tratamento especial, a segunda classe tem quartos para duas pessoas, enquanto a terceira oferece enfermarias gerais. Além dessas classes, como se compusessem categorias menores em humanidade, constam homens livres e escravos, nessa ordem. Os valores cobrados desses últimos eram mais baixos. Indigentes, escravos cujo senhor só tivesse um ou não pudesse pagar por seu tratamento e marinheiros eram admitidos gratuitamente em local a eles destinado.

Logo, seriam mais bem tratados os que tivessem mais posses. Além de dividir o hospital por sexo, o estatuto prevê duas subdivisões às duas primeiras classes de pensionistas: a de tranquilos e a de agitados. Os pensionistas de terceira classe e os demais alienados seriam subdivididos, segundo o Artigo 19, em alas de tranquilos limpos, agitados, imundos e afetados por moléstias acidentais, sugerindo que os pensionistas mais abastados não poderiam compor esses grupos. Além disso, em seu Artigo 16, o estatuto afirma que não serão despedidas do hospício pessoas sem a completa cura, a não ser que sejam pensionistas e tenham todas as despesas quitadas. Ter condição de pagar era também ter a possibilidade de recuperar a liberdade.

Lima Barreto narra na obra *Cemitério dos Vivos* (2017) sua experiência na Assistência aos Alienados, onde foi internado duas vezes, em 1914 e 1918. Identificam-se formas diferentes de tratar as pessoas, conforme a classe a que pertenceriam, segundo as regras da instituição.

Ainda esperei que fosse cair na secção dos pensionistas, mas assim não foi. Entrei para a Pinel, para a secção dos pobres, dos sem ninguém, para aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável e mais cortante.

O mobiliário, o vestuário das camas, as camas – tudo é de uma pobreza sem-par. O acúmulo dos doentes, o sombrio da dependência que fica no andar térreo e o pátio interno é quase ocupado pelo pavilhão das latrinas de ambos os andares, tirando-lhe a luz – tudo isso lhe dá má atmosfera de hospital, de emanações de desinfetantes, uma morrinha terrível.

Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam a sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros, etc. (LIMA BARRETO, A. H., 2017, n.p.).

A ocupação dos loucos também era tema abordado no estatuto do Hospício de Pedro II:

Art. 22. Compete aos Facultativos clínicos, cada hum nas Enfermarias, que pelo Provedor lhes forem designadas:

[...]

2º Regular a *instrucção, occupação, trabalho e recreio* dos alienados, a horas fixas e regulares:

[...]

Art. 27. Fóra das horas do descanso, que serão marcadas no Regimento interno, os alienados, cujas circunstancias o permittirem, serão entretidos em *occupações de instrucção e recreio, e em trabalhos manuaes nas officinas, e no serviço domestico do Estabelecimento, seus jardins e chacara*, na conformidade das prescripções dos repectivos Facultativos, e com as devidas precauções; tendo-se em vista na escolha e designação dos trabalhos, e na maneira de os dirigir, a cura dos alienados, e não o lucro do Estabelecimento.

Art. 28. Haverá dentro do Estabelecimento as officinas que se julgarem convenientes, debaixo da inspecção e direcção das Irmãs da Charidade, para serem nellas empregados os alienados que tiverem officios, e aquelles que para os aprender mostrarem disposição: sendo licito á Administração do Hospicio contractar, com qualquer pessoa estranha ao Estabelecimento, a factura de obras para que os alienados possam achar-se habilitados.

[...]

Art. 30. Metade do producto do *trabalho dos alienados* será entregue ao Thesoureiro do Hospicio para ser applicado ás despezas do Estabelecimento; e a outra metade deverá entrar em hum cofre de duas chaves, das quaes terá huma o Administrador, e outra a Irmã Superiora das Irmãs da Charidade, para ser entregue aos alienados officiaes a parte que a cada hum corresponder, quando sahirem curados. (BRASIL, 1852) [grifo nosso].

Cabe observar que o texto do estatuto em questão aborda conjuntamente os temas da ocupação e da repressão aos alienados, como se fizessem parte de um mesmo pacote de medidas. Assim, é de competência dos chamados “facultativos clínicos”, além da prescrição de cuidados e da seleção do trabalho possível, conforme mencionado,

Determinar a applicação dos meios coercivos e repressivos, autorizados pelos presentes Estatutos (Art. 32), quando forem indispensaveis, ou convenientes para obrigar os alienados á obediencia, e conceder os premios, que se estabelecerem no Regimento interno do Hospicio, aos que os merecerem (BRASIL, 1852, Art. 22).

Outros artigos rezam sobre os métodos de punição e repressão adotados na instituição:

Art. 32. Os unicos meios de repressão permittidos para obrigar os alienados á obediencia são:

1º A privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios;

2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescriptos pelo respectivo Facultativo;

3º A reclusão solitaria, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dous dias, cada vez que for aplicada;

4º O colete de força, com reclusão ou sem ella;

5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clinico, e nas subseqüentes na da pessoa e pelo tempo que elle designar.

Art. 33. Os referidos meios de repressão só podem ser determinados pelo Facultativo a cujo cargo estiver o alienado.

Todavia, em caso urgente, poderá o primeiro Enfermeiro empregar, debaixo de sua responsabilidade pessoal, a privação de visitas, passeios e quaesquer outros meios de recreio, a reclusão solitaria, e o colete de força, com reclusão ou sem ella, dando conta ao Facultativo respectivo, na sua primeira visita ao Hospicio, da qualidade dos meios empregados, e dos motivos que tornarão indispensavel a sua applicação (BRASIL, 1852).

O exercício da psiquiatria não era, ainda, regulamentado de fato. A cadeira de doenças nervosas e mentais do curso de medicina foi criada apenas em 1881 na Bahia e no Rio de Janeiro. Em seguida, em 1882, uma lei dispôs sobre o ensino da psiquiatria no país, com o principal manicômio do país existindo há 30 anos. Em 1890 foi criada a assistência médica e legal de alienados, por meio do Decreto 206-A, de 15 de fevereiro, que determina em seu Artigo 13:

Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congenita, *perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes*, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados (BRASIL, 1890) [grifo nosso].

Embora mantenha a previsão de terapias controversas e repressão semelhante à da norma que regula o Hospício de Pedro II, o decreto de 1890 busca preservar minimamente os alienados recolhidos nos asilos, proibindo que os enfermeiros empreguem violência e usem linguagem inconveniente com os pacientes. A questão do trabalho aparece quando o artigo 22 determina que todos os asilos deverão contar com espaço próprio para oficinas, serviços gerais, jardins e terrenos para cultura e exploração industrial e agrícola. No entanto, a legislação proíbe que se obriguem os alienados ao trabalho.

A assistência aos alienados foi sancionada em 1903, por meio do Decreto 1.132, de 22 de dezembro. Nele, são dispostos os trâmites burocráticos que envolvem a criação dos manicômios e sua manutenção.

Art. 1º. O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§1º A reclusão, porém, só se tornará efectiva em estabelecimento dessa espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

[...]

Ainda numa perspectiva mais burocrática, embora mais cuidadosa com os alienados, o decreto obriga os asilos a disporem de pessoal qualificado e idôneo e de gestores devidamente habilitados. O dirigente do estabelecimento deveria residir no local. O asilo deveria dispor de espaços adequados a atividades ao ar livre e de compartimentos separados por sexo, para “evitar a promiscuidade”. Além disso, a legislação exige a separação e a classificação dos doentes por tipo de moléstia.

O Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, por sua vez, “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Amparado na defesa dos “modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social”, o decreto confere poder à Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual teve ações controversas ao longo de sua existência, sendo a principal delas o apoio a práticas nazistas, além da tentativa de soar científicos seus posicionamentos preconceituosos e discriminatórios. Essa foi a legislação que fez com que os estabelecimentos para alienados fossem considerados de fato hospitais, cumprindo exigências sanitárias e exigindo formação universitária dos profissionais médicos.

O tratamento, segundo a lei, poderia ser em regime fechado, aberto ou misto. O regime fechado tinha, nesse momento, forte relação com o comportamento criminoso, sendo previsto àqueles que fossem encaminhados pela justiça ou pela autoridade policial ou ainda aos psicopatas e toxicômanos considerados perigosos. Embora apresentasse como opção o tratamento de pessoas com transtorno mental em residências heterofamiliares, o decreto determinava que

Art. 9º. Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento (BRASIL, 1934).

É estabelecido, por essa norma, o manicômio judiciário, onde a pessoa só pode ser internada por determinação de juiz de direito. No entanto, é prevista internação urgente em estabelecimento psiquiátrico quando houver risco para a pessoa ou por uma “medida de segurança pública”, bastando, para isso, o atestado médico. Aos voluntariamente internados é prevista alta a pedido, a menos que se conclua risco para si ou outrem ou à ordem pública. Cabe enfatizar que o Decreto 24.559 estabelece regras para a concessão de licença aos pacientes, a qual não pode exceder seis meses. Segundo o parágrafo primeiro do Artigo 22:

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

I - Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II - Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;

III - Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em *condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais*;

IV - Precavê-lo contra a *eventualidade de contágio mental* iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico (BRASIL, 1934) [grifo nosso].

O grifo do excerto acima justifica-se pela confissão na letra da lei da impossibilidade de pleno exercício das faculdades intelectuais e morais dos indivíduos submetidos à internação psiquiátrica e o fato de que isso só se dá por meio da convivência comunitária em meio aberto. O trecho também demonstra o risco de que o paciente tenha seu estado psíquico piorado pela convivência exclusiva com internos com transtorno mental. A explicitação disso é uma revelação das contradições da proposta de internação como solução para os problemas advindos dos transtornos mentais. Aparentemente, não há qualquer escrúpulo na afirmação de que a internação não é prescrita pelo interesse do paciente, mas da ordem pública. Tanto é assim, que a mesma lei propõe o exame de sanidade mental dos estrangeiros que viessem a residir no país. O resultado do exame poderia, segundo o artigo 25, promover a repatriação de pessoas, conforme acordo entre países.

O texto do decreto apresenta, no entanto, algumas preocupações com a integridade das pessoas com transtorno mental, determinando o acompanhamento de egressos do hospital

psiquiátrico pela Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental e estipulando regras para a curatela dos alienados, que são considerados absoluta ou relativamente incapazes para os atos da vida civil.

Propostas progressistas encontram lugar no Brasil com algumas iniciativas, das quais se destacam as de Nise da Silveira, como a criação, em 1946, da Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação do então Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2018). A psiquiatra alagoana difundia a psicanálise junguiana ao passo em que experimentava introduzir arte no cotidiano dos psicóticos graves que residiam naquela instituição. A médica inaugurou ainda o Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952, e a Casa das Palmeiras, em 1956, serviço que funciona como um centro de convivência e oferece diversas atividades em regime de externato.

A atividade artística aparece com frequência associada à saúde mental, configurando uma forma alternativa de compor as práticas terapêuticas, muitas vezes relacionada ainda a atividades laborais, em oficinas que unem a compreensão de terapia com a geração de renda. No período ditatorial pós 1964, o manicômio significava mais do que aprisionar loucos, sendo um local de exercício mais extremo da disciplina, um lugar de exercício de poder. Em 1968, Wilson Simplício e Oswaldo Santos propuseram e iniciaram uma experiência de “comunidade terapêutica” no Hospital de Pedro II, então com base em experiências de descentralização de poder no ambiente do nosocômio.

Com base em experiência já testada na Clínica Pinel em Porto Alegre, desenvolviam o modelo das Comunidades Terapêuticas, que tinham como fundamento a descentralização do poder entre as equipes médicas e os internos. Registradas pelos próprios pacientes nos livros de ocorrência, as ideias eram valorizadas, incentivando-se a criatividade e as qualidades de cada um.

Apesar de não questionar a existência dos hospícios, a experiência constitui um importante marco de liberdade e democracia no tratamento da saúde mental no Brasil (BRASIL, 2019a).

A eclosão do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) pode ser considerada o início do processo político da reforma psiquiátrica no Brasil, em 1978. O movimento denunciava os maus tratos às pessoas com transtorno mental nas instituições do país e as péssimas condições de trabalho nesses locais. Naquele ano, Michel Foucault visitou alguns estados brasileiros e provocou o debate sobre a forma como a loucura era tratada no Brasil. No mesmo ano, a Itália ordenava o fechamento das portas de entrada de seus hospícios

e iniciava um conjunto de mudanças que ampliavam os direitos das pessoas com transtorno mental e que influenciam o mundo até atualmente.

Pode-se dizer que, entre 1978 e 2015, o Brasil incentivou a desospitalização e a substituição do tratamento em meio fechado pelos serviços de base comunitária e territorial, como os Caps. A Lei 10.216, de 2001, e as portarias que a regulamentam, mesmo ainda permitindo internações involuntárias e compulsórias, buscaram a migração do financiamento dos leitos de internação para o apoio aos serviços abertos. Destaca-se a tentativa de assumir a integralidade da atenção à saúde, com a criação da chamada Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a qual é composta pelos Caps e outros serviços especializados, mas também pelos equipamentos de atenção primária à saúde. Também se deve enfatizar a Lei 10.708, de 2003, que cria o Programa de Volta para Casa (PVC), com um auxílio-reabilitação psicossocial, pago a pessoas com transtorno mental que tiverem residido em instituição psiquiátrica por dois anos ou mais.

A legislação e as regulamentações posteriores ao golpe de 2016 reveem a lógica que perpassava os programas de saúde mental brasileiros até então, recolocando o hospital psiquiátrico no rol dos serviços considerados integrantes da Raps, bem como incentivando e aumentando os valores das diárias em leitos especializados de psiquiatria. Dentre as primeiras ações do governo de Jair Bolsonaro no que se refere à saúde mental está a Nota Técnica n.º 11/2019, da Coordenação-Geral de Saúde Mental e Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, que reitera a linha adotada pela gestão golpista e inclui elementos que se tornaram alvo de crítica de órgãos como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). O documento considera, não só o hospital psiquiátrico, mas também a comunidade terapêutica, parte da Raps. Também lembra que o Fundo Nacional de Saúde está autorizado a financiar a aquisição de aparelhos para eletroconvulsoterapia (ECT).

A despeito da possibilidade terapêutica real da ECT e de sua aplicação ser atualmente menos invasiva e agressiva, não se pode ignorar o caráter político e moral da psiquiatria e a forma como esse saber foi utilizado historicamente, com a ECT constituindo método de tortura e punição aos internos de hospitais psiquiátricos, os quais não eram, obrigatoriamente, pessoas com diagnósticos psiquiátricos definidos, mas, muitas vezes, pessoas com comportamentos desviantes ou até presos políticos. Já foi mencionado o apoio dado pela Liga Brasileira de Higiene Mental ao nazismo e a discriminações institucionalizadas no Brasil e no mundo ainda no século XX, bem como a práticas não condizentes com a seriedade e a ética exigidas de qualquer ciência. Logo, o incentivo à prática de ECT e a facilitação de sua aquisição não

constituem benefícios para seus possíveis usuários, mas um risco àqueles que não têm qualquer indicação para esse tipo de tratamento.

Como o transtorno mental e o uso de álcool e outras drogas são temas tabu no Brasil, diante da emergência de uma ideologia fascista e excludente, a retomada de serviços psiquiátricos fechados, medicocentrados e com métodos questionáveis pode ser considerada uma ameaça aos direitos humanos, ao SUS e aos serviços de saúde mental que advieram da chamada reforma psiquiátrica. As novas legislações e orientações técnicas do Ministério da Saúde revelam a fragilidade da prática reformadora. É fato que as entidades de representação da psiquiatria não admitiram a proposta de reforma psiquiátrica. Sempre foi feita menção a uma pretensa reforma do modelo de atenção, sem, no entanto, que se permitisse uma alteração ou redução do poder psiquiátrico. Evidentemente, as entidades de outras categorias profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, ainda influenciadas pelo movimento de reforma sanitária e com participação ativa no MTSM, foram as que de fato realizaram mudanças significativas nos serviços de saúde mental e na gestão dessa política nacional.

Alguns psiquiatras questionariam as condições de trabalho e as crueldades dos manicômios, compondo o movimento pela revisão do modelo de atenção, mas isso esteve longe de representar a maioria. Acreditavam, como aparentam ainda acreditar, que não é necessário fechar hospitais psiquiátricos para promover humanização e valorizar a vida do sujeito em tratamento. A nota técnica n.º 11/2019 afirma:

A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial (BRASIL, 2019b).

Ao exigir o estabelecimento de uma equipe mínima em enfermaria especializada no hospital geral, o documento provoca uma dificuldade operacional, uma vez que torna mais cara a manutenção de tal tipo de enfermaria. Ora, com uma equipe própria para poucos leitos, torna-

se mais dispendioso e mais complicado constituir o serviço oficialmente, fazendo com que os governos locais optem novamente pela institucionalização em hospitais psiquiátricos. Além disso, a nota aborda a criação de serviços ambulatoriais multiprofissionais, intermediários entre a atenção básica e os Caps. No entanto, o modelo ambulatorial é de tradição medicocêntrica, que contrasta com as necessidades da saúde pública, pois é direcionada à adoção de uma agenda de atendimento individual, que rapidamente tem suas vagas esgotadas. Diferentemente do acolhimento de porta aberta que os Caps devem oferecer, os ambulatórios são tradicionais, estáticos e menos inseridos no território. Tal ação enfraquece os Caps e desresponsabiliza os equipamentos da atenção primária no acompanhamento de pessoas com necessidades em saúde mental. Mantém-se e reforça-se o afastamento entre saúde do corpo e saúde mental, com essa segunda sendo considerada de difícil acesso e compreensão, área exclusiva da psiquiatria.

Por fim, o documento adota como meta do tratamento ao abuso de álcool e outras drogas tão somente a abstinência, abrindo mão dos recursos promissores da redução de danos sociais e à saúde, marcas de um atendimento acolhedor e respeitoso outrora valorizado. A moral claramente evidenciada na nota técnica mencionada é de manutenção do *status quo* e do poder médico sobre o campo da saúde.

Não se pode supor que esse movimento reacionário e retrógrado de diminuição da pessoa com transtorno mental esteja dissociado da condução das políticas sociais diante da ética capitalista do trabalho, uma vez que essa “nova velha política de saúde mental” é uma de suas manifestações mais óbvias. Ela compõe um pacote de modificações dos direitos da população que incluem redução da cobertura previdenciária, reforço do Estado penal, aumento dos poderes das organizações militares e das polícias, redução e desmonte da política de assistência social, reformulação da legislação trabalhista – com priorização dos acordos entre as partes em detrimento dos direitos formalmente estabelecidos. Trata-se de uma abordagem que afeta primordialmente a população pobre, dependente do SUS e de outros serviços públicos.

