

PONTIFÍCIA UNIVESIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

EVELYN SAYEG

Desafios da intersectorialidade entre Trabalho e Saúde Mental

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2017

EVELYN SAYEG

Desafios da intersetorialidade entre Trabalho e Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Odair Furtado para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social..

SÃO PAULO

2017

Nome: SAYEG, Evelyn.

Título: Desafios da intersectorialidade entre Trabalho e Saúde Mental.

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Odair Furtado para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Odair Furtado
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker
Universidade Federal de São Paulo

À Luta Antimanicomial que me forjou enquanto agente de transformação da realidade.

Aos trabalhadores/as da saúde pública, que se doam diuturnamente pela superação das
desigualdades.

Aos trabalhadores/as do Bar Saci, que me ensinaram como persistir nos sonhos.

Agradecimentos

Ao CNPq e à PUC-SP, por tornar possível essa dissertação de mestrado.

À banca, Elisa Zaneratto Rosa e Fernando Sfair Kinker, por seu olhar dedicado ao trabalho, tecendo considerações que definiram a qualidade da pesquisa.

Ao meu orientador, Odair Furtado, por me guiar nesse processo de forma paciente e compreensiva, com sabedoria me deu espaço para criar, atentando-se em cada detalhe do processo de trabalho.

Aos meus colegas e amigos do NUTAS, por me acompanhar com zelo e companheirismo nesses dois anos de aprendizado.

À Camilla Veras, Graça Lima, Mariana Miglioli e Stellamaris Colonato, por seguir em parceria nos anseios e desafios do trajeto dessa dissertação, e por sua amizade sincera.

À minha família, por ser paciente nesse processo e por confiar nas minhas escolhas de caminho e mesmo sem entende-las orgulhando-se de mim.

Ao Moacyr Miniussi Bertolino Neto, por seu companheirismo leal, por sua sincera parceria no amor, por sua paciência infinita e por dividir a vida comigo.

Resumo

SAYEG, Evelyn. *Desafios da intersetorialidade entre Trabalho e Saúde Mental*. São Paulo: PUC-SP, 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

Em busca de discutir a construção intersetorial das Políticas Públicas a partir de sua construção histórica e social, esta dissertação de mestrado se pautou em analisar os desafios e os arranjos possíveis na construção da articulação da Política de Saúde Mental e de Trabalho e Renda como projeto de conquista da participação dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social. Para isso, buscou-se analisar a experiência de um núcleo de trabalho pertencente à Rede de Atenção Psicossocial de um município, no caso o Núcleo de Trabalho e Arte de São Bernardo do Campo. As transformações acerca da relação Capital – Trabalho atuam na direção de um alargamento do fenômeno da desigualdade social. Ao mesmo tempo em que busca-se transformar a compreensão da sociedade acerca do fenômeno da loucura, entendendo que este é parte da condição humana e, portanto, não há como eliminar a loucura da sociedade. Contudo, coloca-se como possibilidade de ampliação dos espaços de participação no corpo social para os ditos loucos, ao passo que, imprimiu-se possibilidades de trabalho mais justas, dignas e solidárias a partir das diretrizes da Economia Solidária. Os desafios e propostas de cuidado compartilhado que a análise, encontrados na dissertação, apontam para processos de intersetorialidade e transversalização do cuidado. Rompendo com as resistências que se apresentam no processo de trabalho cotidiano dos serviços de saúde, encaixar e tornar parte do processo de construção do projeto terapêutico singular a pauta do trabalho contribui para a ampliação do olhar dos serviços, bem como, de sua prática de cuidado. Possibilitando direcionamentos que discorrem sobre a limitação do lugar de saúde na condução do encontro com a cidadania e a potência de expandir para novas áreas as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Palavras-chave: saúde mental, cuidado, economia solidária, políticas públicas, intersetorialidade.

Abstract

SAYEG, Evelyn. *Challenges of the intersectoriality between Work and Mental Health*. São Paulo: PUC-SP, 2017. 150 f. Dissertation (Master in Social Psychology) – Graduate Program in Social Psychology, Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2017.

In order to discuss the intersectorial construction of Public Policies based on its historical and social construction, this master's thesis was based on analyzing the challenges and possible arrangements in the construction of the Mental Health and Work and Income Policies articulation as a project of achievement of the participation of users of mental health services in the social body. For this, we sought to analyze the experience of a work center belonging to the Network of Psychosocial Care of a municipality, in this case the Center of Work and Art of São Bernardo do Campo. The transformations about the Capital – Labor relationship act in the direction of an extension of the phenomenon of social inequality. At the same time it seeks to transform the understanding of society about the phenomenon of madness, understanding that this is part of the human condition and therefore, there is no way to eliminate the madness of society. However, it poses as a possibility of expanding the spaces of participation in the social body to the “crazy people”, while, it was possible to find more just, dignified and solidary work possibilities, based on the guidelines of the Solidary Economy. The challenges and shared care proposals that the analysis, found in the dissertation, point to processes of intersectoriality and transversalization of care. Breaking with the resistances that present themselves in the daily work process of the health services, fit and become part of the process of construction of the singular therapeutic project, the work ruling contributes to the expansion of the service's view, as well as its care practice . Making possible directions that talk about the limitation of the place of health in the conduction of the encounter with the citizenship and the power to expand the guidelines of the Anti Asylum Psychiatric Reform to new areas of the society.

Keywords: mental health, care, solidarity economy, public policy, intersectoriality.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	10
Introdução.....	12
Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira	20
1. O lugar da vulnerabilidade social na sociedade capitalista.....	23
1.1. O fenômeno da loucura e a questão social	38
2. Método	41
2.1. Fundamentos Teóricos.....	41
2.2. Objetivo	44
2.3. Caracterização do Campo de Pesquisa	45
2.4. Procedimentos de Coleta de Dados e de Análise.....	51
3. Atenção integral à saúde: desafios cotidianos da execução de Políticas Públicas no Brasil.....	55
3.1. Conceitos de apoio à Política de Saúde.....	64
3.2. Saúde Pública <i>versus</i> Capital: a quem serve o Estado?.....	68
4. Geração de Trabalho e Renda no Brasil.....	76
4.1. Saúde Mental e Geração de Trabalho e Renda.....	86
4.2. Cooperativismo Social.....	89
5. Um caminho para a reprodução social: análise de uma experiência municipal de núcleo de trabalho.....	93
5.1. O Trabalho como direito na construção do cuidado compartilhado.....	97
5.2. Reprodução social: inclusão do indivíduo – exclusão do manicômio.....	107
5.3. Gerar trabalho e renda pela cooperação do Trabalho com a Saúde.....	115
5.4. Desafios de geração de renda no trabalho	124
Considerações Finais	133
Referências Bibliográficas.....	139
Anexos.....	147

Anexo 1. Carta de Bauru	147
Anexo 2: História de Dona N.....	148

Lista de Abreviaturas e Siglas

APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS ij - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CID – Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde

CTR – Central de Trabalho e Renda

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

EES – Empreendimento Econômico Solidário

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

NUPE – Núcleo de Trabalho e Arte

NUTRARTE – Núcleo de Trabalho e Arte

OS – Organização Social

OSS – Organização Social de Saúde

PEA – População Economicamente Ativa

PEC – Proposta de Emenda na Constituição

PIA – População em Idade Ativa

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Projeto de Lei

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SBC – São Bernardo do Campo

SDETT – Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo

SDTE – Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

UBS – Unidade Básica de Saúde

UE – União Europeia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Introdução

O problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam, o processo de singularização e ressingularização.

(ROTELLI, 1988)

O encontro entre a Luta Antimanicomial e a Economia Solidária provoca encantamento e renova as esperanças na luta diária pela transformação da realidade, superação das desigualdades e construção de uma sociedade mais digna, justa, igualitária e solidária. A motivação para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado surge deste encontro inspirador. Na construção diária, nos desafios cotidianos meio a poucos recursos objetivos e muitos recursos subjetivos se construiu uma pequena experiência entre o trabalho coletivo de projetos de geração de trabalho e renda e de lutas por melhores condições de vida, por Políticas Públicas de qualidade que deu origem à vivência profissional da pesquisadora.

Foi a partir dessa vivência que surgem inquietações que saltam aos olhos. A certeza de que é preciso enfrentar o sistema capitalista construindo novos saberes e práticas alternativas para a reprodução material foram inspirações para a consolidação dessa pesquisa. O entendimento do trabalho enquanto atividade de transformação da natureza e de si mesmo foi ponto de partida para o enraizamento científico desta dissertação. O amadurecimento, enquanto produção de conhecimento, desta pesquisa se dá até a última palavra do texto, porém, teve seu sobressalto na consolidação do problema de pesquisa: quais são os arranjos possíveis e seus desafios na articulação das Políticas de Saúde Mental e Política de Trabalho e Renda como projeto de reinscrição dos usuários dos serviços da RAPS no corpo social.

A prática de produção e comercialização de produtos a partir da lógica autogestionária de relações de trabalho por si já se configura como desafiadora nesta sociedade, à proposta de atuar como parte do corpo social por meio do trabalho para usuários de serviços de saúde mental se torna um desafio ainda maior. Os projetos de geração de trabalho e renda construídos nos serviços de saúde mental são ancorados nas diretrizes da Economia Solidária e da Saúde Pública, no entanto, precisam de sustentação enquanto Política Pública para se consolidarem como uma prática viável de

reprodução social e de rentabilidade financeira. Neste sentido, surge a possibilidade desta pesquisa se aproximar dessa construção, produzindo a partir da compreensão do cotidiano de um núcleo de trabalho entender quais arranjos foram estabelecidos para, junto ao usuário dos serviços de saúde mental, avançar na conquista de sua participação no corpo social.

O método utilizado pela presente dissertação de mestrado seguiu o caminho da Psicologia Sócio Histórica, a qual tem em sua visão de mundo a compreensão do contexto histórico e cultural em que a sociedade é construída, entendendo o ser humano como produto e produtor dessa construção histórica e social. Neste sentido, a Psicologia Sócio Histórica busca apreender os processos sociais e humanos por meio do recurso da historicidade. Essa leitura da Psicologia Social está ancorada no método materialista histórico dialético para conceber a discussão entre objetividade – subjetividade colocada pelo objeto de estudo. Assumindo a centralidade do trabalho na vida humana, buscou-se a emersão das mediações do debate provocado pela relação entre Trabalho e Saúde. Dessa forma, fez-se necessária a articulação da dimensão macro (universal) com da dimensão micro (singular), para encontrar as mediações (particularidades) que permeiam a totalidade da sociedade e a forma como ela aborda o fenômeno da loucura e da vulnerabilidade social. De modo que, a experiência analisada, pela presente dissertação, do Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte), do município de São Bernardo do Campo, ancorasse o objetivo de entender os arranjos possíveis entre a Política de Saúde Mental e a Política de Trabalho e Renda.

O trajeto teórico percorrido resultou na seguinte apresentação: 1. O lugar da vulnerabilidade social na sociedade capitalista; 1.1. O fenômeno da loucura e a questão social; 2. Método; 3. Atenção Integral à Saúde: desafios cotidianos na execução de Políticas Públicas no Brasil; 3.1. Conceitos de apoio à Política de Saúde; 3.1. Saúde Pública *versus* Capital: a quem serve o Estado?; 4. Geração de Trabalho e Renda no Brasil; 4.1. Saúde Mental e Geração de Trabalho e Renda; 4.2. Cooperativismo Social. O debate teórico apresentado sustenta as análises e considerações pontuadas pela pesquisa e, a partir desta introdução, apresenta-se, brevemente, as discussões produzidas nos capítulos teóricos.

O lugar ocupado pela vulnerabilidade social nesta sociedade capitalista se

apresenta enquanto um debate importante para a produção de conhecimento da Psicologia Social compromissada com a realidade brasileira. Aponta-se nessa discussão uma preocupação com a desigualdade social, a qual se constrói e se acirra conforme avança o desenvolvimento das estratégias de reprodução material da sociedade capitalista. Os significados e sentidos da questão social, conforme apontado por Castel (2010), na construção e desenvolvimento econômico deste modo de produção foram explorados. Deste raciocínio cabe ressaltar que a questão social se apresenta como a sustentação de uma problemática colocada pelo sistema capitalista de produção na busca pela coesão social, as tentativas de restauração das fraturas sociais, impostas pelo sistema, produzem para a sociedade uma questão social.

As transformações da relação entre Capital – Trabalho no engodo das modificações do processo produtivo contribuiu, historicamente, para a configuração do fenômeno da desigualdade social. A problemática, apontada por Marx (1867/2013), acerca da concentração e centralização de capital demonstra que as diferenças entre capitais individuais são largas, expondo a correlação de acúmulo de capital desigual de cada indivíduo. Guimarães, Barone e Brito (2015) discutem as transformações do mercado de trabalho formal e apontam os caminhos da flexibilização e precarização das condições de trabalho. Os autores, da mesma forma que Alencar (2007), discutem as exigências do mercado de trabalho formal ao trabalhador e apontam a exclusão social produzida pelo mercado de trabalho.

Castel (1997) na discussão acerca do processo de exclusão social categoriza as dimensões desse fenômeno, apontando os prejuízos relacionais para a subjetividade humana. Vale destacar a zona de desfiliação social, que o autor caracteriza como o isolamento relacional e ausência de qualquer trabalho, produzindo um sujeito vinculado com a sociedade, apenas, pela exclusão, pela precariedade. Ao passo que, Gentili (2011) argumenta sobre as desvantagens ofertas de trabalho, de educação, cultura, entre outras, que algumas populações lidam são relacionadas às desigualdades de poder e econômicas.

Neste sentido, a contribuição de Sawaia (2001) com o conceito de sofrimento ético-político aponta para o impacto que a desigualdade social e as condições precárias de vida e de trabalho têm na subjetividade humana. Furtado e Svartman (2009) pontuam

que a subjetividade é construída histórica e socialmente, de modo que as disputas de interesses sociais, o modelo de organização social e a construção das verdades, conceitos e determinações operam de forma essencial nos referenciais de cada população.

Para alinhar a vulnerabilidade social com o fenômeno da loucura recupera-se as reflexões de Basaglia (1979). Assimilar a loucura como condição humana é imprescindível para que se possa transcender o modo de operar da sociedade e também de compreender a Saúde. Despir-se da relação razão – desrazão é o primeiro desafio exposto para a sociedade, deste modo, assume-se que não é possível eliminar ou curar a loucura.

Transcender a perspectiva manicomial, como Basaglia (1979) posiciona, significa enfrentar as produções de desigualdades e avançar na emancipação de todos. A miséria humana é erguida a partir das condições objetivas de vida, a população que sofre com a garantia de direitos básicos também sofrerá subjetivamente. De modo que a sociedade que a exclui por sua precariedade, também buscará eliminar seu sofrimento. Ocasionalmente aquilo que se conhece como exclusão social.

No entanto, Rotelli (2008) afirma que as pessoas em sofrimento psíquico são tratadas sob a lógica manicomial de cuidado, o que proporciona a consolidação do sujeito em um corpo inerte, separado da sociedade. Esse corpo inerte não participa do corpo social enquanto um sujeito, um indivíduo, devendo seu acesso à sociedade ao manicômio. Em outras palavras, a pessoa tida como louca perde sua capacidade de participação no corpo social quando é marcada pelo diagnóstico científico da loucura e, portanto, tem como único meio de participação do corpo social, sua condição de interno do manicômio, determinando o manicômio como mediação, exclusiva, de seu contato com a sociedade.

Sobre esta perspectiva, na continuidade do percurso teórico explana-se sobre a Política de atenção integral à saúde no Brasil e seus desafios cotidianos enquanto Política Pública. Trazendo à luz a Reforma Sanitária Brasileira enquanto fomentadora do SUS, cabendo ressaltar que seus princípios foram acordados na Carta Magna em 1988, responsabilizando os três entes do federativo pela implantação e manutenção

deste programa de saúde pública. (CAMPOS, 2007) Esta Política Pública de Saúde tem como objetivo promover, prevenir e recuperar a saúde da população brasileira, bem como, os governos federal, estaduais e municipais tem como dever financiar e administrar o sistema para garantir o cumprimento do objetivo em toda extensão territorial do país. (BRASIL, 1990)

Os autores Campos (2007) e Cecilio (2001) relembram que o cuidado em saúde também se estende para a diminuição das desigualdades sociais, acrescentando que a implantação de Políticas Públicas que trabalhem em prol de dirimir as injustiças sociais, bem como, melhorar as condições de vida da população compuseram as reivindicações dos movimentos que sustentaram a Reforma Sanitária. No início da década de 1970, além desses movimentos havia uma crescente onda de reivindicações referentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os movimentos da Luta Antimanicomial somaram forças ao passo que cresceram as denúncias de violações de Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos. (ROSA, 2016)

A aprovação das legislações de sustentação jurídica da Reforma Psiquiátrica, a rede de hospitais psiquiátricos foi perdendo fôlego e a proposta de serviços comunitários de saúde mental foi ganhando peso e extensão no país. Ao passo que, a progressão do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu de 2001 a 2016, consideravelmente, no estado de São Paulo, por exemplo, até 2008 tinha 6.349 moradores de hospitais psiquiátricos, em 2014 esse número reduziu para 4.439. No entanto, apesar da diferença de 1.910 pessoas que não moram mais nos hospitais, apenas 739 pessoas se mudaram para algum SRT e a maior parte, 1.170 pessoas, vieram a óbito. Sendo que, 702 pessoas foram internadas entre 2008 e 2014. (SÃO PAULO, 2015)

Tabela 1: Levantamento da situação dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo entre os Censos Psicossociais de 2008 e 2014.

Total Censo 2008		Total de saídas para SRT até 2014		Total de óbitos até 2014		Sem informação		Total Censo 2014	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6.349	100	739	11,6	1.170	18,4	1	0,5	4.439	69,9

Fonte: Censo Psicossocial 2014 dos Moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Os dados indicam que há uma disputa de modelo de cuidado que ainda se coloca como significativa. Os óbitos apontados evidenciam a falência do modelo manicomial e a necessidade de enfrentar com mais afinco a implantação total da Reforma Psiquiátrica. A morte de 1.170 pessoas que estavam sobre a custódia do Estado é um dado gravíssimo que representa a negligência dos hospitais no cuidado com essas pessoas, bem como, o dado de falta de informação a respeito do paradeiro de um morador. Outro dado expressivo apresentado pelo Censo Psicossocial de 2014, inclusive para um período posterior às legislações, é o total de novos moradores, que entraram nos hospitais psiquiátricos período de 2008 a 2014, 702 pessoas.

Ao longo do capítulo de atenção integral à saúde será possível compreender os caminhos da implantação dos CAPS e a abrangência da RAPS. O SUS tem como doutrinas fundantes os princípios: universalidade, equidade e integralidade. Neste sentido, considerou-se importante conceituar esses princípios e outros conceitos que apoiam a construção da Política de Saúde.

Ainda na explanação sobre Saúde Pública, fundamenta-se brevemente a relação que essa Política Pública estabelece com o Estado. Nessa leitura crítica acerca do papel do Estado apresenta-se o debate sobre sua disputa, que envolve a construção de Políticas de amparo e sustento da cidadania e o domínio do capital sobre sua estrutura. Mészáros (2015) traz subsídios fundamentais para essa discussão quando aponta a relação inextricável entre Estado e Capital, contribuindo para a compreensão de que o papel do Estado na sociedade capitalista é o de aplicar os corretivos necessários para a garantia do modo de reprodução material. A discussão tende a se enveredar como contribuição para pensar a gestão de Políticas de reprodução social como parte da disputa social vivenciada pelo Estado, mas também como parte da construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Retomando as diretrizes atribuídas ao SUS pela Constituição Brasileira enquanto base de sustentação para a construção de diretrizes progressistas, e de caráter equitativo, como contribuição para a Política de Trabalho e Renda do país.

É neste trajeto que o último capítulo teórico se apresenta. Traçando um breve panorama histórico da construção do trabalho no Brasil, bem como, da Política de Trabalho e Renda e propondo como ação protagonista os projetos de trabalho contra hegemônicos embasados nas diretrizes da Economia Solidária, cooperativismo,

autogestão e solidariedade. A reflexão que a presente dissertação de mestrado se propõe a fazer encontra-se também na discussão das relações de trabalho constituídas no modo de produção da sociedade e as formas alternativas para o desenvolvimento de ações que apontam para a superação da desigualdade social. No recorte apontado da reinscrição dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social esse debate pretende apreender o contexto no qual as pessoas em sofrimento psíquico se encontram na temática do trabalho e suas desvantagens sociais na busca pela recolocação no mercado de trabalho. A proposta apresentada pela Luta Antimanicomial se encontra com projetos que visam construir as relações de trabalho por meios mais democráticos, de modo a superar a violência e a alienação colocada pela exploração da força de trabalho do mercado formal brasileiro.

Encontrar intersecções entre a geração de trabalho e renda e o cuidado em saúde mental percorre não só o trajeto das possibilidades de emprego e trabalho no mercado formal, mas também coloca em foco formas alternativas à reprodução material capitalista. Essas novas possibilidades de produção se pautam a partir da compreensão de que somos gestores do nosso corpo, da nossa casa, das nossas ações e por consequência da nossa força de trabalho. A raiz da socioeconomia, ou seja, o seu caráter radical que combina com o projeto da luta antimanicomial é a compreensão de que a economia não é o fim, mas sim que ela está a serviço da sociedade, ela acontece e recebe investimentos sociais para movimentar e alimentar as necessidades da população, de forma a questionar o projeto de acumulação de riquezas e de desigualdade social. A socioeconomia surge da valorização da diversidade e da complementaridade dentre os seres humanos, os princípios do cooperativismo e da solidariedade nas relações sociais. (QUINTELA, ARRUDA, 2000)

Amarante e Belloni (2014) afirmam o papel que a Economia Solidária vem cumprindo na ampliação da compreensão de cidadania para as pessoas em sofrimento psíquico. Produzindo novas práticas de cuidado e rompendo com o imaginário social da loucura, a geração de trabalho e renda promove oportunidades de recolocação dos sujeitos no corpo social. Os autores ainda apontam desafios para a consolidação dessas práticas:

As principais experiências no campo do trabalho na saúde mental estão associadas à dimensão do trabalho coletivo e cooperado, mas ainda com

muita tensão nos limites das oficinas terapêuticas. Há nesse campo muitos desafios e o principal deles é afirmar os projetos e oficinas como empreendimentos econômicos solidários e cooperativas sociais devidamente registradas. (...) A inclusão social pelo trabalho é capaz de promover a ampliação da contratualidade da pessoa em sofrimento mental e apesar da ampliação de projetos de geração de renda e economia solidária em todo Brasil, ainda não constituiu um marco legal e um conjunto de ações em políticas públicas de apoio e fomento às cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários (...) (AMARANTE; BELLONI, 2014, pp.19-20)

É neste espectro que este trabalho chega ao campo de pesquisa, pensando no panorama geral que está presente na dinâmica cotidiana do trabalho de reinscrição dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social. Buscou-se, em seu subsídio teórico, discutir o contexto brasileiro de sociedade, a partir da compreensão sócio-histórica de mundo considerando seu modo de reprodução material, a forma como a sociedade se relaciona com a desigualdade social e a construção meio a um projeto de saúde pública que constitui novas formas de promover e compreender a Saúde de seus cidadãos e que busca implementar uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, partindo do cuidado em liberdade.

As teses encontradas nesta dissertação se encontram com a discussão que Rosa (2016, pp. 39, 40) faz sobre a radicalidade da Reforma Psiquiátrica extrapolar não só os muros dos manicômios, mas também extrapola a territorialidade da saúde, o projeto de reprodução social das pessoas em sofrimento psíquico precisa, necessariamente, construir novas articulações com outros campos da sociedade.

(...) na medida em que se supera a categoria da doença mental como referência para a compreensão da questão da loucura em nossa sociedade, as respostas e intervenções a serem produzidas diante das necessidades dessas pessoas deslocam-se para além do campo da saúde. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica, em sua radicalidade, aponta para um projeto que não se refere essencialmente às políticas de saúde e que nelas encontram como produção mais potente a destruição de velhos modelos assistenciais, com vistas à articulação e construção de novos itinerários das pessoas em seus territórios. Portanto, a produção da assistência focada exclusivamente nas práticas, dispositivos e serviços da saúde tem como implicação o fortalecimento da objetivação do sujeito na doença. Os dispositivos da saúde devem servir

como apoiadores ao sujeito na produção de projetos de vida que se remetem ao território.

Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Na história brasileira a Reforma Psiquiátrica teve seu início na década de 1980 junto ao processo de redemocratização do país, a motivação nas esferas política, jurídica e social deu-se a partir das denúncias de violências e violações de direitos humanos que os internos sofriam nos hospitais psiquiátricos, como explica Kinker (2011). A revolta com as opressões vivenciadas nos manicômios ganhou corpo e ao longo do tempo sustentou as transformações das práticas de cuidado em saúde mental no Brasil. Foi pela organização popular que usuários, familiares e trabalhadores sustentaram a implementação de outras formas de cuidado e outros serviços de saúde mental, buscando “uma sociedade sem manicômios”¹.

Na memória que Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) trazem ao discutirem as terminologias que antecederam o conceito de *Atenção Psicossocial*, os autores pontuam os alicerces que fundamentam a ação da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Um deles é o campo *teórico-assistencial* que vem se consolidando nesses últimos 30 anos na produção de ciência que corrobore para a desconstrução de compreensões acerca do fenômeno da loucura que estigmatizem e que enfatizem a doença. Produzindo, em contrapartida, uma ciência que entenda a loucura como sofrimento psíquico e que, assim, se construam compreensões humanizadas de cuidado para tratar o paradigma existência – sofrimento da humanidade.

Ainda recuperando as teses dos autores, há o campo *técnico-assistencial* que visa construir novos serviços e metodologias de cuidado enfatizando a promoção de saúde, apostando no protagonismo dos Centros de Atenção Psicossociais no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, operando na lógica da reinscrição dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social, rompendo com a lógica de exclusão social. Dentro desses alicerces ainda vale ressaltar a atuação no campo *jurídico-político*, que

¹ Lema “Por uma sociedade sem manicômios” construído na Carta de Bauru no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em 1987, a carta segue no anexo 1.

busca transformar a legislação e as pactuações do Estado, a fim de garantir que as internações em hospitais psiquiátricos sejam extintas, bem como, operam para ampliação da noção de cidadania e na conquista de direitos. Entendendo que essas dimensões se mesclam e atuam conjuntamente, ainda há o campo *sociocultural*, que visa transformar a compreensão da sociedade sobre a loucura, superando os entendimentos conservadores que equiparam o fenômeno da loucura à anormalidade, periculosidade e desrazão.

Rotelli (1988, p.02) discute a instituição manicomial e aquilo que ela produz no sujeito, buscando um olhar humanizado e a construção de diferentes formas de compreender o fenômeno da loucura, o autor implica neste debate o paradigma existência – sofrimento, buscando compreender o contexto da loucura, trazendo “verdade” para a realidade por ela apresentada.

Diferente de "negar a existência da doença mental". A doença foi por um período colocada entre parênteses para favorecer a manifestação da real existência da pessoa aos olhos de um psiquiatra finalmente participante. É verdade que sempre pensamos que esta não seja uma realidade ontológica, mas uma realidade inventada, no entanto sempre uma dura e viva realidade.

Segundo Rosa e Campos (2013) o movimento da luta antimanicomial brasileiro foi influenciado pela lógica de pensar italiana ou basagliana, que coloca a doença entre parênteses para evidenciar o sujeito e suas condições de vida ao invés de sua condição de sofrimento pautada em uma doença. Essa compreensão implica em reconhecer o fenômeno da loucura enquanto uma relação existência – sofrimento em “articulação com as condições de reprodução social e enfatizando o processo de intervenção/produção da saúde.” (p. 312).

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de suspender o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico, e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento. (Amarante, 1997, p. 180)

Rotelli e Amarante (1992, pp. 51-52) quando argumentam que “(...) o termo

‘doença mental’ dá lugar a ‘*existência – sofrimento do sujeito em relação com o corpo social*’, proporcionando ao conceito permanentes condições para a sua própria transcendência.”, discutem que a transformação de conceitos no panorama da Reforma Psiquiátrica tem por objetivo superar não só a forma como o fenômeno da loucura é visto, mas também a forma como ele compreendido, considerando seus aspectos históricos e subjetivos, transformando também a maneira com que se cuida da loucura, entendendo que os processos da vida são parte do paradigma existência – sofrimento e que perseguir a cura não dá conta de abranger os processos complexos com produzir vida na dimensão cotidiana dos modos de ser das pessoas.

A luta social por uma sociedade sem manicômios tem em vista, na compreensão de Lobosque (2003), um reconhecimento ético político da pluralidade e das diferenças. Ético no sentido de um coletivo político que tenha sua voz legitimada e que seja capaz de abrigar a pluralidade de falas e lugares dos diferentes sujeitos com respeito, fortalecendo todos igualmente, utilizando os valores democráticos, solidários e justos como parâmetros para a construção das relações sociais.

Evidentemente, essas dimensões compõem a superação da exclusão e opressão social e são parte de um processo histórico que está em transformação no que se refere ao fenômeno da loucura, mas que é inextricável de outras relações estabelecidas socialmente e que também precisam ser superadas para que a reforma psiquiátrica seja implementada com sucesso. O lema “por uma sociedade sem manicômios” traz em si não só a menção ao manicômio físico, mas também às lógicas manicomiais de exclusão e opressão de tudo aquilo que antagoniza com as ideologias hegemônicas, pautadas pela sociedade que têm seus valores calcados no desenvolvimento econômico capitalista. Neste sentido, vale evidenciar que a sociedade sem manicômios, perseguida pela Luta Antimanicomial, também é uma sociedade mais justa, igualitária e solidária, que é o objetivo perseguido por tantos outros movimentos populares de trabalhadores. Sendo este o ponto de intersecção que esta dissertação de mestrado pretende contribuir e refletir, para avançar na produção de conhecimento firmando compromisso com a realidade social apresentada.

1. O lugar da vulnerabilidade social na sociedade capitalista

Tudo que era sólido e estável se desmancha no ar; tudo o que era sagrado é profanado e os homens são obrigados finalmente a encarar sem ilusões a sua posição social e as suas relações com os outros homens.

(MARX; ENGELS, 1848/2007)

A discussão sobre *vulnerabilidade social* se concebe por trajetões diversos, nessa dissertação estará sempre marcada pela tese da centralidade do trabalho na vida humana e, portanto, o empenho deste capítulo segue a linha da relação vulnerabilidade social – trabalho. O conceito de trabalho como a atividade humana de modificação da natureza, que transforma a si mesmo e ao mundo, foi construído por Marx (1867/2013) e será utilizado enquanto mote de discussão sobre economia solidária, para tanto, se faz essencial traçar um capítulo que debata a relação entre vulnerabilidade social e trabalho no tecer da complexidade de relações apresentadas nesta dissertação.

Alguns autores irão trabalhar em suas produções a discussão sobre questões sociais que são lançadas meio à sociedade e às discussões acadêmicas. Castel (2010) conceitua o fenômeno da *questão social*:

A “questão social” é uma aporia fundamental sobre a qual a sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura. Ela é um desafio que interroga, põe em questão a capacidade de uma sociedade (o que em termos políticos se chama uma nação) existir como conjunto ligado por relações de interdependência. (CASTEL, 2010, p.30)

O conceito de *questão social* para Castel (2010) é quase como um trocadilho, em seus textos o autor utiliza-se do peso de pensar o “lado social” do capitalismo como problematização da exclusão que o modo de produção gera, a isso ele denomina *questão social*. Nessa linha o autor discute o surgimento de um *social* na história da humanidade.

Em síntese Castel (2010) traz o primeiro momento histórico em que se nomeou a pobreza enquanto um problema social, em 1830. A população europeia enquanto agente indutor da Revolução Industrial ao mesmo tempo era vítima dela. O salto do modo de produção capitalista havia sido tão efetivo que nesse momento encontrou-se uma lacuna entre a manutenção da organização política e o sistema econômico, a questão social.

O autor caminha sua argumentação sobre o risco da fratura social e o

tensionamento inicial da época, trazendo as descobertas de novas formas de sobrevivência que não passam pelo formato mercantil.

[...] a questão social torna-se a questão do lugar que as franjas mais dessocializadas dos trabalhadores podem ocupar na sociedade industrial. [...] A interdependência cuidadosamente encaixada dos estatutos numa sociedade ordenada é ameaçada pela pressão que exercem todos os que nela não encontram seu lugar a partir da organização tradicional do trabalho. (CASTEL, 2010, p. 31)

Na experiência latino-americana Wanderley (2013) revela em seu texto o quanto a Revolução Industrial, o Iluminismo e a apropriação de ideais democráticos pelo capitalismo foram contribuindo para a acentuação da desigualdade das relações sociais. No trecho citado, Castel (2010) traz a ideia de que a *questão social* surge meio às tentativas de remendar as rachaduras que ela mesma produziu ao pactuar seu intenso compromisso com o desenvolvimento capitalista.

No caso latino-americano, é possível verificar essa produção mais claramente, pois a colonização deixou heranças marcantes na construção da sociedade nesses países. Pela ótica de Wanderley (2013) a coesão social foi estabelecida pelos colonizadores através do pacto colonial e assim foi mantida pela produção e reprodução social. Nesse sentido, firmam-se outras formas de manter a assimetria das relações e a dominância através da economia, religião, cultura, política, enfim, por essas múltiplas relações a continuidade do pacto colonial se dá por aquilo que o autor apelida de “pacto da dominância burguesa”.

Essa dominância se exerce a partir do acesso às necessidades humanas, meio às transformações do processo produtivo e da relação Capital – Trabalho o desenvolvimento capitalista levou à concentração de poder e capital, alargando a desigualdade social. Por essa perspectiva o autor vai tratar os impactos da vida social e os imperativos do processo de exclusão, que vão se caracterizar tanto pela exclusão do processo produtivo quanto pela exclusão racial, religiosa, de gênero, cultural, de classe.

Marx (1867/2013) elabora uma tese sobre a Lei Geral da Acumulação Primitiva do Capital no contexto dos anos de 1846 a 1866 na Inglaterra. O ciclo que o autor desenvolve a partir da realidade daquele período histórico revela que no modo de produção industrial o ritmo da produção acelera e o custo diminui, transformando a

composição orgânica do capital e aumentando consideravelmente o acúmulo do mesmo. No qual os efeitos são a centralização de capital e o aumento da riqueza social, este último conectado diretamente ao primeiro, ocasionando o alargamento da desigualdade social.

Na mesma direção Marx (1867/2013) busca explicar o movimento que ocorre para ocasionar a centralização de capital, a partir dos conceitos de *capital individual* e *capital social*. O volume de capital de uma sociedade que utiliza o modelo de produção capitalista tem em suas relações volumes de *concentração de capital* diferentes para cada cidadão, que variam a partir do seu *status social*, então o proprietário dos meios de produção tem maior quantidade de capital acumulado que o sujeito que trabalha na escala de produção. Nessa linha de análise compreende-se que há um *capital social*, total do volume de capital de uma sociedade, e há o *capital individual*, total do volume acumulado de um cidadão, no entanto há uma exorbitante diferença entre os capitais individuais, gerando a desigualdade social.

Mas mesmo que a expansão relativa e a energia do movimento centralizador sejam determinadas até certo ponto pelo volume já alcançado pela riqueza capitalista e pela superioridade do mecanismo econômico, de modo nenhum o progresso da centralização depende do crescimento positivo do volume de capital social. E é especialmente isso que distingue a centralização da concentração, que não é mais do que outra expressão para reprodução em escala ampliada. A centralização é possível por meio da mera alteração a distribuição de capitais já existentes, da simples modificação do agrupamento quantitativo dos componentes do capital social. Se aqui o capital pode crescer nas mãos de um homem até formar massas grandiosas é porque acolá ele é retirado das mãos de muitos outros homens. Num dado ramo de negócios, a centralização teria alcançado seu limite último quando todos os capitais aí aplicados fossem fundidos num único capital individual. Numa dada sociedade, esse limite seria alcançado no instante em que o capital social total estivesse reunido nas mãos, seja de um único capitalista, seja de uma única sociedade capitalista. (MARX, 1867/2013, pp.702-703)

Isto é, na medida em que o acúmulo de capital se mantém centralizado enquanto *capital individual*² na composição do *capital social*³ ele está concentrado em algumas

² Capital Individual: acumulação de capital de uma só família e/ou pessoa.

camadas da sociedade e, faltando em outras.

