



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E**  
**INSTITUCIONAL**

**Cássio Streb Nogueira**

**A Loucura interroga a Gestão: subjetividade e saúde mental na era do  
trabalho imaterial.**

Porto Alegre

2014

**Cássio Streb Nogueira**

**A Loucura interroga a Gestão: subjetividade e saúde mental na era do trabalho imaterial.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

**Porto Alegre**

**2014**

**Cássio Streb Nogueira**

**A Loucura interroga a Gestão: subjetividade e saúde mental na era do trabalho imaterial.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon – Orientadora

---

Profa. Pós-Dra. Fernanda Spanier Amador – UFRGS

---

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi – UFRGS

---

Prof. Dr. Silvio Yasui – UEJMF

*Dedico este trabalho à minha esposa e meu  
filho, que apesar de todas as minhas  
ausências, sempre me receberam com  
generosos sorrisos.*

## **Agradecimentos**

Uma dissertação não é algo que nasce de uma fonte única. Ela é multitudinária, composta do próprio coletivo em que o corpo do pesquisador é imerso. São muitas pessoas, afetos, experiências que compuseram estes escritos. Gostaria de agradecer em especial:

A minha mãe, por me contagiar com seu interesse pela leitura e meu pai, por mostrar o valor do trabalho;

Minha avó, pelo seu exemplo de luta e perseverança quando tudo mandava desistir;

Juliano, Luciana e Lucas, pela hospitalidade longe do mar na cidade grande;

Às minhas irmãs, pelo constante incentivo.

Ao Intervires, coletivo potente e afetivo que mudou minha maneira de trabalhar!

Ao Preto, pela sua companhia incansável e sonecas em cima dos livros;

A todos os usuários que me contagiaram com suas formas de vida e saberes!

“Tu achas que tu manda em ti? Tu achas que tu te governas? Quem te governa são os teus pais e se eles não conseguirem fazê-lo, quem vai te governar é o Estado.” (Fala de um Juiz de Direito a um adolescente durante uma audiência)

## RESUMO

O presente trabalho nasce das inquietações produzidas a partir de uma experiência disparadora, em um serviço substitutivo de Saúde Mental no litoral norte do Rio Grande do Sul. Para acompanhar os processos em produção e desdobrar o que pode ser visualizado ali, utilizamos uma inspiração cartográfica, método criado por Gilles Deleuze e Félix Guattari. Discutimos, assim, as possibilidades da loucura como potência intercessora dos processos de trabalho presentes no capitalismo tardio, especialmente o trabalho em saúde mental. Primeiramente, passamos em revista nosso conceito de saúde e como este se chocava frontalmente com o entendimento hegemônico tradicional ainda presente no nosso campo de atuação; discutimos os paradigmas biomédicos e psicossociais, o nascimento da medicina moderna em Foucault e as formas de tutela, dominação e controle sobre os corpos nascidas destas, contrastando com o entendimento de saúde como capacidade normativa e de assumir riscos de adoecimento de Canguilhem. Em seguida, teorizamos a transição no mundo do trabalho, que passa do modelo de gestão taylorista ao modelo imaterial, este típico do Império; se no taylorismo corpos eram dominados invisibilizando a subjetividade presente na atividade, na era imaterial, por outro lado, é a subjetividade que é posta a trabalhar biopoliticamente; teorizamos, ainda, as formas de poder e resistência possíveis neste processo, que tem a guerra permanente como modelo de gestão do biopoder imperial; buscando juntar forças à loucura, agregamo-nos com os conceitos de multidão, forma imanente ao Império e o Nomadismo e forma imanente à dominação estatal. No terceiro capítulo, ampliamos a noção de gestão do trabalho e da atividade da vida, entendendo-a como uma dobra pensada não somente como as prescrições inerentes ao trabalho, mas como o laborioso uso de si entre as dobras presentes na produção subjetiva do trabalhador e do trabalho embaralhada com a potência intercessora da loucura. No último capítulo retornamos ao campo do trabalho em saúde mental para ver como o trabalho, que opera diretamente com a loucura, estabelece essa relação no espaço, mesmo desta transição do mundo do trabalho e da mudança de paradigma do cuidado em saúde. Concluimos que há de se cuidar, nessa passagem do taylorismo ao imaterial, das sociedades disciplinares às de controle, para escaparmos da serialização massificante das formas hegemônicas tradicionais e da constituição de redes frias, produtoras do mesmo na lógica imaterial. Trabalhar com a loucura é um trabalho afetivo, que permite desburocratizar e esquentar as redes de cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Loucura. Trabalho. Gestão.