3.3.1.1 Trabalho e renda segundo as Conferências Nacionais de Saúde Mental

Antes do golpe de 2016 também foram fortalecidas as formas de participação social, marca do Sistema Único de Saúde. Houve quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). Nelas, trabalho foi um tema recorrente, ora manifestando preocupação com os profissionais da área, ora no sentido de dar visibilidade à questão do emprego para os usuários. No relatório final da I CNSM, de 1987, o assunto é mencionado entre as proposições sobre o

modelo assistencial: “Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, *núcleos autogestionários e trabalho protegido*” (I CNSM, 1988, p. 19 – grifo nosso). Em outro ponto, o texto exige “Que sejam criadas estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, através de Centros de Reabilitação, sendo o trabalho protegido de tal forma que se torne dispensável a aposentadoria compulsória” (p. 24).

O trabalho autogestionado, a exemplo das cooperativas, e o trabalho protegido compõem estratégias de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado. E o assunto é retomado em trecho dedicado exclusivamente à legislação trabalhista. Nele, os participantes da conferência indicam

1. O reconhecimento de que a doença mental esteja ligada às condições em que ocorrem as atividades produtivas;
 2. Que se crie dispositivo legal que garanta a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento;
 3. Que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva, mas sim que adequem as limitações físicas e mentais do trabalhador às atividades que este possa desempenhar satisfatoriamente
- [...]
5. Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho (I CNSM, 1988, p. 26-27).

O documento propõe, ainda, alterações à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a fim de reduzir “condições de fadiga e tensão psíquica” e de impedir a demissão por alcoolismo ou outra dependência química. Dada a necessidade de atualização do tema, a CNSM seguinte, de 1992, sugere que

a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho (II CNSM, 1994, p. 27).

A II CNSM repete em muitos pontos as reflexões do encontro anterior, sempre enfatizando a integralidade da atenção à saúde e o papel dos serviços de saúde mental na busca da cidadania e da participação dos usuários na sociedade.

Sob o lema “Cuidar sim, excluir não” e convocada logo após a aprovação da Lei Paulo Delgado (10.216/01), a III CNSM apresentou item específico para trabalho e geração de renda, no qual é possível verificar uma adaptação da demanda às mudanças já implementadas na política de saúde mental até então. Assim, propõe-se investir em grupos de trabalho e geração de renda já existentes em centros de convivência já implantados. Além disso, há propostas para facilitação de crédito para cooperativas e associações e para a organização de feiras e outras formas de circulação e escoamento da produção desses empreendimentos (III CNSM, 2002).

Sugere-se o incentivo ao trabalho protegido e a outras formas de geração de renda para o período em que o usuário busca sua inserção no mercado formal. O emprego formalizado é visto, portanto, como um fim, a participação social ideal. As cooperativas, associações e oficinas de geração de renda são tidas como alternativas. Também há sugestão de implantação de um sistema de cotas para pessoas com transtorno mental em empresas, bem como estratégias de incentivo fiscal ao empresário que contratar esse público.

O relatório final da CNSM de 2001 ainda propõe o estabelecimento de bolsa-auxílio – com recursos de leitos desativados – para familiares ou usuários que tenham residido em hospitais psiquiátricos. O texto ousa na proposição de ações intersetoriais integradas com outros ministérios, alheios à saúde, a fim de garantir estratégias de capacitação e inserção no trabalho assalariado.

São previstas ações relativas a benefícios previdenciários e socioassistenciais:

488. Garantia de benefício previdenciário ou bolsa desospitalização ao usuário portador de transtorno mental internado de longa permanência, ou ao morador de serviço residencial terapêutico que não tenha renda própria ou familiar, para o seu sustento.

489. Garantir o direito do Benefício de Prestação Continuada às pessoas com transtornos mentais e incapacitada para o trabalho, mediante a revisão dos critérios atuais da LOAS. Nesta revisão deve ser considerado o laudo psiquiátrico.

490. Garantir que o Benefício de Prestação Continuada seja usado parcial ou integralmente em prol do usuário, e que, caso não ocorra a devida utilização, esta irregularidade seja denunciada ao Ministério Público (III CNSM, 2002, p. 132).

A IV CNSM, de 2010, por seu turno, apresenta demandas semelhantes, incluindo de forma explícita a economia solidária, nesses termos. Com a implantação de diversos programas sociais no intervalo entre as conferências, as propostas foram em parte destinadas à tentativa de

inserção das pessoas com transtorno mental nesses programas, a exemplos do “Minha casa, minha vida”, do “Pró-Jovem”, entre outros. O relatório também propõe

230. Capacitar os profissionais dos serviços de saúde mental para aprimorar sua capacidade diagnóstica em estabelecer o nexo de causalidade do transtorno mental com o trabalho e conseqüente notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) através de participação nas Oficinas, Capacitações e Fóruns de Saúde Mental e criação de protocolos específicos (IV CNSM, 2010, p. 53-54).

O nexo causal entre trabalho e transtorno mental é um aspecto importante dos diagnósticos de doenças do trabalho. Dificilmente os médicos psiquiatras sentem-se à vontade para apontar diagnósticos relacionados ao trabalho, uma vez que acreditam que não podem pressupor que o trabalho seja determinante das circunstâncias.

O texto de 2010 inova ao mencionar as pessoas com transtorno mental egressas do sistema penitenciário nas ações de inserção no mercado de trabalho. O documento solicita que a inserção no trabalho componha o plano terapêutico nos Caps. O acesso a benefícios volta à tona, mais uma vez citando os direitos das pessoas com deficiência.

683. Garantir o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em cooperativas sociais.

684. Garantir a Seguridade Social aos participantes do cooperativismo social e mecanismos de incentivos com redução de impostos.

685. Implicar as instâncias federais competentes – Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, Secretarias, Conselhos Profissionais e outros – no reconhecimento da mudança operada sobre o conceito de deficiência na Convenção da Organização das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 2008, que coloca o foco nas barreiras atitudinais e ambientais que impedem a inclusão social na comunidade e no mercado de trabalho (IV CNSM, 2010, p. 115).

[...]

738. Promover a acessibilidade prevista nos instrumentos legais de proteção dos direitos das pessoas com deficiência às pessoas em sofrimento psíquico (p. 123).

A possibilidade de cotas é apontada, inclusive para concursos públicos, bem como se exige o fim da discriminação de pessoas que façam uso de medicação psiquiátrica. O INSS é citado, lembrando a dificuldade aparentemente encontrada na concessão de benefícios para essas pessoas e a não associação causal entre o adoecimento mental e o emprego.

768. Promover discussões sistemáticas da coordenação municipal de saúde mental junto aos serviços de perícia médica (municipal, estadual e federal, e

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social) com o objetivo de ampliar a compreensão sobre doenças e transtornos mentais para melhorar as condições de atendimento destes usuários nos serviços periciais, inclusive com a concessão de licenças médicas integrais e parciais para os transtornos mentais, de forma a possibilitar ao usuário o tratamento adequado e a reinserção no trabalho (p. 126).

[...]

770. Garantir que o INSS inclua no NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário) as CIDs [...] relacionadas aos transtornos mentais ocasionados pelo trabalho (p. 127).

Como uma manifestação dos interesses da sociedade no que se refere à saúde mental, o relatório final do IV CNSM compõe importante fonte de informação sobre os anseios referentes ao trabalho assalariado. A proposição abaixo revela a contradição recorrente em que as pessoas com transtorno mental se veem envolvidas, ora consideradas incapazes para o trabalho, podendo ser beneficiárias de um recurso destinado a pessoas com deficiência, ora consideradas aptas ao exercício laboral.

839. Garantir que pessoas com sofrimento psíquico que possuam Benefício de Prestação Continuada, uma vez inseridas no mercado de trabalho, tenham a possibilidade de voltar a receber o benefício caso apresentem a incapacidade de exercer atividade laborativa novamente e não tenham direito a outro benefício consequente ao retorno transitório ao trabalho.

[...]

842. Garantir maior transparência no processo de solicitação do Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS), através da emissão de laudos periciais do INSS que fundamentem o motivo da recusa do benefício (IV CNSM, 2010, p. 136).

Associado ao aparente problema conceitual e institucional em torno da concessão do BPC, o relatório critica o fato de a decisão ser centrada no profissional médico, assim como sugere revisão de critérios para permitir a inclusão do transtorno mental.

846. Com relação aos respectivos benefícios da seguridade social, garantir por lei federal que a pessoa com sofrimento psíquico seja avaliada por uma equipe multiprofissional, considerando laudos e pareceres da equipe que o acompanha, não centralizando a aprovação final no médico perito.

847. Exigir do INSS a consideração do laudo psicossocial, e não apenas do laudo médico, nas decisões da perícia, incluindo no ato de decisão médico-pericial da concessão de benefícios os aspectos psíquicos, sociais (econômico-cultural), ambientais de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e não apenas a visão clínica restrita.

848. Rever critérios para concessão e ampliação de Benefício de Prestação Continuada junto ao INSS, considerando os relatórios da equipe técnica para garantir o benefício às pessoas com transtorno mental na perícia atualmente realizada por médico psiquiatra, conforme os princípios da reforma

psiquiátrica, incluindo a terminologia através de emenda nas normas e diretrizes da LOAS. (IV CNSM, 2010, p. 136-137).

Há, ainda, a proposta de criação de mecanismos de facilitação de denúncias “contra abusos de autoridade, indeferimento ou suspensão de benefícios realizados pelos médicos peritos sem justificativa técnica, apesar dos atestados dos médicos assistentes” (IV CNSM, 2010, p. 138).

A análise das demandas das Conferências Nacionais deixa clara a persistência de manifestações de contradições, como entre direito e trabalho, dignidade e assistência social, entre outras, que não são mais do que pequenas expressões da dicotomia primeira: entre capital e trabalho. Afinal, a determinação do que pode ou não levar alguém a ser considerado incapaz para o trabalho e merecedor de apoio financeiro é uma construção histórico-social e política. As políticas públicas atuam de forma articulada no sentido de reforçar o papel do trabalho assalariado como único meio de acesso à dignidade. Quando estratégias de assistência social, como o BPC, aparecem como alternativa, impõe-se um controle institucional e ideológico que reafirma o lugar do trabalho assalariado e o caráter excepcional de seu não exercício.

Capítulo 4 – Reabilitação psicossocial: do tratamento à socialização

A ideia da reabilitação contém em si, no meu modo de ver, um erro ideológico: não se pode voltar atrás no tempo para readquirir competências ou resgatar injustiças. É melhor falar de habilitação olhando para a frente. A desinstitucionalização deve, porém, se libertar do tempo institucional, das atividades produtivas, do tempo rígido dos protocolos. Seria necessário, substancialmente, considerar sempre o tempo interior das pessoas.

Ernesto Venturini

Após elucidações acerca das correlações entre moral, ética e trabalho assalariado e feita uma abordagem da ética capitalista do trabalho em sua relação com a saúde mental, este capítulo pretende tratar da acepção prática das possibilidades de socialização das pessoas com transtorno mental segundo as instituições de saúde.

Formalmente, as estratégias de fortalecimento da sociabilidade constituem o que se denomina “reabilitação psicossocial”, que será explicitada aqui, com análises que buscam identificar seu lugar num contexto capitalista. Afinal, em que medida é eficaz propor a construção de uma cidadania que se vê, nesta sociedade, subordinada à capacidade laborativa e de consumo? Como subverter uma ideologia e um *ethos* que tornam as pessoas com transtorno mental inferiores quando não produtivas em um emprego? Como construir cidadania onde a razão prima pela economia dos valores monetários em detrimento da humanidade?

4.1. Reabilitação psicossocial e trabalho assalariado: da troca zero ao poder contratual

Mas, quem é o Outro na nova ordem mundial? O Outro comunista reclama sua inserção no Eu, o “Grande Eu do Mercado”, deixando vago o lugar do inimigo.

João Ferreira da Silva Filho

O termo “reabilitação psicossocial” é geralmente apresentado sob duas percepções: uma que a vê como o objetivo de todo o tratamento em saúde mental e outra, que a compreende como uma parte da política de saúde mental que abarca unicamente as iniciativas externas aos

serviços de saúde, como o engajamento em projetos de geração de emprego e renda e o estabelecimento de moradias alternativas ao manicômio.

Esta última é a compreensão adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil. Em 2012, na Portaria n.º 132, de 26 de janeiro de 2012, define-se o componente de reabilitação psicossocial como “iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais” (Parágrafo único do Art. 1º). O Programa de Volta para Casa (PVC), criado pela Lei 10.708 em 31 de julho de 2003, já era classificado como “auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas” (Art. 1º). O PVC concede um auxílio financeiro a pessoas que tenham residido em hospital psiquiátrico por no mínimo dois anos ininterruptos, a fim de incentivar seu cuidado na comunidade, reduzindo internações.

Ao abordar o tema, Benedetto Saraceno (2016), em palestra no I Encontro de Reabilitação Psicossocial em 1995, no Brasil, afirma que a reabilitação deve ser um processo de reconstrução, com o objetivo de garantir o exercício pleno da cidadania e a plena contratualidade naqueles que o autor considera cenários de atuação humana: habitat, compreendido como o espaço das microrrelações; mercado, compreendido como o local de trocas, de rede social ampliada; e trabalho, entendido como o lugar de produção de valor social.

É com essa visão de reabilitação que Saraceno afirma que “não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania” (2016, p. 23). A insistente reflexão de Saraceno está na finalidade da ação. Segundo ele, muitos serviços de saúde mental fazem uso das mesmas técnicas em psicoterapia, em terapia ocupacional e psiquiatria, mas têm resultados diferentes. Isso ocorre porque é possível aplicar as mesmas técnicas em contextos diferentes e com objetivos diferentes. O autor acredita que a variável está no

marco da saúde pública, o marco da política, do programa, da organização, do tipo de trabalho, de quem atua no serviço. A reabilitação não é uma técnica que se pode aplicar independentemente de um marco organizacional, estrutural, político que se dá em saúde mental em uma determinada região, cidade, bairro ou país (SARACENO, 2016, p. 24).

Concordando com Saraceno no que se refere à necessidade de uma ordem que inclua a reabilitação psicossocial como parte da saúde mental local, Ana Pitta (2016) a aborda, portanto, como vontade política. Logo, não se desenvolvem ações de reabilitação psicossocial

isoladamente, sem que haja um intuito maior e condições reais de levar as pessoas com transtorno mental a adquirir ou retomar o status de cidadãos. A autora informa que

fundamentalmente tal denominação está associada a um sem-número de iniciativas mais ou menos articuladas que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais e se utilizando de um sem-número de técnicas (*skill training*, terapia vocacional, psicoeducação, grupos operativos, ateliês terapêuticos, etc., etc.).

[...]

Não se trata porém de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados. (PITTA, 2016, p. 28-29).

Analisando o discurso de profissionais de um serviço de saúde mental, Maria Salette Jorge *et al.* (2006) observaram que a compreensão de reabilitação psicossocial dentro do mesmo serviço de saúde pode ser muito diferente. De seu estudo, extraem-se afirmações como “Na doença ele é incapaz para o trabalho e o convívio social; a saúde mental é curar essa incapacidade”, mas também “A gente tem que trabalhar o doente para que ele volte a ser normal e viver na sociedade”, e, ainda, “É a reinserção do psicopata na sociedade”. Sobre a reabilitação, uma pessoa que trabalha no serviço de saúde mental afirma que “reabilitar não é habilitar de novo”, enquanto outra diz que “reabilitação visa a tornar o indivíduo habilitado” (p. 736).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, disponibilizou o documento “*Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*”, endossado pela *World Association for Psychosocial Rehabilitation* (WAPR), em que apresenta uma definição para reabilitação psicossocial.

Reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos – que sejam prejudicados, desabilitados ou deficientes devido a uma desordem mental – a atingir seu nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. Isso implica tanto promover nos indivíduos competências quanto introduzir mudanças ambientais a fim de criar a melhor qualidade de vida possível para pessoas que experienciam um transtorno mental ou que têm algum prejuízo de sua capacidade, que provoque algum nível de desabilitação (OMS, 1996, p. 2 – tradução nossa).

O termo *disability*, que vem sendo traduzido como desabilitação ou desabilidade, não tem um similar em português. Trata-se de um problema epistemológico que os estudiosos da saúde mental devem enfrentar, lembrando que é um fenômeno que também ocorre com expressões como a própria reabilitação/*rehabilitation* – que no Brasil comumente é interpretada

como habilitar novamente – e *recovery* – que os autores evitam reconhecer como recuperação ou cura.

Pitta (2016) afirma que o prefixo latino “re” evoca um movimento para trás e traduz uma ideia de repetição. A habilitação por si só, no entanto, não contempla do que se fala aqui, porque remete ao ato de habilitar-se ou atender às formalidades necessárias para aquisição de um direito ou demonstração de capacidade legal para o desempenho de alguma atividade. É o que ocorre nas profissões, em que uma formação ou um título confere habilitação para o trabalho como tal.

“Quando juntos na palavra reabilitação, impõem um sentido de recobrança de crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade” (PITTA, 2016, p. 32). Mas reabilitação também se refere às práticas de recuperação ortopédica, de funções físicas, às vezes prevalecendo a compreensão de um modelo mecânico de conserto, que promova o retorno à fisiologia “normal”. A autora termina por sugerir que se provoquem técnicos, políticos e sociedade a promoverem a decifração dessa expressão para a realidade brasileira.

Ernesto Venturini (2016) acredita que a reabilitação psicossocial saiu de um status de intervenção para um campo de reflexões cada vez mais elaboradas, adotando agora uma perspectiva mais científica. Além disso, em um “elogio das práticas reabilitadoras”, o autor afirma:

A linguagem usada pelos agentes da reabilitação é particularmente empática, rica e criativa, intensamente contaminada por outras disciplinas. Os seminários, os congressos realizados sobre o tema da reabilitação constituem as poucas ocasiões em que usuários dos serviços psiquiátricos estão presentes e podem interferir diretamente. Em nossa opinião, essa consideração já seria suficiente, por si só, para dar valor ao conjunto do processo (VENTURINI, 2016, p. 163-164).

Na crítica à reabilitação, no entanto, Venturini (2016) lembra que o termo “reabilitação” adveio da medicina geral e de técnicas de recuperação de uma função física ou um órgão. O autor considera um engano e um problema a adequação da ciência psi à ciência orgânica, porque esta tende a uma evolução linear, conforme o diagnóstico e o tratamento que se dá. Este trabalho já abordou a relação entre a medicina orgânica e a psiquiatria em outros momentos. A compreensão de reabilitação passa, portanto, pelas mesmas circunstâncias.