Guimarães, Barone e Brito (2015) discutem sobre o mercado e a mercantilização do trabalho no Brasil. Em seu estudo, os autores vão compreender o processo de mercantilização do trabalho a partir da inclinação das pessoas em buscar um meio de sobrevivência a partir da entrada no mercado de trabalho. No entanto, a ideia é entender a partir desse fenômeno o movimento do mercado em relação à oferta potencial de trabalho e a oferta efetiva de trabalho. Este último entendimento parte da empregabilidade de duas populações respectivamente, população em idade ativa (PIA)⁴ e população economicamente ativa (PEA)⁵.

Os autores analisam o fenômeno da venda e compra da força de trabalho atravessados pelos seguintes aspectos: características individuais (idade, escolaridade, sexo e etnia); características domiciliares (quantidade de dependentes e do valor salarial); contexto de moradia (urbano ou rural e região). Tais características representam a divisão social do trabalho e a sistematização que o próprio mercado de trabalho faz em relação às chances de engajamento para o trabalho.

Ainda avaliando este fenômeno duas importantes transformações foram encontradas na análise histórica do mercado de trabalho, dos cinquenta anos que compreendem as décadas de 1960 e 2010, o crescimento do mercado informal, como espaço de trabalho sem barreiras, e as noções de flexibilidade e precariedade na abertura de novas frentes de trabalho no mercado, assim como, pela modernização do formato de empresa marcada pelo século XXI.

A flexibilização e a precariedade marcam a transformação do mercado de trabalho brasileiro e apontam para a ascensão do regime de mercantilização. Guimarães, Barone e Brito (2015) discutem que a mudança nos critérios de definição de participação no mercado de trabalho se desenvolveu paralelamente ao aumento das chances de engajamento, sendo que, esta última se reflete, principalmente, no

³ Capital Social: Acumulação de capital em uma sociedade, sendo esta um município, estado ou país.

⁴ A População em Idade Ativa (PIA) é uma classificação etária que se compõe pelos indivíduos socialmente considerados aptos para exercer uma atividade econômica, somando a PEA e a PNEA (população não economicamente ativa).

⁵ A População Economicamente Ativa (PEA) é formada pelas pessoas que já têm um espaço no mercado de trabalho, estando empregadas ou desempregadas.

investimento do país nas Políticas Sociais. Neste sentido, a Seguridade Social constituída pela Constituição Federal de 1988 proporcionaram o aproveitamento de outras formas de garantia da sobrevivência que não é somente o espaço fornecido pelo mercado de trabalho capitalista, permitindo que os cidadãos brasileiros encontrem novas formas de trabalho que não neste ciclo mercantil.

Para discutir a situação brasileira acerca do emprego/desemprego é necessário considerar o conjunto sócio-histórico da crise do capitalismo. No final do século XIX o capital buscou expandir-se, fenômeno o qual muitos autores da economia política e sociologia chamam de globalização. Para Hardt e Negri (2001) a globalização é um fenômeno que desconsidera os limites territoriais no avanço da hegemonia neoliberal capitalista, rompendo as fronteiras os Estados dominantes na busca pela expansão para ampliar o acúmulo de capital e lidar com o problema da sobreacumulação, de forma que os países dependentes são obrigados a afrouxar os critérios para o mercado internacional em nome de um desenvolvimento econômico interno mais produtivo.

Em outras palavras, somava-se um conjunto de sintomas que levam a autora Mônica Alencar (2007), entre outros autores, compreender esse fenômeno como crise estrutural do capitalismo, apoiado em contradições e no acirramento da luta de classes. Na busca pela valorização do capital, grandes empresas enfrentaram as fronteiras de seus países para controlar seus processos de sobreacumulação e escoar o capital gerado por elas – mas que não é lucrativo – na busca do aumento da taxa de lucro.

Neste aspecto Alencar (2007, p.214) coloca que “(...) diante das contradições da crise do capital foi articulado um conjunto de respostas numa tentativa de redimensionamento das bases de valorização do capital. Tal movimento implicou o profundo reordenamento econômico, político e social da sociedade contemporânea.” Isso, com bases na reestruturação da esfera produtiva, por meio da modernização organizacional e de gestão do trabalho e com a tecnologização das empresas. Essas transformações só foram possíveis através da aliança com o Estado que colaborou com a desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas.

O Brasil sofre desde a década de 80, com seu pico na década de 90, com o desemprego, o que se tornou um argumento potente para submeter o trabalhador às imposições do capital e desarticulando por consequência a organização deles para os

possíveis enfrentamentos. Essas imposições se traduzem em perdas significativas nas condições de trabalho e direitos sociais, que anos mais tarde se configuram como retrocessos impenetráveis. O processo de valorização do capital em busca de recompor a exploração da mais-valia passa por restabelecer a hegemonia econômica e política em prol de uma maior expropriação do trabalho, essa ofensiva do capital contra os trabalhadores visa ampliar o exército industrial de reserva e demonstra a tendência estrutural do desemprego. Este caminho se configura na contemporaneidade, como argumenta Alencar (2007), a “nova classe de excluídos”, como componente fundamental da “nova ordem do capital” e presente em seu mecanismo contraditório de lidar com o desemprego estrutural.

As transformações sociais vividas no Brasil envolvem os projetos políticos de gestão que se construíram no país, isso também abre um importante campo de disputa de modelos econômicos políticos que cabe ser lembrado rapidamente. Boito e Berringer (2013) recuperam historicamente esta disputa, colocando em pauta o capital financeiro e sua coligação interna produzida na administração de Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, somando os tempos de gestão chega-se a 12 anos, justamente no início do processo de redemocratização do país. Este período de grande recessão econômica que marcou a história do Brasil foi o momento também em que o Estado cedeu à pressão da entrada da política neoliberal.

Neste sentido, Boito e Berringer (2013) explicam que o *desenvolvimentismo* aplicado pelos governos subsequentes Lula e Dilma, e que mais tarde se tornam programas de governo *neodesenvolvimentistas*, se sustentam a partir da ideia de aumentar o crescimento econômico e social. Mesmo que “o faça sem romper com os limites dados pelo modelo econômico neoliberal ainda vigente no país”, atuou em quatro frentes importantes. Ainda explicam que apesar do neodesenvolvimentismo se apoiar em um razoável índice de crescimento econômico ele é menor que a política desenvolvimentista ao mesmo tempo em que tem menor capacidade de distribuição de renda, no entanto seria a política compatível ao modelo neoliberal apresentado pelo capitalismo internacional. No que se refere às relações de trabalho “aceita os constrangimentos da divisão internacional do trabalho, promovendo, em condições históricas novas, uma reativação da função primário-exportadora do capitalismo brasileiro”. As frentes de atuação do programa neodesenvolvimentista dos últimos 13

anos se configura em:

(i) políticas de recuperação do salário mínimo e de transferência de renda que aumentaram o poder aquisitivo das camadas mais pobres, isto é, daqueles que apresentam maior propensão ao consumo; (ii) elevação da dotação orçamentária do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES) para financiamento da taxa de juro subsidiada das grandes empresas nacionais; (iii) política externa de apoio às grandes empresas brasileiras ou instaladas no Brasil para exportação de mercadorias e de capitais; (iv) política econômica anticíclica – medidas para manter a demanda agregada nos momentos de crise econômica. (BOITO; BERRINGER, 2013, p. 32)

Em partes, o programa neodesenvolvimentista faz a política do “todos saem ganhando”, Boito e Berringer (2013) colocam que o alinhamento com a política externa produziu uma articulação de priorização dos interesses da burguesia interna. Ao passo que, os trabalhadores também ganharam, já que o emprego foi recuperado e a massa salarial foi reajustada significativamente, o que apresenta uma realidade bastante diferente daquela vivida na década de 1990. Contudo, ainda no início da década de 2000 houve muitas abordagens dos EUA e da União Europeia na busca de implantar relações assimétricas de exploração da força de trabalho industrial e agrícola. Em partes esse investimento do EUA e da UE fez com que o Estado brasileiro caminhasse se enveredando para o fortalecimento das relações Sul – Sul e com outros países, como a aproximação com o Oriente Médio e com a China. Nesse campo, a burguesia brasileira teve uma oportunidade importante, que permitiu sua expansão e até mesmo a disputa de mercado com o capital imperialista.

Dentre as explicações para a crise estrutural do capital, que desembocam na crise do desemprego, há algumas explicações na economia política. Vale discutir rapidamente essas condições para compreender como esse movimento global chega ao Brasil e quais são seus interesses diante do desenvolvimento econômico e político do país.

Kliman (2012) discute a tendência declinante da taxa de lucro, que consiste basicamente no fato de que a exploração de mais-valia na cadeia produtiva tende a não acompanhar o crescimento do volume de capital acumulado, já que a composição orgânica do capital, que Marx (1867/2013) apresenta, mostra que o processo de acumulação de capital depende da geração de mais-valia na produção, pois o lucro, produto da equação do valor, é a razão entre capital constante (valor dos meios de

produção) e capital variável (valor da força de trabalho).

A força de trabalho é comprada, aqui, não para satisfazer, mediante seu serviço ou produto, às necessidades pessoais do comprador. O objetivo perseguido por este último é a valorização de seu capital, a produção de mercadorias que contêm mais trabalho do que o que ele paga, ou seja, que contêm uma parcela de valor que nada custa ao comprador e que, ainda assim, realiza-se mediante a venda de mercadorias. A produção de mais-valor, ou criação de excedente, é a lei absoluta desse modo de produção. A força de trabalho só é vendável na medida em que conserva os meios de produção como capital, produz seu próprio valor como capital e fornece uma fonte de capital adicional em trabalho não pago. (Marx, 1867/2013, p. 695)

A alusão de Marx (1867/2013) explica como é visto o trabalho e o trabalhador pelo modo de reprodução material capitalista, evidenciando o caráter mercantil da força de trabalho por este sistema de organização social, força de trabalho como a moeda de troca de todos os trabalhadores. Nessa linha, Kliman (2012) conduz a discussão sobre a queda tendencial da taxa de lucro sustentada nesses princípios e, portanto, acusa que o processo de acumulação tende a aumentar o capital constante e diminuir, ou mesmo manter, o capital variável de forma que encontra dificuldade em aumentar a taxa de exploração.

Dessa forma a taxa de lucro – a massa de lucros somada ao montante de capital investido – tende a diminuir. No momento em que a queda da taxa de lucro se manifesta há uma crise de superacumulação, no entanto, a deficiência de lucro é apenas relativa, pois se garante a geração de lucro apesar dele haver diminuído, a insuficiência dele se dá no que se refere à alimentação do capital acumulado. É neste aspecto que os capitalistas trabalharão em prol, do aumento da taxa de lucro, mas que inevitavelmente irá acontecer. Essa é uma das explicações que não só Kliman (2012), mas muitos outros autores da economia política se apoiam para analisar a crise estrutural do capitalismo.

Um dos mais eficientes processos de recuperação da taxa de lucro é, como Kliman (2012) aponta, a destruição de capital. O pós II G.M. é um dos mais bem sucedidos exemplos disso, com a massiva destruição que a guerra provocou, a Europa pôde viver um processo generoso de acumulação de capital que culminou no *Estado de*

*Bem-Estar Social*⁶, mas após vinte e cinco anos de gordurosa acumulação o capitalismo europeu recebeu a persistente tendência declinante da taxa de lucro em seu organismo sociometabólico.

Por óbvio junto a este fenômeno existem outros que compõem a crise estrutural do capitalismo e que produzem consequências gravíssimas para as classes mais baixas da sociedade. Dentre esses fenômenos está a *acumulação por espoliação*⁷, que especialmente para a presente dissertação será um dos apoios prioritários na discussão sobre Saúde Pública. Para compreender as determinações que afetam a população em vulnerabilidade social, nesta relação em que o trabalho é condicionado, é preciso apropriar-se das correlações pelas quais houve a desregulamentação dos direitos e flexibilização do mercado e das relações de trabalho no Brasil, mesmo que a massa salarial tenha se mantido crescente, já que os últimos governos do país desempenharam um esforço neodesenvolvimentista para equilibrar essa correlação de forças. Entrelaçando com a ofensiva neoliberal do capital que encaminhou o Estado brasileiro na direção da abertura espaço para o livre acesso do capital à exploração do trabalhador, bem como, sustentou a expropriação dos recursos da seguridade social para a realocação, que se mostra mais tarde como investimento, no capital portador de juros⁸, através do pagamento da dívida que retroalimenta o capital acionário e bancário.

Gentili (2011, p. 214) argumenta que às desigualdades econômicas e de poder são acrescentadas as “desvantagens de oportunidades associadas aos atributos de gênero, escolaridade, raça/etnia entre pessoas dos mesmos segmentos sociais” e que este elemento produz desafios profundos ao sistema de garantia de direitos e cidadania do Brasil. Neste sentido, a autora destaca que a desigualdade se apresenta também na oferta

⁶ Welfare State ou anos dourados do capital.

⁷ Acumulação por espoliação: conceito que será trabalhado no contexto do capítulo 2.

⁸ O Capital portador de juros ou capital fictício é o nome dado ao fenômeno do capitalismo que se estende para o âmbito do fetichismo do capital pelo próprio capital, ou seja, o capital que se reproduz em uma nova ordem de circulação na qual a mercadoria é o próprio capital. Encontrado no sistema de investimentos financeiros com lastro mínimo ou zero na cadeia produtiva ou ativos concretos, um bom exemplo é o comércio dos Títulos da Dívida Pública da União, ou mesmo as ações de uma empresa privada ou pública comercializadas na bolsa de valores. O capital fictício opera com a especulação descolada da base material, é sob a forma ilusória que se mistifica o processo de reprodução do capital portador de juros de forma à se mostrar como capaz de se reproduzir autonomamente. (Ver no texto de: Silva, G. S. Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: Salvador, E. et al (orgs), *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012.)

de Políticas Públicas, contribuindo para a dificuldade de universalização das políticas. No caso da saúde, é verificável a discrepância entre a oferta de serviços nas diferentes regiões do país, ao passo que nem toda a população têm o mesmo acesso aos serviços de saúde.

Tanto Castel (1997) quanto Gentili (2011) estão em acordo quanto à relevância da estruturação das relações sociais para o processo de subjetivação humana. A organização social é composta por uma rede de relações sociais, econômicas, culturais que promovem ao mesmo tempo a constituição da subjetividade do indivíduo e da sociedade. As condições materiais de vida com o processo de desfiliação social vêm contribuindo, historicamente, para o sofrimento ético-político das pessoas em desvantagem social, o que forma barreiras no que se refere a emancipação e consciência desses sujeitos.

A forma de organização social capitalista propõe, segundo Castel (1997), um duplo processo de exclusão social, que se caracteriza no trabalho nas relações sociais. O autor compreende que um indivíduo pode se relacionar com o trabalho sob três égides, a estabilidade, a precariedade, inexistência do trabalho. E para compor esse processo de exclusão a análise parte da situação de inserção em relacionamentos sociais podendo ela ser forte, frágil ou de isolamento social.

Nesse sentido, os aspectos correlacionados a esses dois processos atuam de forma integrada, formando três zonas:

- Zona de Integração: trabalho estável e uma forte inserção relacional;
- Zona de Vulnerabilidade: trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais;
- Zona de Desfiliação: ausência de trabalho e isolamento relacional.

Para Castel (1997) ainda há uma quarta zona que atua na condição de grande pobreza, a indigência, o autor explica sobre a zona da assistência.

O tratamento dispensado ao vagabundo difere totalmente daquele dispensado ao inválido que não pode trabalhar, seja por razões físicas (enfermidades, doenças) seja em razão de sua idade (crianças, velhos), seja porque ele se encontra numa situação familiar extrema (viúvas com numerosos filhos). Se o indigente inválido é ao mesmo tempo, conhecido, com residência conhecida, pertencente a uma paróquia, a um bairro, ele terá quase sempre um suporte

social. Dessa forma, o tratamento dispensado à indigência inválida define uma quarta zona, a zona da assistência. Essa última realiza uma proteção aproximada, fundada no princípio da “casa de caridade”. Assim, mesmo no setor da grande pobreza, ou da indigência, existem dois tipos muito diferentes de populações, que se beneficiam de modos de tratamento igualmente distintos. O vagabundo que está apto a trabalhar e foi expulso das redes familiares de sustentação social, da proteção de proximidade, e que é completamente rejeitado e estigmatizado. (Castel, 1997, p. 24)

O autor justifica que dentro de uma mesma zona – a da assistência, que lida com a pobreza e miséria em seu grande estereótipo – as pessoas em situação de rua, desprovidas de qualquer propriedade privada e com pouco acesso a recursos públicos têm acesso a formas distintas de tratamento social. Enquanto um é estigmatizado como o vagabundo que poderia trabalhar e não o faz, que está isolado de todas as relações sociais e que é rejeitado pela sociedade. O outro é compreendido como incapaz, mas também é estigmatizado, como uma vítima da fatalidade da vida e intermitentemente é alvo de instituições de caridades.

O autor completa que as zonas não são estáticas, mas dinâmicas de forma que as pessoas transitam entre as zonas de acordo com as situações da vida. E que esse dinamismo, muitas vezes, pode representar um percurso, a posição estratégica da *zona da vulnerabilidade* demonstra isso, um indivíduo pode decair e, assim, desorganizar sua vida relacional ou de trabalho.

A problematização da questão social se dá a partir da qualificação e enquadramento em tempo e espaço, pois é dessa forma que é possível entender as correlações de poder, e suas contradições, que envolvem esse fenômeno. É nesse sentido que Wanderley (2013) recupera o processo de colonização e a implantação de um capitalismo tardio nas colônias.

Esse processo que hoje está tomado pelo que o autor nomeia de globalização, que consagra a implantação mundial do capitalismo e denota o caráter totalizador do mercado, que se demonstra com a concentração do fluxo de capital e investimento nos EUA, Europa e Ásia, mas que comporta a existência de fraturas, principalmente no que tange os países fora desse fluxo de operação. A correlação de forças se dá entre sociedades e economias nas fronteiras e nas regiões entre grupos e setores sociais, como uma disputa na busca por privilégios e por administração/controle.

Esse fenômeno traz em si efeitos sociais mais profundos, pois intensifica a situação daqueles que têm pouco ou nenhum acúmulo de capital, ao mesmo tempo em que produz uma preocupação na elaboração e implementação de Políticas Sociais remediativas são mecanismos restritos a localidades específicas e/ou governos locais.

A autora Sposati (2006) se preocupa com o uso que se faz do conceito exclusão – inclusão social. A autora nota que há uma substituição de conceitos que têm como objetivo menosprezar a luta de classes, para não utilizar de termos como opressão, dominação, exploração, pobre, carente fala-se em excluídos.

A relação entre exclusão/inclusão identifica a iniquidade da desigualdade. Confrontar a exclusão na sua relação com a inclusão é colocar a análise no patamar ético-político, como questão de justiça social, possibilitando a descoberta de novas identidades e dinâmicas sociais. Ninguém é plenamente excluído ou permanentemente incluído. Não se trata de uma condição de permanência, mas da identificação da potência do movimento de indignação e inconformismo. A exclusão social é a apartação de uma inclusão pela presença da discriminação e do estigma. Em consequência, seu exame envolve o significado que tem para o sujeito, ou para os sujeitos, que a vivenciam. (SPOSATI, 2006, p. 5)

A autora Sawaia (2001) discute a dialética inclusão – exclusão a partir do olhar do sofrimento ético – político, no livro *Artimanhas da Exclusão: uma análise psicossocial e ética da desigualdade social* ela sistematiza o conceito.

Em síntese, o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (SAWAIA, 2001, pp. 104; 105)

Ao discutir sobre sofrimento, considera-se importante distingui-lo de dor. Sawaia (2001) recupera Heller para configurar a dor como a inevitabilidade da vida

humana, afecções que o corpo sofre no contato com o mundo. E sofrimento como uma experiência vivida a partir da vivência da opressão, das injustiças sociais. Compreendendo que o sofrimento é uma emoção, um afeto e, portanto, construído historicamente, está em constante constituição para o sujeito.

Nesse sentido, o sofrimento ético-político é marcado pelas questões sociais do momento histórico e assim se qualifica para o indivíduo como a expressão do seu lugar social, de humilhado, de excluído. A vivência particular não supera o sentido da dor, mas quando é possível se perceber enquanto classe, enquanto um coletivo que sofre com a distribuição de capital e com a reprodução da lógica dominante é possível amplificar o debate para o campo do sofrimento ético-político. Ou seja, o sofrimento revela os processos de exclusão social e para analisar essa categoria é necessário levar em consideração a desigualdade e as injustiças sociais e, a exploração que sustenta esses fenômenos. (SAWAIA, 2001)

No contexto histórico atual em que a globalização circula e difunde as ideologias do capital é comum individualizar sofrimentos e os sentir como particulares de cada um, faz parte do mecanismo de controle social. O papel dessas discussões e da psicologia social, mais especificamente, é de encontrar as mediações entre esses singulares do sujeito com os fenômenos universalizados, como um não tão distante do outro. A trama da exclusão social permite escancarar esse exercício de forma objetiva, colocando em uma dura oposição os interesses do capital com os direitos humanos.

Nesse sentido, Furtado e Svartman (2009) discutem a relação entre subjetividade individual – subjetividade social. Esta discussão abraçou o constructo de Lukács denominado *ser social* e assumiu-se, então, a premissa de que existe um caráter coletivo, tanto, na consciência e memória, quanto, na subjetividade. De modo que, é necessário considerar que a subjetividade é construída nos cenários coletivos sobre uma determinação histórica e que essa composição se torna referência para o sujeito individual e compõe, ao mesmo tempo, a identidade e a referência de um grupo, do sujeito coletivo em questão.

Em uma sociedade é verificável a presença de diversos grupos, no que se refere à problematização que a presente pesquisa busca sintetizar, os nichos de subjetividade social são, particularmente, importantes, pois, nessa linha analítica, formam-se as

classes sociais, e a luta de classes se compõe nessa organização. A disputa de interesses que se expressa no coletivo de uma sociedade perpassa a imposição de verdades/conceitos/determinações, sob a ótica da dominação de classes é construída a hegemonia de referenciais, que se resume na visão sobre as coisas. (FURTADO; SVARTMAN, 2009) Com tal expressão da realidade, evidentemente, que junto a essas construções é inextricável a relação com as contradições, pois a hegemonia de referenciais traz consigo a imprecisão de que algo que serve para um grupo, por exemplo, as classes altas, pode, e usualmente é o que acontece, não servir para outro coletivo, como por exemplo, para os trabalhadores. É a partir dessa configuração que a análise da dimensão subjetiva da realidade social se engendrará.

A contradição exposta a partir das teorias econômicas no que se refere à produção de subjetividade podem ser compreendidas à luz das colocações de Furtado e Svartman (2009, p. 81), “grupos dominados geralmente tomam como referência valores e crenças dos grupos dominantes e, ao mesmo tempo, a vivência da condição dominada permite uma experiência pessoal (motivo – necessidade/ pensamento – sentido) que contradiz a referência.”.

Furtado (2010) debate sobre a *dimensão subjetiva da realidade* trazendo noções que orientam esta dissertação de mestrado no que se refere ao processo objetividade – subjetividade, ao passo que tais determinações objetivas, traçadas neste capítulo configuram a realidade concreta a qual a população brasileira vive, e devem ser articuladas com as determinações subjetivas. Tendo em vista que o psiquismo é algo construído social e historicamente e que o processo de organização social estabelecido em torno das relações materiais de reprodução, este binômio é inextricável.

Portanto, ao discutir a produção subjetiva desta sociedade em questão é preciso considerar, inevitavelmente, todas estas determinações, na medida em que o objetivo central sempre será a análise da totalidade do fenômeno. O apanhado histórico, os detalhes e exemplos acima colocados configuram a subjetividade da sociedade brasileira como um corpo social formado e organizado nos moldes capitalistas de pensamento, sentimento e ação, no entanto, é hegemônico o pensamento de que o Brasil é um país frágil social e economicamente por ser falho na educação de sua população, de forma a endereçar um caráter de país ainda colonizado no que se refere à reprodução de hegemonias de valores e crenças.

Nessa linha, é possível afirmar que o Brasil se comporta e reproduz discursos que garantem o controle e a submissão da população e de seus governantes aos países dominantes, ou seja, a manutenção do comportamento de colônia. Ao passo que todas as tomadas de decisão, elencadas neste capítulo e ao longo desta dissertação, configuram as medidas de manutenção da dominância do capital, sobretudo o estrangeiro no país, de modo que fez sangrar até mesmo as empresas e fábricas nacionais. Ao mesmo tempo em que o capital com a roupagem do Estado impede, por todos os lados, a ampliação da seguridade social, o fortalecimento dos órgãos públicos de reprodução material e de prestação de serviços à população. De modo que as classes mais baixas se veem nuas e completamente desinvestidas de possibilidades reais de confronto restando apenas a opção de se render à sedução capitalista, comprando a hegemonia de discursos e de ações que lhes ofertam ilusões acerca da ascensão de classe, e, em mais casos do que se imagina, a ilusão da garantia de sua sobrevivência.

1.1. O fenômeno da loucura e a questão social

*O sujeito da questão social é o mesmo sujeito da questão subjetiva
(GENTILLI, 2011)*

Para compreender o fenômeno da loucura enquanto parte da lógica de reprodução social é necessário se apoiar nas condições materiais que os sujeitos vivem e como isso interfere na construção das suas subjetividades. A loucura se apresenta de acordo com Basaglia (1979, p.33) como “uma condição humana”, no entanto isso se constrói histórica e socialmente como algo pautado na relação razão – desrazão ou razão – loucura. Enquanto, os referenciais sociais estiverem amarrados à concepção de que a razão é a aporia fundamental para a condição humana, a loucura estará imbricada à esse conceito, sendo compreendida como eliminável ou curável. E o que Basaglia buscou discutir em sua produção foi que a loucura como parte da condição humana deve ser aceita e compreendida como um fenômeno que se apresenta em cada ser humano. E a sociedade, por sua vez, “para ser civilizada precisa aceitar tanto a razão quanto a loucura”. Neste sentido, a ciência deve encarregar-se não de eliminar a loucura, mas de construir recursos sociais para entender e lidar com ela.

E nessa lógica, a questão social apresentada neste capítulo é uma discussão que se entrelaça com o fenômeno da loucura no Brasil. Quando se assume, conforme a sustentação teórica apresentada por Basaglia (1979), que o sofrimento é parte da vida, e, portanto, não pode ser eliminado, é possível estabelecer correlações que apontem para problemáticas acerca do modelo de organização social. No que o autor apresenta “é a contradição entre o que é a organização social e a dor que se expressa em cada um de nós” que se mostra como a reflexão que deve ser desenvolvida. Neste sentido, o poder econômico que se impõe no modo de reprodução material impacta na condição de expressão da subjetividade, de modo que aqueles que “não tem condições econômicas para sobreviver, não podem se expressar de maneira alguma, não conhece o sofrimento existencial, mas somente o sofrimento da sobrevivência, não havendo assim a possibilidade de expressar a contradição e o antagonismo” (p.37). Entre parênteses, porém ainda assim como ponto de relevância para a sustentação teórica, pontua-se que a compreensão de quem são os sujeitos em sofrimento psíquico apresentados nessa pesquisa perpassa a ideia do recorte de classe social, que tem pouco ou nenhum acesso aos direitos sociais, que sofrem violência de Estado e institucional, que estão por fim à

margem da sociedade e sem recursos para lidar com sua condição. Essas pessoas muitas vezes são as mesmas que estão construindo um cuidado em saúde mental nos serviços da RAPS e, portanto, constrói-se relevância para a pesquisa na medida em que o foco de análise e de proposição é a Política de Saúde e de Trabalho e Renda.

A metodologia tradicional e conservadora de lidar com esta condição humana apresenta resultados que em nada contribuem para a superação da desigualdade social. Basaglia (1979, p. 29) apresenta esta ideia de que “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação.” para evidenciar que a construção de uma sociedade desigual perpassa o caminho do método de cuidado ofertado para a pessoa em sofrimento psíquico. Rotelli (2008) afirma que os hospitais psiquiátricos enxergam as pessoas como um “corpo inerte”, separado da organização social, do “corpo social”. Por isso, a afirmação do autor (p. 42) de que “Cientificamente tais instituições organizaram-se para reduzir seus corpos em corpos inertes.” é importante para construir políticas de saúde e de trabalho que busquem “reconquistar os espaços de construção do corpo social”.

O desafio colocado da desigualdade social aponta que se deve pensar em modelos de Políticas Públicas que acolham as diversas demandas das pessoas em vulnerabilidade social. A pessoa que se encontra em sofrimento psíquico é compreendida como um sujeito vulnerável socialmente, justamente por esse ponto colocado por Rotelli (2008). Esse sujeito foi compreendido e trabalhado como um corpo inerte, entorpecido pelas práticas de “silenciamento da loucura”, de adequação às normativas sociais. No entanto, a possibilidade apresentada pelo autor a qual é perspectiva e diretriz de pesquisa desta dissertação é que para trabalhar com o fenômeno da loucura e suas vulnerabilidades apresentadas é preciso construir espaços dentro do corpo da sociedade para acolher a loucura e referencia-la como parte da existência humana, pensando sobre esse fato as possibilidades de direito do sujeito que busca integrar-se no corpo social.

Essa demanda de “reconquistar espaços de construção do corpo social” se apresenta como chave para esta dissertação, pois ao passo que se busca elencar as questões que a desigualdade social coloca para a população de baixa renda quando se coloca em pauta também a situação de sofrimento psíquico. Muitas vezes, o que a

sociedade consegue enxergar é o diagnóstico marcado pela condição de doença que precisa ser erradicada, deixando por encoberto a questão social da vulnerabilidade e a situação de sofrimento.

Neste sentido, o objetivo deste capítulo se cumpre ao apresentar o fenômeno multifacetado da desigualdade social e da questão social que se apresenta a partir dela, traçando compreensões que articulem o modelo de organização social e o fenômeno da loucura. De modo que se encaminha uma nova etapa para discussão, nos capítulos subsequentes o propósito será de contextualizar e debater as Políticas de Saúde Mental e Trabalho e Renda.

2. Método

2.1. Fundamentos Teóricos

A Psicologia Sócio-Histórica firmou um compromisso ético, político e social ao se propor produzir conhecimento científico partindo de um olhar crítico, buscando uma leitura dos fenômenos baseada na historicidade dos mesmos, ou seja, “os atos e os acontecimentos sociais e pessoais são produtos da ação dos homens entre si no mundo; são simbolizados e possuem intenções e significados construídos nesse processo de existência”. (KAHHALE; ROSA, 2009, p. 35)

A Psicologia Sócio-Histórica sinaliza a busca por um fazer pesquisa que explicita no fenômeno a aquilo que o determina, com o objetivo de produzir conhecimento que dialogue com as necessidades materiais da realidade estudada. A produção do saber crítico dessa psicologia, “Mais que um campo teórico, coloca-se essa perspectiva como uma metapsicologia, na medida em que aparece como recurso de arguição epistemológica na Psicologia, colocando a crítica como modo de apreensão, compreensão e interpretação da realidade”. (KAHHALE; ROSA, 2009, p.25) O objetivo da pesquisa em psicologia sócio-histórica segue na linha da superação das contradições por uma transformação social.

Se o propósito que se tem, com a produção de conhecimentos, é produzir um saber crítico, desalienante, que possibilite intervenções psicológicas na direção da construção do sujeito de direitos e da transformação social, é preciso construções teóricas que contribuam para isso. Daí a necessidade de desnaturalizar os fenômenos e teorias psicológicas, pois a compreensão crítica da realidade requer a identificação da gênese e do curso dos fenômenos que a constituem. (KAHHALE; ROSA, 2009, p.24)

Furtado (2010) aponta que a construção de um saber crítico em psicologia deve ser pautada pelas bases culturais, considerando sempre, um conhecimento construído historicamente pela América Latina, e no caso da presente pesquisa pelo Brasil, já que estes têm em sua base material maneiras específicas de produzir subjetividade e de se organizar socialmente. A regionalização do fazer pesquisa não deve compor uma visão colonizada de compreensão e apreensão do mundo, garantindo a expressão da condição humana genérica latino-americana e brasileira, com suas especificidades próprias. A

construção do conhecimento em Psicologia Social deve estar comprometida com um saber que colabora para o rompimento de uma psicologia que produza e reproduza formatos hegemônicos de compreensão da relação subjetividade – objetividade, pautadas, na maioria das vezes, em epistemologias e métodos europeus e norte-americanos.

A base metodológica da presente pesquisa seguirá o mesmo trajeto apontado até o momento, seguindo a égide da concepção materialista histórica dialética, apreendendo, compreendendo e interpretando os fenômenos em uma leitura dinâmica que alcance o objeto de estudo superando as dicotomias, sejam elas quais forem, homem – sociedade, objetividade – subjetividade, trabalhando de forma dialética sob as relações estudadas enquanto uma totalidade.

Outro ponto relevante na concepção sócio-histórica de pesquisa é de que o estudo dos fenômenos deve ir para além das aparências, ultrapassar o óbvio e buscar na origem a compreensão histórica da formação daquele fenômeno tal como está apresentado, em uma tentativa de encontrar suas determinações. (KAHHALE; ROSA, 2009)

Gonçalves e Bock (2009) também explicitam que nesta leitura psicológica deve-se entender que a subjetividade na medida em que ela é individual também é construída socialmente, material e historicamente. E da mesma forma a realidade se constitui, em sua história, entrelaçando as faces objetiva e subjetiva. Neste caminho se conclui que a realidade se constitui pelo sujeito e o sujeito constitui a realidade.

Para tanto, é necessário destacar a colocação de Oliveira (2005) acerca do papel da psicologia, enquanto ciência e profissão, “fundamenta-se necessariamente na compreensão de como a singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo e do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade, tendo a particularidade como mediação”. Na Psicologia Sócio-histórica, para compreender a realidade de modo a alcançar sua essência é preciso utilizar-se desse movimento proposto pela dialética materialista histórica. Coloca que um movimento pode a partir de determinadas condições se transformar em outro movimento e que, invariavelmente, a exposição em determinadas condições de tal movimento tende a se transformar em outro. Como por exemplo, a concepção de estados da matéria, a água pode transformar-

se de estado caso sofra a interferência climática.

No entanto, há ainda outras condições de apreensão do mundo. É preciso entender como dialoga Kosik (1976) no que se refere à forma como o fenômeno se apresenta. O autor aponta que é preciso desvelar a realidade, utilizando-se do método histórico dialético de interpretação, para assim chegar ao fenômeno como ele é, “a dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a ‘coisa em si’ e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade.”, considerando seu caráter histórico e suas contradições. Já que ao buscar a análise somente pela apresentação que o fenômeno traz pode nos levar até o campo da pseudoconcreticidade apenas, nos privando de encontrar as mediações entre a apresentação do fenômeno e a essência dele.

O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças a seu contrário. A essência não se dá imediatamente; é mediata ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo diferente daquilo que é. A essência se manifesta no fenômeno. O fato de se manifestar no fenômeno revela seu movimento e demonstra que a essência não é inerte nem passiva. Justamente por isso o fenômeno revela a essência. A manifestação da essência é precisamente a atividade do fenômeno. (KOSIK, 1976, p. 11)

Neste sentido, compreende-se que a essência se mostra em partes na aparência do fenômeno, mas para compreender todos seus aspectos e sua totalidade é preciso desmontar o fenômeno e construí-lo novamente, agora sim, com as mediações trabalhadas, de forma a buscar uma análise da totalidade e não apenas de partes dela.