## ABSTRACT

This work arises from concerns produced from a triggering experience in a substitute Mental Health service on the northern coast of Rio Grande do Sul. In order to monitor production processes and unfold which can be viewed here, use a cartographic inspiration, method created by Gilles Deleuze and Félix Guattari. Thus, we discuss the possibilities of madness as intercessory power of work processes present in late capitalism, especially the mental health work. First, we review our concept of health and how it clashed sharply with the traditional hegemonic understanding still present in our field; discussed the biomedical and psychosocial paradigms, the birth of modern medicine in Foucault and the forms of tutelage and domination control over the bodies of those born, contrasting with the understanding of health as a normative and capacity to take risks of illness with Canguilhem. Then we theorize the transition of the work in the world, which passes from the Taylor model to the immaterial model, this typical of the Empire; if the bodies were dominated in the Taylorism making the subjectivity invisible in the activity, at the immaterial era, on the other hand, is the subjectivity that is put to work biopolitically; we also theorize the forms of power and the possible resistance to this process which has permanent war as management of imperial biopower model, seeking to join forces to madness, add us to the concepts of Crowd, immanent to Empire and Nomadism the immanent way to the state domination. In the third chapter, we extend the notion of managing work and life activity, understanding it as a fold designed not only as the requirements inherent in the job, but as the laborious use of themselves into the folds present in worker output and subjective work, shuffled with the intercessory power of madness. In the last chapter we return to the field of mental health work to see how the work that operates directly with madness establishes this relationship, even within this transition from the working world and paradigm shift in healthcare. We conclude that we have to take care in this passage from Taylorism to the Immaterial, from disciplinary to control societies, intending to escape the massifying serialization of traditional hegemonic forms and establishment of cold chains, producing the same, as shown in the immaterial logic. Working with madness is an affective labor, which allows heat and less bureaucratic networks of care.

**Key-words:** Mental Health. Madness. Labour. Management.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 QUAL SAÚDE?</b> .....	15
<b>1.1 Acerca de uma “Medicina Normal”</b> .....	18
<b>1.2 Um “saudável” conceito de saúde</b> .....	24
<b>1.3 Loucura</b> .....	28
<b>2 TRABALHO</b> .....	37
<b>2.1 Trabalho Imaterial</b> .....	37
<b>2.2 Poder e resistência</b> .....	42
<b>2.3 Liberdade e resistência</b> .....	45
<b>2.4 A Guerra como modelo de Gestão</b> .....	48
<b>2.5 Multidão e Nomadismo</b> .....	52
2.5.1 Nomadismo .....	55
2.5.2 Multidão .....	56
<b>3 GESTÃO</b> .....	60
<b>3.1 Trabalho e uso de si</b> .....	65
<b>4 TRABALHO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: SOBRE O QUE APRENDER COM OS INGOVERNÁVEIS NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO DAS FORMAS DE DOMINAÇÃO</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90

## INTRODUÇÃO

Este texto nasce do meu encontro com o trabalho em saúde mental em um CAPS do litoral norte do Rio Grande do Sul. Não é um relato neutro, asséptico sobre como se trabalha ali, mas o que se produziu a partir deste encontro. Trata-se da narrativa de um trabalhador-pesquisador e seu encontro com o saber/fazer em saúde mental “longe demais das capitais” e o que ele faz ver e falar. Lembro-me de Zaratustra que diz “[...] de todo o escrito, só me agrada aquilo que uma pessoa escreveu com o seu sangue. Escreve com sangue e aprenderás que o sangue é espírito” (NIETZSCHE, 2002, p.57).

Para acompanharmos o processo em produção neste encontro e o que ele pode criar e cuidar utilizaremos um olhar cartográfico, inspirado no método criado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, o qual segundo Kastrup (2009, p.32), visa acompanhar um processo e não representar um objeto, investigando sempre um movimento de produção. Não se trata de uma representação cartográfica dada em determinado contexto, pois não há sentido a ser descoberto, interpretado, encontrado, mas sim um conhecimento a ser construído, criado, acompanhando as linhas de produção do desejo, entendido como maquínico, produtor de sentidos moleculares. Nesse sentido, a experiência de um trabalhador-pesquisador torna-se aqui um modo de pesquisa-intervenção, já que para essa concepção, toda pesquisa é, desde sempre, um modo de intervir e isso não se faz com regras prontas, mas com um trabalho que se constrói ao longo da caminhada (PASSOS, ESCÓSSIA e KASTRUP, 2009).