Defendendo que se adote a expressão “habilitação psicossocial”, Venturini (2016) afirma que o termo apresenta um outro tempo diante do transtorno mental: quando o prefixo “re” sempre traz o passado à tona, habilitação provocaria uma tensão confiante no futuro e

instigaria a criação de um novo processo, ignorando a noção de desvantagem daqueles sujeitos. O autor reconhece, no entanto, que o uso de outra terminologia não significa uma prática coerente e que a noção de habilitação pode vir acompanhada de um forte viés pedagógico prescritivo em que o profissional decide o que a pessoa a ser habilitada fará, sem que haja uma verdadeira participação do sujeito com transtorno mental.

Outra contribuição de Venturini (2016) aos problemas da reabilitação está na forma como ela se dá. E, nisso, o autor apresenta uma crítica enfática às tentativas de criar um espaço ideal, controlado, normalmente fechado, circunscrito às instituições, onde deve se dar a prática reabilitadora. A prática de habilitação deveria ocorrer no nível do real, portanto, e fugir das tendências ao entretenimento que não sai do circuito psiquiátrico. Citando Basaglia, Venturini afirma: “Frequentemente, as instituições reabilitadoras induzem a dependência dos sujeitos a serem reabilitados” (2016, p. 167).

Habilitar, para o autor, significa, portanto: “a construção material do exercício dos direitos; o desenvolvimento das trocas interpessoais e sociais; a cooperação (*versus* empresa social)” (VENTURINI, 2016, p. 167). Ao descrever a aplicação dessa perspectiva de habilitação, Venturini destaca a constituição de cooperativas de trabalho; a criação de casas para moradia dessas pessoas, com desenvolvimento de habilidades sociais no cotidiano – e não em treinamentos –; o desenvolvimento de socialização por meio do fortalecimento das redes formais e informais da comunidade; a promoção de cuidados para aprimoramento dos aspectos saudáveis das pessoas, e não a ênfase na doença; a promoção da liberdade, “como risco consciente, como possibilidade de escolha, como espaço onde é viável a hipótese de um encontro para além da doença e no âmbito de uma reciprocidade rebuscada” (VENTURINI, 2016, p. 168).

Retomando a discussão sobre a prática da chamada reabilitação psicossocial, verifica-se que a questão do trabalho aparece sempre que o assunto surge. Esta, quando compreendida como um dos eixos de atuação na política de saúde mental, parece ser a parte mais “social” da atenção psicossocial. Então, embora se compreenda que a reabilitação psicossocial pode ser tida como um modelo político para a atenção em saúde mental, verifica-se também que ela sempre aparece como finalidade da ação, como se, com sua concretização, pouco restasse a se fazer no âmbito dos serviços. A ideia de que a reabilitação promove a autonomia e a conquista da cidadania pelos sujeitos de fato dá a entender que algo pode ser feito em suas relações, especialmente fora do estabelecimento de saúde, para que lhes seja possível uma vida com

sentido, expressão usada por Saraceno, e não por acaso por Dejours, este ao abordar a qualidade de vida no emprego.

A centralidade do trabalho aparece até mesmo na identificação de quem são as pessoas a quem se deve oferecer reabilitação psicossocial.

Nas sociedades concretas, a brasileira em especial, a pobreza de investimentos na área social irá determinar que alguns recebam cuidados e outros sejam rejeitados pelo sistema de atenção. Serão mais rejeitados os que revelarem uma absoluta inaptidão para o trabalho, já que, no horizonte de expectativas, a inserção no mercado formal ou informal de trabalho entra como indicador positivo em quase todos os projetos de cuidados (PITTA, 2016, p. 33-34).

O trabalho também aparece na concepção de Saraceno (1998), quando afirma que a não produção de valor e de sentido é o que gera a rejeição da sociedade para com a pessoa com transtorno mental.

Um psicótico não é um deficiente, um psicótico é uma pessoa que, num momento, devido a uma experiência de sofrimento, não tem mais a capacidade de produzir um sentido – e a comunidade não suporta isso. No momento em que você cessa de ser produtor de algo, no momento em que diz: não aguento, não estou em condição de produzir nada, é rejeitado pela comunidade. Então recuperar é uma atitude solidária, afetiva (SARACENO, 1998, p. 31).

Pitta reconhece que a busca por trabalho assalariado é acrítica e desconsidera que esse trabalho pode não ser “nem tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe” (PITTA, 2016, p. 34). A autora lembra ainda que o emprego vem sendo o paradigma do “funcionamento social harmônico”.

Nessa perspectiva, a autora destaca as ações de associações, grupos e outras organizações sociais de pessoas com transtorno mental, familiares e trabalhadores da saúde mental que apresentam alternativas de trabalho para as pessoas que “sofrem de limitações para a vida em sociedade” (PITTA, 2016, p. 35). E mais uma vez as ações de reabilitação psicossocial são tidas como aquelas voltadas ao trabalho. Pitta também confere importância à solidariedade como meio de promover o acesso ao trabalho e à cidadania.

O eixo de reabilitação psicossocial da política de saúde mental está, portanto, diretamente associado ao trabalho, ainda quando compreendido como algo mais amplo, pois a inserção no trabalho assalariado – vista como indicador positivo para os serviços – torna-se o fim ideal do tratamento das pessoas com transtorno mental, ao ponto de se ver nisso o atingimento da cidadania.

Uma expressão que se repete na abordagem do assunto é “poder contratual” (SARACENO, 2016, 1998; PITTA, 2016; KINOSHITA, 2016). Pretende-se ampliar a contratualidade de cidadão do usuário da saúde mental, dizem os autores. Roberto Tykanori Kinoshita (2016) define a reabilitação psicossocial como uma busca pela retomada de poder contratual. Isso quer dizer que se pretende conferir valor às trocas promovidas pelas pessoas com transtorno mental.

Para que se confira valor ao sujeito, deve-se começar pela rejeição do manicômio, espaço tido como lugar de troca zero (KINOSHITA, 2016; BASAGLIA, 1985). Submetida ao poder médico, a pessoa com transtorno mental tem enunciada sua invalidação. Segundo Kinoshita (2016), seus bens tornam-se suspeitos, suas mensagens passam a ser incompreensíveis e seus afetos desnaturados. Isso impossibilita a troca. A contratualidade do usuário depende da relação que se estabelece entre ele e a equipe que o atende. É fundamental que a equipe se veja capaz de ampliar o poder dele e consiga elaborar projetos, “ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se” (KINOSHITA, 2016, p. 71).

A reflexão de Franco Basaglia (1985) sobre a contratualidade se dá num contexto de grandes manicômios centrados na figura do médico psiquiatra. Desse lugar e momento, o autor sugere três tipos de relação “que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente” (p. 106):

- Tipo aristocrático, em que o poder contratual – da pessoa a ser tratada – se opõe ao poder técnico – do médico. O doente em liberdade identifica e “fantasmaliza” o poder técnico do médico, enquanto o médico identifica nele um poder econômico.

[...] o doente não se submete passivamente ao poder do médico, pelo menos enquanto seu valor social corresponder a um valor econômico efetivo, porque, uma vez este exaurido, desaparece o poder contratual e o paciente se verá iniciando a verdadeira “carreira do doente mental”: na posição de uma figura social sem qualquer peso ou valor (BASAGLIA, 1985, p. 106).

- Tipo mutualista, em que há uma redução do poder técnico ao passo em que aumenta um poder arbitrário em relação a um segurado, pouco consciente de sua condição e de suas possibilidades. “[...] neste caso a reciprocidade existe somente quando há um alto grau de maturidade e de consciência de classe por parte do paciente” (BASAGLIA, 1985, p. 106).

- Tipo institucional, com vertiginoso aumento do poder puro do médico, independentemente de esse poder advir da técnica ou da arbitrariedade, e redução ou eliminação do poder do doente, que “pelo próprio fato de estar internado em um hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver” (BASAGLIA, 1985, p. 107).

A pessoa internada em um hospital psiquiátrico, segundo o autor, não tem direitos e é submetida ao poder da instituição, ficando à mercê dos médicos, delegados de uma sociedade que a excluiu.

[...] tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente (ou seja, sua condição social e econômica) que da doença em si. [...] Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público. [...] O poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 1985, p. 107-108).

Assim, a solução encontrada por Basaglia para enfrentar o poder médico é promover o aumento do poder contratual das pessoas com transtorno mental, em especial das maiores vítimas das instituições psiquiátricas. E isso ocorreria com a valorização social do sujeito, por meio de incentivos à melhoria de sua condição socioeconômica – trabalho e renda.

A OMS (1996), em seu consenso sobre reabilitação psicossocial, traz objetivos que devem ser atingidos passo a passo: 1) redução de sintomatologia, 2) redução da iatrogenia, 3) promoção de competências sociais, 4) redução de discriminação e estigma, 5) promoção de suporte familiar, 6) promoção de suporte social e 7) empoderamento do cliente.

As estratégias no nível individual propostas pela OMS incluem: 1) tratamento farmacológico; 2) treinamento em habilidades para vida independente e habilidades sociais; 3) suporte psicológico para usuários e familiares; 4) habitação individual ou com um pequeno grupo fora do hospital; 5) reabilitação profissional e inserção em emprego; 6) mobilização das redes de suporte social; 7) atividades de lazer.

Do ponto de vista dos serviços de saúde mental, destacam-se a garantia de recursos financeiros, o treinamento da equipe, a qualidade das instalações físicas dos serviços e dos locais de moradia dos usuários e a qualidade dos serviços prestados. No que se refere à sociedade, a recomendação é de que se estabeleça uma legislação adequada, se promova o

empoderamento dos usuários e seus familiares na comunidade e que se desenvolvam campanhas de conscientização e sensibilização sobre os transtornos mentais.

O termo autonomia caminha ao lado da cidadania quando se tratam dos objetivos das intervenções psicossociais. Kinoshita (2016) afirma que autonomia é “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (p. 71).

As concepções de reabilitação psicossocial aqui identificadas revelam um projeto de reforma psiquiátrica que, embora possa promover mudanças consideráveis e eficazes na vida de muitas pessoas vítimas das instituições totais, não é capaz de enfrentar a essência da desigualdade e da invisibilização das pessoas com transtorno mental. Por configurar, para o Estado, mecanismo secundário de lida com a loucura, a reabilitação psicossocial, em seu sentido estrito, não consegue despontar amplamente como forma de dissipar a loucura como instituição no cotidiano. Seus trunfos são pontuais e exigem da equipe dos serviços de saúde mental habilidades que não são priorizadas em sua formação.

Do ponto de vista do questionamento do modo de produção capitalista, embora seja possível identificar diversas metáforas e relações verdadeiras entre a ética capitalista e o poder psiquiátrico, e de fato se realizem reflexões críticas e contumazes a ambos, a reabilitação psicossocial, da forma como se apresenta, consegue no máximo explicitar em sua prática os questionamentos à psiquiatria. Iniciativas ditas de reabilitação podem, inclusive, conviver harmoniosamente com práticas psiquiátricas tradicionais e até fazer parte delas. Cabe à academia e aos executores das políticas de saúde mental promover modificações estruturais na forma de lidar com a loucura e com o trabalho, apresentando sempre que possível uma crítica à moral capitalista.

Trata-se de objeto especialmente pertinente aos assistentes sociais, por sua habilidade de vincular situações subjetivas à totalidade e por sua responsabilidade de defender os direitos de seus usuários de forma intransigente, com vistas a uma mudança social ampla e relevante, sempre buscando a universalização do acesso aos bens e serviços sociais. A incorporação das práticas que levem em conta os objetivos da reabilitação psicossocial na carteira de serviços dos assistentes sociais pode contribuir para uma mudança de paradigma na reforma psiquiátrica, conferindo a ela mais do que a atribuição de implantar serviços substitutivos ao manicômio, mas a competência de criar possibilidades de vida digna, autônoma e cidadã fora de qualquer espaço institucional voltado ao cuidado de saúde. Nesse sentido, propõe-se que o Serviço Social

assuma o papel de promotor da ruptura dos cidadãos com as instituições psiquiátricas – o manicômio e a própria loucura.

4.2. Modelos e práticas de reabilitação psicossocial

They tried to make me go to rehab. I said no, no, no.

Amy Winehouse

Benedetto Saraceno (2001) considera fundamental que se desenvolvam teorias para a reabilitação psicossocial. Segundo o autor, a psiquiatria, enquanto mantém-se como especialidade médica e dotada de poder, eventualmente, apropria-se de novidades em sua prática. É nessa posição de prática consolatória que muitas experiências de reabilitação psicossocial são implantadas, submetidas a um modelo médico tradicional.

[...] a primeira razão do interesse pela Reabilitação (compreendendo-se provisoriamente com este termo um todo heterogêneo, confuso, e com implicações freqüentemente contraditórias das intervenções em seu interior) nasce de uma exigência precisa de responder à demanda de “entretenimento extramanicomial” e, em alguns casos, de melhora da qualidade da assistência de grandes massas de pacientes: para oferecer às famílias um tempo diário de alívio na gestão do paciente, para controlar o paciente que vive só, para lhe oferecer uma alternativa à solidão diária, para tentar uma inserção dele no mundo produtivo, para apoiá-lo na vida habitacional, no interior de qualquer residência mais ou menos protegida, para auxiliar as intervenções psicoterápicas ou farmacológicas (SARACENO, 2001, p. 24).

Saraceno (2001) aponta o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia também como motivo do interesse da psiquiatria por métodos alternativos nos anos 1970. Essas pesquisas concluíram que a doença não tinha um prognóstico tão ruim quanto se imaginava e que os melhores prognósticos estão nos países não industrializados. Esse dado é de extrema importância para esta tese, uma vez que se estabelece uma relação entre adoecimento mental e o desenvolvimento do capitalismo industrial. Outros estudos também demonstraram a importância do “funcionamento social” dos sujeitos na evolução das psicoses.

Ao avançar no debate sobre as bases conceituais da reabilitação psicossocial, Saraceno (2001), citando De Girolamo, se aproxima de palavras que compõem o vocabulário que circunda a loucura:

- Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais)
- Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica)

- Desabilitação (“disabilitá”, limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções)
- Deficiência (desvantagem, conseqüência de uma hipofunção ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito). (SARACENO, 2001, p. 32)

O autor termina por considerar que a reabilitação atua sobre a desabilitação e sobre a deficiência simultaneamente, ao promover alterações no meio e apoiar o desenvolvimento de habilidades nos sujeitos. Busca-se afastar a comparação à reabilitação física. Segundo Saraceno (2001), no caso do transtorno mental, ao promover intervenções sobre a desabilitação e a deficiência, é possível que haja mudança no nível do dano ou da hipofunção, o que não aconteceria no caso da reabilitação física.

Saraceno aponta quatro modelos conceituais e operativos de reabilitação psicossocial:

- *Social skills training* (ou treinamento de habilidades sociais) – “conjunto dos métodos que utilizam os princípios da teoria da aprendizagem com o objetivo de promover a aquisição, a generalização e a permanência das habilidades necessárias nas situações interpessoais” (THORNICROFT apud SARACENO, 2001, p. 33);
- Psicoeducativos – voltados essencialmente à prevenção de recaídas, são muito focados nas famílias das pessoas com transtorno mental;
- Spivak – proposto por Mark Spivak, sob profunda análise da cronicidade, esse modelo faz esforços rumo às articulações sociais, à ampliação das habilidades sociais, as quais seriam as mais afetadas pela cronificação;
- Ciompi – o modelo de Luc Ciompi pode ser considerado o mais interessado nos aspectos sociais, principalmente por interpretar a cronicidade como resultado de processos psicossociais. Após diversos estudos, o autor define dois eixos fundamentais para a reabilitação: casa e trabalho.

Um manual de boas práticas em reabilitação psicossocial da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPRS), organização norteamericana, trata o campo da reabilitação como o de uma profissão específica, exercida por “*practitioners*” – praticantes, profissionais ou médicos da reabilitação (HUGHES, WEINSTEIN, 2000). O livro é organizado a partir de um sumário de informações consideradas fundamentais para esses profissionais: entendimento sobre doenças mentais severas e persistentes, conhecimento sobre reabilitação psicossocial, práticas centradas na pessoa, competências do praticante, avaliação em reabilitação psicossocial, intervenções em reabilitação psicossocial, padrões profissionais para

uma clínica multicultural, reabilitação profissional, programas de tratamento domiciliar, habitação, múltiplas incapacidades, recursos da reabilitação psicossocial.

Uma competência esperada desses profissionais é a capacidade de avaliar os efeitos dos fatores sociais na doença mental. Para descrevê-los, as autoras informam que, em 1993, nos Estados Unidos, em torno de 23% dos adultos com transtorno mental severo recebiam do governo benefícios por incapacidade. Das pessoas que recebiam uma renda suplementar de seguridade (*Supplemental Security Income*), 24% tornaram-se elegíveis devido a um transtorno mental, assim como 27% dos beneficiários da renda de seguridade por invalidez (*Social Security Disability Income*).

Em 1989, o ativista Ron Schraiber e a socióloga Jean Campbell publicaram o resultado de uma pesquisa com usuários de serviços de saúde mental na Califórnia: o “*Well-Being Project*”, citado pelo manual da IAPRS. A pesquisa consistiu em um *survey* que identificou os elementos considerados essenciais para o bem-estar dessas pessoas, segundo elas mesmas. Os itens apontados pela pesquisa foram: saúde, boa alimentação, bom lugar para morar, renda adequada, alegria, trabalho com sentido, privacidade, segurança, liberdades humanas básicas, vida social satisfatória, convivência, conforto, recursos adequados, vida espiritual satisfatória, criatividade, vida sexual satisfatória. Trata-se, portanto, de uma lista de elementos considerados importantes para qualquer pessoa, não somente para aquelas com transtorno mental. Com lacunas nesses fatores e o transtorno mental associado, as pessoas consideradas loucas tendem a viver marginalizadas, “às margens de uma sociedade normal” (HUGHES, WEINSTEIN, 2000, p. 17 – tradução nossa), empobrecidas.

Ainda abordando os aspectos sociais dos usuários de serviços de reabilitação, o manual afirma que minorias sociais – negros, imigrantes, hispânicos – tendem a receber diagnósticos equivocados e piores do que os demais grupos, tendo episódios agudos tratados como doenças crônicas, sem possibilidade de cura. Além disso, eles também sofrem com barreiras de acesso a serviços e planos privados de saúde. Esses grupos chegam a ser três vezes mais hospitalizados que os demais. As mulheres tendem a sofrer mais violência sexual e traumas físicos diversos.

Essas informações devem servir de suporte para conduzir o trabalho com pessoas com transtorno mental sob a perspectiva da reabilitação psicossocial, influenciando a organização do trabalho e a forma de lidar com cada usuário, conforme as condições com que cada um vive a experiência do transtorno mental – ou da existência-sofrimento, como sugeriria Amarante (1997).