A pseudoconcreticidade é justamente a existência autônoma dos *produtos* do homem e a redução do homem ao nível da *práxis* utilitária. A destruição da pseudoconcreticidade é o processo de criação da realidade concreta e a visão da realidade, da sua concreticidade. (Idem, p. 19)

O autor discute o processo de pensamento para apreender a realidade concreta, pensando no método de investigação. Neste aspecto, esta dissertação de mestrado se comprometeu na produção de conhecimento a partir desta leitura crítica da realidade, de

modo a possibilitar a compreensão da *realidade em todos os seus planos e dimensões*, isto é, discutindo a totalidade dos dados encontrados para fundamentar suas teses acerca do problema de pesquisa pretendido.

A ascensão do abstrato ao concreto é um movimento para o qual todo início é abstrato e cuja dialética consiste na superação desta abstratividade. O progresso da abstratividade à concreticidade é, por conseguinte, em geral movimento da parte para o todo e do todo para a parte; do fenômeno para a essência e da essência para o fenômeno; da totalidade para a contradição e da contradição para a totalidade; do objeto para o sujeito e do sujeito para o objeto. O processo do abstrato ao concreto, como método materialista do conhecimento da realidade, é a dialética da totalidade concreta, na qual se reproduz idealmente a realidade *em todos os seus planos e dimensões*. (Ibidem, p. 30)

O fenômeno social é compreendido por Kosik (1976) como aquele que desempenha função dupla na investigação científica, pois pode tanto ser compreendido como parte do todo quanto ser compreendido como um momento da totalidade. É neste sentido que foi trabalhada a problemática dessa pesquisa e as questões por ela encontradas.

A visão de Gonzalez Rey (2010) sobre a pesquisa qualitativa traz a ideia de que há um processo permanente sobre as decisões metodológicas, portanto os procedimentos se definem e redefinem conforme a apresentação teórica se desenvolve. A imersão do pesquisador no cenário social o qual a temática da pesquisa se insere também é valioso no processo de desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa qualitativa também envolve a imersão do pesquisador no campo de pesquisa, considerando este como cenário social em que tem lugar o fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constitui, e que, por sua vez, está constituído por ele. O pesquisador vai construindo, de forma progressiva e sem seguir nenhum outro critério que não seja o de sua própria reflexão teórica, os distintos elementos relevantes que irão se configurar no modelo de problema estudado. (GONZALEZ REY, 2010, p.81)

2.2. Objetivo

Esta pesquisa discute *as possibilidades de arranjos e os desafios da articulação*

das Políticas de Saúde Mental e Política de Trabalho e Renda como projeto de reinscrição dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social. Com o objetivo de trazer ao foco os projetos de geração de trabalho e renda promovidos pelos serviços de saúde mental, buscando a construção de Políticas Públicas adequadas para que os usuários dos serviços de saúde mental tenham maiores oportunidades de conquistar espaço no corpo social.

Para alcançar este objetivo a presente pesquisa buscou contextualizar a Política de Saúde Mental e a construção da Economia Solidária no Brasil, para propor alternativas de gestão pública que interajam de modo articulado buscando a promoção de cidadania e ampliação da garantia de direitos sociais.

2.3. Caracterização do Campo de Pesquisa

O delineamento sobre o *campo de pesquisa* deu-se a partir do prévio conhecimento das grandes cidades de São Paulo e análise dos dados quantitativos retirados do DATASUS⁹, no que tange a acessibilidade da pesquisadora ao município em questão e o avanço na consolidação de uma Política de Saúde municipalizada. Neste sentido, buscou-se um município com a Política de Saúde e Saúde Mental articulada com os princípios doutrinários do SUS em sua integralidade, e que estivesse robustamente avançada na implantação da Reforma Psiquiátrica, e que esta estivesse sob uma leitura antimanicomial, com uma organização territorial de seus serviços com cobertura suficiente em relação a sua abrangência populacional, principalmente, em no que se refere a atenção psicossocial.

O município que melhor se encaixou nesses critérios foi *São Bernardo do Campo*, cidade importante historicamente e que instalou a municipalização e descentralização da atenção em saúde enquanto diretrizes do SUS em 2009, construindo uma política de atenção básica e psicossocial forte, de modo que, atualmente, é o município que mais avançou na construção da RAPS e suas estratégias de cuidado.

Outro critério que priorizou a escolha por SBC foi o fato de ter implantado um

⁹ Os dados referidos podem ser encontrados nesta dissertação de mestrado no capítulo de *Atenção Integral à Saúde: desafios cotidianos da execução de Políticas Públicas no Brasil.*

serviço junto à RAPS que funcione enquanto núcleo de trabalho, o Nutrarte. Este serviço desempenha a tarefa de qualificar e desenvolver atividades de geração de trabalho e renda, além de promover atividades de cultura e lazer, com os usuários dos demais serviços de saúde mental. Conta com técnicos de diferentes formações e são especialistas na incubação de grupos de trabalho, em técnicas de trabalho e criação artística.

A construção do SUS municipalizado começou enquanto prática de gestão da prefeitura de SBC em 2009, no entanto, anteriormente haviam muitas atividades dos trabalhadores que se direcionavam ao fazer em saúde, conforme o preconizado pelo SUS, como “ações de resistência”(sic.). Deve-se recuperar essas ações com cuidado ao discutir saúde neste município, pois por mais que a história escrita nos *Cadernos da Saúde SBC* seja a partir de 2009 é memorável marcar o papel dos trabalhadores deste município na busca por uma saúde pública integral, equânime e universal.

No que se refere às transformações acerca da atenção à saúde mental ocorreram transformações significativas nos últimos oito anos. Antigamente havia apenas dois CAPS, sendo um adulto e outro infanto-juvenil de modalidade II, um pronto-socorro psiquiátrico e um ambulatório neuropsiquiátrico. Sendo que a gestão municipal mantinha o cadastro de 320 leitos em hospital psiquiátrico e uma média de 60 internações mensais, tudo financiado pelos recursos destinados ao SUS. Ocorre que a região do Grande ABC era recheada de manicômios, até o início da década de 2000, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de SBC isso se deve ao marco histórico das grandes fábricas, principalmente ligadas à indústria automotiva. A disputa para encerrar os convênios e fechar os leitos desses hospitais se encerrou apenas pela via judicial do TAC no município, com papel especial do Conselho Municipal de Entorpecentes e do Conselho Municipal de Saúde.

A transformação do modelo de cuidado se deve ao comprometimento das gestões municipais, prioritariamente, com as diretrizes estabelecidas e preconizadas pela RAPS. Como o *Caderno de São Bernardo do Campo* (2010) aponta, os únicos dois CAPS que existiam no município funcionavam apenas para cumprir o TAC e ainda tinham internalizado em seu *modus operandi* o encaminhamento das demandas de saúde mental, álcool e outras drogas para o manicômio da região, Hospital Lacan, da mesma

forma atuavam como um ambulatório de lógica conservadora, priorizando a distribuição de medicamentos para a população em detrimento de um cuidado integral.

Aos poucos, essa história foi se transformando em uma memória de sucesso pela sua maestria na implementação da RAPS e do SUS, diminuindo o número de internações no Lacan até setembro de 2014, momento o qual o município fechou todos os leitos e o convênio com o manicômio, “*em doses homeopáticas*” (sic.). Durante essa etapa foi-se paralelamente construindo a RAPS, inaugurando novos CAPS, novos SRT para receber os então ex-moradores de manicômio e agora usuários da RAPS de SBC. Até o momento em que a coleta de dados da pesquisa se iniciou, meados de 2016, o município contava com 8 CAPS credenciados no Ministério da Saúde, sendo que dois deles se fundiram, o CAPS I com o CAPS II, chegando então à 4 CAPS III Adulto, 2 CAPS III AD e 1 CAPS III IJ, 6 SRT e 2 UAT para quase 817 mil habitantes.

O Nutrarte, serviço pertencente à RAPS do município de SBC, conforme caracterizado anteriormente, surgiu em 2012 com o objetivo de promover atividades culturais e artísticas junto dos usuários dos serviços de saúde, além de atuar enquanto incubadora e assessoria de projetos de geração de trabalho e renda para o mesmo público. Atualmente, o Nutrarte conta com as oficinas artísticas de xilogravura e de aquarela que acontecem em parceria com a Pinacoteca de SBC, ainda dentro do escopo das artes há o Nó Cego Companhia de Palhaços, que produz peças teatrais e arte de rua, gerando renda em situações pontuais. Dentre os grupos de geração de trabalho e renda há o grupo de costura de roupas e sacolas em patchwork, Reaprendendo a viver, outro grupo de customização de camisetas, o Alinhavando Ideias, e três grupos de alimentação que se dividem entre participantes do CAPS II, CAPS AD Centro e CAPS Adulto Alvarenga, que nos momentos de comercialização atuam enquanto uma frente de trabalho chamada de Rango Monster. Ainda há um grupo que lida com jardinagem e horta, que está suspenso por enquanto, assim como, as atividades de lavanderia e tapeçaria, sendo que essas últimas funcionam como atividades individuais para levantamento rápido de renda. O Nutrarte conta também com o grupo Mater Oficina, que vem se destacando com a produção e comercialização de móveis de madeira do tipo pallet. Os profissionais contratados se enquadram na função de monitor de oficina terapêutica ou técnico de saúde sendo que são ao total 12 pessoas contratadas para atuar

neste serviço, com as mais diversas experiências profissionais.

Os autores Henna, Correia e Silveira (2014, p. 64) afirmam que o objetivo do núcleo é contribuir para a reabilitação psicossocial dos usuários da RAPS de SBC por meio do trabalho, da arte e da convivência. Conforme afirmam os autores:

Os objetivos do Nutrarte são a ampliação e o fortalecimento das redes sociais de suporte de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e consumo de substâncias psicoativas, a partir das relações de trabalho e da criação nas linguagens artísticas.

Neste sentido, os autores afirmam que o núcleo se orienta pelo desenvolvimento local de ações de trabalho na busca de formar parcerias comunitárias e ampliar sua capacidade de atuação na *clínica psicossocial*, característica a qual assume. As atividades do Nutrarte estão articuladas em caráter intersetorial com as Secretarias de Saúde; Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo; Cultura; Educação.

Este relato de experiência conta que no processo de trabalho cotidiano do núcleo os profissionais produzem junto ao usuário um “ecomapa para ‘desenhar’ as redes sociais de suporte atual” (HENNA, CORREIA, SILVEIRA, 2014, p. 66). Para facilitar a percepção deles com relação aos objetivos de curto, médio e longo prazo a partir da inserção do usuário em questão nos projetos de geração de trabalho e renda do núcleo. Ainda, no seguimento desse acolhimento do usuário o levam para conhecer as atividades de produção existentes.

Para conquistar esta rede robusta de saúde mental o trabalho passou por alguns pontos importantes, um dos mais complexos e trabalhosos pontos foi à descentralização das agendas dos profissionais, algo que ainda na atualidade é um ponto a ser continuamente trabalhado. Na gestão da Atenção Básica à Saúde, por exemplo, tanto a articulação do matriciamento em saúde mental na Atenção Básica quanto à construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um todo foi pactuado, assim como ainda é, na construção de uma agenda da equipe e não de cada profissional, de modo a construir de fato atendimentos compartilhados rompendo com a lógica ambulatorial. Junto à estruturação da RAPS foi preciso um alto investimento na formação dos profissionais para a qualificação da transformação da lógica do cuidado.

Essas pactuações com os trabalhadores do SUS de SBC passou por uma

reorganização dos casos graves e leves, articulando a Atenção Básica à RAPS. O processo de apoio matricial se configura na lógica dos apoiadores de rede. Que apoiam as equipes dos 9 territórios do município, promovendo tanto na discussão clínica quanto na articulação dos serviços possibilidades de aprimoramento dos processos de trabalho das equipes. O investimento da gestão da SMS de SBC foi recortado pela diretriz do SUS da equidade, portanto os territórios que eram mais vulneráveis socialmente foram os primeiros a receber investimento, tanto de reformas físicas e de funcionamento e implantação de serviços, quanto de formação continuada e permanente. Um processo importante para a compreensão da dimensão da reestruturação da Saúde Pública de SBC foi a implantação dos serviços do SUS e a transformação do modelo de cuidado que aconteceram paralelamente e ao mesmo tempo, sem ser em um processo linear, um depois o outro. Os gestores dos serviços de SBC foram formados na própria rede, seja a partir dos cursos e capacitações, seja a partir dos investimentos e apostas nas práticas de cuidado dos profissionais, São Bernardo conseguiu formar internamente seus profissionais e gestores para levar adiante o projeto de Saúde Pública que idealizavam.

O Núcleo de Trabalho e Arte nasce na RAPS de SBC em 2012 e foi se construindo desde então enquanto um ator do cuidado em saúde mental. Passou por algumas fases até chegar a ser um articulador do trabalho e promotor de cultura e convivência para a RAPS. A princípio estava alocado em um espaço físico pequeno e afastado do centro da cidade, junto de um dos CAPS no bairro Taboão. O inadequado espaço físico e as dificuldades de adesão colocadas pelos usuários do serviço produziram um movimento dos profissionais do Nutrarte de “irem para a rua” (sic.), explorar outros serviços e descobrir o território. Com essa atitude descobriram barreiras importantes colocadas pela própria RAPS, “vícios” de protocolos de cuidado que impediam o próprio processo de reinscrição dos usuários no corpo social.

Havia uma compreensão do papel do Nutrarte no município que precisava ser construída, até então o entendimento dos CAPS era de que se o usuário foi encaminhado para o Nutrarte estava estabilizado e, portanto, havia saído da condição de corpo inerte para a condição de corpo social, parte do corpo social. Dessa forma, a consequência referente à processos de trabalho era de que o usuário não precisava de um profissional referência do CAPS para discutir caso, acompanhamento clínico ou desenvolvimento do PTS, era um encaminhamento de serviço simplesmente.

A equipe de profissionais do Nutrarte resolveu discutir no CAPS e com o CAPS os casos e as condutas de trabalho, buscar espaços outros mais próximos do território de referência do usuário. A partir dessa ação foi possível construir novas compreensões dos papéis de cada serviço na RAPS e o Nutrarte conseguiu conquistar a identidade de complementar do cuidado. Isso desempenhou papel fundamental na qualificação da compreensão de cuidado compartilhada das equipes de saúde de todos os serviços da RAPS.

Esse processo de implantação de uma lógica de cuidado compartilhado não é simples e em SBC ainda está em construção. A prática, co-responsabilizando tanto o CAPS quanto o Nutrarte por construir junto ao usuário as possibilidades de participação no corpo social, seja pela atividade de trabalho ou por qualquer outra, foi e ainda é um processo de bastante empenho da gestão e dos profissionais dos serviços de saúde mental. Muitos desses processos dizem respeito à quebra do paradigma do processo saúde – doença, uma lógica que aos poucos está sendo desconstruída não só em SBC, mas no Brasil.

Paralelamente, o Nutrarte conquistou uma parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo (SDET) que culminou na participação de um dos projetos de geração de trabalho e renda na Central de Trabalho e Renda (CTR). Essa articulação entre a SMS e a SDET, ou seja, entre seus serviços Nutrarte e CTR, produziu uma experiência de um ano e meio de participação do grupo Pastelaria Q'Sabor junto à outros grupos de geração de trabalho e renda em fase de incubação pelo Trabalho, essa experiência foi foco de análise desta dissertação.

Os trajetos do Nutrarte, em seus seis anos de existência, vão configurando uma construção de serviço mediador que a partir do olhar técnico de quem acompanha o processo de emancipação dos serviços de saúde para a construção do trabalho nos espaços de convivência social e que discute e se empenha na construção de um referencial de cuidado integral. Considerando as mais diversas temáticas que se apresentam na vida do usuário e que não necessariamente dizem respeito à loucura, ao uso abusivo de drogas, ou sobre seu diagnóstico, mas que fazem parte da vida para além do CAPS, da vida na rua, na construção ou reconstrução dos laços sociais familiares, de amizade, ou de trabalho, da relação existência – sofrimento e que compõe o lugar de corpo social.

2.4. Procedimentos de Coleta de Dados e de Análise

O caminho teórico desta pesquisa qualitativa delineou, assim como Gonzalez Rey (2010) aponta, como se conduziu os procedimentos de pesquisa e a análise partiu deste processo, na busca pelas determinações dos fenômenos encontrados na efetivação da Política de Saúde do município de SBC na interface com a produção subjetiva dos atores estudados.

Os procedimentos utilizados para coletar os dados apresentados nesta dissertação foram de entrevistas e observação participante. É importante destacar que a pesquisadora já conhecia alguns usuários-trabalhadores e técnicos do núcleo de trabalho e arte a partir de uma inserção anterior na Rede de Saúde Mental e Economia Solidária, a qual o Nutrarte participa das formações e espaços de comercialização. A observação participante se caracterizou na participação de reuniões de trabalho dos grupos e observação e interação no cotidiano de trabalho dos técnicos e usuários, sendo que, em um diário de bordo, para abrigar e descrever os pensamentos e caminhos que surgiram na experiência de pesquisa, onde registrou-se as interações e dados relevantes para o objeto de pesquisa.

No decorrer da coleta de dados surgiu a necessidade de compreender como a política de saúde se articula no cotidiano e no território, sendo que o espaço mais observado e que ocasionou mais interações da pesquisadora com o campo de pesquisa foi o espaço de oficinas de trabalho e reuniões organizativas dos projetos. Acompanhou-se o espaço de convivência, organização e trabalho, além da reunião do grupo de alimentação Q'sabor e o processo de trabalho cotidiano do grupo de marcenaria Mater. Boa parte desses registros foi apresentada no subcapítulo de caracterização do campo de pesquisa e o restante apresentou-se, no que foi relevante, na etapa de análise.

No entanto, o instrumento principal para a coleta de dados foi a partir do procedimento de entrevista aberta. O público entrevistado foi composto pelos técnicos e gerente do núcleo, a pesquisadora gravou os áudios das entrevistas e os transcreveu, de modo a garantir a fidedignidade dos dados apresentados ao longo da pesquisa e a integralidade da apreensão dos fenômenos. As entrevistas foram de caráter aberto, deixando espaço para que os entrevistados se colocassem e pudessem ficar à vontade

para trazer as histórias e análises que surgissem à mente. Aconteceram individualmente ou em dupla com o objetivo de oferecer a oportunidade para os sujeitos da pesquisa de depor acerca da temática de forma ampliada e confortável na medida em que os entrevistados puderam contar sua história individual de trabalho, bem como sua participação no coletivo de trabalhadores. De início, a provocação da pesquisadora foi: “Me conte sua história, como começou a trabalhar aqui no Nutrarte?”. Sendo que durante as falas dos entrevistados a pesquisadora interagiu com as histórias apresentadas, buscando uma melhor compreensão dos fatos e interpretações que os sujeitos apresentavam. As entrevistas buscaram cruzar dados da história pessoal do profissional com a transformação da RAPS que ele vivenciou, de modo que na compilação dos dados para a pesquisa a história do município também pudesse ser contada através das experiências coletadas, considerando que estes profissionais constituem e constituíram a materialidade da transformação do cuidado em SBC.

Dentre os sujeitos da pesquisa foi prevista a participação apenas dos gestores e trabalhadores do Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte), já que o objeto de pesquisa era desvendar como a Saúde se relaciona com o Trabalho e quais possibilidades de articulação existem entre essas áreas. Os nomes dos sujeitos foram protegidos pelo sigilo ético, portanto, todos os nomes são fictícios.

Os profissionais entrevistados foram Laís, formada em relações públicas e com experiência anterior de trabalho pautada na incubação e assessoria de empreendimentos econômicos solidários no Consulado da Mulher; Camila, enfermeira e terapeuta ocupacional com anos de experiência de trabalho em CAPS; Ricardo, pedagogo com experiência de trabalho em centros de acolhida e serviços residenciais terapêuticos; Chico, usuário dos serviços da RAPS do município e com vasta formação em diferentes áreas, atualmente o serviço utiliza de suas habilidades como chefe de cozinha; Luiz, biólogo com experiência em geração de trabalho e renda com ênfase às práticas de sustentabilidade ambiental, trabalhou no CAPS AD, gerenciou uma das SRT do município e atualmente compõe a gerência do Nutrarte.

O objetivo perseguido pela pesquisadora – *os arranjos possíveis e seus desafios na articulação das Políticas de Saúde Mental e Política de Trabalho e Renda como projeto de reinscrição dos usuários de serviços de saúde mental no corpo social* – foi colocado em todos os momentos em que houve contato. As questões colocadas durante

as entrevistas e que não estavam previstas anteriormente partiram do acúmulo anterior tanto teórico quanto prático, de vivência no cenário social da construção de projetos de geração de trabalho e renda com usuários dos serviços de saúde mental.

Os cuidados éticos seguiram o formato imposto pelo regimento da Plataforma Brasil, sendo que o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da PUC-SP. Ainda enquanto um cuidado ético, a pesquisadora garantiu que cada participante estivesse na condição de voluntário e esclarecido sobre os objetivos, métodos, benefícios e possíveis intercorrências de sua participação na pesquisa. Partindo dessa conscientização, e com a anuência do sujeito com a sua participação, a pesquisa seguiu com sua primeira proposta, podendo afirmar o respeito à singularidade de cada participante, assegurando o desejo de desistir de sua contribuição em qualquer momento.

Foi previsto dentre os procedimentos de coleta de dados o cuidado com a exposição inadequada e estigmatização da condição dos sujeitos ou qualquer tipo de prejuízo físico, socioeconômico ou psicológico, protegendo a imagem e nome dos participantes, mantendo em sigilo, ético e profissional, todas as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa. A pesquisa tem caráter público e garantirá o acesso aos resultados para todos seus participantes, bem como, a produção de uma devolutiva ao serviço e profissionais entrevistados.

Respeitando o método de pesquisa da Psicologia Sócio-Histórica, a presente dissertação de mestrado esforçou-se para relacionar a base teórico-metodológica com os dados empíricos coletados no campo de pesquisa. Para tanto, o procedimento utilizado para analisar os dados teve por objetivo encontrar as mediações no discurso dos sujeitos, para assim categorizá-las.

Na primeira etapa da análise, o procedimento utilizado foi de construir um texto apresentando as principais ideias coletadas nas entrevistas, de modo que a pesquisadora pudesse filtrar os conteúdos mais importantes para o objeto de estudo. Neste primeiro texto, as falas dos sujeitos eram utilizadas para construir noções acerca do fenômeno relatado, bem como, construir aproximações e pontes entre o conteúdo apresentado pelo entrevistado e as possíveis mediações para a construção de uma articulação intersetorial entre a Saúde e o Trabalho. No discurso dos sujeitos foram destacadas falas que

apontavam ser chave para encontrar as mediações, o que contribuiu para encontrar as categorias de análise.

Já na segunda etapa da análise, a pesquisadora retornou aos resultados e primeiras análises que estavam no texto corrido e coloriu buscando enquadrar as partes nas categorias de análise, essas já sugeridas pela banca de qualificação da dissertação de mestrado. Articulando a teoria apresentada com os dados categorizados a análise se configurou na busca por mediações entre a articulação das Políticas de Saúde e de Trabalho, apontando para a análise de uma experiência enquanto núcleo de trabalho regida pela Saúde.

3. Atenção integral à saúde: desafios cotidianos da execução de Políticas Públicas no Brasil

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

(Carta de Bauru, 1987)

Este capítulo tem a intenção de fazer um breve panorama da implementação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil em um contexto de avanços neoliberais e em retrocessos de direitos populares conquistados nos últimos 30 anos, no que se refere à saúde pública.

Na década de 1970 tem-se o início do movimento da Reforma Sanitária no Brasil e com isso amplia-se a discussão sobre a concepção de saúde/doença, trazendo a problemática da mercantilização desse processo imposta pela perversidade do sistema capitalista nos âmbitos político, econômico e social. (SILVEIRA, BRAGA, 2005)

A Reforma Sanitária brasileira teve como fundamento a reformulação da atenção à saúde em dois campos, o macro e o micro. A macro sanitária se remete à responsabilização dos entes federativos e da formulação da política de atenção à saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal. A micro sanitária se propõe a refletir sobre as práticas de cuidado em saúde nos equipamentos e com as equipes interdisciplinares. (CAMPOS, 2007)

O Sistema Único de Saúde se apresenta pela Constituição de 1988 como uma nova formulação de Política Social Pública, ela surge com o objetivo de reorganizar os serviços e as ações de saúde no território nacional. O início de sua construção acontece na década de 90 no Brasil, o sistema permite que as mesmas diretrizes sejam aplicadas em todo território brasileiro pactuando responsabilidades tripartites: federais, estaduais e municipais. Estabelecendo, então, um conjunto de unidades, serviços e ações organizados em rede para cumprir um objetivo em comum: promoção, proteção e recuperação da saúde do povo brasileiro. (Brasil, 1990)

A iniciativa de construir uma Política de Saúde Pública e Universal no Brasil foi uma conquista dos movimentos populares de saúde, os quais contavam com a participação de trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

No Brasil, a criação do SUS, em sintonia com a constituição de 1988, preconiza a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. Com mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 208)

Campos (2007) e Cecilio (2001) trazem em suas produções científicas a ideia de que implementar com qualidade a distribuição de renda, políticas de moradia, geração de trabalho e renda, educação, recuperação do ambiente são práticas de atenção e cuidado à saúde.

Os conceitos da universalidade, integralidade e equidade, para Cecilio (2001 p. 113) expressam com veemência a luta da Reforma Sanitária brasileira contra as injustiças sociais promovidas pelo modo de produção capitalista através da busca por uma implementação da saúde como um direito de todos, como cidadania. “A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde.”

Junto desse processo de transformação da concepção de saúde a Luta Antimanicomial ganha força, na década de 1970, como Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, apoiados por familiares e pessoas com histórias de longas internações, que mais tarde dá origem aos Movimentos da Luta Antimanicomial. A proposta era de denunciar os maus tratos e o abuso de poder dos manicômios privados, ao mesmo tempo em que, lutavam por uma reforma psiquiátrica brasileira. (ANDRADE et al, 2013)

A Saúde Mental como estratégia de cuidado seguindo esses parâmetros do SUS iniciou-se em março de 1987 com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Luís Cerqueira em São Paulo. Na história política do

país esse serviço foi fruto das lutas por novas formas de cuidado e financiamento da saúde mental que cresceram no final da década de 80 na América Latina. (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009)

Foi estabelecido que os CAPS e NAPS fossem os serviços responsáveis pela atenção à saúde mental em 1992, com a Portaria 224 de 29/01/92 do Ministério da Saúde. Essa Portaria também define muitas das formas de cuidado que hoje estão circunscritas na RAPS, cada município lidava com essa questão em diferentes formatos, destaca-se a exceção do Hospital Dia que na época era o serviço intermediário entre o CAPS e a internação em alguns municípios.

A Luta Antimanicomial tem no ano de 2001 sua maior conquista, a aprovação da lei 10.216, de 6 de abril de 2001 que ajuda na promoção de um cenário de cuidado às pessoas portadoras de sofrimento psíquico em uma rede substitutiva ao modelo manicomial utilizando o tratamento de atenção psicossocial protegendo os direitos humanos e a liberdade, já que junto à rede acompanha-se a fiscalização sobre a redução de leitos psiquiátricos. E em 19 de fevereiro de 2002 foi estabelecida a Portaria/GM 336 que estabelece as modalidades de CAPS para a atenção em saúde mental por ordem de complexidade e de abrangência populacional. No que cabe o processo histórico de efetivação das ações previstas na Lei 10.216/01, é necessário afirmar, no que se refere ao compromisso desta dissertação com a Luta Antimanicomial, que a fiscalização da redução de leitos e revisão de internação prevista pela legislação e de responsabilidade estadual ainda, até o presente momento, não se efetivou, não contendo nem ao menos a formação de comissão revisora de internação por nenhum estado da federação.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram centrais na implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois transformou a luta pelo cuidado em liberdade em realidade, como parte do SUS. São eles serviços públicos abertos que devem cuidar diariamente das pessoas em sofrimento psíquico, o atendimento ofertado à população dispõe das ações de acompanhamento clínico e reinscrição no corpo social pelo acesso ao trabalho, lazer, cultura, esporte, educação, saúde. É função dos CAPS apoiar os usuários e a família nos momentos de crise e na busca por autonomia, para assim, garantir o exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários de seus usuários.

Vale ressaltar que historicamente a relação da loucura com a sociedade teve marcos importantes de transformação e a Reforma Psiquiátrica Brasileira compõe essa configuração, como Benilton Bezerra Jr. (2007, p.248) afirma:

(...) um deslizamento histórico desta relação, que passou do modelo religioso da salvação do louco (no período colonial) para o modelo médico da cura e do reparo (a partir do fim do século XIX), para chegar às proposições reformistas que buscam uma superação deste modelo, não por uma recusa romântica do sofrimento provocado pela loucura, mas pela insistência na inclusão das formas de atenção fundadas no paradigma do cuidado (e não apenas na busca da cura) e na ancoragem das estratégias assistenciais e culturais de confronto com a loucura no processo mais geral de ampliação do exercício da cidadania.

Luzio e Yasui (2010) pontuam que a Reforma Psiquiátrica Brasileira durante a década de 1990 esteve próxima aos movimentos sociais da Luta Antimanicomial, mas que na próxima década, paulatinamente, as práticas na construção da Política Nacional de Saúde Mental mudaram. O processo que os autores discorrem, e aproximam do que aconteceu com a Reforma Sanitária, se trata de uma institucionalização das Reformas que manejou o foco, que antes estava nas lutas sociais, para dentro do aparelho do Estado. Essa crítica muito se deve ao momento histórico no qual se iniciou os progressos da Reforma Psiquiátrica, o qual é marcado principalmente pelo início da política neoliberal econômica considerada pelos autores como um importante alicerce para barrar a implementação de Políticas Públicas.

A ascensão das forças políticas que lutavam nas ruas ao poder institucional do Estado teve pressa e rapidez na produção de normas, portarias e legislações para legitimar as conquistas dos enfrentamentos ao modelo manicomial de cuidado. No entanto, como o levantado por Luzio e Yasui (2010), este fato minou a luta social, pois transferiu o protagonismo para atores com cargos políticos, transformando a implementação dos serviços comunitários de saúde mental não mais em conquistas do povo, mas em cumprimento de legislação e os gestores se perderam meio às concessões e lógicas de funcionamento político do aparelho estatal.

Não há mais oposição, tensão, questionamento - pelo contrário, as críticas, geralmente oriundas dos setores acadêmicos, passam a ser vistas como ataque ou obstáculo a um processo que, ao se institucionalizar, perdeu a sua

dimensão histórica, parecendo obedecer apenas a uma lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis e afetando de maneira danosa o modelo assistencial. (LUZIO; YASUI, 2010, pp. 22-23)

A lúcida crítica que os autores trazem ao recuperarem uma entrevista de Sérgio Arouca à revista Radis diz respeito à adequação que o Brasil vem posicionando com relação ao neoliberalismo econômico que traduz todas as políticas e relações do país para a lógica de mercado, então, antes mesmo do SUS se consolidar enquanto saúde pública, universal, equânime e integral em todo território brasileiro ele já está/estava servindo enquanto modo de produção de riquezas capitalistas, através das práticas de privatização dos serviços públicos.

Para complementação histórica, Luzio e Yasui (2010) discutem que a Portaria 224/92, que oferta a possibilidade de os municípios disporem de NAPS/CAPS em seus territórios de acordo com a necessidade local e participação popular, impulsionou menos a implementação da rede de serviços de saúde mental do que o precedente de modo de financiamento aberto após a publicação da Portaria 336/02. A preocupação dos autores com o interesse privado sob a gestão dos serviços de saúde mental se constrói na linha de que a transformação do modelo assistencial deve articular as instâncias de cuidado em saúde dentro e fora da rede de saúde concebendo a teia de cuidado no território do usuário.

Neste sentido, é mais do que um serviço: é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. Além disso, mais do que reorganização, tal estratégia se relaciona intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde. (LUZIO; YASUI, p. 23, 2010)

Em quantidade de NAPS/CAPS implantados é possível verificar o impacto que a transição de método de financiamento gerou. Enquanto até o ano de 2001 o financiamento se dava através do contingente de usuários atendidos o número de serviços era de 295 no Brasil. Após o financiamento ser gerado por número de procedimentos (APAC) o número total sobe para 1.011 até o ano de 2006. (LUZIO; YASUI, 2010)

O quadro abaixo pretende visibilizar a quantidade de CAPS espalhados pelo país até o presente momento, de modo a demonstrar ao leitor, comparativamente com o exposto pelos autores, a situação nacional em que a presente pesquisa avalia a Política Nacional de Saúde Mental.

Quadro 1: Número de CAPS por região do Brasil

Região do país	N
Norte	171
Sul	453
Sudeste	948
Nordeste	932
Centro-Oeste	158
<i>União Federativa</i>	<i>2.662</i>

Fonte: Brasil, DATASUS – CNES (2015).

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial do país nas décadas que compreendem os anos de 1992 a 2015, mostra uma multiplicação desses serviços exponencialmente. Em nove anos a quantidade de CAPS mais que dobrou no território nacional, mostrando um empenho das gestões na implantação da Reforma Psiquiátrica, conforme segue o quadro abaixo.

Quadro 2: Número total de CAPS implantados por período.

Ano	N
<i>1992</i>	<i>24</i>
<i>1992 – 2001</i>	<i>295</i>
<i>1992 – 2006</i>	<i>1.011</i>
<i>1995 – 2015</i>	<i>2.662</i>

Fonte: Luzio; Yasui (2010); Brasil, DATASUS – CNES (2015).

Na mesma fonte do DATASUS, em dezembro de 2015, é possível encontrar o número de 435 destes serviços para o Estado de São Paulo. A quantidade de CECCO e outros serviços de saúde implantados para fins de oficinas de geração de trabalho e renda não puderam ser contabilizados devido ao não credenciamento deles no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES). O Quadro 3 ilustra a implantação da Política Nacional de Saúde Mental no que se referem os serviços de CAPS, enquanto

serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no município de São Paulo (capital do estado), São Bernardo do Campo, estado de São Paulo, região sudeste e união federativa. Também está presente no quadro a projeção média da população, na data de dezembro de 2015, para cada uma das localidades, a fim de expor a quantidade de serviços em relação à abrangência populacional.

Quadro 3: Comparativo de CAPS em município, estado, região e país.

Localidade	Quantidade de Centros de Atenção Psicossocial	Projeção de Média Populacional
São Paulo	83	11.967.825
São Bernardo do Campo	08	816.925
Estado de São Paulo	435	44.570.414
Região Sudeste	948	86.035.645
União Federativa	2.662	205.187.723

Fonte: Brasil, DATASUS – CNES (2015); IBGE (2015).

Vale ressaltar que não foi possível encontrar a modalidade de cada CAPS para apresentar precisamente a aplicação da Política de Atenção Psicossocial com relação à cobertura dos municípios, estado e união. A abrangência populacional da modalidade CAPS I é para 50 mil habitantes, de CAPS II é para 100 mil habitantes e CAPS III para 150 mil habitantes. Sendo que as diferenças entre as modalidades se dá na quantidade de profissionais e equipes multiprofissionais, abrangência de território e especificamente para o CAPS III, seja ele adulto, AD, infantil ou infanto-juvenil, a diferença se dá na cobertura 24 horas do serviço, contendo leitos para acolher usuários eventualmente. Neste aspecto é categórico afirmar que há pouco investimento financeiro para transformar os CAPS I e II em III, o projeto previsto na RAPS é de que exista apenas a última modalidade no país, mas existem algumas intercorrências que não permitem tal transformação. Essas esbarram por inviabilidade financeira de alguns municípios em arcar com os custos da manutenção do ideal de Política, resistência dos municípios e estados em enfrentar a transformação concreta do paradigma manicomial

para viabilizar a proposta da RAPS, abrangência populacional, visto que no Brasil há muitas cidades pequenas que não teriam porte para comportar um CAPS III e precisariam que a Política se adequasse à sua situação real, entre outras razões.