A partir de um evento disparador realizado no referido CAPS, discuto as possibilidades da loucura como intercessora para resistir às formas endurecidas de controle e gestão, típicas do biopoder imperial em que vivemos.

Trata-se de um episódio ocorrido em um encontro da rede municipal, promovido pelo CAPS do município em que trabalhava na época. Minhas colegas falaram-me que iriam fazer um evento da rede, onde os serviços se apresentariam e todos teriam que falar alguma coisa. De imediato pensei: “quem melhor para falar de rede do que os usuários?”. Naquele momento, falavam através de mim os ideais de participação democrática, tão caros aos movimentos da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e a própria política que criou o SUS, auxiliados, sem dúvida, pelo meu momento de formação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Não seria esta uma bela oportunidade de fazermos os usuários se aproximarem da gestão do serviço, realizar algumas das tarefas

destinadas ao CAPS e aos serviços do SUS, qual seja, a participação do usuário nos destinos do serviço e do tratamento?

Quando dei passagem para o que em mim ressoava, a assistente social que trabalhava conosco no serviço aceitou de imediato, e, a partir de então, organizamos o “evento” preparatório à discussão com os usuários do CAPS. Escolhemos um documentário que havia passado na televisão, cerca de um ano antes, sobre “Rede de Saúde Mental”<sup>1</sup> e um mês antes do evento elaboramos cartazes para divulgá-lo junto à comunidade usuária.

Na data programada, um dia antes do encontro dos serviços da “rede”, os usuários e familiares reuniram-se e, ao assistirem ao documentário, relataram como viam a rede de saúde do Município. Sentamos todos em círculo, cerca de 40 usuários, psicólogo e a assistente social. Ficamos em torno de uma hora, os profissionais anotaram as demandas, da ordem que eram ditas e dividiram entre as características do CAPS e da rede de saúde como um todo, assim como escutávamos as mais diversas experiências dos usuários, no que toca aos tratamentos: internações, desintoxicações, oficinas, apoio da família e etc.

É importante ressaltar o clima afetivo que tomou conta do momento. Tínhamos neste encontro usuários dos mais diversos grupos (psicóticos, dependentes químicos, neuróticos), familiares, vizinhos. Eles falavam em um clima de tranquilidade e conseguiam se colocar no lugar dos profissionais que ali trabalhavam, relatando a mesma dificuldade que esses últimos encontravam em atender um número exagerado de pessoas e em ser um serviço de saúde mental em meio às transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica. O que foi ouvido naquela tarde de terça feira jamais tinha sido ouvido da boca de qualquer gestor municipal, no que tange à formação dos profissionais e a empatia com estes. Jamais tínhamos recebido qualquer proposta de capacitação e, mesmo quando queríamos ir a eventos e cursos que procurávamos por iniciativa própria, éramos desencorajados. Qualquer evento, treinamento ou curso em que o CAPS era convidado, somente o coordenador ia, ele representava sempre o CAPS. A soberania vertical sempre se impunha ao trabalho em equipe e às formações de redes de cuidado.

Tínhamos, portanto, naquele inusitado momento os dados obtidos diretamente daqueles que utilizavam os serviços. Sempre achamos estranho fazer um evento da rede e não perguntarmos para aqueles que mais se utilizam dela o que estes achavam a respeito. Levamos os dados tais como estes foram dispostos pelos usuários. Pensamos que, se colocássemos em categorias, já estaríamos interferindo no que havia sido dito. Apresentamo-los no dia do

---

<sup>1</sup> Programa “A Liga”, da Rede Bandeirantes de Televisão. O episódio em questão foi transmitido em 2010 com o nome “Saúde Mental”.

evento, com todos os serviços de quase todos os setores de atendimento ao público da Prefeitura, incluindo o representante do secretário de saúde e profissionais dos serviços.

A colheita<sup>2</sup> daquele dia não resultou em nenhuma novidade, era algo que todos, mais ou menos, já sabíamos, mas que era constantemente negado pelos gestores municipais: queixas quanto ao acolhimento e qualidade do atendimento, dificuldades de acesso a profissionais habilitados, diferenças gritantes entre o atendimento do serviço no verão e inverno<sup>3</sup>, superlotação das recepções nos serviços de um modo geral e falta de treinamento e formação dos profissionais.

O evento, que aqui estamos referindo como disparador do foco desta investigação produziu movimentos bem distintos nos segmentos que, direta ou indiretamente, envolvia.