Um conceito considerado fundamental para os trabalhadores da reabilitação é o de “*recovery*”. Como já abordado acima, esse é um conceito de difícil aplicação e tradução no Brasil, mas, pelo que se extrai da discussão do texto norte-americano, trata-se de uma expressão destinada a refutar a concepção estanque de cura diante dos fenômenos no campo da saúde mental e propor a elaboração de estratégias conforme as possibilidades reais apresentadas. É a base sobre a qual é erguida a prática da reabilitação psicossocial (HUGHES; WEINSTEIN, 2000).

O objetivo da reabilitação, segundo Hughes e Weinstein (2000), é “restaurar a aptidão de cada pessoa para a vida independente, a socialização e a efetiva administração da própria vida” (p. 35 – tradução nossa). Pressupõe-se criação de vínculo entre o profissional e o indivíduo e ativação de redes de saúde e de serviços sociais. “Frequentemente, casa, amigos, trabalho, renda e escola constituem o foco dos serviços de reabilitação” (p. 35 – tradução nossa). Também se espera do trabalhador da reabilitação psicossocial a reparação dos efeitos do estigma, da pobreza, da falta de moradia e do tratamento inadequado.

Para conceituar reabilitação psicossocial, o manual de Hughes e Weinstein (2000) recorre a quatro citações captadas quando o *Psychosocial Rehabilitation Journal* solicitou que os leitores descrevessem a prática em até 35 palavras:

[...] é um programa para pessoas com transtorno mental de longa duração explorarem e desenvolverem habilidades sociais, ocupacionais, de lazer e convivência no qual elas são assistidas a viver da forma mais independente possível na comunidade.

[...] significa dar às pessoas com problemas psiquiátricos a oportunidade de trabalhar, viver na comunidade e aproveitar uma vida social no seu próprio ritmo, por meio de experiências planejadas numa atmosfera respeitosa, solidária e realista.

[...] significa esperança no futuro. Esperança de ser um membro desejável da sociedade. Esperança de ser aceito pelos familiares e pessoas queridas. Esperança de autoestima e autoconfiança. Esperança de vida.

[...] significa que uma pessoa que tinha medo de ir a uma loja e pedir um sorvete pode agora ser gerente da sorveteria (RUTMAN apud HUGHES, WEINSTEIN, 2000, p. 36 – tradução nossa).

Nota-se que as definições acima mencionam direta ou indiretamente o trabalho, com a última delas sugerindo que o sucesso da prática é identificado quando a pessoa deixa de ter medo de ir a um lugar como consumidora e torna-se parte dele, como trabalhadora assalariada em posição privilegiada.

A reabilitação psicossocial compreendida pelo manual aqui citado não desenvolve grandes teorias e aprofundamentos epistemológicos, filosóficos ou mesmo psicológicos para abordar o tema. Ao contrário, faz questão de deixar clara a natureza prática e empírica da reabilitação. Assim, embora seja possível identificar linhas das ciências psi e se enfatize a necessidade de se compreender os diagnósticos psiquiátricos, a reabilitação assume contornos de atividade simples em seus pressupostos: deve-se acreditar na capacidade das pessoas de aprender e crescer, é preciso estimular a autoestima, a autoconfiança e o protagonismo, as pessoas atendidas devem ser empoderadas, os recursos da comunidade devem ser utilizados etc..

O manual de reabilitação psicossocial também não enfatiza a participação política como um princípio da prática, embora afirme que o papel do reabilitador seja o de “facilitar o processo de tomada de decisão, ajudar os indivíduos com transtorno mental a fazer opções conscientes, promover e reconhecer os direitos e responsabilidades dos indivíduos” (HUGHES; WEINSTEIN, 2000, p. 40 – tradução nossa). Como o foco da reabilitação é o indivíduo, o aspecto social é lembrado como socialização no cotidiano, oferecendo à pessoa a possibilidade de se deslocar na cidade e na comunidade para atender suas necessidades, de forma cada vez mais autônoma.

Hughes e Weinstein (2000) buscam distinguir o modelo médico do modelo de reabilitação. Na avaliação das autoras, foi a reabilitação psicossocial que permitiu a mudança do modelo de atenção, e não o contrário. Compreende-se que houve uma influência concomitante e inter-relacionada da revolta de alguns grupos diante das condições degradantes dos hospícios e do surgimento de iniciativas comunitárias de tratamento não centrado no papel da medicina.

Embora a reabilitação tenha diferenças claras do modelo médico, não se pode afirmar que eles sejam opostos. É bem verdade que eles têm se apresentado juntos após as reformas em todo o mundo, valorizando as descobertas farmacológicas – com grandes chances de pender para a valorização dos interesses dos grandes laboratórios – e as imensas possibilidades do tratamento em liberdade – com grandes chances de pender para a adequação dos comportamentos e dos corpos.

A reabilitação profissional, como uma das atividades mais importantes da reabilitação psicossocial, é justificada por Dincin e Pernell-Arnold (apud HUGHES; WEINSTEIN, 2000): “O trabalho é o principal meio de qualquer pessoa se tornar um membro produtivo e colaborador da comunidade” (p. 44 – tradução nossa). Segundo Weinstein (apud HUGHES;

WEINSTEIN, 2000), em 1993, enquanto o desemprego atingia 68% das pessoas com deficiência, entre aquelas com transtorno mental esse percentual era de 85%.

A compreensão de que o trabalho assalariado é o meio de tornar alguém aceito na comunidade é resultado do não questionamento do fato de a sociedade só aceitar aqueles que têm emprego. A aceitação relativa das pessoas com deficiência, muitas vezes baseada em preconceitos e, principalmente, na materialização da incapacidade para o trabalho no corpo do sujeito, revela a moralidade que se impõe àqueles que afirmam não poder trabalhar. Exigem-se provas. Cabem problematizações sobre os percentuais, que revelam maior dificuldade dos ditos loucos para ingresso no mercado laboral. Se estes são menos inseridos em empregos tradicionais, por que motivo se preveem auxílios às pessoas com deficiência e não – ou apenas raramente – às pessoas com transtorno mental? Não seria papel dos serviços de saúde mental, assim como faz a loucura, trazer à tona as hipocrisias e as contradições cotidianas em vez de simplesmente enquadrar os frequentadores dos serviços nesse dia a dia que insiste em excluí-los?

Críticas à parte, a reabilitação profissional atua de formas diferentes, conforme a necessidade da pessoa atendida (HUGHES; WEINSTEIN, 2000):

- Treinamento pré-profissional – trata-se de um programa de reabilitação que oferece a possibilidade de treinar a tolerância ao trabalho e melhorar a autoimagem. Normalmente é realizado em grupos e envolve atividades como tarefas administrativas, preparação de alimentos para os participantes, limpeza diária e pequenos reparos. O objetivo do treinamento é desenvolver competências para seguir instruções, aceitar críticas, ser corrigido, conviver com colegas e supervisores, tomar iniciativa e aprender sobre os sintomas que interferem no trabalho.
- Treinamento de habilidades – envolve o treinamento de habilidades com potencial de venda, como operações no computador, tarefas de escritório, preparo de comida e reparos. O treinamento pode ser oferecido pelo programa de reabilitação, por serviços da comunidade ou no próprio ambiente de trabalho.
- Colocação e apoio no emprego – são a principal atividade desse tipo de reabilitação e envolvem todo o esforço de inserção de uma pessoa ou um grupo no trabalho assalariado. A vaga de emprego pode ser concedida ao programa de reabilitação ou diretamente à pessoa. O acesso a funções competitivas pode se dar por meio de emprego apoiado, emprego temporário e emprego permanente. O primeiro conta com profissionais de referência no local de trabalho e na equipe de reabilitação. O segundo

permite que a pessoa conheça um ou mais lugares com vínculos curtos, de seis semanas a seis meses, recebendo um salário ou uma bolsa na condição de aprendiz. O terceiro pressupõe a inserção numa vaga de emprego tradicional, com vínculo comum, como qualquer outro trabalhador.

Numa interpretação da reabilitação como atividade não obrigatoriamente individualizada, identificam-se outras possibilidades, como a criação de cooperativas sociais ou empresas exclusivas para os usuários de serviços de saúde mental, o que será tratado mais à frente.

Richard Baron (2000) destaca resultados de estudos que demonstram o efeito da inserção das pessoas com transtorno mental em empregos: redução de sintomas, melhor adesão aos medicamentos, redução de internações, aumento da autoestima, maior integração à comunidade, percepção de melhor qualidade de vida na comunidade. Segundo o autor, as pessoas com transtorno mental veem o trabalho como sua maior prioridade na vida.

Os altíssimos índices de desemprego nessa população são interpretados por Baron (2000), inicialmente, como resultado do transtorno mental em si, que provoca perdas cognitivas, de percepção, afetivas e de relacionamento. O autor lembra que os benefícios pagos a pessoas com transtorno mental exigem que elas não estejam empregadas e considera isso um desincentivo ao ingresso no mercado. Embora Baron aborde a questão nos EUA, no Brasil isso não é muito diferente quando se verificam os critérios de elegibilidade para o BPC e as dificuldades que as pessoas enfrentam na comprovação da necessidade. Por outro lado, é preciso questionar a ordem em que as coisas se apresentam na realidade. As pessoas tornam-se beneficiárias de programas da assistência social por não conseguirem tornar-se assalariadas ou não se tornam assalariadas porque são beneficiárias? O benefício tem assumido o papel de compensação diante do desemprego, que não é um problema individual, mas uma circunstância social generalizada, que atinge esse público mais intensamente por sua condição, a qual diminui suas possibilidades reais de tolerar um cotidiano de trabalho assalariado.

Baron (2000) afirma que vários personagens da vida das pessoas com transtorno mental enfraquecem de alguma forma sua introdução no mercado de trabalho. Assim, os profissionais de saúde mental tendem a ignorar metas relativas ao emprego e ao treinamento para o trabalho e valorizar mais o cuidado das emoções dos usuários do serviço. O fato de se ter mais profissionais de matriz psi nos serviços de saúde mental pode influenciar esse comportamento. Reabilitadores profissionais também teriam, segundo o autor, dificuldade em identificar habilidades laborais específicas para direcionar as tentativas de emprego. Além disso, dentre as

pessoas apoiadas por reabilitadores, as com transtorno mental são as que têm maior dificuldade de alcançar uma vaga em emprego.

Alguns membros da família também podem, conforme Baron (2000), configurar uma barreira no processo de inserção no mercado, por temerem os efeitos emocionais de possíveis erros e falhas no trabalho, além do impacto financeiro da perda de benefício assistencial, no caso de a pessoa voltar a ficar sem emprego. Por fim, o autor afirma que os empregadores não dão suporte suficiente quando recebem pessoas com transtorno mental, bem como raramente as contratam. Segundo Baron, os empregadores mantêm uma concepção de que essas pessoas são perigosas, desviantes e improdutivas.

Diante de tantas dificuldades relacionadas ao transtorno mental, nos níveis individual e comunitário, à organização social e econômica mundial, num nível macro, e às burocracias cotidianas, no nível intermediário, a prática da reabilitação psicossocial torna-se um grande desafio. É fundamental promover reflexões críticas e teóricas quanto à reabilitação, de forma a incentivar, não só o acesso das pessoas com transtorno mental ao trabalho assalariado e à cidade, mas também um questionamento permanente e insistente da ordem social imposta, que aprisiona a loucura, os loucos e toda a sociedade em uma lógica que reproduz a ética capitalista do trabalho como única possibilidade.

4.3. O modelo psicossocial revisitado

Mas o desejo é por si mesmo revolucionário por ser produtor não apenas de fantasias, mas “de mundos”, e é por isso que a questão das oficinas se reveste de um caráter imediatamente político. As oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor.

Cristina Rauter

O aspecto individualizado da reabilitação psicossocial – ainda que busque a integralidade do sujeito, segundo suas diretrizes – é, possivelmente, o que a diferencia da proposta de reforma psiquiátrica ou do modelo de atenção em saúde mental, conceitualmente. A reforma compreende um movimento social e político amplo cujos objetivos se efetivam por meio da reabilitação psicossocial. A reabilitação vem sendo entendida, portanto, como o modo de executar as propostas da reforma psiquiátrica, sem maiores questionamentos à medicalização

e à sociabilidade que se pretende. Ora, na ausência da crítica, a socialização assume a persona do consumidor ou do trabalhador assalariado comum.

É no nível político que a reforma do modelo de atenção em saúde mental pode mudar seus contornos e avançar ao lado de ou mesclando-se a uma perspectiva revolucionária. A reabilitação psicossocial, se ampliada como prática de participação efetiva do cidadão na sociedade, tem a responsabilidade de questionar, no cotidiano, as noções de normalidade, de sociabilidade e da própria cidadania. Não se pretende condenar a prática nos moldes em que vem sendo executada e interpretada. Ela é, afinal, resultado da história e do que se tem por demanda imediata a partir, principalmente, do fechamento de leitos psiquiátricos. É preciso cuidar das pessoas que se libertaram das grades dos manicômios e impedir que outras tenham essa experiência. Apresentam-se aqui apenas algumas reflexões e críticas capazes de tornar a reabilitação um meio verdadeiro de ampliação de direitos, e não somente de acesso individualizado à cidade, a bens, serviços e trabalho assalariado.

A esse respeito, Pinto e Ferreira (2010) apontam os riscos da implementação de um modelo que ainda não rompeu com a lógica institucionalizante e que muitas vezes continua bebendo da fonte ideoteórica manicomial.

Inegavelmente, a reabilitação psicossocial pode possibilitar transformações na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. A questão que se apresenta é que as práticas reabilitadoras podem ser tão violentas quanto o antigo hospício. [...] Isto pode estar presente através de um preceito técnico, calcado no simples treinamento dos pacientes para as atividades da vida diária. Se esta prática não estiver aliançada com um corpo social “tresloucado”, de fato, a tendência é o isolamento dos pacientes, como faziam os velhos asilos. Não basta reabilitá-los; é necessário engajá-los com a cidade, produzir espaços existenciais para a loucura, que não seja apenas a de comensurá-la pela noção de cidadania.

[...] Aqui, as práticas de reabilitação não estariam apresentando apenas as velhas formas de poder psiquiátrico, mas trazendo novas formas de controle. (p. 32).

Os autores afirmam que a visão de que somente o próprio sujeito pode se reabilitar, defendida por Birman (1978), embora aparentemente estimule a autonomia, por outro lado pode significar a responsabilização do louco por sua loucura, o abandono do sujeito a metas econômicas, além de configurar um incentivo a uma autogestão econômica, que se assemelha à gestão de uma empresa.

Castel (1987) tece acurada crítica à exaltação das novas formas de cuidado em saúde mental e da psicanálise: “em nome da luta contra a repressão, a contestação das funções mais manifestas da medicina mental frequentemente apresentou-se como crítica de suas formações

arcaicas, assegurando a promoção das novas técnicas e das novas instituições que iam encadear a modernização do sistema” (p. 17). No entanto, o autor identifica uma forma inédita de tratar problemas sociais: “a partir das particularidades do indivíduo” (p. 17).

Nesse sentido, de um lado se identifica a gestão de riscos sociais, uma ação autoritária do Estado em relação àqueles que deveriam ser empregados, e, de outro,

inovações de caráter aparentemente quase lúdico: exercícios de intensificação do “potencial humano”, técnicas de desenvolvimento do capital relacional, produção de uma cultura psicológica de massa que consumidores bulímicos ingurgitam como um *analogon* de formas de sociabilidade perdidas. É a gestão das fragilidades individuais (CASTEL, 1987, p. 17-18).

Castel (1987) enumera direções tomadas pelo que ele chama “campo psicotecnológico” diante do suposto *aggiornamento* (atualização) psiquiátrico: volta de um objetivismo médico, não restrito à psiquiatria; mudança das estratégias de prevenção, que passam a adotar uma gestão administrativa dos riscos; e a efetivação de um trabalho psicológico sobre si, que faz da mobilização do sujeito a única possibilidade de enfrentar as circunstâncias da vida em sociedade.

É sob essa perspectiva que se defende a psicoterapia para qualquer pessoa, mesmo que ela não apresente sinais de transtorno mental ou sofrimento intenso, e o desenvolvimento de terapias alternativas, ditas holísticas ou espirituais, bem como variações da psicologia e da própria psicanálise. A formação e a prática de *coaching* – treinamento psicológico voltado para objetivos específicos – talvez sejam um bom exemplo da difusão da concepção individualista e centrada no sucesso, compreendido, mormente, como o atingimento dos padrões de consumo e comportamento do momento. É a mesma sociedade de desempenho mencionada por Byung-Chul Han, citado em outros momentos neste texto.

Castel (1987) acredita, ainda, que se desenvolveu uma pretensão de que a psicanálise encarnaria a “verdade da crítica política da psiquiatria”. A associação da mobilização social com a psicanálise viria do fato dessa vertente ser subversiva por essência. A compreensão é de que

[a] radicalidade é una e indivisível, quer dizer, simultaneamente política e psicológica. Benefício político: essa problemática se inscreve no quadro da crítica à moda da “velha” política abstrata, aquela dos partidos e das burocracias sindicais que desenvolvem seus programas ao preço do rechaçamento da subjetividade; a nova política se encarrega, num só movimento das lutas concretas e o sujeito concreto das lutas. Benefício psicológico: a ação política não é mais paga com a amputação dos investimentos subjetivos; a liberação social e a liberação pessoal fazem parte da mesma trajetória, e potencializam seus efeitos.

A rentabilidade dessa postura foi ainda reforçada com o refluxo do movimento. Se a revolução social é despachada para um futuro previsível, pelo menos pode-se, mantendo a preocupação de um trabalho sem concessão sobre si mesmo, continuar a ocupar uma posição de radicalismo inexpugnável. A ideologia psicanalítica serviu assim de estrutura de desdobramento a uma ideologia política quando esta constatou a ruína de suas esperanças. Certamente é um fato conhecido que o fracasso ou a repressão de um movimento político acarreta um desdobramento na esfera do privado. Mas o maravilhoso com a psicanálise é que ela permitiu pensar esse deslocamento, ao contrário de um recuo ou uma derrota, como uma radicalização, que decantava a posição politicamente justa no próprio momento em que perdia seus suportes na realidade. O combate liberador se perpetuava em “outro palco” (CASTEL, 1987, p. 26-27).

O fato de a psicanálise ser principalmente exercida em consultórios privados lhe dá ares de neutralidade política. “Ela pode até se declarar subversiva, já que se desdobra em um *no man's land* social franqueado de imposições administrativas, pedagógicas e médicas, e não persegue outro objetivo senão o de ajudar a pessoa a descobrir uma verdade sua e de sua relação com outrem” (CASTEL, 1987, p. 28). A compreensão de subversão da psicanálise e sua adoção como alternativa primeira à psiquiatria afastaram as críticas que poderiam surgir aos novos métodos. Os críticos à psiquiatria dedicavam-se concomitantemente à defesa da ciência freudiana.