Com os dados apresentados publicamente, no seminário promovido pela comissão de saúde mental, álcool e outras drogas do Conselho Municipal de Saúde em 2015, pela coordenação municipal de saúde mental, álcool e outras drogas o município de São Paulo, por exemplo, tem apenas 6 CAPS III, somando-se entre seus tipos, na totalidade de 83 CAPS em sua política. No entanto, se todos os seus CAPS fossem transformados para a modalidade III o mesmo município precisaria de apenas 80 destes serviços, isso segundo uma conta simples baseada em número de serviços X abrangência populacional, seguindo os princípios preconizados na RAPS e nas Conferências de Saúde Mental, defendidos pelos movimentos da luta antimanicomial.

São Bernardo do Campo, por outro lado, tem 08 CAPS, como apresentado no quadro 3, sendo todos eles da modalidade III, mas precisava, seguindo exclusivamente o critério da abrangência populacional, apenas de 6 destes serviços. Justifica-se no caso de SBC uma análise aprofundada que será abordada mais a frente.

No entanto, é preciso na elaboração e execução da Política considerar outros fatores que determinam o planejamento do município, suas ações e prioridades que devem se articular com os índices de vulnerabilidade social de seus municípios, condições de vida na cidade, permanência dos usuários em hospitais psiquiátricos no passado, entre outros aspectos. É possível que em diversas circunstâncias esses serviços estejam presentes para além do espaço físico, já que faz parte da diretriz de cuidado do CAPS potencializar as redes sociais, as histórias, a cultura e o cotidiano de seus usuários em busca da participação no corpo social. A equipe multiprofissional desses serviços busca construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para todos os usuários tomando decisões em conjunto (profissional referência e usuário em questão) para garantir a responsabilização democrática dos pares na construção do cuidado em saúde mental.

A rede de atenção à saúde mental no Brasil tem como diretrizes a política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que preconiza o respeito aos direitos humanos no que tange a garantia de liberdade, autonomia e o exercício da cidadania. Também são

diretrizes dessa rede, que foi construída como um projeto de saúde mental coletiva que compõe o SUS, a promoção de equidade, garantia de acesso à qualidade dos serviços a partir de um cuidado integral e interdisciplinar. As ações intersetoriais de cuidado devem ser territorializadas e diversificadas com o objetivo de atender as pessoas em sofrimento psíquico incluindo a participação do usuário dos serviços e de sua família na construção do seu cuidado. Essa proposição de política comunitária de cuidado tem como lógica de atuação a *participação social* na construção e implementação que devem existir de forma contínua.

Envidar um panorama geral autêntico com esforços direcionados para articular as construções genéricas em um processo histórico sobre a Política Nacional de Saúde Mental é tarefa desafiadora. No entanto a apresentação deste capítulo busca ampliar horizontes para difundir conceitos que traçam a integralidade do cuidado em saúde sob os princípios doutrinários do SUS, enquanto política pública robusta e pouco investida, comparativamente à sua potencialidade.

3.1. Conceitos de apoio à Política de Saúde

Na discussão da Saúde e da Saúde Mental existem alguns conceitos fundamentais que circulam a estratégia de Saúde Pública do SUS, nesse trajeto, faz-se importante lembrar aqui de quais conceitos estão articulados nessa Política de Saúde para que mais tarde seja possível articular essas centralidades na composição da relação entre as políticas de Saúde e Trabalho.

A Saúde se constrói, de forma geral, sobre o conceito de *território*. Cabe neste contexto relembrar que dentre as diretrizes do SUS faz parte a descentralização e municipalização, que implica basicamente em engendrar esforços – da união, estados e municípios – para transformar a responsabilização sobre os serviços de saúde. Considerando que o município é o ente que está mais próximo do cidadão ele quem deve ser o interlocutor do cuidado em saúde. Curiosamente o dado da municipalização pode ser observado ano a ano nos dados de PIB dos entes do federativo, apesar da massa total de recursos ter aumentado pouco e nos últimos anos estabilizado na marca dos 3,9%.

O conceito de território é interdisciplinar e pode ser compreendido por diferentes visões e, portanto, exige-se um aprimoramento dessa questão no alinhamento de saúde pública integral e equânime à qual é defendida como Saúde nesta dissertação de mestrado. Neste sentido, Bezerra Jr. (2007, p. 244) coloca em seu artigo a centralidade deste assunto, no panorama da construção de política pública de saúde.

As noções de rede e território, por exemplo, que são centrais às proposições da Reforma, não podem ser pensadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes como os pequenos municípios do interior do Nordeste e os imensos bairros de São Paulo ou Belo Horizonte.

Monken, Peiter e Barcellos (2008) indicam que a ideia de território traça seu caminho do espaço político ao cultural, ao dialogar com os “territórios do cotidiano” *apud* Mesquita e Brandão (1995) esse conceito recebe um cunho de comunitário, pois é baseado na cooperação e intimidade a partir da relação que se estabelece com os elementos que permeiam esse mesmo espaço geográfico. Partindo do pressuposto de que a proximidade local atua na socialização entre os elementos a partir da categoria do *cotidiano*.

Essa dimensão de inter-relações tratada acima contribui para a concretização das práticas e ações sociais no revelar os contextos sociais de vulnerabilidade e forças do território. Nesse sentido a proposta de redimensionar o conceito de território surge como uma tentativa de integrar o papel do jogo de macro e micro poderes com os cidadãos e grupos sociais que habitam os ambientes, na função de distribuir os papéis interligando suas funções no espaço concreto que o ambiente apresenta.

Já a *territorialidade* é, pelo pensamento de Sack (1986), enraizada social e geograficamente, se relacionando principalmente com quem utiliza, como se organizam e qual sentido se dá ao espaço. Esses fatores se modificam de acordo com o tempo e com as tensões de poderes. O poder, não só aquele que se remete ao Estado, se expressa de várias formas, dentre elas pelo território. Portanto, a territorialidade se expressa em diferentes territórios e tem como base de variantes os contextos históricos e sociais, caracterizando-se como um componente importante de análise das intervenções territoriais.

Os autores Monken, Peiter e Barcellos (2008) apresentam alguns fundamentos que são essenciais para falar sobre território: intenção, apropriação, poder, delimitação e identidade. O território é espaço onde se exercem e se constroem os poderes de atuação dos cidadãos, do Estado e das organizações.

Rosler (2004) formula a discussão sobre psiquismo cotidiano a partir das obras de Leontiev (1978) e Heller (1994). A compreensão de psiquismo que ganha espaço nessa discussão é a que o considera um produto da experiência humana histórica e construída socialmente. Compreendendo então que as experiências materiais da realidade social a qual o sujeito viveu e vive são determinantes na constituição de seu psiquismo. Então, o psiquismo é correspondente à vida cotidiana do sujeito, pautando-se nas formas de perceber o mundo, sentir e agir que ele vivenciou na sua história pessoal.

Na relação entre cotidiano – não cotidiano, o autor constrói que a formação dos indivíduos, desde seu nascimento, conta com a inserção dele no meio cultural humano e assim perpetua-se por toda a sua vida. Nessa linha de análise, pode-se supor que essa formação inicia-se na esfera do cotidiano, mediado sempre por outros indivíduos que compõem o meio social desse sujeito. Então, considerando que “a vida cotidiana é parte

inerente à existência de todo e qualquer indivíduo” (ROSSLER, 2004, p. 103), o sujeito tende a partilhar dessa mesma cultura que engloba a linguagem, os instrumentos e os costumes desta sociedade a qual ele está inserido.

Portanto, sendo nosso sujeito os usuários de serviços de saúde mental, dentro deste contexto de Reforma Psiquiátrica, não seria possível, enquanto ser humano, sua existência na falta dessas objetivações como parte de sua vida cotidiana. Então a vida cotidiana se refere às atividades do dia-a-dia que são parte da ação do sujeito para a reprodução de sua existência enquanto ser humano. Já as atividades que compõem o não-cotidiano, são compreendidas como ações dos indivíduos para a reprodução de uma sociedade, são as ciências, teorias, fábulas e tudo aquilo que se é construído historicamente.

Neste sentido, a filósofa húngara afirma que a vida cotidiana é composta pelo conjunto das atividades voltadas para a reprodução da existência do indivíduo e a vida não-cotidiana é composta por aquelas atividades voltadas para a reprodução da sociedade. Assim, a cotidianidade consiste no espaço de satisfação das necessidades essenciais do indivíduo e, portanto, as atividades cotidianas são basicamente determinadas por motivações de caráter particular. Por sua vez, as atividades não-cotidianas são determinadas por motivações genéricas, isto é, que aludem à universalidade do gênero humano, a qual também não pode ser considerada um dado natural já existente no início da história humana, devendo ser vista como um dos resultados possíveis do processo. (ROSSLER, 2004, p.103)

Apesar de não ser o foco deste trabalho é importante ressaltar que neste sentido a produção de um discurso hegemônico sobre a loucura enquanto um fenômeno marcado pela periculosidade e pela doença, de forma a assombrar a humanidade com suas “fantasias irracionais” é uma construção universal, mas de comportamento individual, ou seja, o procedimento de exclusão dos ditos loucos como instrumento de trata-los e de proteger a sociedade é uma concepção criada pelo capitalismo e que ressoou apenas a partir do século XIX. Traz consigo a contradição de uma sociedade capitalista a qual se encontra em disputa os modelos de compreensão da loucura e cuidado do sofrimento psíquico.

Para a construção de uma Política de Saúde e uma Política de Trabalho que atuem conjuntamente em busca da reinscrição do sujeito tido como louco no corpo

social, para que não seja apenas um corpo inerte para ele e para a sociedade. A compreensão de cuidado deve implicar os serviços com a situação de sofrimento psíquico, mas também atuar frente à outras possibilidades de ação para o sujeito, que busquem de fato a construção de práticas de cuidado de reconstrução de seu projeto de vida, colocando-o em atuação junto ao corpo social, e assim, participante dele.

A partir dessa compreensão é necessário que os serviços ofertados pelo Estado possibilitem a construção da participação dos usuários dos serviços de saúde mental na reprodução e organização social. Considerando que o meio com o qual se garante a sobrevivência e as condições materiais para a participação no corpo social é através do trabalho, faz-se imprescindível que o Estado e a sociedade construam políticas públicas fortes e articuladas para ofertar oportunidades que respeitem a lógica de cuidado preconizada pela reforma psiquiátrica antimanicomial.

Os capítulos apresentados nesta dissertação de mestrado buscam erguer sustentação teórica para a construção e manutenção de Políticas que atendam às necessidades da população em vulnerabilidade social. Colocada a discussão acerca da questão social, apresentada pela lógica de reprodução material da sociedade capitalista e assumindo que a desigualdade social é um aspecto que exige superação, o compromisso dessa sustentação teórica é em garantir argumentos e possibilidades de arranjos que avancem na construção de uma Política de Saúde em articulação com uma Política de Trabalho e Renda que consigam no trabalho cooperativo atuar frente à superação de uma sociedade injusta e desigual, buscando equidade nas oportunidades ofertadas à população, inclusive para aquela parcela em sofrimento psíquico.

3.2. Saúde Pública *versus* Capital: a quem serve o Estado?

O objetivo deste subcapítulo é discutir de forma teórica e integrada a Política de Saúde construída no Brasil com o fenômeno da contínua privatização do Sistema Único de Saúde a partir das intervenções do Sistema Capitalista de Produção, que em 28 anos de SUS, desviaram a implementação do projeto popular de saúde pública, universal, integral e equânime.

O fenômeno da privatização dos serviços públicos, comumente encontrado na sociedade capitalista, pode ser analisado sob a luz de diversas teorias nas mais diferentes áreas, neste caso a análise sob o viés da Economia Política que o geógrafo David Harvey produz em seu livro *O novo imperialismo* de 2003 parece ser mais adequada para o objetivo deste texto.

Por *privatização* entender-se-á o fenômeno de transferir os *ativos públicos* produtivos do Estado para empresas privadas. Estes *ativos públicos* são bens coletivos, sejam eles recursos naturais ou serviços prestados à população, que a sociedade confia ao Estado, acreditando que ele serve ao povo de forma neutra.

Os recursos naturais e serviços públicos vêm sendo privatizados pelo Estado em prol do desenvolvimento das relações produtivas sob a égide capitalista, mais tarde trabalharemos a função do Estado na configuração de uma sociedade sob a dominância do capital. Isso, segundo Harvey (2003), se dá para solucionar o problema da *sobreacumulação*, ou seja, os excedentes de capital e de trabalho que se configuram como ociosos, não geram lucros, devem ser escoados para garantir a manutenção do desenvolvimento capitalista.

Para solucionar este problema busca-se aquecer a economia do país, estado ou cidade ofertando os ativos que estão sem produzir lucro para a iniciativa privada, de modo que seja possível atribuir um uso lucrativo dos serviços públicos, por exemplo, que antes tinham como objetivo, apenas ofertar o atendimento à população – a este processo Harvey (2003) atribui o nome de *acumulação por espoliação*. Sob a ótica do desenvolvimento capitalista, este fenômeno é o custo necessário para a oxigenação do sistema capitalista e em nome da *coesão social* o Estado se alia às forças reprodutivas materiais dominantes.

A sociedade confia ao Estado o cuidado dos bens coletivos, pois é socialmente

acordado no *Estado Democrático de Direito Republicano* que seu papel enquanto representação da população na gestão pública é de tomar as melhores decisões com o objetivo de proteger os interesses dos cidadãos que o elegeram.

Em 2015, István Mészáros no seu livro *A montanha que devemos conquistar* discute profundamente o papel do Estado na sociedade capitalista e, faz-se essencial trazer trechos dessa discussão nesta reflexão.

Assim, o funcionamento saudável da sociedade depende, por um lado, da *natureza* das ações produtivas materiais, de acordo com as condições históricas específicas que definem e moldam o seu caráter, e, por outro lado, da *modalidade* do processo *geral* de tomada de decisão política que *complementa* o processo sociometabólico, tal qual ativado na multiplicidade das unidades reprodutivas materiais particulares, ajudando-as a *coerir* em um *todo sustentável*. Sob algumas condições históricas – especialmente sob o domínio do capital como ordem sociometabólica de reprodução – essa coesão é possível somente se a dimensão de controle político geral se constituir como órgão de tomada de decisão *separado/alienado* de algumas das funções mais vitais. Pois as formações de Estado do sistema do capital devem agir como *corretivos necessários* – por tanto tempo quanto forem historicamente capazes de cumprir tais funções corretivas – para alguns *defeitos estruturais* identificáveis na própria natureza das *estruturas reprodutivas materiais*. Entretanto, e isso pode não ser suficientemente enfatizado como o outro lado da mesma moeda, a necessidade de *coesão* é uma exigência social *absoluta* e, portanto, não pode desaparecer nem mesmo com o “fenecimento do Estado”.
(pp. 93 – 94)

O que o autor evidencia em sua leitura teórica da realidade é que o Estado faz parte do processo sociometabólico de reprodução material, isto é, o Estado compõe as relações sociais da cadeia produtiva do sistema de desenvolvimento socioeconômico, meio a atuar inextricavelmente junto ao processo sociometabólico, e, assim, constituem uma unidade, um todo. De forma integrada o Estado busca corrigir tudo aquilo que poderia ser apresentado como uma rachadura, no entanto, tal rachadura é parte deste todo, tanto quanto o Estado o é, e de uma forma ou de outra a tentativa de corrigir os defeitos estruturais do sistema reprodutivo material capitalista, evidencia não só o fracasso do Estado em aplicar os corretivos necessários, mas também o fracasso do desenvolvimento pleno do sistema capitalista, mesmo este sendo, por essência, um desenvolvimento movido por crises.

É, justamente, nesta relação entrelaçada entre Capital e Estado que a Política de Saúde brasileira nasce enquanto a mais robusta política pública do país. Nos seus 28 anos de existência vivenciou duramente a mercantilização de seus equipamentos, instrumentos, tecnologias, cuidado e profissionais. O projeto popular que deu origem ao SUS é marcado pelo princípio da *universalidade*, a qual se propõe a ampliar os horizontes de atendimento, cuidado, prevenção e promoção de saúde, sendo que todo ser humano precisa ter acesso ao cuidado em saúde, independente de qualquer critério. Também se pauta no princípio de *cuidado integral*, considerando o ser humano em todos seus aspectos e reconhecendo que é necessário considerar mais do que a sintomatologia no cuidado em saúde, rompendo o paradigma saúde – doença. A *equidade*, assim como estes outros conceitos, é um ponto fundamental no SUS. Diz respeito ao trato igualitário, respeitando as necessidades e prioridades de cada usuário dos serviços em suas diferenças.

No entanto, mesmo com tal grandeza de gabarito o SUS foi espaço de inserção do capital privado nacional e internacional, e, sendo este proposto e construído em uma sociedade que em seu organismo possui o processo sociometabólico de reprodução material capitalista, obrigatoriamente, precisou fazer concessões, pois o mesmo Estado que produziu o SUS está garantindo a manutenção das relações capitalistas de produção.

Um dos grandes exemplos do empenho do Estado na manutenção das relações capitalistas é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que em 2000 foi promulgada como Lei Complementar 101. Essa legislação estabelece que os entes do federativo, municípios, estados e união, devem cumprir metas e limites com relação aos gastos públicos, restringindo as despesas com pessoal e com a seguridade social. No entanto, ao mesmo tempo em que restringe o custeio público para administração diretos dos serviços da seguridade social abre espaço para a destinação de recursos públicos para a iniciativa privada, assegurando os interesses dispostos pela lei das organizações sociais, Lei 9.637 de 1998, que estabelece às Organizações Sociais como entidades de interesse social e utilidade pública, evidenciando o exposto por Harvey (2003) e Mészáros (2015) sobre a acumulação por espoliação e sobre o papel determinante do Estado na manutenção da reprodução material capitalista.

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades

sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (Lei 9.637/1998)

A privatização dos serviços públicos de saúde e a terceirização dos profissionais de saúde coloca em risco o desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS, não só pela mudança no interesse de atividade, de oferta de serviços para reprodução de capital, mas também pela condição de trabalho dos profissionais de saúde.

Em seu texto *A precarização do trabalho imaterial: o caso do cantor do espetáculo lírico*, Coli (2006) apresenta ao livro de organização do Ricardo Antunes uma discussão sobre *produtividade indireta* que é valiosa para esta análise. A força de trabalho empregada na *prestação de serviços* é, Marx *apud* Coli, aplicada como *valor de uso* particular daquele trabalho, ou seja, é compreendido enquanto *atividade* e não como *coisa*. A atividade de prestar serviços de saúde é socialmente necessária e tem na sociedade capitalista seus valores de uso estabelecidos, em geral, pelo mercado de trabalho.

Esses casos, considerados, de trabalho improdutivo dão-se pelo fato de não ser força de trabalho empregada diretamente para produzir *capital*, mas para receber um salário ou renda que, de uma forma ou de outra, são novas divisões de rendimentos produzidas pelo trabalho excedente da reprodução material. Neste raciocínio, Coli (2006) estabelece duas razões que determinam a atividade de prestar serviços como improdutivo ou imaterial. A primeira pelo fato de ser uma atividade externa ao processo imediato de produção e de valorização do capital e, a segunda, por se configurar a venda do trabalho pelo próprio trabalho e não pela força de trabalho, na medida em que as relações se transformam em imediatas na singularidade do processo de circulação do capital de troca de valores de uso, fica atribuído para essas relações de trabalho o significado de “(...) troca de trabalhos objetivados entre vendedores de mercadorias. Aqui, o dinheiro não se converte em capital por trabalho vivo, mas conta a atividade do serviços prestado.” (COLI, 2006, p. 311)

Nessa lógica analítica compreende-se que o trabalhador que presta serviços, seja de saúde, seja de outro negócio, são pagos e geram renda através da mais-valia adquirida da exploração da força de trabalho de um trabalhador produtivo. Nesse caminho a terceirização da Saúde, através de sua privatização, é compreendida como

ainda mais aprofundada nesta relação Capital – Trabalho que foi construída brevemente no presente texto. Isto se dá porque ao privatizar o serviço de saúde o Estado endereça a relação de trabalhador – patrão para a Organização Social de Saúde, que por sua vez precisa gerar capital e pagar o trabalhador. Nessa cadeia a empresa extraí o excedente de capital entre o salário do trabalhador e o que sobrou da mais-valia, gerando lucro e transformando a *relação improdutiva de trabalho* em uma *produtividade indireta*. Muitas vezes a exploração da força de trabalho ganha caráter duplo, por explorar além do trabalhador produtivo o trabalhador improdutivo, diminuindo o salário dos dois para aumentar sua taxa de lucro.

Essa breve discussão sobre Trabalho Material – Trabalho Imaterial é importante para apontar em sua totalidade os desvios que a proposta do SUS sofreu em sua história. Vale ressaltar que o objetivo deste texto é apontar e delimitar as tensões do Capital na construção das Políticas Públicas, para que assim, possa ressoar nas estratégias, eventuais e futuras, de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Para compor essa análise é importante considerar o *trabalho excedente*, como Mézáros (2015) explica, é um elemento que expõe tal contradição por excelência do Estado e seu inviesamento para o lado do Capital. Neste aspecto o trabalho excedente na sociedade brasileira fica com o Estado, que define em qual investimento irá utiliza-lo, no entanto, é posto que nessa contradição que se redireciona para as classes dominantes de volta o capital excedente.

O subfinanciamento do SUS é histórico e acontece desde a sua criação, no artigo de Mendes e Funcia (2016) é possível acompanhar as irregularidades que foram criadas e recriadas nos últimos governos federais, estaduais e municipais para a manutenção do sistema econômico do país, mas que por consequência na Seguridade Social gerou graves a construção de muitas políticas, como a de saúde, a de assistência social, subfinanciadas e a limitação da universalidade. Ocorre que os gastos com ações e serviços públicos em saúde está estacionado desde 2009 – com exceção de 2010 que teve um montante menor ainda – até o ano de 2015 apenas em 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB). Enquanto que o gasto dos outros países, todos eles europeus, que contam na saúde com um sistema universal foi de 8,0% do PIB.

Visto que, se calcularmos apenas o gasto do governo federal em saúde pública os

dados são ainda mais estarrecedores. Em 2014, o governo federal gastou em saúde pública apenas 1,7% do PIB, mas em pagamento dos juros da dívida teve um financiamento de 5,6% do PIB. A política neoliberal na economia do Brasil muito se apoia no tripé econômico, superávit primário, cambio flutuante e metas de inflação, com essas ações, que vem calcando espaço nos livros de história no que se refere à administração pública, a proposta do SUS não só perde espaço, como precisa disputar espaço com o capital portador de juros. (MENDES; FUNCIA, 2016)

Outro exemplo histórico de realocação do capital da seguridade social para o uso livre do Estado em outras atividades é a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite que o governo federal retire parte dos recursos dos tributos advindos das contribuições sociais que antes eram vinculados à fundos públicos. Esse tipo de ação foi criado em 1994 para estabilizar a economia no pós Plano Real com o nome de Fundo Social de Emergência, mais tarde em 2000 recebe o nome de DRU, por sua característica temporária já foi diversas vezes renovada, a última vez foi em 2015 com prazo de validade até 2023. Os recursos retirados principalmente da saúde, educação e previdência social são utilizados pelos governos para formar superávit primário e manejar o capital para o pagamento dos juros da dívida pública. Hoje a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 87/2015 aumentou a percentagem de remanejamento dos recursos pela DRU de 20% para 30%. (MENDES; FUNCIA, 2016)

A sustentação do capital, sobremaneira financeiro, pelo Estado brasileiro fica dia-a-dia mais evidente basta verificar o Orçamento da Seguridade Social que está em uma curva crescente, mesmo se observarmos o ano de 2014, o qual foi o menor superávit em anos, há R\$53,8 bilhões que foram realocados pela DRU, enquanto a saúde pública padece pelo subfinanciamento. (MENDES; FUNCIA, 2016)

Nos 28 anos de SUS marcados pelo subfinanciamento e por uma atenção à saúde de qualidade e que se reconfigura a todo tempo para se modernizar e atender mais e melhor a população, se adaptando, na maioria das vezes, às necessidades reais da sociedade. Em partes a concepção da universalidade, como já foi apontado anteriormente, ainda não se cumpre na extensão geográfica e social da população brasileira, muito disso se dá por questões econômicas e políticas.

Assim, se configuram as Políticas Públicas no Brasil, e em todas as sociedades

capitalistas, em disputa com o Capital. O cenário que foi detalhado nessas reflexões compõe as forças que há muito tempo atuam na sociedade brasileira, classes dominantes contra classes trabalhadoras e populares. Neste meio campo encontra-se a Saúde Pública, buscando equiparar uma correlação de forças a muito desequilibrada. Este Estado o qual convivemos busca aplicar os corretivos necessários através da Seguridade Social, inventa-se e reinventa-se estratégias de redução da vulnerabilidade social, redução da desigualdade social, redução da mortalidade, ao mesmo tempo em que se amplia e se aprofunda a oferta de ativos para a iniciativa privada, em que serve o capital portador de juros sempre da forma mais perversa, criando fantasias acerca da “crise financeira” causada pelas Políticas Sociais.

É exatamente essa a função do Estado no modo de produção capitalista, ofertar a esperança de que será possível consolidar políticas de atenção e cuidado com as classes pobres enquanto sustenta o acirramento da exploração de capital e de trabalho. As Políticas Públicas hoje estão fadadas a desempenhar o mesmo papel que o Estado hoje desempenha, de escudo para a expansão e exploração capitalista. O SUS com sua característica popular e de resistência é ainda muito valioso, pois hoje é um dos poucos espaços em que todo e qualquer cidadão no Brasil utiliza, seja pela garantia da procedência da comida do supermercado, seja pelo cuidado continuado da Unidade Básica de Saúde. A Saúde no Brasil viveu transformações, mas também transformou a sociedade, é necessário discutir todos esses processos históricos, aprimorar as ações e espalhar pela sociedade todas essas discussões, sobre os desafios e sobre as transformações.

Para articular a geração de trabalho e renda às ofertas de promoção, prevenção e cuidado em saúde promovidas pelo Estado brasileiro faz-se necessário considerar a discussão anteriormente colocada. As dificuldades e os desafios apresentados para a construção de uma saúde pública de qualidade no Brasil são decisivos para a articulação dessa Política com as outras. As barreiras do modelo de reprodução material capitalista para a construção e implementação de Políticas Públicas e para a garantia de direitos constitucionais são muitas, foi exemplificado neste capítulo as dificuldades enfrentadas pelo SUS, no entanto, é imperativa a lógica de operar do modelo capitalista para a Políticas Públicas como um todo.

Neste sentido, assumir que a construção do SUS no Brasil foi a Política que mais

avançou nos últimos anos significa assumir também que a Política de Saúde recebeu demandas que deveriam ser cuidadas por outras áreas, que estavam mais fragilizadas e que, portanto, não deram conta de absorvê-las e/ou compreendê-las. Isso coloca em evidência que a construção da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial avançou apenas no que se refere à saúde e pouco conseguiu se espalhar nas outras frentes da sociedade, produzindo poucos efeitos de transformação em termos políticos-culturais.

O que implica em uma transformação antimanicomial enfraquecida e que ainda precisa de força para se constituir em outras áreas, como por exemplo a construção de uma Política Pública de Trabalho e Renda que acolha as pessoas em vulnerabilidade social e suas necessidades. Atualmente, para as pessoas em vulnerabilidade social e que se enquadram nos diagnósticos de transtorno mental grave conseguem o benefício financeiro da LOAS. No entanto, esse exemplo demonstra alguns aspectos problemáticos que vão de encontro com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

A lógica para retirar o benefício do LOAS é através do CID, portanto baseia-se em diagnósticos e em doenças, indo na contramão da transformação do paradigma saúde – doença do SUS, além de ser ineficiente para seu objetivo, que é ofertar o benefício para os usuários da RAPS que não conseguem trabalhar no mercado formal de trabalho. Neste caso, a CIF¹⁰, por exemplo, seria muito mais eficaz e atuaria diretamente na avaliação da capacidade de trabalho do usuário. As Políticas que estão em interface neste exemplo são de Previdência Social e de Assistência Social, ambas precisam de investimentos estatais e dos movimentos da luta antimanicomial para avançar na reforma psiquiátrica.

A contribuição desta pesquisa é justamente neste aspecto de avançar na consolidação da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial nas Políticas Públicas, construindo pontes entre a Saúde e o Trabalho com o objetivo de ampliar as trocas sociais para reinscrever as pessoas em sofrimento psíquico no corpo social caminhando em direção à emancipação.

¹⁰ A CIF é um sistema de classificação que compõe a *Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde* (OMS), constituindo o quadro de referência universal adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a funcionalidade do sujeito. As duas classificações, CIF e CID, têm objetivos distintos e podem ser utilizadas complementarmente.

4. Geração de Trabalho e Renda no Brasil

O presente capítulo busca sintetizar as construções acerca das relações de trabalho no Brasil, de forma a diferencia-las, recuperando a concepção da categoria Trabalho e sua inserção no campo da exploração da força de trabalho na construção histórica do país, considerando a possibilidade de sustentar a existência do trabalhador a partir de meios alternativos de geração de trabalho e renda.

Para tanto, faz-se cabível destacar o Trabalho enquanto atividade humana de transformação da natureza, concepção essa que convoca ideias mais abrangentes de trabalho, a qual irá destacar-se na atuação dos trabalhadores, e usuários dos serviços de saúde mental, em seus projetos terapêuticos desenvolvidos no campo da atenção à saúde. Além de que o processo analítico desse fenômeno é composto pela categoria Atividade que se configurará a mediação necessária na relação trabalho – terapia.

Furtado (2003) busca sintetizar teoricamente alguns processos relacionados ao trabalho. Coloca o caráter ontológico da construção de Marx sobre o trabalho enquanto atividade humana de modificação da natureza, pois a atividade é teleológica e constitui, assim, a condição que permite ao ser humano a construção da humanidade, da sociedade e nessa articulação concebe-se a relação ao redor do trabalho atividade – consciência – linguagem, enquanto mediações do modo de organização da sociedade. É a partir do desenvolvimento do processo produtivo que foi possível chegar até o processo de acumulação de riquezas, e por isso, é importante discutir nesses moldes o processo de trabalho, garantindo o caráter histórico que o concebe tal como é, até para garantir uma análise condizente com a realidade da subjetividade constituída sobre determinado fenômeno. Nos seguintes trechos pode-se compreender em Marx (1867/2013) os apontamentos acima comentados a partir de Furtado (2003) sobre a concepção de trabalho e o caráter teleológico da força de trabalho.

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 de 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 deste 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, 1867/2013, p.255)

Dessa forma, Marx (1867/2013) define o trabalho como atividade de transformação da natureza e de si mesmo, evidenciando a relação de troca entre homem – natureza, de modo que a intencionalidade, consciência, dessas transformações se sobrepõe como intrínseco ao ser humano.

Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animais [tierartig], do trabalho. Um incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvincilhou de sua forma instintiva. Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. (Marx, 1867/2013, pp. 255-256)

A diferenciação que o autor acentua em seu texto se dá baseado na construção histórica da força de trabalho e do modo como à atividade de transformação do mundo se constituiu enquanto venda e compra da força de trabalho. Nos mais sofisticados e nos mais simples trabalhos está presente o caráter teleológico, como exemplifica Marx no exemplo da relação que estabelece entre o arquiteto e a abelha. E é acentuada mais a frente a partir da afirmação de que “a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim”, garantindo a preocupação com a intencionalidade do trabalho diante de uma representação *a priori* de sua ação.

No que subsegue, faz-se necessário levantarmos a historicidade do ser social a fins de garantir a análise material e profunda das relações de trabalho constituídas no Brasil, de modo que a historicidade é processual desta análise. Segundo Lessa (2012, p.67), autor que se empenhou em discutir a categoria Trabalho e sua relação com o ser social a partir da visão de György Lukács, considera no campo ontológico o Trabalho

como mediação necessária para a compreensão da totalidade do ser, enquanto essência e fenômeno.

Como pano de fundo dessa ineliminável articulação (e, concomitantemente, insuperável distinção) entre ser social e natureza está a afirmação de Lukács de que o ser é um complexo histórico. (...) a vida só pode existir tendo por base o ser inorgânico, e sem a natureza como um todo não pode haver ser social. A troca orgânica do ser social com a natureza é a mediação ontológica que possibilita que o ser social se constitua enquanto esfera ontológica particular no interior da totalidade do ser em geral. Na tradição marxiana, tal mediação é o trabalho.

Ou seja, Lessa (2012) afirma o caráter histórico da relação entre ser social – natureza e a própria relação enquanto inextricável, sendo que a articulação entre esse binômio é orgânica e como tal, conduz a esfera particular – mediadora – ontológica para a compreensão de unidade, totalidade, sendo que essa particularidade referida é o trabalho. Neste sentido, o caráter fundante do trabalho para o ser social deve ser contextualizado na historicidade do próprio trabalho, e nesta mesma relação inextricável.

A história do trabalho no Brasil traz consigo substancialmente correlações importantes na constituição da dimensão subjetiva da realidade, vale recuperar o tempo escravagista que movimentou a economia no país durante todo o período colonial. Este traço da história brasileira traz marcas profundas no fenômeno racista que é disseminado neste país, inclusive com redução salarial para negros no mercados de trabalho, sobretudo para as mulheres negras, também é absolutamente alastrado na linguagem conotações preconceituosas referenciadas sobretudo na cor preta, permeando o vocabulário coloquial e formal. A economia se desenvolvia pela exploração da força de trabalho da população negra que foi importada para o Brasil para trabalhar principalmente na agricultura e mineração, mas ainda os colonizadores europeus acumulavam riquezas através da comercialização advindas do tráfico das pessoas negras. Ao final do período do Império, fim do século XVIII, foi abolida a escravidão, apesar disso, a população negra continuou sofrendo preconceito, algo que continua até a atualidade de forma intensa.

No final do século XIX as lavouras de café e açúcar estimularam a

industrialização no país, e assim foi necessário ampliar o contingente de força de trabalho para manter e ampliar o desenvolvimento econômico. Em busca de força de trabalho barata, o Brasil abrigou um grande contingente de trabalhadores europeus que imigraram para trabalhar nas lavouras e indústrias, este projeto de Brasil Moderno, ainda contava com o ideal de embranquecimento da população, outro ponto que contribuiu para a imigração de europeus para os postos de trabalhos. Furtado (2003) coloca o papel que a modernização do país teve na modernização da classe operária e camponesa, sua proximidade com o governo Vargas conquistou direitos trabalhistas importantes na proteção do trabalhador nas relações de trabalho, mas também manteve a tendência de colônia, baseando-se na legislação de Mussolini para a construção da CLT no Brasil, que vigora até hoje, apesar das ameaças de retrocessos.

O desenvolvimento econômico e capitalista do país a partir da década de 1930 busca profissionais que permitam controlar o trabalhador e otimizar a exploração da força de trabalho com os fundamentos modernos de aumento de produção. Já a partir do golpe militar de 1964 o marco histórico no trabalho é a abertura para o capital internacional, na busca pela modernização da indústria no país e pela ampliação da classe consumidora, de modo que se alarga o tamanho da dívida externa do país, produzindo uma maior dependência do Brasil ao capital internacional. (FURTADO, 2003) Cumpre destacar que as manifestações públicas da população e a possibilidade de auto-organização tanto dos trabalhadores quanto de toda a população foi ostensivamente oprimida pelo governo da Ditadura Militar, cunhando uma franja preconceituosa e repressora sobre a cultura brasileira no que se refere à militância de esquerda, classe trabalhadora e pobreza.

Enquanto consequência econômica o Brasil saiu da longa era de ditadura com a herança, que perdura até os dias atuais, de endividamento e altos índices inflacionários, os quais são argumentos comumente utilizados pelos governantes do país para justificar o tripé econômico: superávit primário, o câmbio flutuante e as metas de inflação. Já com relação à organização social de luta popular, Furtado (2003) analisa que foi durante a repressão ditatorial que os trabalhadores aprenderam a resistir e lutar pelos seus direitos, que reverberaram em um fortalecimento das organizações sindicais. No entanto, Alencar (2007) argumenta que a ofensiva do capital contra o trabalho a partir da década de 1990

foi paulatinamente, em doses homeopáticas, derrubando a força da organização coletiva e sindical dos trabalhadores. O avançar do capitalismo no Brasil veio de mãos dadas com o aumento do grau de exploração da força de trabalho, com o artifício de culpar o trabalhador e suas condições de trabalho, anteriormente conquistadas como direitos sociais, para justificar o desemprego e a desigualdade social. O desvio é direcionado para os microproblemas, pontuando que não há qualificação o suficiente da mão-de-obra ou que o custo dos encargos trabalhistas são altos, foram e ainda são utilizados como pretexto pelas empresas para garantir seus lucros sobre a exploração massiva da força de trabalho.

Pochmann (2004) lembra que nos anos que compreendem as décadas de 1930 e 1980 houve um grande crescimento do mercado de trabalho no Brasil movido pelo processo de industrialização e urbanização nacional. Outro ponto lembrado pelo autor é o papel da CLT na diminuição da heterogeneidade nas condições e relações de trabalho, que contribuiu para a ampliação e estruturação do mercado de trabalho formal no país. No entanto, a crise da dívida externa, em 1980, rompe com esse processo de estruturação do mercado de trabalho e em 1990 o prevalecimento de políticas econômicas neoliberais “aprofundou o quadro de estagnação da renda per capita acompanhado pela desaceleração na abertura de novas vagas assalariadas formais, o que abriu maior flanco para elevação do desemprego e de postos de trabalho precários” (POCHMANN, 2004, p. 25).

A partir da década de 1990 o Brasil se voltou à construção de políticas neoliberais, principalmente na condução do setor produtivo estatal, servindo à lógica da acumulação por espoliação. A privatização e terceirização do setor público serviu para internacionalizar parte dos setores econômicos nacionais, o que contribuiu para uma tendência de retroceder na estruturação do mercado de trabalho brasileiro. Isso somado ao fato de que “o país vem se inserindo de maneira subordinada e passiva na globalização, dependente cada vez mais da produção e exportação de bens primários (agronegócios e de extrativismo mineral)” (POCHMANN, 2004, p. 29), evidencia o desvio na consolidação dessa estruturação de mercado de trabalho, assim como, o caráter de colônia de sua economia. Há ainda, nesse conjunto de heterogeneidade do mercado de trabalho brasileiro os trabalhos, e em crescimento nas décadas de 1990 e

2000, destinados à prestação de serviços à população de classe média alta, estes trabalhos são a parcela que nesta dissertação foi nomeada de trabalho informal e que o autor caracteriza como segmentos não-organizado.

Paralelamente a essa situação, Cruz (2006) expõe que a economia solidária surge no Brasil como um fenômeno que aparece meio a crise de desemprego da década de 1990 para gerar trabalho e renda para quem não conseguia participar do mercado de trabalho formal. Com isso, surge um movimento que busca transcender a estrutura da sociedade atual, para assim, construir uma intenção social de que entre a economia, a cultura e a política haja solidariedade, esta como elemento ético fundante e operante dessas três escalas constitutivas da sociedade.

Entendemos por desenvolvimento um processo de fomento de novas forças produtivas e de instauração de novas relações de produção, de modo a promover um processo sustentável de crescimento econômico, que preserve a natureza e redistribua os frutos do crescimento a favor dos que se encontram marginalizados da produção social e da fruição dos resultados da mesma. (Paul Singer, 2004, p.2)

Neste sentido, a discussão da Economia Solidária expressa possibilidades de construir iniciativas econômicas marcadas pela associação entre os membros do projeto e, sobretudo pela ética da igualdade e fraternidade, propondo nos espaços de produção e comercialização a coexistência das diferenças. De forma que as dificuldades vividas por àqueles sujeitos excluídos do mercado de trabalho formal possam ser articuladas em uma produção coletiva, gerando trabalho e renda para garantir a sobrevivência dessa população, independentemente de suas diferenças. (CRUZ, 2006)

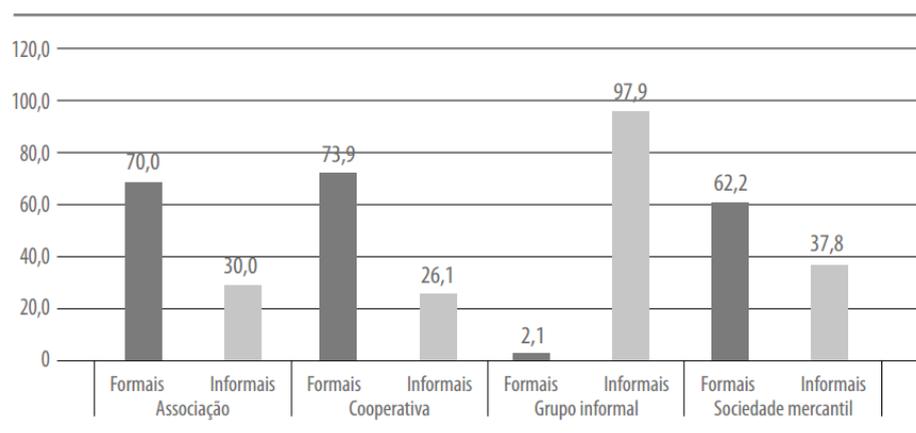
A autora Lima (2011) discorre sobre a história do surgimento da economia solidária na América Latina e no Brasil e apresenta que em todos os lugares a motivação em torno do surgimento dessa atividade produtiva é por conta da crise do desemprego e exclusão social. Essa alternativa de produção nasce meio às lutas sociais dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e que parte dessa organização social se encontrou sucumbida pela reestruturação produtiva e crise econômica. Caracterizada como um movimento social e objetivando a preservação e criação de novos postos de trabalho a economia solidária se coloca como uma alternativa potente para a parcela da população excluída do mercado de trabalho formal.

São estas as perspectivas que marcam a economia solidária no Brasil como um movimento de luta e resistência dos trabalhadores contra o capitalismo: práticas econômicas que tem como eixo o trabalho a partir da constituição de novas relações de trabalho que se pautam por princípios e valores totalmente inversos à lógica capitalista. (Lima, 2011, p. 36)

A economia solidária se constitui no espaço informal da economia no Brasil, conforme o caderno de debates do Observatório Nacional de Economia Solidária informa “O termo “economia informal”, caracterizando atividades econômicas que ocorrem fora do espaço padrão de corporações e empresas privadas ou entidades do setor público” (BRASIL, 2015, p. 16).

A imagem 1 mostra em porcentagem quantos dos empreendimentos econômicos solidários conseguiram se formalizar para atuar enquanto unidades de produtivas formais sob a lógica de trabalho apresentada na Economia Solidária. Sendo que, a coluna mais escura representa os grupos formais e a mais clara os informais, subdivididos por meio de organização. A realidade de dificuldade em formalização não representa apenas os grupos que se declaram informais por natureza, por não terem encontrado uma forma de se organizar que favoreça sua produção e comercialização, mas também aos que têm outra realidade de organização, cooperativa, associação ou sociedade, e que por algum motivo não conseguiram realizar o registro de CNPJ.

Imagem 1: Distribuição dos empreendimentos econômicos solidários por condição de formalização segundo forma de organização. Brasil, 2009 a 2013 (em %).



Fonte: MTPS/Senaes.Sies
Elaboração: DIEESE

Tais unidades de trabalho são conceituadas pelo Governo Federal como “a

economia solidária se caracteriza pelo conjunto de atividades econômicas – produção de bens e de serviços, distribuição, consumo e finanças – organizados e realizados solidariamente por trabalhadores e trabalhadoras sob a forma coletiva e autogestionária.” (Idem, p. 20). Os empreendimentos econômicos solidários devem ter como referência as diretrizes de cooperação, autogestão, dimensão econômica e solidariedade. A constituição de empreendimentos econômicos solidários deve, portanto, engendrar esforços em busca de envolver um conjunto de elementos de viabilidade econômica que se constituam enquanto processos de trabalho horizontalizados e de gestão participativa em que os resultados sejam repartidos de modo justo e equitativo e que estabeleçam relações comunitárias de caráter emancipatório.

Na imagem 2, localizada abaixo, pode-se visualizar nas regiões do país a correlação entre atividade econômica e a formalização dos empreendimentos. O dado que se destaca quando analisada a região sudeste é que dentre as seis divisões econômicas em 5 a região está na condição de maioria de empreendimentos informais, sendo que para o objetivo desta pesquisa as atividades econômicas que mais interessam (por serem os ramos de atividade econômica em que os usuários da RAPS estão inseridos) são: produção e comercialização e prestação de serviços ou trabalho a terceiros, que aparecem com os dados de 74,2% e 63,4% de informalidade, respectivamente.

Imagem 2: Distribuição dos empreendimentos econômicos solidários por condição de formalização e atividade econômica principal. Brasil, 2009 a 2013 (em %).

Atividade econômica principal e condição de formalização	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Brasil
Comercialização ou organização da comercialização	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formal	67,9	56,5	41,3	47,9	57,7	49,7
Informal	32,1	43,5	58,7	52,1	42,3	50,3
Consumo, uso coletivo de bens e serviços pelos sócios	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formal	55,1	65,8	64,6	35,0	63,0	62,6
Informal	44,9	34,2	35,4	65,0	37,0	37,4
Poupança, crédito ou finanças solidárias	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0
Formal	75,0	55,9	32,0	88,8	62,5	65,2
Informal	25,0	44,1	68,0	11,2	37,5	34,8
Prestação do serviço ou trabalho a terceiros	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formal	57,9	49,9	36,6	63,8	56,6	51,8
Informal	42,1	50,1	63,4	36,3	43,4	48,2
Produção ou produção e comercialização	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Formal	44,9	53,6	25,8	34,6	48,7	44,0
Informal	55,1	46,4	74,2	65,4	51,3	56,0
Troca de produtos ou serviços	100,0	100,0	100,0	100,0	98,8	100,0
Formal	59,8	72,4	35,5	12,8	55,6	57,2
Informal	40,2	27,6	64,5	87,2	44,4	42,8

Fonte: MITPS/Senaes/Sies
Elaboração: DIEESE

A publicação que discute as características da informalidade dos empreendimentos econômicos solidários apresentada pelo Brasil (2015) aponta algumas questões a serem observadas para o desenvolvimento de pesquisas e Políticas voltadas à geração de trabalho e renda. Uma das discussões segue o debate acerca da escassez de recursos para buscar a formalização dos empreendimentos, ou até mesmo a falta de conhecimento e acessibilidade no processo de legalização das atividades produtivas. Apresenta-se ainda a questão relacionada à geração de renda em si, ao passo que esses grupos produtivos têm em vista absorver um contingente de trabalhadores que estão excluídos do circuito formal de trabalho, podendo não necessariamente buscar o lucro, mas sim a garantia das condições materiais para a sobrevivência.

Sobre as atividades econômicas informais, a mesma publicação discute que essa característica pode colocar os empreendimentos em uma situação de fragilidade na disputa de mercado, impondo ao grupo algumas limitações importantes, principalmente no que se refere à participação em licitações públicas e privadas, o que provavelmente interferirá no seu desenvolvimento econômico.

A falta de investimento público na promoção de políticas de geração de trabalho e renda produziu, segundo Pochmann (2004), poucas alternativas de trabalho

emancipatório, o que permitiu aos grupos sustentar-se apenas em médio prazo e muitas vezes se submetendo à economia capitalista. O autor coloca que “Poucas têm sido as experiências de políticas públicas articuladas e integradas a uma estratégia de inclusão soberana e de caminhos associados à autonomia social, política e econômica coletiva” (p. 30), reforçando a necessidade de produzir políticas públicas de trabalho e renda articuladas entre à outras ofertas sociais, trabalhando em conjunto para a participação das pessoas em situação de vulnerabilidade no corpo social.

Por complementação histórica, vale ressaltar que durante as décadas seguintes aos anos 2000 ocorreu uma expansão do financiamento público para os projetos voltados às iniciativas de cooperativismo e economia solidária, tanto ao nível federal quanto ao nível municipal ao longo do país. Contudo, os programas eram pouco articulados com as políticas sociais do país e não se consolidaram enquanto política pública, se tornaram projetos fechados que se findam neles mesmos. Por óbvio, é necessário contextualizar que a lógica neoliberal de privatização e terceirização impediu a construção de equipamentos e serviços públicos que atuassem na consolidação da incubação e da qualificação dos empreendimentos econômicos solidários.

O autor ainda apresenta estratégias para a constituição da Economia Solidária enquanto Política Pública. A primeira estratégia apresentada é a construção de um estatuto enquanto regulação pública para assim diferenciar as cooperativas fraudulentas que se utilizam da economia solidária para reduzir direitos trabalhistas e que na prática não seguem os princípios do cooperativismo, autogestão e solidariedade entre os pares. Outro ponto que deve ser trabalhado pelo poder público é acerca do financiamento de projetos que visam o desenvolvimento dessa alternativa econômica, buscando mecanismo de operação de créditos que sejam compatíveis com seu modo de produção e comercialização. Ao mesmo tempo, faz-se imprescindível a criação de instituições para a qualificação tecnológica e técnica do fazer em economia solidária.

Outra discussão que o autor faz referenciado nas estratégias para o aprimoramento e desenvolvimento dessa alternativa econômica se dá na construção de caminhos para ampliar a rede de indústria e comércio, tanto para o exterior quanto para o interior do país, nesta última uma boa alternativa é no que diz respeito às compras públicas, pois estas representam 30% da renda nacional e podem contribuir muito na ampliação das redes de comercialização e distribuição.

O futuro da economia solidária pressupõe o desenho de uma estratégia de inclusão social, capaz de combinar o fortalecimento de medidas comprometidas com a redistribuição de renda e com caminhos de emancipação social, política e econômica. (POCHMANN, 2004, p.32)

O relato de Lima (2011) sobre o II CONAES atualiza e sustenta a necessidade de constituir uma Política Pública adequada para proposta de geração de trabalho e renda da Economia Solidária. A reivindicação do congresso era de que seja implantado um Sistema Nacional de Economia Solidária que operasse na mesma lógica que o SUS e o Suas operam, buscando garantias de que essa política se consolidasse enquanto uma Política de Estado.

Neste sentido, se evidencia a necessidade de construir diretrizes e princípios análogos aos do SUS para a constituição de uma Política Pública universal de trabalho e renda que transcenda conteúdos programáticos de alcance de metas pautados em dados estatísticos de emprego e desemprego. O que se apresenta enquanto demanda neste caso é a construção de uma política pautada na necessidade de trabalho da população em que se contemple a geração de renda de forma mais equânime e cooperativa.

4.1. Saúde Mental e Geração de Trabalho e Renda

O Trabalho enquanto uma atividade humana de modificação da natureza se constitui como uma condição importante para o ser humano na construção coletiva da humanidade. Portanto, a pessoa que está na condição de incapaz de produzir por conta de seu sofrimento psíquico – convive, diariamente, com preconceitos e também com as contínuas tentativas de exclusão social – e, precisa encontrar caminhos para construir e garantir sua atuação no corpo social. Em outras palavras, aquele corpo construído, histórica e socialmente, enquanto inerte tem a possibilidade de se reinscrever enquanto um corpo participante e social a partir da condição de agente transformador da natureza e construtor da humanidade. Da mesma forma, tem como oportunidade a transformação de si mesmo e da natureza, podendo também transformar a lógica em que a sociedade opera.

Todavia, ainda existem outras motivações para que as equipes dos serviços de saúde mental da RAPS busquem construir projetos de geração de trabalho e renda. Os usuários desses serviços, conforme foi apresentado anteriormente no primeiro capítulo,

sofrem com a desigualdade social, o que infere uma condição, muitas vezes, de precariedade e miséria. Reconstruir a história das pessoas não participantes do corpo social também implica em conquistar melhores condições materiais para garantir a sobrevivência e o usufruto de cultura e lazer, de modo que a geração de trabalho pode e deve garantir a geração de renda.

A portaria que regulamenta a RAPS, 3.088/11, tem em seu eixo VII a previsão de atividades de cooperativismo no corpo de seus serviços, no entanto, não há recursos orçamentários destinados a estas ações, bem como, falta-lhe direcionamentos para a implantação dessa estratégia. Em tempo, é preciso ressaltar que os CAPS do estado de São Paulo já haviam, em sua maioria, construído projetos de geração de trabalho e renda aos moldes da economia solidária e do cooperativismo antes mesmo da publicação desta portaria. Nessa linha, alguns municípios construíram serviços específicos para desenvolver essas ações de geração de trabalho e renda como Santo André com o Núcleo de Projetos Especiais (NUPE), São Bernardo do Campo com o Núcleo de Trabalho e Arte (NUTRARTE), Guarulhos com o Projeto Tear.

Ao relatar a experiência do núcleo de trabalho promovido pela Política de Saúde Mental do município de Santos, Kinker (2014) afirma que o trabalho deve servir como estratégia para a transformação do cenário social. Habitar o corpo social enquanto sujeitos de direitos se direcionando para uma leitura de mundo que potencialize sua subjetividade, diferentemente, da produção de subjetividade que o corpo inerte impõe ou que lhe é proporcionado pelas lógicas manicomiais.

Aqui, o trabalho podia ser visto como uma das muitas possibilidades de participar das cenas sociais, de dar novos sentidos às contradições sociais que produziam até mesmo as instituições totais como agências produtoras de controle disciplinar e violento. Mas não poderia ser qualquer trabalho, o mercado, com suas injunções, há muito já enunciou que não há lugar para os loucos a não ser no manicômio. (...) Foi por isso que decidimos produzir experiências ricas em termos de produção de sociabilidade, valores, relações, poder que deveriam forjar situações reais de trabalho coletivo, vinculadas efetivamente ao mercado. (KINKER, 2014, p.54)

De acordo com Oliveira Neto et al (2014), o Projeto Tear tem por objetivo a inclusão social pelo trabalho para a população usuária da Rede de Atenção Psicossocial

da cidade de Guarulhos a partir de sete oficinas de trabalho: Encadernação, Marcenaria, Mosaico, Papel Artesanal, Serigrafia, Tear & Costura e Vitral. Os participantes de cada área são em média quinze trabalhadores/artesãos, todos eles usuários dos serviços de saúde mental da cidade, e dois oficineiros, que orientam o trabalho.

O relato sobre os dez anos de existência do projeto traz a experimentação cotidiana da tentativa de superação de um modelo de trabalho protegido e por isso marcam as diferenciações entre oficinas de trabalho e oficinas terapêuticas. É percebido pelos autores – e também funcionários do Tear – Oliveira Neto et al (2014) a transformação do lugar social do trabalhador do projeto, a visão dos familiares e da sociedade sobre esses atores demonstra a potência que o protagonismo mediante as oficinas de trabalho, reuniões, assembleias, fóruns, ações artístico culturais, feiras de artesanato e economia solidária proporcionam, segundo o relatado pelos próprios trabalhadores aos autores. O projeto do Tear propõe para os artesãos a experiência de um trabalho coletivo em que são responsáveis por todo o processo de produção em um formato cooperativo e autogestionário, ampliando as suas possibilidades de trocas sociais e de técnicas artesanais. (OLIVEIRA NETO et al, 2014)

No relato de experiência da Pastelaria Q'Sabor, do Nutrarte, os autores Henna, Correia e Silveira (2014) destacam que a participação no Fórum de Economia Solidária foi importante para os rumos do projeto. Em 2011, foram convidados a compor o Espaço Solidário, um local fixo de comercialização. Em 2012, a prefeitura reformou o espaço e o transformou em cozinha com praça de alimentação, ao passo que, ao mesmo tempo a pastelaria conseguiu o apoio do Instituto Consulado da Mulher, que prestou assessoria técnica e de incubação ao grupo, além de doar equipamentos para a produção de alimentos.

Pouco a pouco a identidade dos, não apenas usuários, mas também trabalhadores, foi se transformando. O escopo de habilidades foi se ampliando e cultivando impactos consideráveis na vida daquelas pessoas. Trabalhavam de segunda à sexta, e, paulatinamente, conquistaram independência no seu cotidiano de trabalho. Eram em 6 trabalhadores, sendo que se destaca aqui dois deles ex-moradores de hospital psiquiátrico que se emanciparam da inerência de seu corpo e apropriaram-se das trocas sociais transformando-se em sujeitos de direito e desejo. Outro trabalhador voltou a estudar, justamente para ser mais hábil na função de caixa, e se encontrou com a

possibilidade de terminar o ensino básico.

O trabalho com sentido, numa pastelaria de fato, localizada no centro comercial da cidade, num espaço fora dos muros do CAPS, foi um grande diferencial na vida dessas pessoas. Foi o que os ajudou a se enxergar como trabalhadores, capazes de desenvolver atividades “normais”. Foi o que contribuiu para o processo de mudança do seu “lugar social” na sociedade. (Henna; Correia; Silveira, 2014, p. 70)

Por fim, os autores carregam em seu texto o relato de uma vivência inspiradora, que nutre na interesetorialidade a construção de novos papéis de cidadania e de inscrição no corpo social. Destacam que o que permitiu esse caminho foi o desprender do Nutrarte das “amarras” terapêuticas dos serviços de saúde e partir para a vivência da vida cotidiana de uma clínica psicossocial.

4.2. Cooperativismo Social

Nos últimos anos a discussão acerca da formalização dos projetos de geração de trabalho e renda por usuários dos serviços da RAPS cresceu e abriu espaço para o debate sobre o Cooperativismo Social. Evidenciando algumas problemáticas que impedem a articulação para a formalização desses grupos enquanto cooperativas ou empreendimentos econômicos solidários.

Sob uma forte influência da Reforma Psiquiátrica Italiana o Brasil buscou diretrizes em muitos aspectos que moveram a história da Itália nas estratégias de desinstitucionalização. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) A Lei 180 de 1978 da Itália, conhecida como Lei Basaglia, proíbe a criação e manutenção dos manicômios, reorganiza os recursos para uma rede de cuidados adequada buscando a cidadania e direitos sociais dos “doentes mentais”. Era uma legislação genérica que produzia a necessidade de revisão de tempo em tempos para apreender as transformações estruturais que estavam em curso, bem como, articular essas estruturas entre si. (ROTELLI; AMARANTE, 1992) Conforme as pessoas eram retiradas dos manicômios foi surgindo a necessidade de conquistar seus espaços no corpo social e para isso utilizou-se da estratégia de geração de trabalho e renda.

As cooperativas sociais, criadas nos primeiros momentos da desconstrução

do manicômio de Trieste, foram amplificadas enquanto empresas sociais, isto é, um conjunto de iniciativas, serviços, estruturas, trocas sociais, idéias, que visam produzir os processos de singularização e ressingularização. A estratégia da desinstitucionalização se estende no território, modificando as relações de poder e saber entre as pessoas em torno dos objetos loucura, desvio, diversidade. (Amarante, 1997, p.181)

No Brasil, em 1999 foi aprovada a Lei 9.867 que “dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.”, que tem como público alvo as pessoas com deficiência, em sofrimento psíquico, egressos de hospitais psiquiátricos ou de prisões, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e adolescentes na faixa etária adequada para o trabalho e que sofrem econômica, social ou afetivamente.

No Brasil existe a Lei 9.867/1999 das Cooperativas Sociais. Inspirada pela experiência italiana das cooperativas sociais, foi aprovada, mas imediatamente vetadas nos mecanismos mais essenciais para seu funcionamento como instrumento de equidade. Mas marcou o início do debate sobre uma modalidade de cooperativismo ainda pouco conhecida. Cooperativas para pessoas em desvantagem no contexto de um mercado de trabalho cada vez mais excludente e invalidante. Cooperativa para empreendedores de uma sociedade mais justa e equânime. (Kinoshita, 2014, p.22)

Então, o que impede os grupos de formalizarem-se e aumentarem suas chances de comercialização, produção e oferta de serviços? Muitas problemáticas compõem essa discussão, complexificando a resposta a essa indagação. O texto subsequente tentará contribuir para essa complexa discussão.

Já foi evidenciado anteriormente pela argumentação oferecida por Pochmann (2004) e Lima (2011) a falta de financiamento do Estado para a construção de uma Política Pública de geração de trabalho e renda que contemple a Economia Solidária nos seus princípios, construindo diretrizes para a efetivação desse modo de produção. O mesmo problema se reproduz na Saúde Mental, no entanto, neste caso, o vácuo de uma Política de Trabalho implicou em uma absorção das práticas de geração de trabalho e renda pela Política de Saúde, o que produz serviços de Saúde buscando a construção de práticas de geração de Trabalho em seus espaços de cuidado.

Os recursos e instrumentos que a Saúde tem para a construção de práticas de trabalho são limitados, pois seu objetivo não é produzir trabalho, mas sim produzir saúde. Valladares et al (2003) recuperam a discussão acerca das oficinas terapêuticas e que contribui para a questão pautada nesta dissertação. A primeira distinção importante que deve ser feita é que a Política de Saúde não propõe um “tratamento moral” como foi amplamente discutido na história da Saúde Mental, isto é, um conjunto de práticas terapêuticas que visem utilizar-se do trabalho como um recurso terapêutico. A proposta de oficinas terapêuticas no cuidado em saúde mental inaugura uma nova e importante metodologia de lidar com o fenômeno da loucura. Isto ocorre a partir de três elementos que constituem a oficina terapêutica: as possibilidades de criação artística e experimentação, de elaboração de trabalhos manuais que propõem o aprendizado de técnicas de produção artesanal e de construção de um espaço de convivência social entre os usuários, profissionais e convidados.

No entanto, é preciso indagar-se sobre as possibilidades que as práticas terapêuticas de fato colocam para o sujeito no que se refere a tarefa de conquistar seu espaço no corpo social para que não se repita uma lógica manicomial de cuidado. Amarante (1997, p. 172) argumenta que:

As Cooperativas Sociais são constituídas com o objetivo, não mais “terapêutico” (...), mas de construção efetiva de autonomias e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas Cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos.

Neste sentido, as oficinas de trabalho quando construídas pela Saúde correm na fronteira de práticas distintas, sob o risco de se confundir com as oficinas terapêuticas, seja pelos usuários dos serviços, seja pelos trabalhadores, seja pelos gestores das Políticas Públicas. Portanto, em um serviço estritamente de saúde, como o CAPS ou a UBS, por exemplo, os mesmos profissionais que constroem conjuntamente com o usuário do serviço seu Projeto Terapêutico Singular, as oficinas terapêuticas e as práticas de cuidado em saúde seriam os responsáveis por acompanhar o usuário nas oficinas ou projetos de trabalho e renda. Sendo que, o objetivo da oficina seria diferente exigindo outros olhares que não o do cuidado apenas.

Contudo, os serviços que atuam especificamente com a geração de trabalho e renda, como os núcleos de trabalho, mas que ainda compõe a rede de saúde poderiam superar essa problemática. No entanto, ainda teriam que lidar com outras questões colocadas por serem um equipamento de saúde como por exemplo a problemática da ampla convivência social no desempenho das atividades de trabalho. Em outras palavras, os membros da oficina seriam restritos às pessoas que são usuárias do serviço, proporcionando a perda de uma oportunidade de participação em um espaço de convivência social que permitiria novos encontros com outras atividades para aquelas pessoas.

Estas questões colocadas inauguram uma etapa que dialoga diretamente com o campo e objeto de pesquisa estudado por esta dissertação de mestrado. Propondo, a partir de uma análise dos dados coletados no Núcleo de Trabalho e Arte de SBC, possibilidades de arranjos para a concretização da articulação entre as Políticas Públicas de Trabalho e Saúde Mental, partindo da perspectiva de incorporar o fenômeno da loucura ao corpo social e suas atividades de reprodução social.

5. Um caminho para a reprodução social: análise de uma experiência municipal de núcleo de trabalho

No ensejo de analisar as possibilidades de arranjos e os desafios apresentados na articulação das Políticas de Saúde Mental e de Trabalho surge a oportunidade de analisar uma experiência de núcleo de trabalho de uma RAPS municipalizada que funcionou enquanto articulador entre e para a saúde mental e o trabalho. Para alcançar o objetivo deste estudo é preciso compreender o que seria a reconstrução das oportunidades de reprodução social junto ao fenômeno da loucura.

Na reflexão que Basaglia (1979/2010, p. 294) pontua em seu artigo, o debate colocado circunda a relação razão – desrazão e o lugar do fenômeno da loucura nessa dialética. Estabelecida a problemática da loucura enquanto questão a ser incorporada pelo corpo social e seu modo de reprodução material, o emaranhado conflituoso se declara enquanto o desafio de incorporar o fenômeno da loucura não mais como a divisão em categorias ou diagnósticos das pessoas. Legitimando a forma de compreender a loucura que o SUS e a Reforma Psiquiátrica construíram no Brasil, no qual se destaca, para esta discussão, o olhar para a integralidade do ser humano e o rompimento do paradigma saúde – doença.

O problema da loucura é sempre problema da relação entre indivíduo e organização, donde problema de espaço, físico e psicológico, que o indivíduo encontra dentro do grupo. Embora enfatize formalmente o indivíduo e sua liberdade, a racionalidade na qual se baseiam nossa cultura e a organização social e do trabalho que a produz estrutura-se de fato sobre a expropriação dessa individualidade e sobre a redução da massa expropriada a um conjunto serializado de indivíduos. De maneira análoga, embora tendo reconhecido a desrazão como parte da natureza humana, essa racionalidade limita-se a acolhê-la em si a fim de separá-la e canalizá-la aos setores criados para que ela se expresse sob tutela.

Contribuindo na profundidade desse pensamento, Basaglia (1979/2010) trazendo a ideia de que antes de identificar a loucura como doença a sociedade enxergava neste fenômeno a miséria humana, que aponta para o recorte de classes sociais colocado pelo modelo de reprodução material. A organização social tem o dever de definir condições

para a coexistência dos diferentes desejos e diferentes corpos, de modo que se evidencia outro apontamento da forma de organização colocada pela sociedade, a dominação e exploração entre grupos. O que conduz para uma desigualdade entre grupos, construindo hierarquias de interesses pautadas na capacidade de dominação e exploração de um grupo a outro.

A miséria tem muitas faces: a da fome e da indigência e a do empobrecimento total da existência humana. A racionalidade burguesa conservou a primeira nos bolsões necessários ao equilíbrio da lógica econômica sobre a qual se fundamenta, mas produziu a segunda em seu próprio seio. (...) Nenhuma regra para defesa da existência do homem, mas todas as regras feitas para a sua dominação e manipulação. A essa norma não pode identificar-se o homem dominado, porque ela é feita para a sua destruição, mas tampouco o pode aquele que pertence à fileira dos dominadores, sob pena de entorpecimento e morte de sua humanidade. (Idem, p. 296)

Então, para esconder a violência de sua organização social, nomeia-se loucura enquanto doença, permitindo o tratamento desse mal, e afastando a humanidade da essência do fenômeno. “Primeiro mata-se o homem ou impede-se que ele viva, e depois a “ciência” – a psiquiatria e as ciências humanas – piedosamente, preocupa-se com as reações de impotência e desespero, ou de apatia, recusa, associalidade que acompanham a morte por asfixia.” (BASAGLIA, 1979/2010, p. 297-298).

No delineamento da ciência médica, há um “compromisso inicial entre ciência e organização da produção” (BASAGLIA, 1979/2010, p. 302), que, portanto, impõe a definição de doente àquele corpo improdutivo. Logo, o que se define enquanto doente é tudo aquilo que se mostra perigoso para o bem-estar da organização social. E o método que mais dialoga com tal lógica de diagnosticar é justamente a eliminação do corpo doente do corpo social, para evitar o contágio. Abre-se, pela ciência, a possibilidade de reinserção ao corpo social o *corpo orgânico reparado* e produtivo. Entretanto, a organização manicomial de tratamento transformou a relação entre corpo orgânico – corpo social em uma contradição impossível de superação, em nome dos interesses da organização social.

Então, a afirmação de Basaglia (1979/2010, p.304) baseia-se em estabelecer uma

compreensão de que o sujeito internado e colocado como parte do manicômio está participante da sociedade na medida que o manicômio é parte do corpo social enquanto afagador da loucura. O ponto em si é a condição de participante que esse sujeito opera.

O que é integrado ao convívio social, o que pode vir a fazer parte da sua ordem racional, é o manicômio enquanto continente da loucura. É esse o verdadeiro objeto da ciência psiquiátrica, o motor produtivo do seu saber. No interior dele interrompe-se a história, suprime-se a identidade social do seu conteúdo e opera-se a totalização do indivíduo em seu desvio psíquico.

Colocando-se enquanto corpo inerte que tem sua humanidade mortificada, esse sujeito não encontra possibilidade de participar do corpo social enquanto corpo orgânico, mas apenas enquanto integrante do manicômio. Na transformação da compreensão do fenômeno da loucura para o paradigma existência – sofrimento cabe-se a possibilidade de desconstruir o olhar da sociedade para esse corpo orgânico, construindo novas possibilidades para este indivíduo e para o próprio corpo social. Possibilidades estas que reinscrever no corpo social a presença e participação daquele sujeito com seu sofrimento existencial.

É neste aspecto que caracterizamos neste trabalho a compreensão de conquistar a reinscrição do usuário dos serviços de saúde mental no corpo social, enquanto parte da reprodução social. Compreendendo que os serviços da RAPS têm o dever de construir junto ao usuário essas possibilidades, a noção construída na análise do processo de reprodução social compõe a recuperação para àquele sujeito dos sentidos e significados da noção de cidadania e de sujeito de direitos e, também, a mediação da relação dele com o corpo social.

Assume-se, então, o caráter da centralidade do trabalho para a humanidade, bem como, a centralidade do caráter de produtividade dos sujeitos enquanto condição para a participação do corpo social. Além do que compreender a noção de cidadania enquanto conquista do direito ao trabalho digno para os usuários dos serviços de saúde mental posiciona-se enquanto estratégia necessária para a conquista de seu espaço enquanto corpo social.

Para compor essa discussão será apresentada uma unidade de análise, nos subcapítulos que se seguem, que foi categorizada em quatro frentes integradas. As

categorias de análise apresentam reflexões acerca do processo de articulação intersetorial de Trabalho e Saúde enquanto instrumento de cuidado e socialização para pessoas em situação de sofrimento psíquico e/ou com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos.

A experiência que foi analisada parte das entrevistas com os profissionais do Nutrarte, além dos projetos de geração de trabalho e renda que estão ativos atualmente, a análise focalizou, especialmente, na experiência do projeto Pastelaria Q'Sabor que atuou por um ano e meio junto à CTR, serviço pertencente à SDETT de SBC. Sendo que esta experiência do núcleo é a atuação que mais o diferencia de outros serviços voltados para a geração de trabalho e renda do estado de São Paulo.

5.1. O Trabalho como direito na construção do cuidado compartilhado

Esta categoria de análise inaugura o conjunto de quatro categorias que compõe a unidade de análise desta dissertação, que se referencia em uma experiência de geração de trabalho e renda que parte da articulação das Políticas de Saúde e de Trabalho do município de SBC. Espera-se que nesta categoria seja contemplada a análise acerca do processo de cuidado compartilhado que o Nutrarte participou e participa, que inclui a promoção de cidadania e a configuração do usuário da RAPS enquanto um sujeito de direitos, tendo como foco o direito ao trabalho.

Nos relatos de Luiz, Ricardo, Chico, Laís e Camila foi possível identificar a aproximação das equipes dos serviços Nutrarte e CAPS sob a tônica do cuidado compartilhado e a co-responsabilização do processo de participação do corpo social. Há um entendimento sobre a crise no processo terapêutico que a proposta de cuidado compartilhado contribui para o próprio projeto de conquista da participação no corpo social, que o Nutrarte propõe na linha de antecipar a crise para não recomeçar o projeto do usuário. A expressão utilizada por Luiz evidencia a compreensão de reprodução social, conforme o destacado no texto.