Uma crítica ao modelo psicossocial, como aquela desenvolvida por Castel nos anos 1980, na França, que adotava a controversa psiquiatria de setor – conhecida por manter a centralidade da atenção na figura do médico psiquiatra –, ainda carece de materialidade no Brasil. A ênfase dada a abordagens individuais e de caso, além do fato de poucos pensadores das ciências sociais se dedicarem à saúde mental, influencia na produção limitada, menos crítica e menos profunda nos aspectos socioeconômicos e filosóficos do tema. Mesmo sem êxito numa implementação completa dos preceitos da reforma psiquiátrica, o governo brasileiro atualmente retrocede ao questionar e, aos poucos, derrubar – sem embasamento técnico – a legislação que reconhece os direitos das pessoas com transtorno mental e sua regulamentação, ou seja, os equipamentos substitutivos ao manicômio e a interdisciplinaridade que os sustenta.

Resultado do momento político do país, a guinada à direita – e, conseqüentemente, à perda de direitos – é percebida em todas as políticas sociais brasileiras. As circunstâncias identificadas na saúde mental são parte de um desmonte generalizado, mas também refletem a facilidade de suspender mudanças que se dão no nível da superfície.

Para Castel (1987), “dar fim à segregação é também abrir o caminho a um intervencionismo generalizado” (p. 40). Ou seja, as críticas à psiquiatria e o fechamento de

grandes instituições psiquiátricas permitiram o desenvolvimento de uma psiquiatria expandida, que gera o que o autor chama “psicocracia”.

Dessa forma, ainda que cresça o discurso de intervenção multidisciplinar e sejam fundados equipamentos de saúde menores e descentralizados, a perspectiva psiquiátrica tradicional permanece quando, por exemplo, a equipe é formada em sua maioria por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Abordando os serviços de setor franceses, Castel questiona: “O que pode significar, por exemplo, a expressão ‘equipe médico-social’, quando em numerosos serviços do setor não existe nem mesmo uma assistente social?” (CASTEL, 1987, p. 58).

No Brasil, essa situação é vista nos Caps de tipo III (24h), que frequentemente mantêm seu espaço de “acolhimento integral” sob as mesmas premissas de qualquer enfermaria hospitalar psiquiátrica e sob os mesmos critérios para admissão de usuários e manutenção dos leitos. É a equipe de enfermagem que permanece com os usuários durante a noite e aos finais de semana, por exemplo. Na maior parte das vezes, é ela quem define protocolos de segurança dos serviços ditos psicossociais, os quais podem acabar por reproduzir práticas conhecidas em ambientes manicomial. Um exemplo dessa reprodução nos serviços é a inversão das orientações quando é preciso lidar com uma pessoa em crise nos serviços, com anuência da gestão: utiliza-se a contenção química (aplicação de medicamento) antes da física (formas de segurar a pessoa em crise em caso de agressividade), e esta antes da verbal (diálogo). Da mesma forma, ocorre de, em serviços ditos humanizados e psicossociais, os usuários em acolhimento integral ou internação serem sedados para evitar incômodo para a equipe, quando a prescrição seria para circunstâncias extremas.

Segundo Costa-Rosa (2000), no modo psicossocial a expectativa é de que se apliquem princípios de participação, autogestão e interdisciplinaridade, “por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar” (p. 160).

O autor considera ainda que “[d]o ponto de vista da produção de subjetividade pode-se dizer que no modo asilar estão dadas as condições ótimas para a reprodução das relações intersubjetivas verticais que são típicas do modo capitalista de produção” (COSTA-ROSA, 2000, p. 161). Segundo o autor, a ética da singularização, no modo psicossocial, substituiria uma ética da adaptação, encontrada no modo asilar. A singularização acompanharia a horizontalização e a interlocução, como metas desse modo de intervenção em saúde mental.

Costa-Rosa (2000) considera, em sua elaboração sobre os paradigmas concorrentes no âmbito da saúde mental no Brasil, que:

dada essa inércia própria do modo asilar no momento atual, a resposta à questão "até que ponto uma determinada prática corresponde ao modo asilar ou é alternativa a ele?" exige que utilizemos um modelo de análise que supere os modelos funcionalistas. O método dialético de análise satisfaz essa exigência, na medida em que considera o fenômeno em duas vertentes: uma histórica (diacrônica) e outra lógica (sincrônica).

[...]

Assim, diremos que uma determinada instituição, para ser representativa do paradigma que se propõe realizar, tem de ter superado aquela a que pretende ser alternativa quanto ao momento da universalidade (discursos, onde estão incluídas a dimensão político-ideológica e ética) e quanto ao momento da particularidade (práticas, consideradas segundo os quatro parâmetros que compõem o paradigma de ação²), de tal modo que se alcance o estatuto de singularidade (práxis); esta singularidade será a própria unidade de contrários em que a instituição se sustenta. Será a forma dessa unidade de contrários que indicará a configuração determinante em cada momento histórico, assim como a configuração fundamental no contínuo temporal. Estamos longe, portanto, de supor qualquer visão paradisíaca em que se possa exercitar o paradigma psicossocial sem que ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe são antagônicas (COSTA-ROSA, 2000, p. 166-167).

Além de promover o aumento do número de serviços sob os moldes ditos psicossociais, é preciso garantir que a *práxis* desses equipamentos públicos configure uma alternativa verdadeira e radicalmente contraposta àquela encontrada nas instituições psiquiátricas tradicionais. Isso se torna possível com um questionamento ampliado da concepção de sociabilidade e com a definição clara dos objetivos dos serviços de saúde mental, reiterando a negação da lógica dual doença-cura ou problema-solução na gestão e no cotidiano das equipes de reabilitação psicossocial.

Ao propor reflexões sobre as oficinas terapêuticas, Cristina Rauter (2000) constrói o que aparenta reunir os aspectos psíquicos e sociais num mesmo objetivo, capaz de atender profissionais dedicados aos dois campos, numa crítica radical que abrange tanto o modo de produção capitalista quanto o subjetivismo acrítico.

Poderíamos dizer que a capacidade do animal humano de construir mundos parece estar comprometida atualmente. Os últimos desenvolvimentos do capitalismo parecem agravar diversas condições concretas que levam ao isolamento, ao esvaziamento da esfera coletiva, ao empobrecimento afetivo das cidades e a modalidades de controle sobre o campo da subjetividade que

2 Em sua análise, Costa-Rosa (2000) propõe quatro parâmetros fundamentais que comporiam as práticas em saúde mental: "a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas da organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos" (p. 143).

têm como efeito justamente dissociar a produção da vida material da produção da vida em geral.

Quando se deseja, por meio da arte ou do trabalho, produzir territórios existenciais (inserir ou reinserir socialmente os 'usuários', torná-los cidadãos...) crê-se que está se falando (a meu ver, dever-se-ia falar) não de adaptação à ordem estabelecida, mas de fazer com que trabalho e arte se reconectem com o primado da criação, ou com o desejo ou com o plano de produção da vida (p. 270-271).

O que a autora defende não é diferente de uma tentativa de elaboração de alternativas de trabalho que se contraponham ao seu formato assalariado e alienante. Quando há uma preocupação com uma “produção de vida”, não se está falando em adquirir dinheiro para sobreviver numa sociedade que só admite essa forma de vida. Como exemplo, Rauter cita uma situação em que, numa iniciativa de geração de renda num estabelecimento de saúde mental,

[...] todas as vezes que o paciente estava “em crise” não conseguia receber o pagamento que lhe deviam. Eis um funcionamento que apenas repete o modo de funcionar capitalista: “quem não trabalha não ganha”. Nenhuma solidariedade, mesmo para com os impossibilitados de produzir. É o trabalho alienado, individualizado, impessoal. Cremos que nessas condições, o trabalho não pode funcionar como vetor de existencialização, como catalisador para que o paciente “reconstrua seu mundo”. Acreditamos que com as oficinas se quer muito mais do que gerar algum dinheiro para o usuário. Isso é importante, mas não é apenas isso (RAUTER, 2000, p. 274).

A preocupação com aqueles que não podem produzir é tema já tratado aqui. Considera-se um dos aspectos principais desta tese, mas não no sentido de que os serviços deveriam ser solidários com cada pessoa individualmente incapaz de trabalhar de forma assalariada, mas no sentido de questionar essa lógica amplamente, e não somente na unidade de saúde mental. Trata-se de se contrapor, dentro e fora dos serviços, à ética capitalista do trabalho e inaugurar um pensamento e uma prática radicais de defesa de direitos, os quais, por sua vez, não deveriam depender do poder de consumo ou da capacidade de produzir dos sujeitos para serem efetivados.

4.4. Alternativas às alienações no capitalismo

A plena regência da propriedade privada faz com que, tanto no plano da subjetividade, quanto objetivamente, a vida social se converta no destino coletivo da infundável disputa no mercado por um lugar ao sol.

Sergio Lessa

Dado o limbo entre a assistência e o mercado de trabalho em que vivem as pessoas com transtorno mental, estratégias de sobrevivência são criadas pelos próprios usuários de serviços

de saúde mental, seus familiares, trabalhadores da área e, com menor frequência, pelo Estado por meio de legislações que facilitam o trabalho e a geração de renda para esse público e outros em situação semelhante.

A Lei 10.835, de 8 de janeiro de 2004, cujo projeto é de autoria de Eduardo Suplicy, institui a partir de 2005 a renda básica de cidadania, prevendo que, gradualmente, toda a população brasileira seja contemplada com um valor igual não tributável, independente de renda advinda de trabalho assalariado. A prioridade na execução da lei seriam, inicialmente, as camadas mais necessitadas da população, como as beneficiárias do Programa Bolsa Família e do BPC. Trata-se de proposta que independe de vinculação ao trabalho assalariado e vem sendo deixada de lado desde a aprovação, não havendo qualquer regulamentação para sua devida aplicação.

O BPC é também uma tentativa de garantir o mínimo a quem não pode se manter, por impossibilidade de trabalhar, ainda que o salário mínimo seja muitas vezes insuficiente para atender as necessidades dessa parcela da população, exatamente por sua especificidade. A deficiência e a idade, critérios de inclusão, aumentam a necessidade de renda, com um maior consumo de medicamentos, contratação de cuidadores, adaptação do ambiente doméstico para locomoção e autonomia.

Especificamente para pessoas oriundas de hospitais psiquiátricos, há o PVC, que paga diretamente à pessoa uma bolsa-reabilitação, atualmente de R\$ 420, como mencionado anteriormente. O programa beneficia apenas pessoas que tenham passado no mínimo dois anos ininterruptos em instituição psiquiátrica.

Outra medida que enfrenta a inempregabilidade das pessoas com transtorno mental são as oficinas de produção e geração de renda e, eventualmente, os empreendimentos de economia solidária. Ambos costumam começar vinculados a algum serviço de saúde mental ou associação de usuários e familiares e, prosperando, tornam-se autônomos e autogestionários.

Para dar visibilidade e promover reflexões sobre o tema, em 2004 o Ministério da Saúde organizou uma *Oficina de experiências de geração de renda e trabalho*, cuja produção foi publicada no ano seguinte sob o título *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Segundo Pedro Gabriel Delgado, no referido documento, essas experiências têm em comum o fato de serem boas, mas frágeis; eficazes, mas inseguras. Paul Singer, também no compilado da oficina, explica o que chama por economia solidária:

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 11).

Singer, então Secretário Nacional de Economia Solidária no Ministério do Trabalho e Emprego, encontra na reforma psiquiátrica intenções semelhantes às da economia solidária. Segundo ele, a economia solidária é uma estratégia no plano econômico, mas os movimentos sociais devem permanecer em luta no âmbito político para atingir conquistas permanentes para as populações que não aderem ao emprego formal. Por se tratar de ação inserida numa sociedade sob o modo de produção capitalista, são muitos os entraves para sua execução.

[...] a luta contra a exclusão é travada por numerosos movimentos. No plano político, eles mobilizam, protestam, pressionam os poderes constituídos, disputam eleições. No plano econômico, eles constroem empreendimentos cooperativos, em que discriminados, técnicos, familiares e outros necessitados colaboram.

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

Os questionamentos que encerram o trecho acima aplicam-se à especificidade do público com transtorno mental e revelam elementos que fazem diferença na construção de empreendimentos alternativos ao mercado de trabalho tradicional. Ora, a ética capitalista do trabalho perpassa as instituições. Os serviços de saúde mental dificilmente desenvolvem uma nova ética, que sobreponha a necessidade das pessoas à possibilidade de venda da força de trabalho. E esse é um dos problemas que a noção de solidariedade pretende solucionar. Segundo Singer, a economia solidária se contrapõe ao capitalismo, “porque a empresa privada capitalista é a origem da desigualdade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 19) e o que se propõe é a possibilidade de exercer o direito ao trabalho, conforme apregoa a Constituição Federal de 1988, ainda que ela também estabeleça a iniciativa privada e o mercado como prioridade.

No entanto, a avaliação que o Secretário Nacional faz em relação aos empreendimentos de economia solidária no Brasil não é de superação do modo de produção vigente, mas de

participação marginal nesse mesmo modo. Além disso, exatamente pela dificuldade de venda dos produtos, as cooperativas muitas vezes usam a informação de que as pessoas que desenvolvem o trabalho são “coitadas” para convencer os clientes a adquirirem os produtos.

O que tenho visto em cooperativas sociais que existem efetivamente no Brasil, e não estou pensando apenas nos sofredores psíquicos, mas em cegos, que fazem muita cooperativa, que produzem vassouras, por exemplo, entre outras coisas dessa natureza, é que a inserção no mercado dessas cooperativas é extremamente marginal. O resultado é que as pessoas ganham muito pouco. Eu diria que ficam no fio de uma lâmina entre a benemerência e o mercado propriamente. Quando o cego vai, ele em pessoa, vender os seus produtos, ele está fazendo um apelo também à generosidade das pessoas. Eu odiaria se as nossas cooperativas precisassem ter esse caráter. Penso que podemos ser loucos e sonhar alto [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 21).

Alinhado com o pensamento de Saraceno, citado em outros momentos, uma premissa cara para a economia solidária – e para a reabilitação psicossocial – é a completa retirada do signo de doente, do rótulo de pessoa institucionalizada pela loucura, da pecha de incapaz ou merecedor. Os trabalhadores com transtorno mental vinculados a cooperativas sociais devem ser vistos como quaisquer outros, assim como aquilo que produzem.

Ao longo do encontro sobre as iniciativas de trabalho e geração de renda para usuários da saúde mental, identificam-se falas que remetem à centralidade do trabalho assalariado na sociedade capitalista. Assim, coordenadoras de empreendimentos solidários mencionam como dificuldade de adesão a essas iniciativas o fato de as pessoas perderem o BPC quando passam a ter alguma renda. Outro entrave diz respeito à legislação. Segundo as pessoas que tentaram estabelecer cooperativas formalmente, não há diferença tributária entre aquelas de caráter social e as que são empresas cooperadas. Além disso, segundo afirmam, a legislação não permitiria cooperativas mistas, que unam pessoas com e sem transtorno mental, com e sem deficiência.

Destaca-se, entre as apresentações de experiências, a fala da então Coordenadora de Saúde Mental de Belo Horizonte (MG), Rosemeire Aparecida da Silva, que, na ocasião, traçou um panorama crítico sobre a relação capital-trabalho, mencionando a precarização, o trabalho infantil, o trabalho escravo da atualidade, a concentração de renda e a exploração da força de trabalho. Ao relacionar trabalho assalariado e transtorno mental, a psicóloga propôs importantes reflexões:

Nesse tema, ainda percebemos, como em todos os outros, na clínica e nas várias intervenções da saúde mental, traços da cultura de invalidação e tutela, que prescreve a ocupação sem sentido como modo possível e único de produção para os ditos loucos. A política de inclusão no direito ao trabalho, invenção que ora buscamos formalizar, terá que deter-se criticamente sobre a longa história de consolidação do mito da incapacidade produtiva para criar

algo que se diferencie no espaço, no território onde a mesma virá a se inscrever, mas também, e principalmente, em substância.

[...]

[...] Proponho que investiguemos a articulação entre capitalismo e manicômio, essas duas invenções da era moderna destinadas a excluir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 54-55).

Rosemeire Silva continua, trazendo luz a parte do que vem sendo apresentado e questionado nesta tese:

Concluirmos que tal idéia, a da incapacidade para o trabalho, é no mínimo um engano, nos leva à pergunta sobre qual concepção e organização do trabalho busca o projeto antimanicomial. Trata-se de mera busca da garantia da subsistência? De produção massificada? De uma obrigação a ser imposta aos usuários como uma regra do tratamento e medida da avaliação da cura? Ou de uma construção mais ousada e também mais difícil, que busca empreender condições de vida e produzir espaços geradores de sentidos e significados novos para a existência individual e coletiva? Queremos dar emprego, aliás, quase inexistente hoje aos nossos usuários, ou, junto com eles, construir o direito de trabalhar, criando engrenagens que propiciem o exercício da produção, da geração de renda, mas também de inscrição subjetiva? Empreendimentos que contribuam, assim como serviços substitutivos, para desconstruir a arquitetura manicomial, experimentando conjuntamente novas possibilidades de vida? Eu entendo que a segunda opção é a que mais se ajusta aos nossos propósitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 56).

Feitos esses apontamentos sobre o evento ocorrido em 2004 e concordando com as reflexões profundas trazidas pela participante em destaque, apresenta-se aqui ligeiro apanhado relativo à legislação, tão criticada acima, mas que obteve alguns incrementos posteriormente.

A legislação que trata das sociedades cooperativas em geral é a Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e dedica-se em sua maior parte à definição das normas relativas ao patrimônio e à burocracia referente à regularização das atividades. Seu escopo, ainda que a lei não delimite expressamente as áreas de atuação das sociedades, abrange mais claramente as cooperativas de crédito, habitacionais e agrícolas.

De fato, a Lei 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe “sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica”, não menciona nenhuma vantagem para o estabelecimento desse tipo de cooperativa, assim como sugere que pessoas não identificadas como “em desvantagem” somente participem da cooperativa na condição de voluntárias.

O artigo 3º dessa lei define como pessoas em desvantagem:

I – os deficientes físicos e sensoriais;

- II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
- III – os dependentes químicos;
- IV – os egressos de prisões;
- V – (VETADO)
- VI – os condenados a penas alternativas à detenção;
- VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo [grifo nosso].