(...) envolve o profissional do CAPS e delinea o PTS, ajudando este profissional que se perdia na condição de profissional de referência, ajudando a definir o trabalho do próprio CAPS, quando o sujeito está se desestabilizando o CAPS coloca em HN¹¹ e tira o cara da vida, mas se o processo da mediação estivesse ocorrendo muito antes não precisava disso, se o profissional de referência estivesse em outros locais que não só no CAPS então as propostas mais sólidas ficam mais fáceis para o profissional não se perder, aproximando eles. (Entrevista com Luiz)

Entender que mesmo o processo previsto pela RAPS para estabilização da crise, implica em uma concepção manicomial de retirada do sujeito do projeto de participação do corpo social, já que se deve prever a continuidade das atividades do cotidiano, ou seja, deve-se ao cuidar da crise continuar em prática o PTS do usuário, adaptando as possibilidades para a execução do PTS, sendo que os serviços devem estar preparados para esse processo. O que coloca em evidência que outras pautas para além da saúde são

¹¹ Hospitalidade Noturna, expressão utilizada para se referir à internação no CAPS III.

compreendidas não enquanto cuidado ou parte da vida do usuário, ou do PTS dele, mas sim enquanto pautas para outros serviços.

Ao longo da história relatada por Luiz, aparece a questão da inclusão da pauta do trabalho à discussão de cuidado construída com o CAPS. O que ele coloca como uma contradição, já que por mais que o discurso do CAPS seja de ampliação dos horizontes de cuidado para práticas menos medicocêntricas e de medicalização da vida do usuário, ainda assim, não conseguiam conceber acompanhar outras discussões no circuito terapêutico do cuidado no serviço.

(...) o campo do trabalho começa a fazer parte da pauta, por mais que se desconstruiu a ideia da medicalização a pauta do trabalho só começa a fazer parte da pauta agora, com essa construção que desorganiza o CAPS do lugar de saúde. (Entrevista com Luiz)

Evidenciando que aproximar o Nutrarte da própria rede de saúde, e aproximar o CAPS da RAPS de SBC, foi uma construção necessária para o processo de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Pontuando que por mais que a construção dos sentidos e significados da cidadania junto ao usuário seja um dever dos serviços de saúde mental, nem sempre é óbvio que ela compõe enquanto prática de cuidado em saúde, e que precisa ser construída como possibilidade de cidadania. O campo do trabalho propõe ao CAPS ampliar sua concepção de saúde, incluindo a pauta do trabalho enquanto parte da vida do sujeito que se faz como necessário refletir como dar conta quando em crise. Assim como, a concepção do “lugar de saúde” (sic.) deve ser confrontada e desestabilizada – principalmente caso o modelo de cuidado se expresse através da lógica ambulatorial, desconsiderando as possibilidades de promoção de saúde – o lugar do trabalho também precisa conter a possibilidade de cuidado, de modo que a integralidade das pessoas possa ser respeitada.

Na mesma perspectiva, o lugar do Nutrarte na RAPS vai se configurando nas entrevistas e no espaço de observação enquanto um mediador do cuidado em saúde para a conquista da reinscrição no corpo social. A construção desse serviço de mediador que a partir do olhar técnico de quem acompanha o processo dos usuários de emancipação dos serviços de saúde para a construção do trabalho nos espaços de convivência social e que discute e se empenha na construção de um referencial de cuidado integral, que

considere as mais diversas temáticas que se apresentam na vida do usuário e que não necessariamente dizem respeito à loucura, ao uso abusivo de drogas, ou sobre seu diagnóstico, mas que fazem parte da vida para além do CAPS, da vida na rua, na construção ou reconstrução dos laços sociais familiares, de amizade, ou de trabalho.

Além dessa análise, há também o sentido de buscar novos espaços identitários para o usuário “coloca-lo em outra condição, não só para que ele o veja e se sinta em outra posição social, mas que os outros o vejam” (sic. Luiz), pontuando o esforço de colocar os usuários para experimentar novos lugares, provocando novas possibilidades de ser visto pelas outras pessoas e de se ver de outra forma.

O lugar protegido da RAPS promove a oportunidade de gerar trabalho e renda experimentando a lógica do mercado de trabalho formal quando surge, por exemplo, a possibilidade de “bolsa inserção pelo trabalho”. A proposta circunda a vivência de que o usuário trabalhe na zeladoria e limpeza dos CAPS e que em troca exista no município uma bolsa que remunere este trabalho, como um emprego formal faz. O que coloca essa proposta na mesma direção da discussão que se monta a partir da questão do uso da cozinha do CAPS como local de produção para os grupos de alimentação. Há um tensionamento entre o profissional e o usuário que está buscando uma estratégia de garantir seu trabalho.

O projeto de bolsa inserção pelo trabalho que o Nutrarte está gestando se aproxima do que Rotelli (1989, p. 156) relatou que foi construído na Reforma Italiana em Trieste.

(...) possuir um trabalho, possuir um salário, é um elemento de Saúde Mental na nossa sociedade. Então nós fizemos um contrato, nós constituímos a primeira cooperativa e fizemos um contrato de aliança com a administração, para que este trabalho fosse reconhecido como trabalho; o trabalho de limpeza – portanto, pago – como um contrato e com uma relação esta cooperativa e a administração que fornecia este trabalho. Além disso, foi um elemento muito importante, porque naturalmente isto modificou muitas coisas dentro do hospital psiquiátrico, porque isto deu um estatuto completamente adverso, um estatuto de livre cidadão-trabalhador para essas pessoas. Isto também serviu para modificar radicalmente a relação entre essas pessoas e os enfermeiros, por exemplo, porque modificou totalmente a

identidade dessas pessoas e, portanto, também a relação.

Causa desconforto porque mexe com a relação estabelecida poder médico (ou profissional da saúde) com o doente/paciente (usuário). Para o usuário transformaria seu lugar radicalmente, possibilitando novas perspectivas de interação com o serviço de saúde, ampliando suas possibilidades de troca social e implicando o profissional de saúde nessa ampliação e inscrição no corpo social.

A preocupação com a resistência dos profissionais na implantação desses projetos é válida na perspectiva do rompimento com as lógicas manicomiais, no entanto, não foi possível compreender se estava projetada a discussão de que construir em outros espaços, que não na saúde, poderia exteriorizar tanto a discussão da luta antimanicomial quanto o debate da participação do corpo social através da estratégia do trabalho. Estar em espaços diferentes dos que se remetem ao cuidado configura-se em transitar em novos espaços e se estabelecer com novas identidades neles também, o que é possível considerar como um caminho mais curto para essa construção identitária de forma mais independente do apoio da saúde mental.

No relato de Chico, especificamente por ter conquistado o trabalho de monitor de oficinas terapêuticas, pode-se perceber o avanço na construção de novas identidades e a potência que essa composição de lugares usuário do CAPS AD – Funcionário da RAPS trouxe para seu cuidado, seu jeito de enxergar a vida, de promover o cuidado em saúde mental e de construção na geração de trabalho e renda para os usuários da RAPS. Segue a narrativa de Chico sobre os encontros psicoterapêuticos com a psicóloga, nomeada pela pesquisadora de L., que o atende no CAPS AD apontando para essa conexão:

Bem legal né? Tipo, quando eu fiz tratamento há 8 anos atrás né?: “*Nossa, como você tá melhor L. Qualidade né, com essas experiências*”. E ela fala: “*Não, você também, tá bem mais potente agora!*”. E eu sou um exemplo, de certa forma também. “*Pô, o cara é usuário, né?*” (Entrevista com Chico)

Sugere-se, pela narrativa apresentada, uma horizontalização da relação de cuidado promovida pela geração de trabalho, pôde-se vivenciar nessa situação tanto para a psicóloga quanto para o usuário a possibilidade humana do sofrimento, enquanto parte da existência, o que produz ao mesmo tempo a possibilidade de ser um trabalhador

da saúde, um sujeito que produz transformação no ambiente de trabalho e que também transforma a si mesmo e as suas relações sociais nessa oportunidade de trabalho.

Outra forma que se configurou como parte da atuação do Nutrarte foi o lugar de apoiador nas demandas de trabalho. Na construção da implicação do CAPS nas ações de reinserção social pelo trabalho, os grupos de alimentação foram se transformando em uma estratégia de articulação em rede, Laís conta que:

Basicamente a ideia da Rede é fazer não morrer as iniciativas de alimentação que muitas vezes estão acontecendo dentro do CAPS e querem estar nas feiras, querem fazer as coisas, ou não tinham apoio nenhum, ou estava o menino só dentro do CAPS e a ideia é que a gente conseguisse juntar essas iniciativas pra estarem no território, e muitas vezes os técnicos do CAPS ou não queriam ir pro território ou não conseguiam. (Entrevista com Laís)

O apoio do Nutrarte a essas iniciativas contribuiu para o avanço dos projetos de trabalho que estavam vinculados aos CAPS. No entanto, nas falas da equipe do núcleo é perceptível uma contradição sobre o papel do núcleo, que se apresenta no funcionamento da RAPS, para além do discurso da equipe. Teria o Nutrarte o papel de um serviço de cuidado em saúde que oferta práticas terapêuticas enquanto e de experimentação do corpo social ou um serviço de apoio ao trabalho que discute com os serviços de saúde as possibilidades de participação no corpo social, colocando os profissionais da saúde para mediar essas experiências?

Ao passo que, é uma questão que cria barreiras, no olhar da equipe do Nutrarte, o fato dos técnicos dos CAPS não conseguirem ou não quererem acompanhar os usuários nos eventos de comercialização. Inscrevendo um sentimento de solidão na articulação dessas ações de reprodução social, conforme pode-se entender da fala de Laís:

(...) no caso, por exemplo, do “Alvarengão”, não queriam ir pro território. Mas a gente sentia que os usuários queriam, queriam vender em outro lugar, mas se dependesse só dos técnicos de lá não conseguiriam vender. No CAPS infantil, as técnicas querem sair, mas não conseguem pela quantidade de coisas que tem pra fazer lá, então meio que a gente se propôs a ser esse canal de articulação; de ter um evento, vai todo mundo, se elas não puderem ir a gente apoia. (Entrevista com Laís)

O fato das técnicas dos CAPS não quererem ou não conseguirem apoiar os projetos de trabalho, seja pela alta demanda de saúde, seja por não desejarem, denota que o CAPS é um serviço de saúde e por si só não comporta a promoção de Trabalho enquanto tarefa. Comporta articulação para cultura, trabalho, arte, mas não dá conta de executar com o vigor necessário que os serviços destinados às temáticas teriam, principalmente, no que tange a governabilidade de construir com outros atores o espaço de trocas sociais. Entendendo que cabe ao núcleo articular, mas incomodada com a não participação do CAPS nessa construção, Laís coloca:

(...) mas a gente entende que a gente faz essa articulação toda com todos eles e o quanto essas trocas com eles e entre eles são bacanas, né, do AD conseguir respeitar o adolescente, do adolescente respeitar o transtorno, essa troca toda pode ser junto. (Entrevista com Laís)

Apareceu na coleta de dados a história que o relato de experiência¹² de Henna, Correia e Silveira (2014) contam, no entanto, outros versos da mesma história, do grupo de alimentação, foram recuperados por Camila e por Laís. A história de Dona N.¹³ narrada pelas entrevistadas proporciona compreender o papel da atividade que tem como intenção gerar trabalho e renda na construção de autonomia das pessoas que vivenciaram a violência de opressão e destituição de sua condição de sujeito produzida pela internação no manicômio. A possibilidade de uma atividade fora do circuito terapêutico e do território da saúde, o espaço da CTR, permitiu à Dona N., de acordo com a leitura das entrevistadas, participar de outra territorialidade e experimentar novas relações cotidianas em torno de uma mesma atividade, o trabalho.

Uma coisa que marca muito pra mim a trajetória da Dona N. além dela ter conseguido chegar nessa autonomia de pegar a condução e falar “*hoje eu quero ir 6 horas e chegar lá mais cedo*” e antes não tem que esperar a cuidadora chegar, pra tomar o remédio, e agora não, toma o banho dela e “*estou indo*”. (...) Então, o quanto ela adquiriu essa autonomia (...) daí começou essa coisa de celular e tecnologia e ela quis também comprar o celular dela (...) e eu fui com ela nas Casas Bahia e ela que escolheu. E quanto que foi positivo na vida dela? Ela é usuária do CAPS e com o próprio

¹² Presente no subcapítulo 4.1., referente à história da Pastelaria Q’Sabor.

¹³ A história de Dona N., narrada por Camila e Laís durante a entrevista, consta na íntegra no anexo 2.

trabalho ela comprou o celular, os próprios usuários do CAPS que foram ensinando como mexer, e ela começou a se comunicar e ser muito mais independente. (Entrevista com Camila)

A relação entre atividade, cotidiano e território se apresenta, na história relatada, atuando ao mesmo tempo. A atividade não seria compreendida como transformadora se não estivesse presente no cotidiano da vida de Dona N., esses dois elementos juntos, por sua vez, quando atuando na territorialidade do Trabalho têm caracteres diferentes da territorialidade da Saúde. Pensando que a sua independência de deslocamento e de autocuidado se transformou em um curto espaço de tempo (1 ano), em comparação com a quantidade de anos (16 anos) que aquela senhora vivenciou o aprisionamento no manicômio, se faz evidente a compreensão de que este trabalho desempenhado naquele espaço com aquelas relações sociais estabelecidas, de uma forma ou de outra, possibilitou a conquista de seu espaço no corpo social.

Para além da figura de trabalhadora, produtora, o Nutrarte conseguiu construir junto à Dona N. o lugar de consumidora, Rotelli (1989, p. 157) discutiu isso enquanto discursava acerca da reabilitação psicossocial.

(...) nós gostávamos de imaginar que era melhor que essas pessoas se divertissem do que trabalhassem; em outras palavras, readquirir a capacidade de se relacionar com os outros pudesse passar muito mais através do papel de consumidor do que do papel de produtor.

A concretude das relações sociais cotidianas vivenciadas na vida de todas as pessoas – como a relação familiar, de amizade, de trabalho, de inimizade, de hierarquias, de horizontalidade – se tornou de fato a vivência dessas relações para os trabalhadores da pastelaria, se constituindo fora do circuito terapêutico, sem o cuidado, observação e interpretação de um profissional da saúde a todo tempo, relembrando e denominando todas as atitudes – daquela e com aquela senhora – como condicionadas à sua condição de ex-interna ou de louca. Não desmerecendo o fato de que também atuavam essas condições naquelas relações, mas evidenciando que a mudança de território possibilita a construção de outras identidades, como a de trabalhadora, como a de uma cidadã que anda de ônibus, como a de uma trabalhadora que comprou seu celular.

De modo que, Camila entende que o trabalho constrói as condições necessárias para ressocialização, para a transformação de identidades e para a autonomia. Conforme demonstra nessa análise:

Então quando a gente pára para refletir o quanto o trabalho fez essa diferença. Tanto da autonomia dela, que ela foi adquirindo por causa do trabalho, porque senão ela estaria da casa pro CAPS, do CAPS, faz um grupinho, volta pra casa, naquela vida sedentária, você vê até no físico, Dona N. andava com o ombro caído, cabeça baixa e depois não, ela ergue os ombros pega o ônibus e é dona da vida dela. (Entrevista com Camila)

Outro ponto que é evidenciado pela fala de Camila é o papel que a articulação com o Trabalho, a mediação do Nutrarte e a possibilidade de estar em outro espaço que não necessariamente o terapêutico produziu na vida de Dona N., de modo que coloca limites na transformação que o CAPS pode proporcionar na vida dos usuários. Por mais cuidadoso e diversificado que sejam as atividades desenvolvidas pelo CAPS, continue-se na lógica da produção de saúde, para construir novas e diferentes facetas na vida dos usuários é preciso partir para outras atividades em outros territórios e territorialidades. Com o acompanhamento de uma equipe preparada para garantir o cuidado ofertado pelo CAPS, é possível a vivência de um “trabalho protegido” que medeia o trajeto para o mundo do trabalho, proporcionando ao mesmo tempo a construção de novas relações do sujeito com o corpo social.

Em outras palavras, o projeto terapêutico singular **unicamente** no território da saúde, ou mesmo do CAPS, tem uma limitação justamente para construção de reprodução social. Pontuando o encontro com outros desafios, que estão no campo da sociedade no geral, mais distante do espaço protegido do CAPS e mais próximo da “vida como ela é” de forma apoiada, junto do apoio da Saúde Mental.

Outro elemento que aponta na diretriz da promoção de cuidado pela geração de trabalho e renda é referente ao processo de autonomia do sujeito, tanto diante de sua vida, quanto diante do processo produtivo do trabalho. Ricardo aponta para o processo que foi vivenciado na oficina de marcenaria, o projeto Mater Oficina, acerca dessa questão.

(...) então hoje não tem essa preocupação: "a gente não foi e os caras não tem

o que fazer", não. Se a gente não vier pra cá, tem chave pra eles aqui. E todos com consciência, com cuidado de mexer em máquina, sabem quem pode mexer e quem não pode, sabe o que pode fazer um e o que o outro pode fazer, é legal isso, né? A gente acaba aprendendo com eles também, a gente: "*Olha, isso eu não quero fazer; isso eu não sei fazer; isso eu não posso fazer*", e o que é mais importante também é fazer com que eles respeitem o outro (...) (Entrevista com Ricardo)

Sustentar o lugar da autonomia do outro, daquele que está na condição de cuidado, é sustentar também o projeto de autocuidado. O dever é caminhar para que aquele que está sendo cuidado também participe e aprenda como se cuida, do outro e de si mesmo, para que se construa um caminho de cuidado que dispense, eventualmente, o cuidador. Esse processo, muitas vezes, é difícil também para o profissional da saúde, porque implica em se enxergar como dispensável, no entanto, este cuidador foi fundamental para o sucesso do cuidado, a autonomia no cuidar-se.

A proposta de horizontalização das relações de cuidado também se apresenta nesse processo, é a partir dela que é possível construir um projeto autônomo de cuidado e, portanto, de trabalho. Neste aspecto, só é possível horizontalizar as relações se há um processo de compartilhamento do cuidado, tanto com profissionais de outros serviços trazendo o conceito de co-responsabilização do cuidado entre serviços. Quanto no processo de compartilhar o cuidado com o próprio usuário co-responsabilizando ele também pelo seu projeto de vida. A entrevista com Ricardo ainda sustenta o processo de responsabilizar a todos os usuários-trabalhadores da Mater pelo cuidado de todos eles. Apresenta uma importante reflexão na condução da oficina.

(...) por exemplo o T., o T. é de transtorno, ele pára, fuma muito, ele pára e as vezes vai embora e o que prejudica nele fazendo isso, de fumar não, mas dele ir embora mais cedo é que na hora da partilha ele não tem, porque é por hora, então aquilo não vai ter, como ganho dele, ele vai deixar de ganhar aquelas horas. E pra eles era um pouco difícil isso: "*Ah, ele não fica na oficina; ele não quer fazer nada; ele faz isso, ele não faz aquilo*". (...) Pra eles entenderem isso, que eles e outros que venham é um caso bastante especial, acho que foi um ganho muito legal eles perceberem isso, e eles trazendo propostas (...). (Entrevista com Ricardo)

Construir o processo de solidariedade e cuidado compartilhado de todos os

participantes da oficina foi processual de modo que se conduziu a partir da visão pelas diferenças. As diferentes formas de estar presente no trabalho, o limite que cada participante sustenta, seus contextos e condições de vida e seus sofrimentos são singulares, portanto devem ser considerados no cuidado e no trabalho. Construir um projeto de geração de trabalho e renda pelas diretrizes da Economia Solidária, como Cruz (2006) colocou, pela fraternidade, solidariedade, pelo cooperativismo e horizontalização das relações de produção, dialoga diretamente com essas questões que surgem na narrativa apresentada. No entanto, se apresentam na Economia Solidária e Saúde Mental, juntas e separadas, como questões a serem superadas pela sociedade e pelo modo de produção capitalista.

A complexa tarefa de compreender o sofrimento do outro e propor alternativas para a superação de tais adversidades de modo que não busque a exclusão do outro e sim a construção de diferentes possibilidades, de novos arranjos para o trabalho cooperativo se transpõe em todas as relações, pois são processos do coletivo, da sociedade. É preciso esforçar-se para inverter a obviedade da lógica de retirada do problema, de expulsão do corpo em sofrimento, que causa incômodo. Mobilizando o coletivo para outra metodologia de ação, que possibilite lidar com os desafios de forma positiva, superando as dificuldades, buscando arranjos para trabalhar conjuntamente em torno de um mesmo objetivo de produção.

5.2. Reprodução social: inclusão do indivíduo – exclusão do manicômio

Nesta categoria de análise buscou-se condensar elementos que a dialética inclusão – exclusão produz na dinâmica cotidiana da busca por inserir as pessoas em sofrimento psíquico no corpo social enquanto um corpo pertencente e não mais enquanto a instituição manicomial. Discorrem-se histórias que retomam a dimensão da aceitação da loucura enquanto condição humana pela sociedade. O que se posiciona nesta categoria são os caminhos que se percorre na luta pela superação de uma sociedade desigual e produtora de sofrimento.

Esta temática se apresenta enquanto uma batalha a ser travada em todos os espaços em que se busca transformar as relações para inscrever a loucura enquanto parte do corpo social de modo que não prevaleça a lógica manicomial, mas sim a lógica da liberdade e da equidade. Essa discussão foi colocada no início deste capítulo e no relato das entrevistadas Camila e Laís retorna, principalmente, no que tange a história de participação da Pastelaria Q’Sabor da CTR de SBC, enquanto questões a serem superadas na relação entre Loucura – Sociedade.

As técnicas colocam que precisavam atuar enquanto mediadoras a todo o tempo em que o grupo estava atuando na cozinha da CTR, nas questões do cotidiano vibravam os conflitos dessa relação. Como coloca Camila:

Porque o outro foi lá, lavou a mão e molhou toda a pia e o chão, já é um problema. Já é um problema porque o outro que não é da saúde fala: *“Eu não vou ficar trabalhando com uma pessoa que toda hora que lava a mão molha o chão!”* *“Então, mas ele pode secar depois.”* *“Mas pra mim não dá.”*. Então, vamos aprender a lavar as mãos, coisas bem bobas mesmo que as pessoas ficam batendo e falando que não dá pra ter. Independente se é só o D., se é o outro. (Entrevista com Camila)

Nesse trecho da narrativa, para além do exemplo da dificuldade colocada no relacionamento dos usuários da CTR, se destaca a diferenciação que ocorre, “o outro que não é da saúde”, tanto para o sujeito que é da saúde mental, quanto para o sujeito que não é. Coloca-se uma barreira opositora, demonstrando que não foi possível superar essas diferenças, mesmo todos sendo usuários do mesmo espaço naquele momento. A identidade e o lugar social de trabalhadores encontraram brechas no cotidiano do

trabalho para impedir essa transformação.

Em parte, isso se deve ao pré-conceito colocado pela visão tradicional sobre o fenômeno da loucura. As transformações que os profissionais da saúde produziram na sua visão de mundo não está totalmente disseminada para a população e deve ser discutida e colocada em todos os momentos para que de fato se implemente no cotidiano tais modificações e perspectivas de cuidado. Os exemplos apresentados pelas entrevistadas surgem para evidenciar a difícil relação entre as outras pessoas que utilizavam o espaço e o público da Saúde Mental trazendo à pauta o preconceito e a intolerância da sociedade, mesmo que seja um projeto de geração de trabalho e renda, de cooperativismo social.

(...) é um usuário nosso que está lá e que fala alto, que é agressivo ou um adolescente que não teve uma estrutura familiar que ensinasse pra ele que ele não pode cuspir na rua. Porque que ele não pode? E ele reproduz isso lá. E daí assim, será que a gente tá realmente incluindo? Não sei. (Entrevista com Laís)

Entretanto, outra parte dessa questão deve-se justamente à relação de participação no corpo social. Se conforme Basaglia (1979/2010) colocou que o que está inscrito no corpo social é o manicômio, a partir do momento em que essa circunscrição aparece há a oportunidade de reverter esse olhar, mostrar ao corpo social que aquele corpo orgânico não é mais tido como um “manicômio” ou corpo doente, mas sim enquanto sujeito de direitos, capaz de trabalhar e com o direito de utilizar daquele espaço para o trabalho, assim como qualquer outro sujeito.

O Trabalho sendo uma atividade que é desempenhada para garantir a sobrevivência na sociedade capitalista, mesmo no espaço da economia solidária coloca em evidência a capacidade de tolerar as diferenças do outro, conduzindo para o debate da construção das mesmas regras, valendo para todos e sendo estas consensuais para ambos os usuários-trabalhadores da CTR. Na narrativa de Laís se destaca a diferenciação entre os usuários da CTR, como se os que também são usuários da Saúde Mental do município tivessem menos direito de utilizar aquele espaço, ou então expostos a regras diferentes para estar na CTR. O discurso da entrevistada retrata questionamento quanto a metodologia de autogestão que exclui os usuários dos serviços

de saúde mental.

Acho que a proposta de inclusão, só do fato de “*Traz eles pra cá e vamos tentar!*”, isso já é bacana. Agora, não dá pra parar nisso, tem uma coisa que é concreta, que é o quanto as pessoas conseguem realmente ficar aqui dentro das regras que vocês colocam, e não das regras que se constroem coletivamente, que é diferente, por exemplo, das regras que a gente está construindo coletivamente pra esse espaço do Rudge Ramos, completamente diferente, é isso, a gente sabe que algumas coisas não pode fazer, mas não dá pra falar: “*Oh, não pode fazer assim.*”, tem que ser “*Então vem cá, não pode fazer porque é isso, isso e isso*” e explicar o porquê, então vamos construir juntos um meio termo nesse meio do caminho e a gente nunca conseguiu chegar a ter essa conversa assim, tinha uma coisa que vinha de cima pra baixo: “*Olha, isso aqui não pode!*”, então espera aí, não dá pra gente fazer inclusão assim. (Entrevista com Laís)

Este questionamento refere-se ao meio que a equipe do Trabalho encontrou de “incluir” os usuários, ou seja, de “incluir a loucura” no espaço de trabalho e convivência, coloca que o problema dessa inclusão é que não está, necessariamente, disponível para conviver com outras formas de lidar com o mundo, com a falta de contorno dentro do contrato social que a loucura propõe. Recuperando a discussão sobre vulnerabilidade, questão social, e miséria, produzida nos capítulos teóricos desta dissertação, pode-se compreender também que esse questionamento tem fundamento na condição social em que a loucura está colocada, condição essa construída e formada historicamente na sociedade. A “exclusão social” da loucura, ou dos ditos loucos, produz como um círculo vicioso a falta de pertencimento, e, portanto, falta de recursos e instrumentos para lidar com a vida, com as questões do trabalho e das relações sociais.

A leitura apresentada por Laís coloca a proposta de considerar a realidade de excluído, de vulnerável socialmente, assim como, o apresentado no primeiro capítulo. Considera-se nessa relação construída na RAPS de SBC que o usuário do SUS que precisa de cuidados com sua saúde mental, ainda mais os casos mais graves que compõem o cenário do CAPS, são aquelas pessoas que sofrem com a lógica da desigualdade social. Ou então, aqueles que não conseguiram construir saídas, de adaptação à realidade capitalista, de modo que garantissem sua sobrevivência com menos ajuda do Estado. Neste aspecto, essas pessoas dependem não apenas das Políticas Públicas para

alcançar um trabalho que gere renda, mas dependem do Estado para garantir seu cuidado integral, na perspectiva da saúde, educação, trabalho, cultura, lazer, de modo que o Estado a ajude a reorganizar sua vida.

O usuário que vem do campo da Saúde Mental é discriminado e colocado em outra condição que não a de cidadão, no limite, o lugar social da pessoa em sofrimento psíquico é a todo tempo questionado, mesmo no espaço mais protegido e destinado para a “inclusão social” pelo Trabalho. Os questionamentos são avaliados de forma unilateral, apresentando um “culpado” para a situação, que são os diferentes, os que já tem a marca de “perigoso” ou de louco.

(...) o quanto politicamente a sociedade tem que fazer o meio termo e falar: *“Você é cidadão de São Bernardo, então o senhor tem razão. A gente vai pra que esse rapaz não fale mais assim, não xingue e não olhe pra sua esposa”* ou qualquer coisa assim! (Entrevista com Camila)

O papel ocupado pelas técnicas e técnicos do Nutrarte se encontrava muitas vezes em mediar as situações de conflito, as relações entre os trabalhadores da CTR que estavam recheadas de problemáticas do cotidiano relativas à participação da loucura no corpo social.

(...) eles vão ficar meio período com a gente e meio período sem a gente e nesse meio período sem a gente as coisas aconteciam mais, né? Porque é isso, enquanto a gente estava lá a gente mediava, tentava contornar e quando a gente não estava. Mas a ideia era de que como que a sociedade se relaciona com esse sujeito se não tiver ninguém pra mediar com ele? Isso é a vida real. (Entrevista com Camila)

O processo de conquista do corpo social, seja pelo trabalho, seja por qualquer outro espaço de construção da vida, é um processo que deve ser pautado na reforma psiquiátrica antimanicomial, não basta fechar as portas dos manicômios físicos é preciso captar as lógicas manicomiais das quais a sociedade brasileira é construída e transformá-las. Ao passo que é necessário se retirar do mecanismo de culpabilização da população ou dos usuários, romper com as dicotomias cotidianas – Vítima-Culpado, Certo-Errado, Saúde-Doença – para encontrar as mediações necessárias para conduzir à superação das relações manicomiais que impedem o processo de construção da identidade de cidadão e cidadã das pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, as

peças que reúnem condições necessárias para conduzir esse processo e mediar essas relações quebrando com as lógicas manicomiais são justamente àqueles profissionais que compreendem a concepção da Luta Antimanicomial e que estejam alinhados às práticas do cuidado em liberdade.

Agora o novo papel dos técnicos deveria ser adentrar os espaços sociais junto com os usuários, mediando relações, possibilitando que eles fossem protagonistas de transformações e, assim, encontrassem outro lugar no mundo. Para isso ser alcançado cotidianamente, fazia-se necessário multiplicar os atores envolvidos, de forma que esse diálogo não se resumisse apenas aos representantes da psiquiatria e da saúde mental e aos internos de quem deveríamos cuidar. A potencialidade desse recurso – o envolvimento de outros atores de fora do campo da saúde mental – residia na possibilidade de transformação dos próprios atores envolvidos, ou seja, quando os atores de fora do campo da saúde mental, bem como os técnicos, se sentissem em processo de transformação, então os usuários dos serviços de saúde mental também estariam se transformando. (KINKER, 2014, pp. 54-55)

Todavia, é necessário que o Estado enquanto indutor de Políticas Públicas, e ao mesmo tempo o ente responsável pelo ressarcimento àquele cidadão, já que o Estado, enquanto, também, um indutor das práticas e ideologias hegemônicas (do capitalismo), deve se responsabilizar e ofertar dentre suas Políticas Sociais – que se aplicam como corretivos necessários às fraturas sociais, conforme construído anteriormente – e, mais que isso, deve reunir as condições necessárias para a condução dessa Política Intersetorial de restituição e/ou ressarcimento da identidade de cidadão e da geração de trabalho e renda, na busca pela independência do sujeito e, pela participação deste no corpo social.

No espaço em que se dá a construção prática das relações, da própria conquista e aproximação ao corpo social de modo diferente ao do manicômio, implica algumas reflexões no manejo. Os recursos psíquicos dos usuários no trato com o corpo social, na constituição das relações demonstram as lacunas presentes na história de vida dele. Essas lacunas foram concebidas pela própria exclusão ou mesmo pela violência das práticas manicomiais impressa neles no manejo das situações.

O papel que entra aqui como, que eu falei pra você que se assemelha um pouco a dar aula, é a questão da fragilidade que eles vêm pra você. Eles vêm

peças destruídas pra você, socialmente, que não conseguem mais se inserir no mercado de trabalho, e aí são pessoas que perderam, a autoestima deles tá "quase chegando no pé", não tem auto respeito, eles não se respeitam como cidadãos e acho que aí que entra o papel da minha experiência como professor, como educador pra eles, *"Vocês são capazes de entrar, de fazer, de estar na vida novamente. A diferença é que vocês estão fora do mundo capitalista e a forma que vocês têm, o uso de vocês, a situação biossocioeconômica que vocês vivem é uma situação que ela é prevista no capitalismo."* (...) (Entrevista com Ricardo)

O relato de Ricardo acerca do jeito com que os usuários chegam à oficina de geração de trabalho e renda exemplifica essas questões discutidas. Não compor o corpo social como um corpo orgânico e sim como um corpo doente causa sofrimento, e o atividade de produzir traz a noção de que são capazes, são produtivos, úteis. O entrevistado também aponta que as condições que circundam o usuário são previstas como necessárias para o desenvolvimento econômico do sistema capitalista, da mesma forma como o já apontado por Alencar (2007), Castel (1997), Castel (2010), Marx (1867/2013). O entrevistado aponta que "Eles vêm pessoas destruídas pra você, socialmente (...)", pode-se compreender que essa fala diz respeito ao sofrimento que os usuários vivem ao se relacionar com o corpo social, pois Gentilli (2011) colocou que a relevância da estruturação das relações sociais para o processo de subjetivação humana. De modo que, ao retomar as considerações de Sawaia (2001), o sofrimento ético-político se coloca como parte da condição destes sujeitos, por revelar os processos de exclusão social – que dizem respeito à desigualdade e às injustiças sociais – vivenciados por eles na relação indivíduo – sociedade.

Entretanto, as situações conflituosas podem ser compreendidas de modo que culpabilize o sujeito – retomando a perspectiva de corpo doente, ou mesmo construindo uma ideia de "pastelaria de faz-de-conta" – abstendo a própria sociedade e o Estado das lacunas na vida do usuário. A sugestão, que Laís relata ter recebido, de marcar a pastelaria com um alerta para os clientes sobre os problemas de saúde mental dos atendentes e cozinheiros retoma a problemática da dialética inclusão – exclusão, utilizando-se de uma lógica manicomial para "incluir" o sujeito naquele espaço. De acordo com Sposati (2006), ninguém é plenamente excluído ou incluído, há mais nessa relação, e, portanto, incluir socialmente implica em aceitar a presença de um estigma no

diálogo com o corpo social e não, necessariamente, superar as questões que o tornam um corpo passível de exclusão. Neste sentido, inclui-se a loucura aceitando que se pode excluí-la, eventualmente, se não seguir as regras sociais impostas.

É isso, querem ser um empreendimento, mas pra isso você tem todos esses valores anteriores que eles precisam reconstruir na vida deles, talvez eles nunca tiveram esses valores dentro da casa deles. Talvez a mãe ou o pai sempre gritou com eles e por isso eles gritam. Agora eu não tenho como falar isso para o cara que tá sendo atendido. Como que eu vou explicar isso pra ele? Difícil, é muito difícil. Aí as pessoas falavam: “*escreve um textinho explicando o que vocês são!*”, beleza, a gente vai escrever, mas eu não consigo explicar porque que ele tá te tratando assim. Tem um monte de coisa subjetiva que não dá, não dá! (Entrevista com Laís)

Evidencia-se nessa lógica, questionada pela entrevistada, um entendimento de que a produção de um relacionamento conflituoso se pauta no sujeito que tem problemas de saúde mental e não na relação entre o atendente e o cliente. Ou seja, a relação colocada entre o atendente ou cozinheiro e o cliente se produz na desigualdade, desconsiderando a possibilidade de atuarem de forma cooperativa para suprir as necessidades de cada um, tanto o trabalhador que precisa gerar trabalho e renda e por isso vende o pastel, quanto o cliente que deseja suprir sua necessidade e desejo de se alimentar daquele produto, o que impede a busca pela superação da relação de desigualdade. Outro elemento, colocado nessa lógica, propõe que a pessoa que tem problemas de saúde mental nessa relação de desigualdade ofertaria algum tipo de perigo ou problema para a manutenção daquela relação, evidenciando a preconceção de periculosidade da loucura.

Ainda pode-se entender que essa sugestão que Laís relatou ter recebido pode vir carregada de uma ideia com referência em uma prática comumente encontrada nos manicômios, como lembra Rotelli (1989), a Ergoterapia, ou conforme a nomeação mais comum no Brasil, laborterapia. Esse fenômeno é circunscrito a um modo de pensar a saúde mental que não corrobora com a ideia de autonomia ou, mesmo, com a perspectiva antimanicomial. Que resulta em práticas de trabalho realizada pelos internos com vistas a garantir a manutenção do espaço do manicômio, como limpar o chão ou cozinhar. Basicamente, uma exploração do trabalho dos internos para a manutenção da

instituição. Essa prática análoga ao trabalho escravo ainda persiste no Brasil através das Comunidades Terapêuticas¹⁴, enquanto um método terapêutico para “limpeza da alma” e “absolvição das drogas”. O autor ainda recupera que os hospitais psiquiátricos ingleses tinham uma prática que trocava trabalho por liberdade, enquanto método de cuidado. De modo que é enfático ao afirmar que não acredita que tais concepções de trabalho possam ser consideradas terapêuticas ou um trabalho real.

(...) para o mercado no qual se trabalha muito naquilo a que nós chamamos de a *mediação do objeto*. Em outras palavras, naquilo que a relação não é só de pessoa para pessoa, mas através do objeto que se produz, da qualidade do objeto que se produz, a qualidade do modo como se produz esse objeto, e o fato de que seja um objeto para o mercado, ou seja, um objeto verdadeiro e não um objeto faz-de-conta. (Rotelli, 1989, p.158)

O que o autor contribui para a análise da narrativa de Laís quando pontua essa discussão sobre objeto real – objeto faz-de-conta. Já que o trabalho da pastelaria propõe àqueles usuários construir novas experiências de relações a partir da mediação do objeto de trabalho, o comércio de pastéis, que possibilita uma série de vivências, tanto no espectro das relações, quanto no já anteriormente abordado na primeira categoria de análise, o encontro com a capacidade de ser útil na sociedade. A proposta de colocar uma placa explicando que são pessoas com problemas de saúde mental retira a possibilidade de trabalho com um objeto verdadeiro, transforma as vivências e as experiências desse trabalho em um objeto de faz-de-conta que a clientela já está preparada para lidar enquanto um ato de caridade, benevolência ou de experimentação, e não mais enquanto um ato cotidiano da vida, apenas comprar um pastel.

¹⁴ As Comunidades Terapêuticas são instituições de privação de liberdade para tratamento moral das pessoas em sofrimento ou com necessidades advindas do uso abusivo de álcool e outras drogas que muitas vezes violam direitos dos pacientes com laborterapia, imposição de fé religiosa, práticas de tortura e contenção química e física. Ver Conselho Federal de Psicologia (2011) e Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016).

5.3. Gerar trabalho e renda pela cooperação do Trabalho com a Saúde

A categoria de análise anterior contribuiu para a discussão pautada na experiência do Nutrarte do grupo de pastelaria na CTR, que era uma proposta da SDETT em articulação com a SMS do município. A relação Sociedade – Loucura pôde ser explorada trazendo alguns pontos necessários para a construção desse processo de conquista do corpo social para a reinscrição da loucura enquanto condição humana e que está imbricada com esta categoria que se apresenta.

A presente categoria pretende se debruçar sobre as questões trazidas pelos entrevistados que se referem à articulação entre as Políticas de Trabalho e Saúde. É através dessa intersectorialidade que este subcapítulo busca analisar como foi construída, de que forma aconteceu e quais possibilidades existem para superar os desafios apresentados pela experiência de composição de um projeto do Nutrarte na CTR, bem como, apresentar outras articulações que foram construídas para outros projetos.

Dentre os projetos de geração de trabalho e renda do Nutrarte há a *Nó Cego Companhia de Palhaços*, que teve em sua história algumas articulações intersectoriais. Em uma das situações relatadas a proposta circula a ideia de aproveitar um projeto de trabalho e renda do ramo de cultura e arte, desenvolvido pelo Nutrarte, para diversas ações. O idealizador da *Companhia de Palhaços* relata que a SMS desenvolveu um projeto de coleta seletiva em que se aproveitou da ferramenta cultural para conscientizar a população acerca da sustentabilidade ambiental, mas não fica esclarecido se houve uma articulação entre a Saúde, Cultura e Meio Ambiente.

Assim, se você falar assim que a gente conseguiu uma turnê, foi tudo pela Saúde. A gente veio a fazer uma turnê ligada a reciclagem do lixo, foi um trabalho de meio ano que a gente recebia, a *Nó Cego Companhia de Palhaços* e a gente participava de eventos pra promover a atenção, pra promover a conscientização da coleta de lixo seletiva, que é de um ano e meio pra cá que começou essa campanha e se colocou os equipamentos. (...) eu só sei que a gente recebeu tudo pela Secretaria da Saúde pra fazer esses vários espetáculos, essas várias apresentações pra inaugurações de unidades de reciclagem ou visitas a bairros: “*olha, aqui agora rola coleta seletiva tal dia.*” (Entrevista com Chico)

Outro trabalho do *Nó Cego* levantado por Chico aconteceu na Cidade da

Criança¹⁵, que envolveu uma articulação do Nutrarte com a SDET, nesse caso para uma promoção de peças teatrais para crianças. Esse trecho apresentado por Chico demonstra que a articulação entre secretarias é feita pelos trabalhadores do Nutrarte.

E o que acontece com a *Nó Cego* no ano passado (2015) a gente se apresentou dezenas de vezes, mas tudo na Cidade da Criança, a gente ficou como um grupo residente na Cidade da Criança. (...) Ah, a gente vai direto. Eu fui na Cidade da Criança, falei com a gerente. E tudo isso é a nossa cara, né? A gente fala tudo em Rede, Rede, Rede, Rede, então a gente fala da própria Rede Municipal de outros serviços e fala como ocorre esse *link* muito pouco formal, na verdade. Bem pouco formal, muita boa vontade, os aparelhos não fazem questão de formalização, a Secretaria de Turismo. (Entrevista com Chico)

Na Mater Oficina, a possibilidade de parceria se deu da mesma forma, a partir do profissional da saúde responsável pela oficina. No entanto, a articulação feita foi com um serviço da Educação, que ministra cursos profissionalizantes em diversas áreas, inclusive em marcenaria. Neste caso, a proposta de um profissional de que todos participantes da oficina se inscrevessem no curso para aprimorar o trabalho da Mater. A partir dessa porta aberta para a articulação de uma parceria pode-se ampliar o trabalho do Nutrarte, de modo que seria possível construir novas oficinas a partir da capacitação profissional dos usuários, não só pela marcenaria, bem como, construir novos espaços de participação do corpo social, através da Educação, como Ricardo relata:

(...) eu sabia que tinha uma escola porque quando eu era da república a gente procurava cursos profissionalizantes pros meninos e aí eu fiquei sabendo dessa escola que é uma EMEP que tem, Escola Municipal de Ensino Profissional, (...) e tem uma que é de marcenaria. Aí eu falei: "*Eu vou fazer a inscrição, vou fazer a inscrição lá!*". Aí eu fiz a inscrição e não fui aprovado por conta da minha situação socioeconômica, porque eles dão prioridade pra quem tá desempregado, pra quem não tem muita renda. (...) nós fomos pra mostra de saúde e eles convidaram o professor: "*Ó, a gente vai tá expondo lá na III Mostra de Saúde*". Aí todos da escola foram lá e aí eu já entrei em contato com o professor e ele disse: "*Não, na próxima você faz como aluno ouvinte e tal.*". (...) já conheci o professor deles, o professor já abriu o

¹⁵ Parque Temático para crianças da prefeitura de SBC.

caminho e falou: *"Vai lá, pode ir lá. Se precisar de pallet também eu dou pra vocês."* Então a gente já amarrou uma parceria. (Entrevista com Ricardo)

No entanto, outro ponto interessante abordado nesse relato se trata da troca de saberes e experiências que foi proporcionada. O convite que os usuários fizeram ao professor e aos outros alunos, fez com que eles pudessem participar da III Mostra de Saúde e conhecer uma nova visão de mundo, ampliando inclusive os horizontes da Saúde.

No relato de Laís foi possível resgatar como a articulação entre a SDET e a SMS se deu, ocasionando a parceria Nutrarte e CTR. A entrevistada retoma como se deu a parceria e quais arranjos tornaram-na possível.

(...) parte da equipe de Trabalho e Renda, na verdade o CTR faz parte da Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo de SBC, e parte da equipe cuida da economia solidária no município. Daí por conta disso o CTR, era uma parte grande que estava desocupada, daí era um espaço para se pensar a economia solidária. (...) na época já era Nutrarte, foi feita uma reunião com o pessoal da Secretaria de Desenvolvimento Econômico de *"Olha temos uns grupos e vocês têm esse espaço, se a gente poderia estar nesse lugar"*, daí na mesma época tinha a parceria do Consulado da Mulher, que então se comprometia a fazer a incubação desse grupo. Tudo isso em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico. Então, a SDET dava o espaço, o CAPS com as pessoas e o grupo e o Consulado com a incubação e os equipamentos, então, de alguma maneira o Consulado colocou né? Geladeira, fogão, tudo que tem naquele espaço era para o grupo e daí foi feita uma incubação de 01 ou 02 anos. (Entrevista com Laís)

Apesar de reafirmar a parceria em sua fala, Laís evidencia no mesmo discurso que a articulação entre as secretarias foi pontual, pelo espaço. Mais tarde, na mesma entrevista, Laís e Camila colocam os motivos pelos quais se enfraqueceu a parceria Nutrarte e CTR, referenciando muito desses problemas à categoria de análise anterior, a qual evidencia a dificuldade de manter um grupo da saúde mental junto aos outros grupos. A contradição no que se refere à parceria com o CTR se apresenta a todo o momento, ao mesmo tempo em que reafirmam a importância da articulação colocam que não dá ou deu certo. O exemplo a seguir demonstra essa contradição:

(...) porque hoje tem mais dois grupos de alimentação lá, então basicamente é

assim, o espaço foi reformado e tem mais dois grupos lá. Um que dá conta do “Carrinho Solidário” lá no Paço Municipal, que a gente tentou também chegou inclusive a participar uma época e também tivemos problemas, acabamos não participando mais. Mas, então assim, existe uma parceria realmente, um trabalho que já aconteceu em conjunto com esses grupos que estão lá e, a gente, pra nossa gerência em geral, é importante que a gente tente continuar porque em algum momento a gente pode precisar, né? E é um espaço interessante pra gente poder pensar outras coisas. Mas tá bem ‘paradinho’ lá agora, então a gente ia mesmo só pra produzir. (Entrevista com Laís)

Ao mesmo tempo em que assume a importância de compor o espaço do CTR e construir a parceria com o Trabalho, Laís coloca que não era uma parceria, que era apenas o espaço, que o CTR cabia para o Nutrarte apenas como espaço para produção. Pontuando sua desmotivação na entrevista em buscar construir novos projetos que articule essa parceria. O processo produtivo e de comercialização dividia os grupos que usufruíam do CTR, diferentemente da construção, como o já colocado acerca da Rede de Alimentação do Nutrarte, do Bonde dos Sabores, que busca unificar os grupos dos CAPS AD, Adulto e Infanto-Juvenil. A contradição se apresenta na medida em que há um processo de gestão que impede o rompimento da parceria, no entanto, não promove uma articulação em busca de construir novos sentidos para motivar os usuários e técnicos a continuar com a parceria. Apresentando aqui, uma oportunidade de discutir o papel da gestão na articulação intersetorial.

Abre-se uma brecha de discussão que aponta para um processo de gestão fundamental, a vontade política para a construção de um projeto. O Brasil viveu poucas experiências exitosas que teve como objetivo articular setores; pode-se tomar como exemplo a experiência de sucesso do *Programa De Braços Abertos*, do município de São Paulo, que conseguiu com muito esforço construir uma Política Intersetorial que envolveu as secretarias responsáveis pela Saúde, Trabalho, Assistência Social, Segurança Pública e Direitos Humanos em um trabalho conjunto, e inédito, para o cuidado integral às pessoas que fazem uso problemático de drogas. (RUI; FIORI; TÓFOLI, 2016)

Na gestão pública articular e fazer cooperar leituras de mundo tão diferentes, no entanto complementares, é tarefa das mais complexas. É preciso construir mecanismos e

estratégias de gestão que permitam articular as políticas em nome de projetos societários. Neste aspecto, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial traz consigo uma proposta de sociedade que propõe a articulação da Saúde com o Trabalho. Apesar de fazer constar na legislação nacional a proposta de geração de trabalho e renda por meio das diretrizes da Economia Solidária ainda há um vácuo político, orçamentário e assistencial no que se refere à implementação dessa diretriz, a qual se pode encontrar no eixo VII da RAPS, como foi exemplificado anteriormente¹⁶.

No trecho do relato de Chico abaixo, percebe-se que há um alto investimento da Saúde na construção dos projetos de geração de trabalho e renda, tanto no lugar de SMS, quanto enquanto clientes externos como Congresso Brasileiro de Saúde Mental, por exemplo.

(...) dentro da gastronomia o nosso grande cliente é a própria Secretaria da Saúde, na verdade, e seus trabalhadores. Tem sido um cliente fiel. Outro cliente é a própria Rede de Saúde de Economia Solidária que são os nossos clientes, né? Sei lá, é um público muito fácil. (...) O público fomentador da gente. A gente independe dentro desse mercado de competir, não é como um mercado aberto né? A gente tem um mercado privativo nesse sentido dentro da Saúde. (Entrevista com Chico)

O “mercado privativo dentro da Saúde” ao qual Chico se refere, por um lado demonstra que há coerência no projeto político que a Reforma Psiquiátrica busca, provocando um esforço de conjurar os projetos e ações com as possibilidades já existentes, apontando para um progresso da própria rede social de Saúde Mental, enquanto extensão da RAPS. No entanto, por outro lado, apresenta uma posição de isolamento perante a sociedade, que provoca uma ineficiência em avançar para outros nichos sociais. A baixa aderência do restante da sociedade aponta para um enraizamento da proposta da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial pouco profundo e que também acontece pela dificuldade em construir processos junto de outras áreas da sociedade, como Cultura, Lazer, Esporte, Trabalho, Meio Ambiente.

É preciso, portanto, construir acordos municipalizados no que se refere ao

¹⁶ Discussão apresentada no capítulo de *Atenção Integral à Saúde: desafios cotidianos da execução de Políticas Públicas no Brasil*.

cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, de modo que o modelo antimanicomial de cuidado preconizado pela RAPS seja expandido para outras Políticas Públicas. De modo que outras secretarias, como o Trabalho, ou no caso de SBC a SDET possa compartilhar das diretrizes de cuidado em Saúde Mental, permitindo um caráter processual na condução da Política de geração de trabalho e renda do município. Apontar diretrizes para a geração de trabalho e renda com usuários dos serviços de saúde mental inclui desconstruir dificuldades da relação Sociedade – Loucura, conforme pontuado na categoria anterior, e, para isso, precisa-se apontar para tanto na administração pública municipal em sua totalidade. Sem esse processo, torna-se uma tarefa árdua demais para os profissionais da saúde construírem sozinhos com cada trabalhador da SDET e com os usuários do CTR.

Ao passo que, os profissionais da saúde devem estar preparados para tomar o papel de mediadores desta construção, assim como o fazem nos serviços de saúde mental, pois a derrubada do paradigma Doença – Cura se dará, justamente, nas intersecções que a Saúde constrói com a população, ou mesmo, com a sociedade. A conquista da participação do sujeito enquanto sujeito no corpo social, ou seja, não mais enquanto parte do manicômio, se dará através das oportunidades de sustentar e colocar à vista os desafios apresentados pelos encontros (e desencontros) com a loucura no próprio corpo social, sendo que, o profissional da saúde, assim como o usuário, são os promotores dessas possibilidades.

Outro elemento coletado nas narrativas desta dissertação que se encontra com a multiplicidade de fatores que compõe essa mediação, o enfrentamento e a sustentação do usuário participando do corpo social, colocado ali enquanto CTR, foi como coloca Laís, a territorialidade apresentada pelo encontro Nutrarte – CTR.

Como a gente está nesse espaço (Rudge Ramos¹⁷) agora que dá pra gente produzir tranquilo, é um espaço bacana, a gente optou por estar aqui, porque na verdade a gente estava indo pra lá (CTR) porque lá era mais próximo,

¹⁷ A casa que fica no bairro do Rudge Ramos era o espaço em que ficava o CAPS IJ AD, no entanto surgiu a necessidade de trazer a equipe para as proximidades do outro CAPS IJ e a casa ficou vaga, nesse momento a equipe do NUTRARTE junto à gestão decidiram construir um espaço de articulação para a Saúde Mental em que fosse possível unir as equipes e desenvolver ações culturais e artísticas junto aos CAPS e outros serviços da RAPS do município.

mais fácil pra todo mundo chegar, de fácil acesso e no centro e aqui é um espaço bem central também. Porque se não fosse lá seria no Nutrarte. O Nutrarte pra algumas pessoas é longe, pra algumas pessoas não, pra maioria. É um lugar mais distante do centro de São Bernardo e aqui não é tão distante, então de qualquer lugar na verdade você chega. Então é isso. Aqui é um espaço mais central e aí quando a gente conseguiu estar aqui (Rudge Ramos) nós falamos: 'Não, vamos ficar por aqui. Aqui é a nossa casa'. (Entrevista com Laís)

A justificativa, apontada nessa fala, para sustentar a participação do grupo no CTR diz respeito ao território geográfico que representa o centro da cidade, onde o serviço é localizado. No entanto, é possível analisar outros elementos apontados por Laís. Que se referem à territorialidade do lugar social do usuário dos serviços de saúde mental. Na compreensão apresentada por Monken, Peiter e Barcellos (2008) anteriormente, pode-se entender que o espaço político e cultural apresentado pelo CTR revelam os jogos de poder apresentados pelo contexto colocado na narrativa de Laís que a fez interpretar que não havia proposta alguma de acolhimento daquele grupo pelo conjunto de forças apresentado no CTR, ocasionando, uma sensação de não pertencimento daquela territorialidade, conforme a teoria apresentada por Sack (1986).

No entanto, ao que se refere o direito de usufruir do espaço, pode-se entender que, teoricamente, o grupo Q'Sabor tem o mesmo que outros grupos presentes ali, tendo eles contribuído inclusive com boa parte dos equipamentos do espaço. O que por si só já se apresenta enquanto um jogo de poder, porém, a lógica de disputa do espaço se enveredou para caminhos que desestabilizaram o grupo e as técnicas, que sem um apoio contundente, no que tange a diretriz de gestão municipal, não foi possível sustentar.

Para sustentar essa análise, apresenta-se a fala de Camila:

(...) foi muito 'relações', o tempo inteiro é relação interpessoal, o tempo inteiro, são as relações que fizeram a gente se afastar. (Entrevista com Camila)

A dificuldade de construir a mediação entre uma Secretaria e outra, ou uma área e outra trouxe para o NUTRARTE o afastamento do espaço que eles ajudaram a construir, tanto historicamente como em termos de infraestrutura. Nessa linha, surge a questão de que para continuar naquele espaço precisava de um mediador, que não

estivesse alocado na Saúde Mental, mas que estivesse no espaço do CTR produzindo a mediação entre o território, o cotidiano e o trabalho. A geração de trabalho e renda para usuários dos serviços de saúde mental, nessa experiência esteve, ainda, alocada na SMS e não na SDET, que deveria ser seu local de origem. Fato este que aponta para parte das dificuldades enfrentadas pelo Nutrarte na construção desse processo. Enquanto a geração de trabalho estiver sendo construída pela Saúde ainda haverá uma separação entre usuários da RAPS e cidadãos de SBC.

E acho que o que desgastou muito foi não ter um intermediador dessas relações. Porque acabava sobrando tudo pra gente. Tentar mediar uma relação que muitas vezes não estava. A gente não concordava, tipo é isso, tentava brigar falando: ‘gente, a gente precisa incluir essas pessoas. Só que essas pessoas têm uma realidade que é completamente diferente da sua que tem uma casa, que teve uma educação. Eles não têm!’ Então como que a gente faz realmente a inclusão dessas pessoas, inclusão de fato, concretamente, como que eu incluo o D. aqui dentro? (...) acho que tem uma política que é do social, super difícil da gente mediar e pelo fato da gente não está lá todo dia e ficar uma coisa que a gente assumiu. Não vamos estar, porque pra eles era importante estarem sozinhos, eles queriam isso. Beleza, mas daí o quanto que eles conseguiram segurar. (Entrevista com Laís)

Apona-se o peso que a Saúde toma para si na promoção dessas atividades enquanto os usuários que não respeitam as regras, por exemplo, justificativa a qual foi utilizada pelas entrevistadas para sustentar a retirada do grupo do CTR, pontuando o quanto estava desgastada a relação entre os usuários e técnicos do serviço.

(...) falei então: *Vamos formar os nossos trabalhadores no nosso espaço e falar: olha, as regras pra estar nesse outro espaço são essas. Não pode mostrar o negociinho, não pode cuspir no chão, não pode falar alto! Consegue? Conseguindo vamos tentar. Então nós vamos pra esse espaço. então por isso não perder esse espaço.* (Entrevista com Camila)

Avançar para territorialidades menos “protegidas” enquanto serviços de saúde mental implica romper com os muros apresentados pela Reforma Psiquiátrica, ou seja, significa avançar para implementar a Reforma Psiquiátrica na sociedade e não apenas nos serviços de saúde, no cuidado em saúde, mas sim nos projetos de vida dos usuários. Sustentar isso enquanto Política Pública aponta para a necessidade de trocar saberes

entre as Políticas já construídas ou em construção em cada município e, mesmo, no país. Os desafios vivenciados e relatados pelo Nutrarte demonstram as barreiras que ainda não foram rompidas ou ultrapassadas. A pastelaria, junto das técnicas, pôde se aproximar muito da conquista da participação democrática no corpo social, mas sofreu dificuldades que não permitiram que se sustentassem no corpo social dessa forma, é preciso se valer dessa experiência para aprimorar as estratégias de reinscrição dessas pessoas, dando um passo para trás para assim avançar mais dois passos a frente nesse processo.

Ações de educação permanente podem contribuir para a transformação dessa dimensão político-cultural da sociedade, bem como, articulações mais firmes entre as Secretarias Municipais para a construção de Políticas Públicas, que por sua vez, dialoguem mais entre si e que promovam a mesma construção de cidadania a todas e a todos munícipes. Produzindo, para além da dialética inclusão – exclusão, possibilidades de participação efetiva das diferenças na construção histórica e social do município.

Os relatos trabalhados nessa categoria discutem não só os arranjos possíveis e os desafios encontrados na experiência do Nutrarte de articulação com o Trabalho, mas também oferecem reflexões a partir da solidariedade e da horizontalização das relações sociais e de trabalho a construção coletiva de um projeto societário de equidade nas oportunidades.

5.4. Desafios de geração de renda no trabalho

A presente categoria de análise pretende abordar as questões que refletem as possibilidades de geração de renda, focalizando na efetividade dos projetos e no retorno financeiro. Considera-se aqui como parâmetro para essa análise o valor do salário mínimo nominal e o necessário, apontado pelo Dieese (2016)¹⁸ como o valor mínimo necessário para um padrão de vida digno e de qualidade.

O Nutrarte inicia seu desafio de geração de renda a partir das oficinas de trabalho já construídas pelos CAPS. Chico relata como surge a Nó Cego Companhia de Palhaços e exemplifica esse processo:

Então, com relação ao “Nó Cego” surgiu a 8 anos atrás como uma oficina do psiquiatra F. F. Fora psiquiatra ele é dançarino, ele tem um grupo (...). Ele trabalha profissionalmente como dançarino e como palhaço profissionalmente, agora ele tá no circo “Amarílio”. Na época ele não era profissional quando ele começou com a oficina, ele tá no circo “Amarílio” faz 3 anos agora e no princípio era uma oficina, mas a gente veio a conseguir apresentações em teatros de São Bernardo do Campo, a gente veio a conseguir cachês em congressos de saúde mental, e um trabalho muito legal que a gente fez nesse início do grupo que chamava “Amargem” chamava “Visita vagalume”. Sabe essas visitas que o pessoal faz pra usuários? Visitas domiciliares pra usuários da saúde mental. A gente incorporou isso na oficina do nosso grupo. A gente fazia uma visita por semana e durou quase 2 anos. A gente saía numa ambulância cheia de palhaços e ia visitar os usuários. Normalmente eram usuários de álcool e drogas que tinham abandonado o tratamento. Na época, há 8 anos atrás, como eu falei, das 22 pessoas que iniciaram em tratamento só eu terminei. O grau de adesão era bem baixo. (Entrevista com Chico)

O grupo quando era coordenado pelo CAPS não tinha como objetivo a geração de trabalho e renda, apenas de atuar enquanto uma oficina terapêutica, conforme foram se profissionalizando e aprimorando as habilidades e técnicas teatrais foram se configurando como um projeto que poderia gerar renda e, dessa forma, foram experimentando possibilidades de complementação de renda, no entanto, sem um

¹⁸ À época da coleta de dados (julho/2016) o valor do salário mínimo era de R\$880,00, sendo que o Dieese (2016) calcula que o salário mínimo necessário era de R\$ 3.992,75.

objetivo delineado. No entanto, a metade do grupo desistiu de participar quando se tornaram grupo de geração de trabalho e renda, Chico relata sobre a contradição dessa desistência:

(...) é a mesma desculpa pra todo mundo não aderir a um programa de geração de renda, “*No mercado eu ganho mais, já que eu vou trabalhar eu vou pro mercado!*”, mas normalmente ninguém vai pro mercado e larga a oficina. (...) Eu entendo isso, mas é paradoxal, né? Na verdade a pessoa fala: *Eu estou desistindo do projeto de economia solidária porque não dá renda, a renda é muito baixa, no mercado eu consigo mais.* Mas a pessoa não vai pro mercado e desiste da oficina, em larga escala é o que mais acontece e isso aconteceu com o grupo de palhaços, aí quando ele passou sob o guarda-chuva do Nutrarte, há 3 anos atrás, houve essa desistência, as pessoas desistiram por esse motivo, as pessoas falavam: *Não, esse tempo eu prefiro arrumar um emprego formal e desistir de ser palhaço.* Hoje em dia, das pessoas originais que estão desde o início do projeto só tem 2 pessoas, (...) há mais ou menos 2 anos atrás surgiu uma vaga pra monitor de oficina terapêutica do Nutrarte e eu fiquei com essa vaga. Aí no primeiro meio ano eu trabalhei com oficinas de palhaços, mas de vivência, não tinha esse objetivo de geração de renda, a primeira coisa era consolidar uma rotina, alguma adesão.

O relato de Chico traz pontos importantes para essa categoria de análise, o primeiro é sobre a contradição apresentada pela desistência de participação do grupo quando ele se torna um grupo de geração de trabalho e renda. Neste ponto, é possível pensar em algumas hipóteses que poderiam ser o motivo pelo qual as pessoas desistem do grupo. De alguma forma a pessoa entendeu que existe a possibilidade de se recolocar no mercado de trabalho e que há um tempo ocioso ali que a permitiria ter um emprego. A possibilidade de trabalhar e ter uma renda foi colocada pela atividade ali desempenhada, independentemente se seria no grupo ou no mercado de trabalho formal, foi construída a oportunidade para aquelas pessoas, o que em si já é satisfatório para o grupo, pois semeia a esperança da participação no corpo social de um outro lugar, o de trabalhador, artista.

Sobre trabalho formal talvez eu tenha trabalhado nesse 01 ano e meio eu calculei mais ou menos 84 pessoas passaram pelos meus projetos e dessas só 02 estão no mercado formal. Vieram a viver de cozinhar, vieram a descobrir na minha oficina. Sim. Vieram a descobrir que tinham talento, que tinham

vocação, tinham prazer em cozinhar, viver isso. Então, foi a minoria e eu penso que fora esses 60 pessoas vieram a sumir, nem participar mais nem se tratar, talvez. (Entrevista com Chico)

No entanto, não há essa recolocação no mercado de trabalho para a maior parte das pessoas que escolheram sair do projeto, segundo o relato do entrevistado. Isso pode ter fundamento pela complexidade da exigência do mercado de trabalho formal, como coloca Guimarães, Barone e Brito (2015), que está atrelada à crise estrutural do capitalismo, assim como Alencar (2007) pontuou. Mas também, pode ser uma dificuldade de colocação no mercado de trabalho por conta de serem pessoas que estão em desvantagem social, como Gentili (2011) argumentou, de modo que sua situação de sofrimento psíquico e/ou ético-político podem ter sido mais um desafio a enfrentar, para além daqueles pontuados pelo autores anteriormente citados.

A gente não trabalha, assim, no sentido de moralidade, “*Tem que trabalhar!*”. Não é nesse sentido que a gente traz o trabalho pras pessoas. É uma opção, um desejo. A pessoa vê como possibilidade de ser bom pra ela, na verdade. Sem prometer dinheiro, na verdade. Nossos projetos são de alta sustentabilidade? Não são. São projetos cujos trabalhadores ocorre uma grande rotatividade. Então pra consolidação do negócio, (...) acho que quase nenhum projeto a pessoa ficou firme 02 anos. Difícil mesmo; super, mega minoria. (Entrevista com Chico)

Outro ponto que pode compor essa escolha de sair do projeto com o argumento de que ele não gera renda suficiente para se configurar como trabalho, pode ser a compreensão do que é trabalho. Marx (1867/2013) inaugura a discussão da mercantilização do trabalho e da exploração da força de trabalho, que é recuperada por diversos autores ao longo desta dissertação. A construção da dimensão subjetiva do trabalho está pautada no modo como se configura o trabalho na sociedade, neste caso, em uma sociedade organizada em torno de um modo de reprodução material capitalista, que conforme foi abordado na teoria, tem implicações nas condições objetivas de vida da maior parte da população. Essas implicações configuram dificuldades de sobrevivência, pois a questão colocada pela desigualdade social congrega a miséria e a precariedade de recursos para a manutenção da vida, enquanto de outro lado, existe uma pequena parcela da população que vive com a maior parte do capital social (MARX, 1867/2013), e, portanto, tem acesso a qualquer produto e estilo de vida.

O trabalho, então, configura-se na sociedade capitalista como uma atividade que se produz pautada na exploração máxima de todos os recursos do trabalhador, na qual sentir prazer pelo exercício da função é algo raro, bem como, compreender o sentido da atividade desempenhada. Pode-se dizer que uma atividade que antes era utilizada enquanto recurso terapêutico de cuidado para com o sofrimento psíquico quando fora transformada em uma atividade que torne possível se configurar como trabalho e que ofereça conjuntamente a possibilidade de remuneração traz estranhamento aos participantes da companhia de palhaços.

A costura mesmo demorava as vezes 4 ou 5 meses pra cada um tirar 20 ou 30 reais. *“Mas gente, como que pode? Não está vendo que não dá pra ser assim?”* (Entrevista com Camila)

Há, ainda, outro elemento que também pode compor a desistência dos participantes. As atividades de economia solidária que geram pouca ou nenhuma renda dentro do âmbito da Saúde Mental são muito presentes, desacreditar no desenvolvimento bem-sucedido do projeto é algo que pode incomodar as pessoas suficientemente para conduzi-las a não participar do grupo. Já que a frustração de não gerar renda quando a organização do trabalho, do começo ao fim, é do grupo e de responsabilidade de cada integrante pode ser marcante e também pode se apresentar como indesejável, pois nem todas as pessoas acreditam nesse projeto de sociedade.

No que se refere à comercialização e sustentabilidade do trabalho, o grupo atual de alimentação tem conquistado clientes grandes que ajudam nesse processo. Laís relata que participar do processo de captação de clientes nas redes de economia solidária, que somam diversos grupos, contribuiu para que os grupos do Nutrarte pudessem dar um salto de potencialidades e gerar muito mais renda para os participantes. Quando se refere ao grupo de costura, Reaprendendo a viver, relata o quanto aceitar a demanda de produzir 50 bolsas foi importante.

(...) foi o quanto a gente investiu no acreditar, em trazer propostas grandes, porque quando você tá no pequenininho é fácil falar que *“não dá, não dá, não dá”*, quando você tem uma coisa grande e se fala *“olha: nós vamos ganhar 1000 reais”* e nunca teve essa possibilidade, e se não der ok a gente vai avaliar, mas quando elas viram que era possível, elas fizeram as 50 primeiras e deu, as próprias usuárias falaram *“não a gente já viu que dá,*

então vamos investir mais nisso". Daí foi investindo até (...) perceber que era possível e deixar a coisa rolar. (Entrevista com Laís)

A estratégia que Laís constrói a partir de grandes demandas para impulsionar os grupos foi o investimento do Nutrarte do último ano. Havia um incômodo dos participantes com relação à renda gerada, como Chico já evidenciou, e também uma angústia dos técnicos em produzir grupos de "faz-de-conta", neste sentido, retomamos o argumento de Rotelli (1989, p.158):

(...) para o mercado no qual se trabalha muito naquilo a que nós chamamos de a *mediação do objeto*. Em outras palavras, naquilo que a relação não é só de pessoa para pessoa, mas através do objeto que se produz, da qualidade do objeto que se produz, a qualidade do modo como se produz esse objeto, e o fato de que seja um objeto para o mercado, ou seja, um objeto verdadeiro e não um objeto faz-de-conta.

O objetivo de elaborar projetos, nas Políticas Públicas, de geração de trabalho e renda para usuários dos serviços de saúde mental acontece em duas frentes, a primeira de utilizar da atividade produtiva como estratégia de conquista da participação no corpo social e a segunda participar do mercado de trabalho, diminuir a condição de precariedade desse público através do aumento de poder aquisitivo. O problema desses grupos não gerarem renda é atravessado pelas duas frentes, de um lado se produz um objeto de "faz-de-conta" que não tem valor para o corpo social e, portanto, não tem utilidade na participação do corpo social, falhando em seu objetivo. Por outro lado, se reproduz uma lógica manicomial na atividade, imprimindo no sujeito o estigma de incapacidade de produzir algo com utilidade social, o que transforma a atividade que tem potência de romper com a ação manicomial em mais uma atividade manicomial, que exclui e condena o sujeito ao lugar de corpo inerte.

Em sua segunda frente, que se inicia por si só já impossível de alcançar, por conta do aspecto tratado acima, propõe-se uma farsa. Ao invés de ofertar as condições necessárias para o sujeito superar as adversidades colocadas por sua condição de desigual, se propõe uma meia verdade, a qual se oferta uma possibilidade de trabalho e de renda que não se concretiza enquanto um retorno concreto de seu trabalho. Essa problemática se configura como um importante perigo, pois o risco de se cair na reprodução de uma atividade laborterapêutica é alto, sendo assim, se imprime a

possibilidade de sair da tenuidade da farsa para se configurar a um trabalho sem futuro e sem sentido, que explora e que condena o sujeito à frustração de sujeito incapaz, o que produz nenhum valor terapêutico ou de construção de sua participação no corpo social.

Neste sentido, a preocupação das técnicas do Nutrarte é muito pertinente, bem como, o esforço em construir novas estratégias de alavancar a produtividade dos grupos.

(...) o único grupo que dava pra falar que tinha uma renda digna, de falar assim, uma retirada todo mês, era a pastelaria, porque tinha um espaço diário, que conseguia ter uma partilha mais bacana. Hoje você tem em, basicamente, todos os grupos tendo uma retirada quase que a mesma, e, quando pega esses eventos grandes que tira seus 300/400 reais, que sei lá, até pouco tempo atrás não se pensava. (Entrevista com Laís)

A estratégia de enfrentamento ao pouco retorno financeiro dos projetos de geração de trabalho e renda foi pautada na própria experiência de incubação dos projetos.