A inovação prevista na Lei 9.867/99 está na maior flexibilidade na definição de jornadas e adaptação do espaço físico, respeitando as tais desvantagens, o que na realidade não justifica a elaboração da lei, uma vez que as cooperativas em geral já definem livremente sua forma de trabalhar, conforme o desejo dos cooperados manifesto em assembleias.

As atividades permitidas para execução pelas cooperativas sociais são: “I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços” (Art. 1º).

Possivelmente como resultado da *Oficina de experiências de geração de renda e trabalho*, a Portaria GM/MS n.º 1.169, de 7 de julho de 2005, “destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências”. O incentivo varia de R\$ 5.000 a R\$ 15.000 em parcela única, dependendo da quantidade de pessoas vinculadas às iniciativas de trabalho. A portaria define o montante de recursos do orçamento do Ministério da Saúde reservado para o incentivo apenas para os anos 2005 e 2006.

A fim de facilitar a formalização dos empreendimentos de economia solidária como cooperativas de trabalho e impedir o falso estabelecimento de entidades com esse caráter, que buscassem benefícios indevidos dessa forma de sociedade, em 19 de julho de 2012 foi sancionada a Lei 12.690, que dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho e institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho (Pronacoop). Assim, são excluídas do conceito de cooperativas de trabalho (Art. 1º):

- I - as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar;
- II - as cooperativas que atuam no setor de transporte regulamentado pelo poder público e que detenham, por si ou por seus sócios, a qualquer título, os meios de trabalho;
- III - as cooperativas de profissionais liberais cujos sócios exerçam as atividades em seus próprios estabelecimentos; e
- IV - as cooperativas de médicos cujos honorários sejam pagos por procedimento.

É considerada cooperativa de trabalho, segundo a Lei 12.690/12, “a sociedade constituída por trabalhadores para o exercício de suas atividades laborativas ou profissionais com proveito comum, autonomia e autogestão para obterem melhor qualificação, renda, situação socioeconômica e condições gerais de trabalho” (Art. 2º). As cooperativas de trabalho podem ser, conforme o Art. 4º,

I - de produção, quando constituída por sócios que contribuem com trabalho para a produção em comum de bens e a cooperativa detém, a qualquer título, os meios de produção; e

II - de serviço, quando constituída por sócios para a prestação de serviços especializados a terceiros, sem a presença dos pressupostos da relação de emprego.

O aspecto mais disruptivo da proposta de cooperativismo contida na lei de 2012 repousa em seus princípios e valores, que muito destoam do modo capitalista tradicional de produção e gestão.

Art. 3º A Cooperativa de Trabalho rege-se pelos seguintes princípios e valores:

I - adesão voluntária e livre;

II - gestão democrática;

III - participação econômica dos membros;

IV - autonomia e independência;

V - educação, formação e informação;

VI - intercooperação;

VII - interesse pela comunidade;

VIII - preservação dos direitos sociais, do valor social do trabalho e da livre iniciativa;

IX - não precarização do trabalho;

X - respeito às decisões de assembleia, observado o disposto nesta Lei;

XI - participação na gestão em todos os níveis de decisão de acordo com o previsto em lei e no Estatuto Social.

Embora as pessoas associadas a cooperativas não sejam consideradas empregadas pela legislação, são devidos a elas todos os direitos, como trabalhadores. É evidente que o cooperativismo só adquire status de revolucionário na medida em que é concebido ou cogitado como padrão do modo de produção – o que é defendido de forma veemente por seus pensadores. Do ponto de vista prático, vislumbram-se mudanças no nível micro, que afetam diretamente as poucas pessoas que conseguem aderir a um empreendimento solidário, o qual não supera a razão econômica instituída e a monetarização da força de trabalho, ainda que trilhe uma crítica ao assalariamento tradicional.

O Pronacoop destina-se a facilitar a implantação e o desenvolvimento dos empreendimentos e a obtenção de crédito pelas cooperativas de trabalho. Preveem-se recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), da União e outros que puderem ser incorporados a

esse fim. Como essa lei não aborda especificamente aquelas cooperativas compostas por pessoas com desvantagens, o Decreto n.º 8.163, de 20 de dezembro de 2013, tenta compensar essa ausência, por meio da instituição do Pronacoop Social. Mantém-se o objetivo do programa geral, apenas acrescentando-se formas de suporte ao desenvolvimento das cooperativas sociais e a possibilidade de oferta de alternativas de crédito.

O texto do decreto não veta nenhum excerto da lei de 1999, mantendo a impossibilidade de estabelecimento de cooperativas mistas, com pessoas com e sem desvantagem. Considerando o público-alvo das iniciativas de caráter social, as legislações inviabilizam empreendimentos propostos e amparados por familiares ou outros atores que convivem com as pessoas em desvantagem, assim como não os remunera por seu trabalho. O apoio às pessoas em desvantagem perdura como atividade típica e imposta à família, não havendo meios formais de garantir geração de renda que seja compatível com a condição de cuidadora.

Eneida Santiago e Silvio Yasui (2015) refletem, a partir da noção de biopolítica de Foucault, que a busca por inserção no mercado formal de trabalho assalariado provoca uma possível “inclusão-excludente”, que, em vez de valorizar a diferença, busca enquadrá-la.

[...] a política produz exóticos, estranhos no contexto de trabalho formal e do mercado, reforçando a normalidade como adequação às normas estabelecidas. A participação no mercado formal de trabalho parece ser almejada como um importante parâmetro de inclusão social. Se o mercado formal, via emprego, é foco, como ficam as dimensões éticas, estéticas, econômicas e autogestionárias que a ECOSOL [economia solidária] promove e fortalece? Sabemos ser o mercado muito dogmático quanto às exigências normalizantes de conduta que são impostas aos seus envolvidos. Constituída no âmbito da norma, a participação no mercado de trabalho pelo emprego formal é tida como natural e os que anseiam por ele e se dedicam a dele participarem vivenciam um processo naturalizado de contato com uma matriz de inteligibilidade que configura mercado e emprego formais, em que a promessa é de que os laços e as relações fazem sentido acima de tudo. Dessa forma, ansiar para que esse mercado formal de trabalho se adeque ao sujeito que nele se envolve [...] é ancorar o processo em uma ingenuidade. Assim, defendemos que o mercado formal de trabalho seja parte do processo de relações construídas na experimentação dos sujeitos em suas relações trabalho-saúde mental, e não finalidade. Como parte do processo, no estar ou trocar com o mercado formal de trabalho, abandona-se o regime de verdade de que toda inclusão social possível (inclusão social pelo trabalho ou não) seja uma inclusão social no mercado dominante. Outro aspecto do processo de dimensionar o mercado como parte e não como fim é de que se superam as prerrogativas de que a inclusão se faz pelo ser igual aos demais, quando, na verdade, toda igualdade é apagadora das diferenças, é normalizante (SANTIAGO, YASUI, 2015, p. 707).

A inclusão produtiva de pessoas com transtorno mental por meio dos empreendimentos de economia solidária aparece, na visão dos autores, como resultado do reconhecimento da

impossibilidade de tratar as pessoas como iguais, ou seja, enquadrá-las no mercado tradicional, ignorando a peculiaridade da condição de saúde mental dos sujeitos. Revelam-se contradições das formas de sociabilidade oferecidas a esse público, bem como aquelas do próprio modo de produção. Ora a reforma psiquiátrica tende a conceber o trabalho e sua versão assalariada como uma forma de valorização do sujeito, ora nega que o valor tenha relação com a capacidade de vender a força de trabalho. Ora há o desejo de inserção de usuários no mercado de trabalho formal, ora os esforços são para que não haja vinculação com esse mercado. Ora a sociabilidade do mercado tradicional é compreendida como saudável, ora é adoecedora.

Aparentemente, na realidade brasileira, a economia solidária é vista como forma de resistência diante do aviltamento da ética capitalista do trabalho. O princípio da livre iniciativa, por outro lado, esbarra em entraves burocráticos e financeiros, cujas exigências não são compatíveis com o nível de informalidade e recursos normalmente encontrados nos empreendimentos encabeçados por grupos de parcelas mais vulneráveis da população.

A experiência triestina interessa pela radicalidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos. A manutenção de uma cidade sem manicômios só é possível com o desenvolvimento de respostas eficazes às demandas referentes à saúde mental. A internação sempre é cogitada pelo poder público, quando ignora o conhecimento técnico ou tem pressa para deixar de visualizar um problema.

Antes mesmo de 1978, quando a legislação italiana determinou o fechamento da porta de entrada dessas instituições, diversas alternativas foram criadas para que a porta de saída se fechasse após a alta do último interno. Uma delas foi o modelo de comunidade terapêutica, relatado por Basaglia em sua Instituição Negada, quando os internos passaram a participar da organização da instituição, trabalhando em troca de algum dinheiro e sendo ouvidos em assembleias. Daí iniciaram-se as experiências de trabalho remunerado fora do hospital, até que se esgotasse o sentido de ter aquele espaço como habitação. A necessidade de residências assistidas fez com que prédios dentro do terreno do hospício passassem a ser utilizados como casas para essas pessoas.

Atualmente, a área onde funcionava o grande manicômio de Trieste (OPP) dá lugar a um parque, vias públicas, restaurante, academia, teatro, jardins, setores da universidade local, departamentos da Companhia de Serviços Sociossanitários (ASS), cooperativas de produção que empregam usuários de saúde mental. A última residência terapêutica que funcionava naquele local foi transferida para fora do antigo manicômio há pouco tempo.

Um documento da ASS n.º 1 Triestina relata o que chama Caminhos para a inserção no trabalho (2005). Nele, é possível conhecer um pouco da história da inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho assalariado na cidade. O pensamento que guia o texto é de primazia do trabalho assalariado na busca por socialização desse público. Assim, um discurso de ativação do sujeito é facilmente identificado.

Para todos, é essencial ativar em vez de ajudar, lidar com habilidades, mesmo residuais, em vez de com deficiências, haver operadores de mediação e facilitação, em vez de proteção e invalidação, sair de uma relação terapêutica dual e introduzir continuamente terceiros, utilizando a mediação objetiva, a única garantia de emancipação e quebra de dependências, conectando pessoas e mundos que são normalmente separados, buscando qualidade e qualificação (ASS N.º 1 TRIESTINA, 2005, p. 4 – tradução nossa).

Vê-se também uma compreensão positiva de produção de saúde, quando se sugere dar ênfase às habilidades das pessoas e não às dificuldades. A ativação proposta não compreende somente o trabalho, mas a socialização. O documento considera que a desinstitucionalização implica a transição de uma lógica reparativa-assistencial para uma de ativação, responsabilização e promoção dos sujeitos.

Na psiquiatria manicomial, o trabalho sempre foi uma questão primordial. Trabalhar para corrigir, vencer vícios e ociosidade, passar o tempo, cansar, punir; trabalhar como uma terapia, para manter a instituição, reduzindo seus custos, como instrumento de divisão entre os internos, como recompensa para quem cumpre as regras, como controle. [...]

No processo de desinstitucionalização na Itália, no desmonte do asilo de loucos e dos aparatos científicos e legislativos que o sustentavam, a construção do direito ao trabalho, o estabelecimento de cooperativas de ex-internos e internos foram passos fundamentais para a entrada de pessoas com doença mental no contrato social (ASS N.º 1 TRIESTINA, 2005, p. 4 – tradução nossa).

Os mecanismos de inserção laboral constituem, para a política de saúde de Trieste, uma forma de ampliação do poder contratual, colocando as pessoas com transtorno mental no rol de indivíduos membros verdadeiros da sociedade, capazes de realizar trocas, interagir e manter-se de forma independente ou menos dependente. A primeira cooperativa de trabalho de Trieste foi uma prestadora de serviços de lavanderia, limpeza, despensa, cantina e transporte do próprio hospital psiquiátrico. Ex-internos que já trabalhavam nessas atividades tornaram-se sócios da cooperativa e conseguiram uma vida autônoma.

As primeiras experiências de inserção de pessoas com transtorno mental em empresas não tiveram sucesso. Segundo a ASS, as instituições não se modificavam para receber as

pessoas consideradas diferentes. Elas terminavam em atividades mal remuneradas, com pouca exigência técnica e relações sociais pobres.

A bolsa-trabalho é outra opção para inserção das pessoas com transtorno mental em atividades laborativas. Ela é paga por um período pelo serviço de saúde, até que a pessoa se adapte e seja admitida como sócia da cooperativa. Assim, ainda nos anos 1980, a Itália identificou o modelo de cooperativas como o que mais bem se adaptava às pessoas com transtorno mental e aos jovens que tinham dificuldade de cumprir as regras do mercado de trabalho tradicional. O valor de uma cooperativa é inferido por sua organização flexível, pela diversidade de atividades – principalmente de pequena escala, que permitem um movimento contínuo dos trabalhadores –, pela forma como a informação circula e como as decisões são tomadas (ASS N.º 1 TRIESTINA, 2005).

A opção de investir em empreendimentos menores se dá tanto por uma questão econômica quanto pela busca de qualidade – no cuidado e no trabalho desenvolvido.

As cooperativas são organizadas como um local de trabalho, mas também de formação profissional, construção de identidade, habilidades de relacionamento e expressão e empoderamento.

A partir disso, as cooperativas são capazes de desempenhar uma importante função na comunidade, ao lado dos serviços, modificando a imagem e a representação dos doentes mentais (ASS N.º 1 TRIESTINA, 2005, p. 6 – tradução nossa).

Com a difusão dos empreendimentos solidários na Itália, no entanto, controvérsias e desvantagens também passam a ser identificadas nas cooperativas. Venturini (2016) apresenta uma série de questionamentos, inclusive tendendo a colocar a empresa social em oposição à cooperação. O autor insinua, por exemplo, que não há de fato entidades sem fins lucrativos, e que, mesmo que assim sejam, normalmente adotam organização e gestão de finanças semelhantes às de empresas comuns. Criticam a ausência de proteção social aos trabalhadores nos empreendimentos lucrativos, mas não garantem o mínimo aos cooperados. “Certamente, há características do não lucro, porém, existem formas de acumulação de poder que se alimentam dos processos de expropriação semelhantes àqueles do lucro” (VENTURINI, 2016, p. 91-92).

Nesse sentido, embora aparentem – e tentem de fato – romper com os princípios da competitividade capitalista tradicional, as empresas sociais italianas tornam-se exemplos de flexibilização – não somente aquela útil ao cuidado, mas aquela útil às relações capitalistas – e adaptação ao mercado, oferecendo serviços mais baratos e dividindo as vantagens e as desvantagens – muitas vezes disfarçadas de liberdade de escolha – entre os cooperados.

Nota-se, portanto, que, ainda que o trabalho desenvolvido no âmbito das cooperativas sociais consiga afastar elementos graúdos dos empregos diretamente vinculados a empresas capitalistas tradicionais, sem legislação forte e participação política ativa dos sócios dos empreendimentos, o respeito aos direitos dos trabalhadores fica prejudicado, assim como o processo de trabalho pode incorporar técnicas e formas de gestão capitalistas – da mesma forma que os serviços substitutivos de saúde mental podem assumir características manicomialis.

Embora as cooperativas configurem uma das formas mais viáveis de redução das desigualdades num contexto capitalista e produzam – ou simulem –, num nível micro, relações de produção mais equânimes e justas, urge o questionamento ampliado das perdas de direitos e dos sofrimentos impostos pelo modo de produção hegemônico. A participação política, por meio de sindicatos, associações de trabalhadores e usuários de saúde mental ou mesmo lideranças comunitárias de bairro, é uma forma de qualificar os debates e promover modificações culturais substanciais, no sentido da desinstitucionalização plena. As experiências bem-sucedidas em Trieste devem ser ampliadas, com ênfase na voz dos participantes e levando-a a outros níveis da sociedade, não só a fim de permitir que os loucos ingressem no contrato social, mas que eles possam questionar esse contrato. Com a participação sociopolítica qualificada e ampliada, é possível exigir de fato que a política pública seja motivada pelo povo, e não que o povo se adapte a uma política excludente e alinhada com os interesses de grupos enriquecidos pela exploração da maioria.

Notas finais

Após o esforço empreendido para trazer ao nível consciente aquilo que resta despercebido na sociedade quanto à forma como o trabalho assalariado e sua ética capitalista permeiam as relações e as políticas sociais, em especial a política de saúde, cujas práticas poderiam ser consideradas isentas de ideologia, pretende-se arrematar os pontos principais dos achados desta pesquisa.

Verifica-se, ainda que com as limitações de uma pesquisa primordialmente baseada em dados secundários, a confirmação das expectativas elencadas como hipóteses de trabalho: a) a política de saúde mental sofre influência do modo de produção capitalista, assim como as demais políticas sociais; b) a ética capitalista do trabalho, como ideologia que permeia as políticas sociais, afeta os diversos atores dessas políticas, sendo sentida fortemente no cotidiano das pessoas com transtorno mental, até mesmo dentro dos serviços de atendimento psicossocial; c) as práticas de reabilitação psicossocial raramente trazem críticas às exigências do mercado de trabalho, buscando na maior parte das vezes inserir as pessoas nesse mesmo mercado, conhecido por seu potencial de adoecimento.

As contradições relativas à inserção das pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho também aparecem na relação dialética entre trabalho e o processo saúde-doença. Isso quer dizer que o trabalho – mesmo em sua versão assalariada – é apontado como promotor de saúde e elemento estressor e adoecedor, ao mesmo tempo. O que diferencia a sua capacidade para as duas funções são as relações nele estabelecidas e o potencial de criação de sentido, com respeito às singularidades e às condições sociais globais.

1. A conversão da loucura a um problema social

Se antes que a loucura fosse objeto de estudo ela aparecia como afastamento – alienação – de Deus, com a instituição do trabalho assalariado e das pesquisas sobre o transtorno mental, passa-se a denunciá-la como rejeição ao dinheiro – o deus contemporâneo, responsável pela manutenção da vida das pessoas na sociedade capitalista.

A prática do encarceramento do louco torna-se possível com a institucionalização do problema moral que se apresenta, ou seja: o fato de o dito alienado não se adequar ao trabalho assalariado e às regras de convivência imputadas por um padrão de comportamento burguês.

Assim, a segregação, a punição, a violência e o que vem a ser chamado tratamento posteriormente são estratégias de imposição de um modo de ser e agir em conformidade com as necessidades de reprodução lucrativa do capitalismo industrial.

A urbanização e a necessidade de que famílias inteiras saíssem de casa para vender sua força de trabalho, assim como a composição de um exército industrial de reserva – sedento por emprego, ainda que sob condições inumanas –, permitem o surgimento da figura do vagabundo, à qual o louco e outros sujeitos marginalizados passam a ser associados.

Com a identificação de uma causa externa ao desejo das pessoas para a rejeição ou inabilidade para o trabalho assalariado, fez-se necessário vincular essa causa a uma ciência, que a explicasse. As classificações de comportamentos tidos como anormais e, posteriormente, doentios, somadas a legislações que condenam a ociosidade, tornam-se a chave da porta de entrada para o que viria a ser o manicômio.

Logo, mais do que um fenômeno relacionado às ciências da saúde, o desenvolvimento da psiquiatria como área de estudo e de intervenção médica tem uma função social superior à tentativa de cura dos doentes mentais. **Trata-se de encontrar um lugar para a loucura num modelo de sociedade que não a comporta mais. Dessa forma, a psiquiatria é seu lugar científico, o manicômio seu lugar físico e o cárcere seu lugar moral.** A forma como a sociedade lida com o louco não é dissociada do contexto socioeconômico e político prevalente. É uma expressão da tensão dialética entre capital e trabalho.

2. O trabalho estranhado e enlouquecedor

O sofrimento provocado pelas relações de trabalho assalariado e pela atividade laboral em si é preocupação já contemplada no meio acadêmico, com pesquisas em diversas áreas de conhecimento. Alguns campos da psicologia têm desenvolvido estratégias atenuadoras de sofrimento para empregados, as quais comumente envolvem ampliação da participação nas decisões da empresa, incentivo à distribuição de responsabilidade, monitoramento da saúde mental dos trabalhadores, práticas de promoção de saúde, entre outras.

No entanto, as ciências sociais e humanas vêm deixando de lado reflexões sob uma perspectiva ampliada e crítica de trabalho, terminando por abordá-lo como sinônimo de emprego. Isso, além de um fenômeno acadêmico que revela enfraquecimento do pensamento marxiano na cultura universitária, é um indicador da capilaridade da ética capitalista do trabalho

e das moralidades dela derivadas. O risco de tratar os problemas que emergem do trabalho assalariado dessa forma é passar a considerá-los males necessários e intransponíveis, além de reduzir o trabalho humano à apropriação inexorável da força de trabalho pelo capital.

Tomando por correta a compreensão de Marx de que a divisão social do trabalho nesta sociedade segue o interesse do capital e não das pessoas, não é de se admirar o **potencial duplamente alienador do emprego: aliena o indivíduo do controle sobre sua própria vida e de suas faculdades mentais**. As duas alienações afastam a pessoa da possibilidade de desenvolver sua humanidade e de seu reconhecimento como um ser transformador, mas a alienação mental também pode significar inadequação à normalização do trabalho estranhado. Trata-se de sofrimento associado à dificuldade de encontrar sentido no trabalho e na vida, num contexto em que esta ocorre distante daquele, ao mesmo tempo em que dele depende.

Sendo o trabalho um atributo humano ontologicamente central, é de se considerar que um trabalho com sentido seja capaz de dar sentido à vida. A organização do trabalho assalariado adotada pelo capitalismo e por ele modificada conforme as necessidades do mercado, no entanto, dificulta que trabalho e sentido coexistam. Ao contrário, exige-se uma separação clara entre vida pessoal e emprego e, neste, a ordem é que não se estabeleça envolvimento emocional. Uma racionalidade despida de emoção é algo que se busca em máquinas, computadores, *softwares*.

O trabalho que diferencia o animal humano dos demais é o que, em sua versão estranhada, tira a identidade das pessoas para conferi-las status de recurso, ao lado dos meios materiais de produção. Ao mesmo tempo, contraditoriamente, reserva-se aos trabalhadores obedientes o status de cidadãos, cumpridores de seus deveres e adaptados à ordem moral da sociedade. É evidente que se trata de uma cidadania vigiada, não garantida e ameaçada de acordo com o interesse do grande capital. Isso se dá porque o acesso a bens e serviços – e, com isso, à dignidade – depende da capacidade de consumo.

Com as mudanças no mercado de trabalho, sua flexibilização, desregulamentação e precarização, o papel do trabalhador pode diminuir nas empresas, assim como sua consciência de classe. Com a redução do tempo dedicado ao trabalho assalariado, o empregado dispõe de mais tempo livre, que pode ser usado para um segundo emprego ou para o consumo, fundamental para a manutenção do capital e do emprego de outras pessoas.

Nessa perspectiva, observa-se que a captura da humanidade da classe que vive da venda de sua força de trabalho ocorre não somente na relação direta com o empregador, mas em todos

os espaços que constituem sua vida. Fora do serviço, todos são consumidores. **Questiona-se, assim, se é louco quem, temendo perder sua humanidade por ter sua vida expropriada, encontra uma realidade paralela em que viver, ou aquele que, seguindo as regras morais e de convivência, permite que lhe roubem o tempo e a saúde.**

O trabalho alienado oferece condições para o desenvolvimento da alienação mental. No entanto, é apontado como objetivo maior da sociabilidade dos sujeitos, cuja vinculação é interpretada como sinal de saúde e sucesso, inclusive para pessoas que já apresentem transtorno mental e estejam em tratamento. **A terapêutica no contexto capitalista tem como objetivo moldar trabalhadores adaptáveis, bons empregados, sujeitos que pouco questionem e não causem problemas.**

3. A ética capitalista do trabalho: utilitarismo e ativação num Estado de *workfare*

Interessa à classe dominante a imposição de sua moral à classe dominada. Para isso, é importante que a superestrutura jurídica e política esteja alinhada a essa moral, o que é possível pelas relações econômicas, as quais são, por sua vez, ditadas pela ética capitalista. A ausência de consciência de classe e de compreensão sobre a vocação histórica da classe trabalhadora facilita a imposição cultural, institucional e ideológica da moral que interessa aos detentores do poder econômico.

Segundo essa moral, **quem não é útil para o mercado não tem porque existir.** Ainda que essa máxima seja eventualmente atenuada por acordos internacionais, especialmente no âmbito da proteção ao trabalho, a lógica que perpassa as legislações e as práticas cotidianas das polícias, por exemplo, deixam claras as regras de convivência entre classes. A principal dessas regras parece ser a de que **sujeitos que não trabalham não têm direitos.** Uma ética em que o ser humano é fim, e não meio, está em decadência.

Seja como vício, servidão voluntária, obsessão por emprego, seja como honradez moral e religiosa, a vinculação das pessoas ao trabalho assalariado, além de configurar a forma hegemônica de sobrevivência e de parecer aos olhos dos próprios trabalhadores a forma mais correta de manter-se, responde às ideologias utilitaristas e individualistas, que veem os sujeitos como responsáveis pelo próprio sucesso, independentemente do contexto.

Assim como a responsabilidade pelo sucesso é individual, a pobreza seria causada pela incapacidade de os sujeitos serem contratados, por sua inadequação e falta de desejo de

trabalhar e juntar dinheiro. Esse *ethos* é o que permite a oferta de políticas pífias à população mais necessitada, de forma a manter benefícios socioassistenciais abaixo do salário mínimo e exigir comprovações vexatórias da involuntariedade do desemprego. **Em vez de uma ética de proteção e cuidado para com os pobres, estabelece-se uma ética de autorresponsabilização, o que equivale à desresponsabilização do Estado e da comunidade. O *welfare* dá lugar ao *workfare*.**

Enquanto a compreensão dos autores mais identificados com a esquerda é de que as necessidades humanas se diferem das necessidades dos animais não racionais, a lógica neoliberal e individualista pressupõe que não há responsabilidade do Estado para com a manutenção da vida das pessoas, mas com a sobrevivência, quando muito. Essa óbvia insatisfação teria como resultado impelir os indivíduos ao trabalho assalariado, como se houvesse vaga de emprego para todos. O darwinismo social é, assim, retomado, sempre que o lucro pode ser reduzido ou quando alguma mobilidade social, ainda que rara, é identificada.

As políticas de ativação para o trabalho crescem na medida em que se deseja a redução de gastos com aposentadorias e benefícios não contributivos. O incentivo à capacitação profissional, por exemplo, dá à população a ilusão de que, com a formação adequada, haverá vagas para todos, devendo o pobre identificar e gerir os riscos do mercado de trabalho, no qual ele é mais um produto. A ativação e as políticas compensatórias, quando existem, vêm como forma de pressão para que todos trabalhem e, na ausência de emprego, que se calem, não se rebelem e expiem a sua culpa.

4. Política de saúde é política social

A intervenção em saúde tornou-se uma preocupação do Estado com a mão de obra sendo ameaçada pelas epidemias e com as doenças dos trabalhadores passando a ameaçar os ricos. Isso levou a práticas de arquitetura sanitária, desenvolvimento das ciências biomédicas, obrigatoriedade de vacinação, separação de bairros entre ricos e pobres, para, enfim, construir-se um sistema de atenção às questões de saúde da população, combinando conhecimento científico e valores morais.

Não se diferenciando da tendência das demais políticas sociais, inicialmente **o cuidado em saúde deveria ser prestado àqueles que trabalhavam e contribuíam para o financiamento desse serviço**. Reabilitar soldados que retornavam de guerras – assim como cuidar dos meninos que viriam a ser soldados – e garantir a sobrevivência da mão de obra das

fábricas eram objetivos da saúde pública inicialmente, uma vez que seu surgimento é concomitante à urbanização. O corpo do trabalhador tornou-se um corpo político por conter em si a força de trabalho transformada em mercadoria.

O desenvolvimento científico abriu espaço para a inserção de moralismos nas práticas de saúde, com o malthusianismo, o darwinismo social e a eugenia, que viria, esta última, a inspirar o nazismo. A apropriação dessas teorias pelo Estado colocou o médico ao lado do juiz em termos de poder, com instituições que uniam os saberes e interesses de ambos.

Dentre as instituições, destacam-se os abrigos e hospitais gerais, que acumulariam mendigos, pessoas com deficiência, loucos e bêbados – todos aqueles que, afastados do trabalho assalariado, atrapalhavam a ordem pública e a suposta harmonia social. Inicialmente essas instituições não tinham caráter de saúde, mas tinham a função de higienizar a cidade. Com a hanseníase, as doenças venéreas e, posteriormente, a loucura, o hospital tornou-se o lugar da medicina.

As ciências que pautam as políticas de saúde são elaboradas à luz da moral capitalista e segundo a demanda de um Estado burguês, influenciando tanto a definição das doenças e seu tratamento, quanto o acesso aos serviços de saúde. Não há obrigação de provisão de saúde em sociedades capitalistas, a menos que o povo exija. O movimento de reforma sanitária no Brasil, impulsionado pelos mesmos grupos que lutavam pela abertura democrática nos anos 1980, levou ao Sistema Único de Saúde, atualmente sob grave ameaça.

5. Saúde mental e a panaceia do trabalho curador

Não se pode ignorar as teorias que vinculam o aumento dos registros de diagnósticos de transtorno mental ao desenvolvimento do modo de produção capitalista. E isso não se dá somente entre trabalhadores que sofrem com as pressões cotidianas das exigências das empresas, mas em toda a população que, influenciada pelas novas formas de sociabilidade e pelos padrões de consumo e comportamento, se veem numa eterna tentativa de adequação, em busca de uma felicidade que não chega.

A opressão e a exploração promovidas pelo capital seriam, assim, importantes determinantes da epidemia de transtorno mental identificada em todo o mundo atualmente. A difusão de uma moral que responsabiliza os indivíduos por suas vitórias e derrotas, ao mesmo tempo em que o isolamento e a solidão são incentivados pelas

comunicações digitais, podem tornar frustrações mais dolorosas. Como as redes virtuais também exaltam alegrias frívolas como se fossem o dia-a-dia correto de qualquer pessoa comum, o sofrimento é visto como anormal e não humano, devendo ser imediatamente estancado por medicações, terapias alternativas e religiões.

A ansiedade pelo cumprimento de metas no serviço, sem o qual pode haver dificuldade no pagamento das contas, ao repetir-se por dias, semanas ou meses, pode gerar um trabalhador amedrontado, insone, com problemas de relacionamento e um diagnóstico psiquiátrico. **A loucura das demandas impostas aos trabalhadores faz crer que a loucura é de quem não consegue se adaptar.** O papel do tratamento individualizado, no caso, seria o de reduzir a sensibilidade às pressões para que o sujeito não se afastasse do trabalho. Tendo o conceito de loucura como relacional, identificam-se diversas práticas insanas na lógica capitalista, de forma que ela é capaz de colocar a própria existência da humanidade em risco.

Aqueles que já têm diagnóstico psiquiátrico antes mesmo do contato direto com um emprego, ou após frustrações em experiências modestas de trabalho, também são alvo de estratégias de ativação, que seriam promotoras de saúde mental. Estar trabalhando é tido como sinal de saúde, de adequação máxima às regras de sociabilidade. Essa concepção é encontrada, portanto, nas intervenções dos serviços de atenção psicossocial e nos hospitais psiquiátricos tradicionais. Seja sob a forma de laborterapia, seja por encaminhamento a agências de emprego, **identifica-se potencial curador no trabalho, que, entre outros benefícios, daria à pessoa a sensação de utilidade – a mesma que, nesta sociedade, é tida como valor maior.** É também a partir dessa lógica que instituições como as comunidades terapêuticas atuais no Brasil aplicam trabalho forçado como tratamento.

Ao mesmo tempo em que há insistentes tentativas de inserir no trabalho pessoas inempregáveis diante dos requisitos do mercado, há uma rejeição ao afastamento do trabalho àquelas que adoecem nele. Essa rejeição aparece em saúde mental sob a compreensão de que o sujeito que busca o acesso aos direitos relacionados ao vínculo trabalhista – afastamento por atestado médico e aposentadoria – teria interesse em um ganho secundário ao tratamento.

A expressão ganho secundário aparece para descrever situações em que indivíduos que, acolhidos em serviços de saúde mental, manifestam desejo de obter algo a partir do diagnóstico, como direito a passe livre no transporte público, benefícios socioassistenciais e previdenciários, entre outros. Conceito originário da psicanálise, **o ganho secundário tornou-se uma forma de discriminar e impor a moral capitalista aos usuários da saúde mental, deixando claro que a forma adequada de acessar direitos é por meio do trabalho assalariado.** Ele também

denuncia a ainda presente visão moral sobre o transtorno mental, que poderia ser simulado para que a pessoa obtivesse algum benefício.

Com a dedicação ao trabalho sendo vista como positiva numa cultura que valoriza a produtividade e a manutenção do emprego, há poucas ações e legislações para coibir o excesso de trabalho. Especialmente no Japão, identificam-se os fenômenos do *karoshi* – morte súbita ou incapacidade permanente provocada pelo excesso de trabalho – e *karojisatsu* – suicídio devido ao trabalho. Não há políticas eficazes para evitar os casos e a legislação é leniente com as empresas cujos empregados passem por isso. **A flexibilização das relações e dos contratos de trabalho contribui para a ocorrência de adoecimento e morte, mas a autoimposição de alto desempenho, comum dessa que substituiu a sociedade disciplinar descrita por Foucault, também influencia no sofrimento exacerbado.** Trata-se, tal processo, de uma corrupção da alma, na visão de Byung-Chul Han. Num contexto em que coragem e medo são incentivados ao mesmo tempo, dificilmente alguém permanece plenamente são.

6. A moralidade na regulamentação da política de saúde mental brasileira

No caso local, a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), inovadora na proteção das pessoas com deficiência, adota critérios mais flexíveis na compreensão do público por ela abrangido, permitindo que o transtorno mental componha o rol de fenômenos humanos causadores de desvantagens temporárias ou permanentes, que representem barreira para o acesso à cidade, a direitos e serviços.

Por outro lado, a LBI não é considerada legislação padrão pelos programas que lidam com esse público e a ordenação das políticas tende a conceber o transtorno mental com desconfiança, como situação que dependeria do desejo da pessoa de melhorar, e não circunstância involuntária e geradora de sofrimento. Assim, **não são previstos benefícios socioassistenciais a esses sujeitos** e, no âmbito da previdência social, verifica-se que os afastamentos motivados por transtorno mental são cessados com maior frequência que os demais, o que inclui reversão de aposentadorias.

Numa perspectiva progressista, o INSS estabeleceu critérios mais abrangentes e atentos aos determinantes sociais para a perícia, incluindo profissionais não médicos na avaliação. Ainda assim, nota-se um **aumento de ocorrências de cessação de Benefícios de Prestação Continuada mesmo entre diagnósticos de deficiência intelectual** – genuinamente potenciais beneficiários. O crescimento da proporção de cessações também chama atenção entre os

diagnósticos de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes. Isso significa que a revisão dos benefícios tende a ser mais rígida do que a perícia inicial.

Historicamente, a atenção à saúde mental brasileira seguiu os passos observados na Europa, ainda que em momentos históricos e contextos diferentes. Por muito tempo, **os hospícios foram divididos em classes**, conforme as posses e o status dos internos. A implantação do SUS permitiu que as instituições privadas estabelecessem leitos conveniados e mantivessem diferenciação na forma de atendimento ao público com e sem possibilidade de pagar pelo serviço.

Uma característica das primeiras leis nacionais sobre a saúde mental é sua relação intrínseca com as questões de crime e justiça. Era preciso providenciar um fim ou um lugar de reclusão do louco infrator, sendo que a infração poderia ser simplesmente o gesto louco, o que – a história mostrou – passou a ser ampliado a todo tipo de atitude considerada excêntrica ou imoral em cada época. As regras ditadas pelos órgãos oficiais brasileiros comportam demonstrações da influência dos costumes na definição do que é correto ou não. **O hospital psiquiátrico sempre ocupou um espaço entre o tratamento e a punição, o que é reforçado pelas micropráticas nele desenvolvidas.**

A psiquiatria brasileira tem em seu passado o vergonhoso apoio a regimes nazistas, com o uso tendencioso e antiético de métodos ditos científicos para a justificação da apartação, do preconceito e da crueldade contra determinados grupos, como mulheres “inadequadas” à sociedade e negros, julgados inferiores pela pseudociência então adotada. **A Liga Brasileira de Higiene Mental protagonizava a defesa da psiquiatria na higienização das cidades, segundo padrões burgueses.**

A legislação brasileira progrediu em defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, até a inversão de alguns princípios da política, o que passou a ocorrer principalmente após o Golpe de 2016. Ainda no fim do governo petista, era possível observar o fortalecimento da bancada evangélica no Congresso Nacional, que pressionava para incluir as comunidades terapêuticas de base religiosa no rol dos serviços de saúde voltados ao abuso de álcool e outras drogas. Ainda que não tenham sido, à época, considerados formalmente serviços de saúde, as regras para as instituições com esse caráter foram simplificadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), facilitando a regularização das comunidades terapêuticas.