(...) as redes ajudam também a ter um olhar de incubação, e que muitas vezes a incubação não consegue acontecer na prática, com uma incubadora aqui só olhando, as redes fazem isso acho que de uma maneira muito mais inteligente, que é fazer os grupos se coçarem pra ir atrás das coisas. Enquanto você tem um grupo aqui (...) e uma incubadora fazendo isso pro grupo, ela vai falar *“olha a sua lição de casa é essa”*, ele vai fazer se ele quiser, se ele não quiser vai ficar a incubadora *“dando murro em ponta de faca”* ele não vai responder a isso. Agora se nós estamos falando de uma demanda, *“olha: eu tenho 8 mil bolsas”* é concreto, *“tenho dinheiro aqui e ai vocês querem se organizar?”* Porque daí é o direito dela de falar *“não, não quero ter esse trabalho, porque eu não quero ter trabalho.”* ou *“eu quero ganhar isso, ah então eu vou ter um trabalhinho, vou ter que fazer pesquisa, vou ter que fazer compras, então eu vou ter que minimamente me organizar, vou ter que vir trabalhar de sábado, de domingo.”* (...) Ter essas redes melhor organizadas que trazem de fato as demandas (...) e entender que é a partir das demandas que a gente vai conseguir desenvolver o resto das coisas, eu acho que o processo contrario é muito mais complicado das pessoas bancarem mais do que a partir da demanda.

O ponto que Laís evoca na estratégia das Redes é de oferta de trabalho prático objetivamente. A referência que faz às Redes diz respeito às Redes Setoriais

desenvolvidas pelo município de São Paulo, que separou por setor de atuação os grupos de economia solidária do município para organizar e captar demandas, em busca de potencializar as atividades produtivas e de comercialização a partir da lógica do coletivo. Essa Política Pública de Trabalho da SDTE de São Paulo possibilitou a muitos grupos que já estavam organizados seja enquanto empreendimentos formais, grupos informais de artesanato seja como grupos de geração de renda da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária a participação contínua no ano de 2016. Os grupos mais organizados ou com um investimento voltado para o trabalho pela Saúde Mental por seus municípios foram privilegiados com esse projeto de Redes Setoriais de São Paulo. Mesmo o Nutrarte sendo um equipamento de outro município pode participar, já que o serviço tem práticas que o vinculam ao município de São Paulo, apontando que projeto de setoriais funcionou enquanto uma Política Universal de Trabalho, de modo semelhante à proposta do II CONAES, referida por Lima (2011).

A estratégia de participação das Redes enquanto um fator de captação de grandes demandas funcionou para o desenvolvimento dos grupos e como quebra do elemento de “faz-de-conta”. Também atuou como uma fase prática de incubação, pautando-se na práxis como elemento fundamental para o desenvolvimento das tarefas necessárias para a construção de um empreendimento solidário, de forma apoiada pela Saúde, mas desenvolvida pelo Trabalho. Outro elemento abordado pela narrativa de Laís é referente à concretude da demanda, construir um processo produtivo em sua totalidade, desde a captação da demanda, organização do trabalho de comprar a matéria-prima, produzir cada produto, tempo de trabalho, contabilidade, até a entrega ao consumidor é extremamente complexo. E para as pessoas em sofrimento psíquico que se encontram desorganizadas tanto em sua vida pessoal como em seu autocuidado se torna mais complexo ainda organizar todo o trabalho, demandando muita energia e vontade de construir o trabalho. Portanto, organizar-se em torno do trabalho é uma estratégia de organizar seu cuidado, receber um retorno de todo o trabalho que teve também é extremamente gratificante, produz um sentimento de utilidade.

No relato de Ricardo sobre como começou o projeto da Mater Oficina enquanto uma unidade de trabalho diária, resgata a discussão produzida pela participação no setorial de artesanato da SDTE. A partir de uma encomenda grande, que surgiu em uma

exposição desse setorial, que o grupo participou foi possível unir os dois grupos de trabalho, o que acontecia no CAPS AD Centro e o que acontecia no CAPS Adulto Alvarenga, e iniciar projetos de trabalho semanais. Mais tarde com uma assessoria do Mackenzie foi possível construir uma marca para o grupo e caminhar para um formato mais empreendedor.

Então, a ideia principal da oficina que eu sempre passo pra eles, a gente tem uma conversa bastante clara entre eu, o C. e eles é que isso seja o trabalho deles, que eles não precisem sair daqui pra trabalhar em outro lugar, então pra isso a gente tem tentado alguns projetos que a gente já recebeu, já foi aceito, tem dinheiro pra comprar maquinário novo e tal, então a ideia é essa, que isso aqui seja o trabalho deles. (...) A ideia é que no mínimo um salário mínimo pra cada um, essa seria a nossa meta. É ruim falar em meta em economia solidária. (...). (Entrevista com Ricardo)

A proposta de Ricardo é que a oficina possa se profissionalizar gerando renda. O caminho apresentado pelo entrevistado aponta na direção da formalização e da emancipação do projeto no que se refere a Saúde. Transformar em um negócio pautado na lógica da Economia Solidária, para exemplificar, isso Ricardo lança mão de reflexões que estabeleçam conexão com a autogestão, respeito às diferenças, cuidado compartilhado, cooperativismo, solidariedade e desenvolvimento econômico, traçando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária.

Outra discussão que o entrevistado propõe segue a direção do objetivo do grupo, mesmo explicitando a contradição de “falar em meta” contrapõe a direção da contradição anteriormente colocada acerca da importância de gerar renda suficiente para suprir as necessidades básicas. Da mesma forma, Ricardo aponta no seguinte trecho a construção de características encontradas no vínculo empregatício para o grupo de geração de trabalho e renda.

Agora é importante que ele sabe que na próxima vez ele tem que voltar aqui, se ele não voltar ele vai ter que assinar o papel, é até injusto com o grupo, né? Sei lá, *"eu não vim porque eu 'bati a nave', desculpa"*. Eu falei: *tudo bem. Você sabe que aquele dia você não vai receber, mas também você não tá excluído do grupo porque você não veio*. E é legal porque eles trazem atestado quando eles vão pro dentista ou pro médico, eles trazem atestado. Vai pra referência, eles trazem atestado: *Olha, passei pela referência, está*

aqui o atestado! É um compromisso dele, mesmo ele sabendo que isso não vai prejudicar em nada a estadia dele na oficina, só vai prejudicar porque ele não vai ganhar aquele dia que ele não produziu, ou não veio pra cá. Não sei nem se é a produção, mas é que se ele não veio pra cá. (Entrevista com Ricardo)

Trazer esses elementos do vínculo empregatício, como atestado médico ou salário mínimo, para os grupos de economia solidária a princípio pode soar como uma capitalização da atividade econômica. No entanto, neste contexto apresenta-se, por esses elementos, a construção de uma concepção de trabalho, enquanto responsabilidade, enquanto atividade de uma origem diferente da Saúde, outro cuidado. Entregar o atestado médico quando abusar do uso de álcool ou quando estiver em situação de crise, por si só já opera sobre a transformação do espaço da oficina. Ter o direito de adoecer ou dar continuidade ao seu cuidado no CAPS com a garantia que o trabalho estará aguardando pelo trabalhador sem julgamentos e em um acordo comum que se remete a todos participantes da Mater é importante para a construção de um trabalho transformador.

Considerações Finais

Ao longo deste trabalho foi possível tecer indagações, propostas e reflexões ao processo de trabalho das Políticas Públicas no Brasil. Enfrentar o desafio da intersetorialidade ainda é uma tarefa desbravada por poucos gestores e profissionais. Isso se comprova pela análise, percorrida nesta dissertação, que há raízes na dificuldade de construção de processos de trabalho coletivos, tanto no planejamento e organização de arranjos de trabalho, quanto na execução cotidiana desses processos.

Há tantas barreiras para o trabalho cooperativo entre pares das Políticas Públicas, não só desses espaços, muitas vezes, por conta da ofensiva do projeto capitalista de trabalho, sociedade e Estado. O modo capitalista de reprodução material implica à sociedade a convivência cada vez mais isolada e desarticulada. Mesmo com o desenvolvimento global e articulado desse projeto, o enfoque é justamente pautado na dissolução dos processos de trabalho coletivos e cooperativos. Reorganizar o ser humano e a sociedade em categorias e classificações é um fenômeno cada dia mais frequente no cotidiano, se tornando um processo naturalizado, assim como Souza (2016) afirma. A tentativa da medicina em traduzir cada sentimento, sensação, dor e sofrimento que circunda o ser humano em sintomas para classifica-los em um manual de “doenças” e ofertar “cura” ou “tratamento” para a condição humana, exemplifica esse processo e apresenta a urgente necessidade de enfrentar esses fenômenos de dicotomização. O SUS se forja na contramão desse processo, buscando a integralidade do cuidado, a universalização do direito à saúde e a equidade. Assim como, a Economia Solidária e a Luta Antimanicomial atuam em busca do enfrentamento à desigualdade e injustiças sociais.

A proposta de cuidado compartilhado vem ganhando espaço cada vez em mais serviços de saúde e vem se construindo enquanto uma tecnologia de cuidado potente e mais eficiente. Encontra-se na RAS como um todo, produzindo novos desafios e apontando arranjos multifacetados de apoio em interdisciplinariedade, no entanto, ainda frágil enquanto metodologia de ação em saúde e de atuação nas mais diversas áreas. A complexa construção que a intersetorialidade constitui, seja pelo cuidado compartilhado e em rede, seja pela organização de um mesmo projeto à várias mãos e saberes, é o

ponto que impõe maior fragilidade, é um terreno de apostas ainda, por maiores resultados que já produza, ainda não transformou o espaço formativo dos profissionais que o executam, o espaço de gestão das Políticas e a compreensão da sociedade acerca dessas ações ainda é insipiente. Portanto, a maior alternativa para defender e aprimorar essa tecnologia da intersetorialidade é construir diretrizes de ação concisas e concretas, apresentando projetos que avancem na transversalização dessa discussão na pauta da sociedade.

Os desafios e propostas de cuidado compartilhado que o Nutrarte apontou para esta dissertação compõem processos de intersetorialidade e transversalização do cuidado. Rompendo com as resistências que se apresentam no processo de trabalho cotidiano dos serviços de saúde, encaixar e tornar parte do processo de construção do PTS dos usuários dos serviços da RAPS a pauta do trabalho contribui para a ampliação do olhar dos serviços, bem como, de sua prática de cuidado. Além do que apontou falhas importantes no desenvolvimento do cuidado compartilhado, possibilitando a construção de novos processos de compartilhamento do cuidado e de trabalho coletivo e efetivando os trajetos dos trabalhos conjuntos. O empenho em superar o isolamento do Nutrarte possibilitou superar o isolamento dos serviços da RAPS, convidando os serviços a se misturarem e, assim experimentarem novos saberes em uma práxis coletiva.

Da mesma forma, foi possível transmitir esse processo para os usuários dos serviços, conduzindo-os para uma autonomia do cuidado que oferta novas oportunidades de relacionamento entre pares. Essas novas vivências proporcionam movimentações no corpo social que acolhem com mais segurança as experiências de participação na sociedade, transformando a visão de si e do mundo. Os processos de cuidado do outro e de si mesmo de forma apoiada proporcionou encontros com as diferenças entre si e a possibilidade de respeitá-las, aproximando as práticas autogestionária nos processos cotidianos da vida e do trabalho.

Os desafios de participação no corpo social para as pessoas ditas “loucas” são enormes, assim como foi apontado na análise. O que demonstra que a dimensão político-cultural da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial ainda tem muito que avançar, apesar de, a largos passos, ter construído uma Política Pública de Atenção Psicossocial

que aponta para práticas progressistas de cuidado. A loucura enquanto condição humana ainda não está presente enquanto um entendimento cotidiano e comum para a sociedade, o que implica em uma população pouco acolhedora com o fenômeno da loucura. Além do que, a disputa entre o modelo de cuidado para com as pessoas e o modelo de tratamento asilar, este último ainda modelo hegemônico na sociedade, perpassa a disputa de formato de organização social e, portanto, deve ter como objetivo a aproximação com as lutas cotidianas por melhores condições de vida e por formas alternativas de organização social, conforme o movimento de trabalhadores da saúde mental afirma em 1987 ao escrever a Carta de Bauru.

A análise apontou a urgente necessidade de constituir mecanismos de capacitação e apoio para os profissionais de saúde alçarem, em suas práticas de trabalho cotidianas, um caminho comum de enfrentamento ao preconceito e exclusão social e para conscientização da população. Evidentemente, esse trabalho deve ser organizado de modo que possibilite a incorporação da loucura enquanto algo comum da humanidade, superar o formato de receio, exclusão e confusão sobre esse fenômeno é algo que deve ser entendido como processual e coletivo, de modo que não busque apenas a aceitação dessa condição humana, mas também sua participação equânime no corpo social.

Transformar o olhar sobre a loucura também significa olhar para além do manicômio, em outras palavras, visualizar seu par enquanto ser humano e sua história de vida, para além das históricas práticas manicomiais que circundam a loucura e subscrevem nela a marca de periculosidade, doença e perda da razão e da humanidade. Encontrar o indivíduo que há por trás do estigma da loucura significa não apenas colocar a doença ao lado e enxergar a condição humana, mas também se despir das amarras sociais construídas historicamente pela sociedade para ordenar o desenvolvimento social objetivando a expansão e dominação da lógica capitalista de produção.

Outro ponto de relevância constatado retorna à pauta as lógicas manicomiais presentes na sociedade. Sendo que, elas operam enquanto “modelo de tratamento” e enquanto mecanismos de exclusão social, encarceramento e nas escolhas de problemáticas sociais. Defender o fim das lógicas manicomiais não se apresenta apenas

em defender o fim das violações de direitos humanos, que motivaram, por exemplo, o início da luta por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Se apresenta como enfrentamento a todo e qualquer ato de discriminação ou exclusão social, entendendo que estes colaboram para a ampliação da desigualdade social, da exploração da força de trabalho e da retirada de direitos.

Essas questões acerca da relação Loucura – Sociedade contribuem para compreender a relação Loucura – Trabalho. Neste sentido, a gestão de um governo comprometida com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial está implicada em construir uma reforma para além da Saúde, ampliando os horizontes de outras Políticas. Ao que foi discorrido nas categorias de análise, principalmente no que se coloca a relação do CTR com o Nutrarte, é preciso avançar ainda mais na articulação entre Trabalho e Saúde para conquistar a participação dos usuários da RAPS no corpo social por meio do trabalho. Construir a metodologia de processos de trabalho compartilhados entre secretarias se coloca como um grande desafio, que se impõe na medida em que a utilização do espaço do CTR supera a atuação do espaço físico e se coloca enquanto construção coletiva de um espaço, que implica em relações de trabalho.

Um caminho para atuar frente a esse desafio é a construção conjunta de um projeto de trabalho, da elaboração à prática, enquanto uma Política Pública de Trabalho e Renda para uma população específica. Outro arranjo importante para a superação desses desafios é a troca de saberes entre os acúmulos da Saúde e os acúmulos do Trabalho, de modo que se constitua como uma estratégia de ação no modelo de matriciamento em saúde mental no trabalho. Este espaço, que deve incorporar práticas contínuas e permanentes de discussões de equipes, atuação compartilhada e capacitações temáticas, poderia ser pactuado entre as gestões de cada área e entre as gestões e os serviços, produzindo um diálogo articulado e direto entre as Políticas de Trabalho e de Saúde.

A estratégia de atuação em rede para empreendimentos e grupos de geração de trabalho e renda apresenta-se como um caminho para a consolidação de uma Política Pública de Economia Solidária. O apoio do Estado na construção de um espaço comum e cotidiano por área de atuação operalizou uma alavanca considerável aos grupos do Nutrarte, possibilitando uma maior demanda de trabalho e geração de renda. Um

programa de governo ocupado em subsidiar grupos que buscam alternativas de trabalho e renda legítima as alternativas ao mercado de trabalho formal, bem como, outras formas de conduzir as relações de trabalho, atuando para o desenvolvimento do município, estado ou país.

Além de imprimir aos grupos possibilidades de trabalharem com grandes demandas de trabalho as Redes Setoriais atuaram enquanto um elemento de transição no que se refere o caráter de oficina terapêutica, provocando uma aproximação maior com o trabalho em si e a possibilidade de construir um trabalho em rede, saindo do isolamento. O lugar social também se apresenta como outro ou diferente, pois ao participar enquanto empreendimento ou grupo de trabalho nas Redes Setoriais, participa-se enquanto artesão, costureira, trabalhador, transformando-se em participante de uma alternativa de geração de trabalho e renda do corpo social.

Nesse sentido, a ampliação da demanda de trabalho possibilitou para o grupo Mater Oficina, por exemplo, conduzir uma organização do processo de trabalho que aponta para a formalização enquanto empreendimento. Ou seja, se produz um trabalho cotidiano enquanto uma atividade contínua da vida, constrói-se, para tanto, um conjunto de vivências que diferenciam o lugar da Saúde do lugar do Trabalho apontando para a formalização do grupo enquanto um empreendimento econômico solidário e não mais enquanto um projeto de geração de trabalho e renda oferecido enquanto atividade terapêutica da RAPS.

Outra preocupação salutar do Nutrarte, possivelmente deve ser objetivada por todas as iniciativas de geração de trabalho e renda, é a construção de estratégias e diretrizes que de fato permitam a emancipação dos grupos. Construir grupos que se empenhem em gerar renda suficiente para a manutenção das necessidades básicas é um processo que também possibilite o sujeito a sair da condição de doente e partir para o desempenho de um papel mais ativo frente a sua vida, além de ser uma alternativa que deve se colocar enquanto sustentável, para que preserve seu sentido e significado enquanto Trabalho.

Apresenta-se, nesta dissertação de mestrado, desafios complexos do cotidiano de trabalho de um núcleo de trabalho pertencente à RAPS que busca consolidar enquanto

prática as diretrizes apontadas pela Reforma Psiquiátrica e pela Economia Solidária. Esse complexo processo evidencia a necessidade de construir uma práxis cotidiana antimanicomial fortalecida para enfrentar o processo histórico arreigado ao corpo social de eliminação do fenômeno da loucura. Para isso, faz-se necessário multiplicar diante das mais diversas facetas da sociedade a transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, desconstruindo pensamentos e práticas, para construir uma nova, progressista e equitativa dimensão político e cultural sob o fenômeno da loucura e sob a condição humana.

Buscar na prática construída das experiências pioneiras que revolucionam o modo de pensar e trabalhar em Saúde Mental contribui para consolidar diretrizes que dialoguem com a realidade social dos territórios e que, portanto, se colocam como possibilidades concretas de avançar na construção de uma sociedade sem manicômios.

Em tempos de retrocessos, seguem propostas e ações que se constituem enquanto tecnologias transformadoras de cuidado, de trabalho e de organização social. Construindo alternativas de vida que rompem com práticas históricas de exclusão social é possível ofertar e aprimorar condições que busquem florescer uma sociedade mais justa, digna, igualitária e solidária.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. As políticas públicas de emprego e renda no Brasil: nova modalidade de intervenção sobre a questão do desemprego no Brasil. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. (orgs) *Políticas sociais e desenvolvimento: América Latina e Brasil*. São Paulo: Xamã, 2007.

AMARANTE, Paulo. Loucura, Cultura e Subjetividade: Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, Sonia. (org) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____ ; BELLONI, Fabio. Ampliando o direito e produzindo cidadania. In: Pinho, K.L.R.; Pinho, L.P.; Lussi, I.A.O.; Machado, M.L.T. (orgs) *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

ANDRADE, M.C.; BURALI, M.A.M.; VIDA, A.; FRANSOZIO, M.B.B.; SANTOS, R.Z. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Brasília: Psicologia; Ciência e Profissão*, 33 (1), 2013.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. *A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 23(1):207-215, 2007.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

_____. (1979) *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Amarante, P. (org). Rio de Janeiro: Gramond, 2010.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva, 17(2):243-250, 2007.

BOCK, Ana Mercês Bahia.; GONÇALVES, Maria das Graças Marchina. Subjetividade: O sujeito e a dimensão subjetiva dos fatos. In: Gonzalez Rey, Fernando. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Tompson, 2005.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto

Editora, 1994.

BOITO, Armando; BERRINGER, Tatiana. *Brasil: classes sociais, neodesenvolvimentismo e política externa nos governos Lula e Dilma*. Curitiba: Revista de Sociologia e Política, 21(47): 31-38, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego: Secretaria Nacional de Economia Solidária. Singer, P. *Desenvolvimento: significado e estratégia*. Brasília, 2004.

_____. *Informalidade na economia solidária: conhecendo e discutindo*. São Paulo: DIEESE, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. *Crack e exclusão social*. Souza, J. (org.). Brasília: 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?* Campinas: Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):301-306, 2007.

CASTEL, Robert. *A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à “desfiliação”*. Salvador: Cadernos CRH, 26(27), pp. 19-40, 1997.

_____. *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2010

CECILIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. (orgs) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, pp.113-126, 2001.

COLI, J. A precarização do trabalho imaterial: o caso do cantor do espetáculo lírico. In: Antunes, Ricardo. (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. *Dossiê: Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo: CRP 06ª região, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (org) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

CRUZ, Antônio Carlos Martins. *A diferença da igualdade: A dinâmica da economia solidária em quatro cidades do MERCOSUL*. 2006. 325 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

DIEESE. *Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos: Salário mínimo nominal e necessário*. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>> Acesso em: 28 dez. 2016.

_____. *Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos: Metodologia*. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/metodologia/metodologiaCestaBasica2016.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2016.

ENGELS, Friedrich. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: Antunes, R. (org) *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular. 2004.

FURTADO, Odair; SVARTMAN, Bernardo Parodi. Trabalho e alienação. In: Bock, Ana Mercês Bahia.; Gonçalves, Maria das Graças Marchina. (orgs) *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortéz, 2009.

_____. *Dialética e contradições da construção da identidade social*. Florianópolis: Psicologia e Sociedade, v. 22, n. 2, pp. 259-268, 2010.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. *Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social*. Brasília: SER Social, v. 13, n. 28, pp. 210-230, 2011.

GONZALEZ REY, Fernando. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HARVEY, David. *O novo imperialismo*. São Paulo: Loyola, 2003.

HENNA, Elisabete Satie; CORREIA, Ricardo Lopes; SILVEIRA, Marcos. Do Nutrarte à Pastelaria Q'Sabor: Percorrendo caminhos intersetoriais. In: Pinho, K.L.R.; Pinho, L.P.; Lussi, I.A.O.; Machado, M.L.T. (orgs) *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

KAHHALE, Edna Maria Peters; ROSA, Elisa Zaneratto. A construção de um saber crítico em psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria das Graças Marchina (orgs) *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortéz, 2009.

KLIMAN, Andrew. *The failure of capitalism production: Underlying causes of de great recession*. Nova Iorque: Plutopress, 2012.

KINKER, Fernando Sfair. *Fragmentos de uma sociabilidade emergente: a trajetória do Núcleo de Trabalho do Programa de Saúde Mental de Santos (1989 – 1996)*. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

_____. *Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia*. São Carlos: Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 22, n. 1, p. 49-61, 2014.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Reforma Psiquiátrica, Economia Solidária e Cooperativismo Social. In: Pinho, K.L.R.; Pinho, L.P.; Lussi, I.A.O.; Machado, M.L.T. (orgs) *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

KONDER, Leandro. *Marxismo e Alienação: contribuição para um estudo do conceito marxista de alienação*. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2009.

KOSÍK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LIMA, Henrique Espada. *Sob o domínio da precariedade: escravidão e os significados*

da liberdade de trabalho no século XIX. Rio de Janeiro: Topoi, 6 (11): 289-326, 2005.

LIMA, Maria das Graças. *A Dimensão Subjetiva da Economia Solidária*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa Estudos Pós Graduados em Psicologia Social. São Paulo: 2011.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Caps: laços sociais*. Barbacena: Mental, 5 (8), 2007.

LÖWY, Michael. Barbárie e modernidade no século XX. In: Bensaid, D. & Löwy, M. *Marxismo, Modernidade e Utopia*. São Paulo: Xamã, pp. 46-56, 2000.

LUZIO, Cristina Amélia.; YASUI, Silvio. *Desafios da política de saúde mental*. Maringá: Psicologia em Estudo, v. 15, n. 1, pp. 17-26, 2010.

MARX, Karl. (1932). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. (1867). *O Capital: Crítica da economia política. Livro I: Processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. (1867). *O Capital: Crítica da economia política – Livro I: O processo de produção do capital*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____; ENGELS, Friedrich. (1848). *Manifesto Comunista*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MENDES, Áquilas. *A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?* São Paulo: Saúde e Sociedade, v.24, n.1, pp.66-81, 2015.

_____; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. (org.) *Sistema Público de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: OPAS/ABRES, 2016.

MÉSZÁROS, István. *A montanha que devemos conquistar: reflexões acerca do Estado*. São Paulo: Boitempo, 2015.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.O. Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 23-41, 2008.

OLIVEIRA NETO, S.; ANTUNES, D.C.; SALGADO, E.S.Q.; BEZERRA, G.L.; SOUZA, J.C.; LABAKI, M.F. 10 anos de Projeto Tear. In: Pinho, K.L.R.; Pinho, L.P.;

Lussi, I.A.O.; Machado, M.L.T. (orgs) *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

POCHMANN, Marcio. *Economia solidária no Brasil: possibilidades e limites*. IPEA: Mercado de Trabalho (24), 2004.

QUINTELA, S; ARRUDA, M. Economia a partir do coração. In: Singer, P.; Souza, A.R. (orgs) *A economia solidária no Brasil: A autogestão como resposta ao desemprego*. São Paulo: Economia Contexto, 2000.

ROSA, Elisa Zaneratto. *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. *Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses*. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, n. 114, pp. 311-331, 2013.

ROTELLI, Franco. *A instituição inventada*. Per la salute mentale/ For mental health. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Rev. Trad.: Cláudia Chaves Martins. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, n. 1, 1988. (Disponível em: <http://docplayer.com.br/355382-A-instituicao-inventada-franco-rotelli.html>)

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FioCruz, 1989.

_____; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio, M.F. (org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. ; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Jr., Benilton; Amarante, Paulo. (orgs) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. *Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Saúde Mental, Formação e Crítica.* Amarante, P.; Cruz, L.B. (orgs.). Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

RINALDI, D.L.; LIMA, M.C.M. *Entre a clínica e o cuidado: A importância da curiosidade persistente para o campo da Saúde Mental.* Barbacena: Mental 4(6), 2006.

RUI, Taniele; FIORE, Maurício; TÓFOLI, Luís Fernando. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa 'De Braços Abertos'.* São Paulo: Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), 2016.

SACKS, R.D. *Territorialidade Humana: sua teoria e história.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014.* In: Cayres, A.Z.F.; Ribeiro, M.C.; Elias, R.; Coutinho, R.A. (orgs.). São Paulo: FUNDAP, 2015.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético – político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader Burihan. (org.), *Artimanhas da Exclusão: uma análise psicossocial e ética da desigualdade social.* Petrópolis: Vozes, 2001.

SILVA, A.T.M.C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F. *Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto.* São Paulo: Revista Escola Enfermagem - USP 36.(1): 4-9; 2002.

SILVA, C.S.; BORGES, D.A.; GAVIDIA, E.J.S.; NIGRO, G.M.S.; FILHO, I.J.L.; GRACIA, L.J.C.; CARREIRO, L.F.; SILVA, M.J.; MARQUES, M.V.A.S.; CAMARA, T.B. A experiência do Carinho Feito à mão. In: Pinho, K.L.R.; Pinho, L.P.; Lussi, I.A.O.; Machado, M.L.T (orgs) *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde.* São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

SILVA, Giselle Souza de. Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete; GRANEMANN, Sarah. (orgs) *Financeirização, fundo público e política social.* São Paulo: Cortez, 2012.

SPOSATI, Aldaíza. *Fluidez da inclusão/exclusão social*. São Paulo: Ciência e Cultura, v. 58, n.4, 2006.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, Paulo. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 6 (1): 73-85, 2001.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. *Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais*. Goiânia: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 1, pp. 04-09, 2003. (Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/768/851>)

WANDERLEY, Luíz Eduardo W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: Bógus; Yazbek; Belfiore-Wanderley (orgs.), *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 2013.

Anexos

Anexo 1. Carta de Bauru

Bauru, dezembro de 1987

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental

Anexo 2: História de Dona N.

Laís: *A gente tem exemplos práticos do quanto estar nesse espaço foi importante pra vida deles e para o tratamento. A **Dona N. foi uma das que ficou 16 ou 17 anos internada no Lacan** (manicômio da região), hoje ela mora na residência terapêutica, e então é isso, **não tem mais vínculo com a família, não tem mais vínculo com ninguém, a única referência que ela tinha era a casa dela**, que ela estava há 2 anos, era bem recente, e daí ela não fazia nada. Nesse período que (o grupo de alimentação) foi pro CTR as cuidadoras iam levar e iam buscar, iam levar e iam buscar então ela não fazia nada sozinha. **Tem um ganho de estar nesse espaço que era assim, ela dizia assim “não agora eu quero tentar ir um dia sozinha”**, e daí tem todo, obviamente, um cuidado da Camila de estar lá e falar “olha, a senhora vai e quando a senhora chegar lá pede pra cuidadora me ligar” ou “então tá aqui me telefone e aí a gente vai se falando”, e até chegar um dia de que a Camila não ficava lá o dia inteiro e **eles ficavam sozinhos e eles davam conta daquele espaço sozinhos, bem ou mal, não necessariamente como qualquer outro espaço, como qualquer outra lanchonete, talvez não na rapidez de uma outra lanchonete, mas o fato é que estavam lá, estavam sozinhos, faziam, sabiam, aprenderam a abrir, produzir, vender e fechar caixa, toda essa lógica eles faziam sozinhos.***

Camila: *No tempo deles, até assim pela idade, a Dona N. e o Seu J. são dois usuários já de idade, idosos, e que também ficaram um tempo razoável de 15 a 20 anos no manicômio. Então, assim, sempre dependendo dos outros, não se viam “como que eu vou poder vir de ônibus”. Eu sempre estava indo de carro, um dia que eu fui de ônibus com ela, ela falou “já vamos levantar que é no próximo ponto que a gente desce”, a questão era que eu que estava indo com ela e eu não sabia onde tinha que descer, e eu falei “mas a senhora sabe vir sozinha?”, “**porque eu sempre venho e aí eu aprendi**”. Ela já estava vindo com as cuidadoras, mas até então ninguém perguntou “a senhora já sabe vir?”, “desce aqui, quando chegar nesse prédio laranja você dá sinal”, e aí o dia que eu fui com ela, ela que falou “passou o prédio laranja você já pode levantar que é no próximo que desce”, fiquei assim... Demorou 6 meses ou 1 ano pra alguém poder escutar ela e acreditar que ela era capaz, porque foi ela que me trouxe, falou “olha o zero tanto (número do ônibus) que pega pra ir pro CTR” e ela me levou e **estava todo***

*mundo imaginando que era eu que estava levando ela sendo que eu não sabia ir de ônibus, então eu falei “ ah, então a senhora já sabe onde desce” e ela “ah, mas e se eu me perder e ai depois descer no terminal e ter que subir pra ir pra casa” “ah, mas e se ela se perder de quem é a culpa?”. Mas aí e se ela não se perder, e se ela não precisa mais de ter alguém ali lado a lado com ela, ela sabe, quantos anos já faz? Dois anos que ela está aqui fazendo esse trajeto do centro até a casa dela. Ela sabe ir, dai a gente começou o processo e hoje ela vai pra todo lado sozinha. Uma coisa que marca muito pra mim a trajetória da Dona N. **além dela ter conseguido chegar nessa autonomia de pegar a condução e falar “hoje eu quero ir 6 horas e chegar lá mais cedo” e antes não tem que esperar a cuidadora chegar, pra tomar o remédio e agora não, toma o banho dela e “estou indo”.** Então o quanto ela adquiriu essa autonomia dai começou essa coisa de celular e tecnologia e ela quis também comprar o celular dela, e ela falou, **“será que eu posso também comprar um celular?”** “lógico que pode”, “ah, mas então vou falar com a minha referência”, “ah, mas não precisa falar com a sua referência, porque a senhora não recebeu tipo ontem 200 reais? Então, dá pra comprar um celular.” Isso o que? Três anos atrás? Ainda dava pra comprar um celular legal, e eu fui com ela nas Casas Bahia e ela que escolheu. E quanto que foi positivo na vida dela? Ela é usuária do CAPS e com o próprio trabalho ela comprou o celular, os próprios usuários do CAPS que foram ensinando como mexer, e ela começou a se comunicar e ser muito mais independente. Hoje tem toda uma mudança na vida dela, encontrou os filhos, agora encontrou uma irmã, ela está resgatando a história dela, a vida dela.*

Laís: O Trabalho foi importante para ela se organizar, talvez se fosse há um tempo atrás que ela tivesse encontrado a família, não sei como ela conseguiria lidar com tudo isso naquele momento. Mas daí ela precisou passar por todo esse processo de trabalho para se organizar, ir para a rua, ver que não era nada de outro mundo, ver que ela também conseguia fazer para daí encontrar ou reencontrar a família. Teve um trauma com o filho, porque ela teve o trabalho de reencontrar e um dos filhos faleceu, foi um baque para ela, e foi bem num momento difícil que a pastelaria estava passando.

Camila: Mas foi o trabalho que segurou ela, esse baque dela, mesmo ela sofrendo ela continuou mantendo a rotina dela de estar na pastelaria, no horário de sempre, e quando ela teve oportunidade dos filhos falarem assim "ah, já que a gente ficou tantos

anos longe da minha mãe, vamos trazer ela pra morar com a gente", só que era em outro estado, ela teria que ir pro RJ, e ela foi bem clara, ela falou assim "eu não quero ir, todo mundo quer que eu vá, mas eu não quero", tanto todo mundo os filhos, como o pessoal da residência de falar "não, achou a família tem que ir, é hora de ir" e ela "mas porque que eu não posso ficar? Porque, aqui eu me sinto bem, porque aqui eu tenho trabalho. Aqui eu faço o que eu quero, agora eu vou pra casa do meu filho e lá eu não vou conseguir trabalho, lá eu não vou fazer nada, vou ficar dentro de casa e sem fazer nada, não é isso que eu quero pra mim", então olha só e mais uma vez foi a gente parar pra fazer essa escuta, que estava todo mundo festejando, alegre, "não, Dona N. achou os filhos vai embora, que legal pra ela", mas em nenhum momento ela estava achando assim "vou embora", não "achei meus filhos ótimo, eles vem me ver eu vou ver eles, mas eu não estou falando que eu quero ir embora", mas ate então ela não conseguia verbalizar isso, ate com receio, tipo "as pessoas vão ficar com raiva porque eu não quero ir", ela chegou a achar que ela é obrigada a ir, se você acha um parente você tem que ir, a casa não é mais sua. E aí a gente conversando com referência, fazendo toda a articulação com todas as referências de CAPS e residência e chegou a conclusão de que se ela estava se sentindo bem aqui ela ia continuar na residência e porque não passar as férias no RJ com os filhos, conhecer netos, fazer vínculo, porque até então não existia esse vinculo, 20 anos sumida, os filhos não tinha mais aquele vinculo com a mãe né, e os netos, ela nem viu nascer, e aos poucos ela tá se integrando de novo na sociedade e achando mais parentes ai. Então, quando a gente para pra refletir o quanto o trabalho fez essa a diferença. Tanto da autonomia dela, que ela foi adquirindo por causa do trabalho, porque senão ela taria da casa pro CAPS, do CAPS faz um grupinho volta pra casa, naquela vida sedentária, se vê até no físico, Dona N. andava com o ombro caído, cabeça baixa e depois não, ela ergue os ombros pega o ônibus e é dona da vida dela.