A reforma psiquiátrica ou do modelo de atenção à saúde mental foi capaz de promover com algum sucesso a participação social, com a implantação de instâncias democráticas nos próprios serviços psicossociais – e fora deles em associações de usuários e familiares – e com a realização das conferências referentes a essa política. Nelas, a dificuldade de acesso a trabalho assalariado e renda aparece com frequência, e, como resultado, **exaltam-se alternativas na economia solidária, no trabalho informal, na modificação de regras de concessão de benefícios socioassistenciais e previdenciários.**

O sofrimento pela imposição de uma vida à margem de uma sociedade pautada no trabalho assalariado revela o problema social e de pesquisa enunciado nesta tese, para o que a resposta mais fácil é a criação de programas e políticas capazes de amenizar o não acesso a bens e serviços, por meio de renda mínima de sobrevivência ou inclusão produtiva. A resposta mais difícil e necessária, no entanto, parece residir na mudança cultural e de paradigma – nas práticas sociais e políticas e na ciência –, a fim de retirar o louco do lugar de vagabundo e de questionar o utilitarismo que dá às pessoas funções de objetos. **O fim mais ousado, diante dos princípios morais desta época, é deixar viver dignamente aqueles que não se enquadram na lógica do assalariamento** ou simplesmente não consigam se inserir no mercado de trabalho.

7. Por uma reabilitação psicossocial questionadora

A despeito dos problemas de terminologia que envolvem a reabilitação psicossocial, as análises sobre essa prática e essa política tendem a demonstrar que, **em saúde mental, tratar é socializar.** A identificação do transtorno mental como tal só é possível na relação com o outro e com o mundo.

Assim, a reabilitação, mais do que uma atividade empírica individualizada por projetos terapêuticos singulares, deve questionar a organização discriminatória da cidade. Os profissionais de reabilitação, mais do que ensinar aos loucos comportamentos socialmente aceitos, adaptando-os a uma sociedade excludente e adoecedora, devem fazer frente a essa sociedade, também a ensinando a lidar com a loucura – muitas vezes por ela mesma gerada.

As práticas de reabilitação não devem ser reduzidas a estratégias pontuais de geração de emprego e renda. Numa perspectiva cidadã e política, a reabilitação também deve promover participação social e demandar iniciativas ampliadas de cuidado, socialização e alívio das responsabilidades das famílias. **A criação de poder contratual deve ser acompanhada de**

uma crítica à contratualidade da sociedade capitalista, que sobrepõe o lucro aos direitos humanos.

A busca por uma vida com sentido dificilmente se dá sem que se passe pelo trabalho. No entanto, cabe aos executores e gestores das políticas de saúde mental lembrar que **o assalariamento não é garantia de criação de sentido**, uma vez que o sentido real do trabalho e da vida não está na capacidade de consumir, mas na autorrealização como ser humano e na modificação dialética do sujeito e da natureza mutuamente implicados.

Além disso, é preciso não ignorar a análise histórico-crítica que deixa claro o papel da psiquiatria na desvalorização e na invalidação da pessoa com transtorno mental. A concentração de poder no campo bio, a equiparação da saúde mental à saúde física e a descontextualização da alienação mental, comuns mesmo em serviços substitutivos, mantêm a institucionalização do louco e da loucura.

A promoção de autonomia comumente é vista como sinônimo de trabalho assalariado, reduzindo o termo à independência financeira e ao consumo. A capacidade de tomar decisões conscientes não pode ser preterida ante os desejos da equipe de saúde mental e à sua compreensão de sucesso terapêutico. **A liberdade que se almeja é mais que escolher e adquirir produtos**. Trata-se inclusive da liberdade de ser quem se é, de questionar verdades tidas por estanques, de participar da sociedade independentemente da vinculação a um emprego ou do interesse pelo consumo. Por isso, as ações de reabilitação psicossocial encontram tanta afinidade nas artes, nas manifestações populares, na ocupação do espaço público e no questionamento explícito da estética padrão.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde mental, é preciso repensar em que medida há divisão de poder e responsabilidades entre categorias profissionais. Quando uma equipe é formada principalmente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, fica evidente uma priorização da perspectiva bio pela gestão. Da mesma forma, a ausência de assistentes sociais e terapeutas ocupacionais demonstra a menor importância dada pelos gestores e pela equipe às abordagens de cunho social e socializador. Ao exigir a presença médica nos serviços, quando não há outros profissionais, as unidades de saúde reproduzem num nível menos intenso e menos explícito a lógica invertida do manicômio, que contém a pessoa em crise quimicamente antes de qualquer abordagem menos invasiva.

Para que os serviços substitutivos aos manicômios não reproduzam em menor escala as práticas do hospício, é preciso que sejam capazes de se opor à lógica dual “problema-solução”

ou “doença-cura”. Também devem questionar protocolos e verdades importadas das grandes instituições normalizadoras. Regras em excesso podem tornar a intervenção paternalista, assim como zelo demais pode se converter em tutela, provocando o inverso da autonomia. Isso não significa que as pessoas não devam ser acompanhadas e cuidadas, nem que os serviços abertos sejam lugar de ninguém. Mas **a liberdade responsável e consequente deve dar a tônica da intervenção**. Aos trabalhadores da saúde mental é preciso oferecer capacitação. O ambiente de trabalho deve ser agradável e incentivar a criatividade e a autonomia. O trabalho em equipe deve ser mais do que compartilhar o espaço físico das unidades de saúde, e essas não devem encerrar suas atividades em si. A parceria com outros níveis de atenção à saúde e outras políticas públicas deve ser constantemente promovida, de forma que se verifique uma terapêutica ao mesmo tempo una e difusa, espelhada na vida humana.

8. À margem do mercado formal e com ele competindo

Diante da impossibilidade de inserção das pessoas com transtorno mental no mercado formal de trabalho e em programas de assistência social, **o trabalho informal – autônomo ou em grupo – é uma das poucas formas de esse público garantir renda para sobrevivência**. A complexificação dessa estratégia é vista em empreendimentos de economia solidária, formalizados ou não, que, ainda que permaneçam à margem do mercado, permitem a produção e a venda de bens e serviços com critérios próprios de divisão dos recursos – o que é definido pelos sócios, e não por outrem.

Uma contradição relevante que emerge da análise das tentativas de participação no mercado de trabalho é que, **enquanto a cultura utilitária dá função às pessoas e espera que elas sejam úteis por produzirem aquilo que todos consumirão, o capitalismo sobrevive da venda do supérfluo, do inútil e do fetiche da mercadoria**. Espera-se mais utilidade das pessoas do que dos objetos consumidos.

A fim de tornar a pessoa com transtorno mental uma igual no contexto do trabalho mercantilizado, autores defendem que se retire dos produtos ou serviços qualquer sinalização de origem que exponha uma condição de doente ou qualquer outra que leve os consumidores a serem sensibilizados por uma vitimização dos sujeitos produtores. Por outro lado, a equiparação a quaisquer empreendimentos quando da formalização e do financiamento pode reforçar desigualdades e injustiças. A impossibilidade, segundo a legislação brasileira, de estabelecimento de empreendimentos mistos, unindo pessoas acompanhadas e não

acompanhadas pela saúde mental, é outro entrave ao funcionamento das cooperativas, também dificultando a integração dos usuários com pessoas de fora do contexto do tratamento.

No âmbito do sistema de acumulação neoliberal, de enfraquecimento da participação política e redução de direitos sociais, **devem ser exaltadas as iniciativas que se opõem aos desmontes de conquistas civilizatórias e configuram resistência** ao sofrimento provocado pelas cruéis decisões da classe dominante – vinculada de forma promíscua com o Estado. No entanto, essas empreitadas não devem ter fim em si mesmas, nem considerar que o objetivo das pessoas na vida é sua adequação ao trabalho assalariado. É evidente que, do ponto de vista individual, imediato e pragmático, todos precisam de formas de se manter e, no contexto dominado pelo capital, isso só é possível com rendimentos suficientes para o consumo do que se necessita. Mas cabem à academia, à gestão pública e aos movimentos sociais o pensamento radical e a oferta de alternativas contra-hegemônicas que contemplem a negação drástica de lógicas moralizantes excludentes e imperativas.

Para isso, é necessário que os trabalhadores de saúde mental sejam capazes de se ver naqueles que são atendidos como componentes da mesma classe social, de trabalhadores. Os preconceitos e o afastamento entre equipe de saúde e usuários são herança do pensamento manicomial, mas são também, e principalmente, manifestações da moral capitalista do trabalho, que valoriza ideologicamente e monetariamente alguns grupos de trabalhadores. Quando os médicos são colocados na posição de deuses pelos próprios colegas, como promover empatia para com e reconhecimento do sujeito em sofrimento? O mesmo se questiona diante do empoderamento de algumas categorias profissionais que dispõem dos meios coercitivos autorizados pela instituição.

Enfim, não é preciso ir longe para construir um discurso crítico e uma prática revolucionária. Basta verificar as origens do movimento antimanicomial e identificar os elementos que não são passíveis de conciliação. Reconhece-se, assim, o potencial da reforma psiquiátrica na modificação estrutural das relações estabelecidas entre a loucura e a sociedade.

Referências

- ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho**. Ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6, 2013. 240 p.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *In*: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 168-185.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p.
- AZIENDA SOCIO SANITARIA N.º1 TRIESTINA. Dipartimento di Salute Mentale. **Ufficio per la Formazione e l'Inserimento Lavorativo**. Percorsi di inserimento Lavorativo. Trieste: ASS n.º 1 Triestina, 2005. 20 p. Disponível em <https://tinyurl.com/y4s8he9p>. Acesso em 28 maio 2019.
- BARON, Richard. Vocational Rehabilitation. *In*: HUGHES, Ruth; WEINSTEIN, Diane (Edit.). **Best practices in psychosocial rehabilitation**. Columbia: IAPSRs, 2000. p. 245-273.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In*: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-134.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.
- BIM, Miriam Cláudia Spada; MUROFUSE, Neide Tiemi. Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 118, p. 339-365, abr./jun. 2014.
- BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453 p.
- BRASIL. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, nº 247 A, p. 1, 20 dez. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/D8163.htm. Acesso em 02 mar. 2019.
- BRASIL. Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 jul. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/L12690.htm. Acesso em 02 mar. 2019.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 nov. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9867.htm. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 ago. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Retratos da história: cronologia. Disponível em: <https://tinyurl.com/y4wxv4jv>. Acesso em 02 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Personalidades: Wilson Simplicio (1924-2001) e Oswaldo Santos (1933-2000). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/simplicio.html>. Acesso em 11 fev. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 132, de 26 de janeiro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.169, de 07 de julho de 2005. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 jul. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html. Acesso em 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota técnica n.º 11**, de 04 de fevereiro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 24 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 134 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SAUDE_MENTAL_ECONOMIA_SOLIDARIA.pdf. Acesso em 20 maio 2019.

CAMPBELL, Robert J. **Dicionário de Psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 644 p.

CARVALHO, Edmilson. A totalidade como categoria central na dialética marxista. *Outubro*, n. 15, p. 177-193, jul./dez. 2007.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987. 200 p.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 611 p.

CASTRO, Ramon Peña. Trabalho abstrato e trabalho concreto. *In*: FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traabstracon.html>. Acesso em 04 out. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. I Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em 18 fev. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. 1994. 63 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em 18 fev. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. **Relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em 18 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em 18 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 98, seção 1, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 18 fev. 2019.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. *Loucura & Civilização*, p. 141-168. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em 20 maio 2019.

DEAN, Hartley. The ethics of welfare-to-work. *Policy and Politics*, Bristol, v. 35, n. 4, p. 573-590, 2007. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/3453>. Acesso em 02 mar. 2019.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, jun. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3.pdf>. Acesso em 10 maio 2018.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 7ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 160 p.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2016. 222 p.

DEJOURS, Cristophe. **Sexualidade e trabalho**. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012. 216 p.

DIAS, Maria das Graças L.V.. O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 399-405, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a18.pdf>. Acesso em 20 out. 2015.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 485 p.

ERANSUS, Begoña Pérez. **Políticas de activación y rentas mínimas**. Madrid: Fundación Foessas; Cáritas, 2005. 378 p.

FISHBAIN, David A.. Secondary gain concept: definition problems and its abuse in medical practice. *American Pain Society Journal*, Chicago, v. 3, n. 4, p. 264-273, Dec. 1994.

FORRESTER, Viviane. **Uma estranha ditadura**. Tradução de Vladimir Safatle. São Paulo: UNESP, 2001. 190 p.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Vol. 3. Paris: Gallimard, 1994. 512 p.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. 106 p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 551 p.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 512 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. 312 p.

GORZ, André. **As metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2003. 248 p.

GORZ, André. **Adeus ao proletariado**. Para além do socialismo. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982. 203 p.

GOULDNER, Alvin. **La crisis de la sociologia occidental**. Buenos Aires: Amorrortu, 1970. 467 p.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. 2ª ed. Tradução de Enio Paulo Giachini. São Paulo: Vozes, 2017. 128 p.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 25ª ed. São Paulo: Loyola, 1992. 352 p.

HIGGINS, Joan. **States of welfare**: a comparative analysis of social policy. New York: St. Martin's, 1981. 193 p.

HUGHES, Ruth; WEINSTEIN, Diane. Undersanting severe and persistent mental illnesses. *In: HUGHES, Ruth; WEINSTEIN, Diane (Edit.). Best practices in psychosocial rehabilitation.* Columbia: IAPRS, 2000. p. 1-33.

HUGHES, Ruth; WEINSTEIN, Diane. What is psychosocial rehabilitation? *In: HUGHES, Ruth; WEINSTEIN, Diane (Edit.). Best practices in psychosocial rehabilitation.* Columbia: IAPRS, 2000. p. 35-62.

IWASAKI, Kenji; TAKAHASHI, Masaya; NAKATA, Akinori. Health problems due to long working hours in Japan: working hours, workers' compensation (karoshi), and preventive measures. *Industrial Health, Japão*, v. 44, n. 4, p. 537-540, out. 2006.

JESSOP, Robert. **El futuro del Estado capitalista.** Madri: Catarata, 2008. 374 p.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, nov./dez. 2006.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil.* 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 69-74.

KONDER, Leandro. **O que é dialética.** Primeiros passos. 28ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 87 p.

LA BOÉTIE, Étienne de. **Discurso da servidão voluntária.** Tradução de Laynert Garcia dos Santos. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. 239 p.

LACAN, Jacques. **O seminário.** O sintoma: livro 23. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 256 p.

LAFARGUE, Paul. **O direito à preguiça.** E-books Brasil, 1999.

LESSA, Sérgio. Trabalho, sociabilidade e individuação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 231-246, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n2/02.pdf>. Acesso em 04 jul. 2015.

LIMA BARRETO, Afonso Henrique de. **Diário do hospício; o cemitério dos vivos.** Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000047.pdf> Acesso em 2 jul. 2019.

MACÊDO, Alano do Carmo; OLIVEIRA, Lucia Conde. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 32-40, jan./jun. 2015.

MAIA, Aline Borba; MEDEIROS, Cynthia Pereira de; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-61, jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46133>. Acesso em 20 out. 2012.

MARTIN, Russel D.. Secondary gain, everybody's rationalization. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Philadelphia, v. 16, n. 12, p. 800-801, Dec. 1974.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004. 175 p.

MARX, Karl. **O capital**. Livro I. O processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. 1493 p.

MERCADANTE, Otávio A. (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-242.

MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2017. 296 p.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1993. 269 p.

MOSER, Liliane. A nova geração de políticas sociais no contexto europeu: workfare e medidas de ativação. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 68-76, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179618775008>. Acesso em 23 jun. 2018.

OFFE, Claus. Trabalho como categoria sociológica fundamental? *In*: OFFE, Claus. **Trabalho e Sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “Sociedade do Trabalho”. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989, p. 23-41.

OLIVEIRA, Alice G. B.; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, Walter F.; DORNELES, Patrícia. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005. Cap. 1, p. 13-43.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Psychosocial rehabilitation**: a consensus statement. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <https://goo.gl/BUv2ds>. Acesso em 1º jul. 2018.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In*: GUATTARI, Félix *et al.* **Saúde Loucura n. 2**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 131-147.

PEREIRA, Potyara. Degradação do trabalho e políticas sociais “ativas” na ordem neoliberal: aproximações ao caso brasileiro. *Ser Social*, Brasília, v. 17, n. 37, p. 455-480, jul./dez. 2015.

PEREIRA, Potyara. Proteção social contemporânea: cui prodest? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013. Disponível em:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22671/1/ARTIGO_ProtecaoSocialContemporanea.pdf. Acesso em 18 jul. 2018.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. 215 p.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. 208 p.

PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. 300 p.

PESSOTTI, Isaiás. **Os nomes da loucura**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. 264 p.

PINEL, Philippe. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie**. Paris: Brosson, 1809. 456 p.

PINTO, Alessandra T. M.; FERREIRA, Arthur A. Leal. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://tinyurl.com/y2h6njzk>. Acesso em 11 maio 2019.

PITTA, Ana. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 27-36.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. *Loucura & Civilização*, p. 267-277. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-13.pdf>. Acesso em 20 maio 2019.

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – 2017. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. 172 p.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 89-99.

SANTIAGO, Eneida; YASUI, Silvio. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 700-711, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>. Acesso em 28 maio 2019.

SARACENO, Benedetto. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 19-26.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010. 152 p.

SÁVTCHEENKO, P.. **Que é trabalho?** Moscou: Progresso, 1987. 240 p.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Senac, 2005. 160 p.

SOAR FILHO, E. J.. A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, mar. 1998. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 out. 2012.

SZASZ, Thomas. **The Thomas S. Szasz M.D.** Cybercenter for Liberty and Responsibility. S. l. Disponível em: <http://www.szasz.com>. Acesso em 19 jul. 2018.

TONET, Ivo. Ética e capitalismo. *In: JIMENEZ, Susana et al. (Orgs). **Contra o pragmatismo e a favor da filosofia da práxis**: uma coletânea de estudos classistas.* Fortaleza: UECE/IMO, 2007. p. 47-62. Disponível em: http://ivotonet.xp3.biz/arquivos/ETICA_E_CAPITALISMO.pdf. Acesso em 20 nov. 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. *In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 19-34.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. Esquerda e direita na política: e na moral? *In: VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Entre a realidade e a utopia**: ensaios sobre política, moral e socialismo.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. p. 175-194.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. Objeto da ética. *In: VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. p. 5- 23.

WAITZKIN, Howard. Latent functions of the sick role in various institutional settings. *Social Science & Medicine*, England, v. 5, p. 45-75, 1971.

WHITAKER, Dulce. Cultura e doença mental. *In: D'INCAO M. A. (Org.). **Doença mental e sociedade**: uma discussão interdisciplinar.* Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 177-196.

WIEDMANN, Franz; GEORGE, Richard T.. Ética. *In: KERNIG, C. D.. **Marxismo y democracia**.* Enciclopedia de conceptos básicos. Filosofía 2. Madrid: Rioduero, 1975. p. 110-125.