Entre os usuários surgiu a demanda de ampliação de seu protagonismo no serviço que foi manifestada, timidamente, na solicitação pela continuidade dos encontros. Como um dos desdobramentos desta experiência, foi criado um espaço chamado CINE CAPS, no qual os usuários e familiares escolhem os filmes que seriam reproduzidos mensalmente, assim como organizavam, juntamente com a equipe, a logística do evento. Além disso, passamos – usuários, familiares e equipe técnica que havia participado do evento disparador – a realizar a partir daquele momento, outras reuniões quando percebíamos que precisávamos discutir alguns pontos.

Entre alguns colegas, entretanto, a repercussão da experiência foi bem diversa. Alguns trabalhadores, incluindo o coordenador do CAPS, sentiram-na como um ataque à organização do serviço e um afronta à hierarquia, questionando a validade e eficácia dessas novas práticas, pois pareciam abalar o lugar de saber-poder sobre a doença e colocar em questão a pretensa autonomia dos trabalhadores. Uma série de ataques e boicotes foi dirigida a esses espaços por parte de alguns membros da equipe, entre os quais surge o questionamento acerca de “quem eram os usuários para falar ou escolher alguma coisa, já que nem nós que éramos técnicos podíamos fazê-lo!?”(SIC).

Acompanhando o movimento que esta experiência causou em um serviço que parecia estagnado, com relações de poder hierarquicamente tão endurecidas (em tudo alinhadas a um modo de atenção manicomial, na contramão daquilo que um serviço que nasce para substituir

---

<sup>2</sup>No fazer da pesquisa-intervenção falamos em “colheita de dados”, uma vez que estamos implicados na pesquisa e produzindo junto estes dados e não em mera “coleta”, que pode sugerir uma posição de neutralidade que retira o pesquisador do campo de pesquisa que já estaria lá dado, pronto para ser “levantado”.

<sup>3</sup>Tramandaí, segundo dados do IBGE, Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=432160>>. Acesso em: 15 out. 2013, conta com 41.585 mil habitantes. Estimativas dão conta que a população pode alcançar cerca 250 mil habitantes durante a temporada de veraneio e aumentar ainda mais aos finais de semana do mesmo período.

lógicas verticalizadas características dos asilos deveria apresentar), passei a perceber o quanto a problematização dos modos de Gestão teria a contribuir para avançarmos naquilo que ainda precisa ser exaustivamente pensado para a desinstitucionalização da loucura: a desmontagem do aparato manicomial e a efetiva atualização dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e Sanitária.

Aquilo que a Política Nacional de Humanização coloca como seu princípio *princeps* para transformar os modos de trabalhar no SUS, a indissociabilidade entre atenção e gestão adquire um sentido muito mais visceral para mim, porque foi experimentado na pele, desde aquele evento analisador (BRASIL, 2008). Também assume nova conotação a afirmação de Barros e Passos (2001, p.95): “[...] o que precisamos entender é essa relação de imanência do biopoder que exige um reequacionamento das formas de luta e de intervenções clínico-políticas quaisquer que sejam elas”.

Compreender tais relações de poder e a forma como se atualizam em contextos específicos da Rede de Saúde Mental no qual estou atuando, pensar “a loucura do trabalho” em que hoje me insiro, parafraseando o clássico título de Dejours, e, principalmente, colocar em foco a instituição da Gestão na potência crítico-analítica que ela possa oferecer em sua relação com a Loucura, configurou-se, assim, como campo problemático dessa investigação.

Para desdobrá-la, primeiramente passaremos em revista a concepção de saúde que estamos defendendo, para esclarecermos por que a compreensão de uma saúde mais porosa, em contato com a multiplicidade promovida pela loucura, choca-se frontalmente com o paradigma hegemônico presente no campo da Saúde Mental. Depois, discorreremos sobre as características desta transição do trabalho taylorista ao trabalho imaterial, a forma de trabalho que interfere em nossa forma de vida diretamente, assim como as estratégias de poder presentes no Império, como designado por Negri e Hardt, autores que nos acompanham neste momento do percurso.

Na terceira parte, ampliaremos nosso entendimento de gestão e como ela pode se aliar à loucura, ao nomadismo e à multidão para produzir mais saúde e formas de resistência ao poder instituído. Por fim, voltaremos ao campo da Saúde Mental para lançarmos um olhar sobre um trabalho que opera diretamente com a loucura e quais seriam as características necessárias para que possamos usá-la como intercessora potente na construção de formas de resistência ao saber dominante do campo em questão, para, assim, podermos nos aliar ao questionamento foucaultiano: “que devo ser eu, eu que penso e que sou o meu pensamento,

para eu ser o que eu não penso, para que o meu pensamento seja o que eu não sou?”  
(FOUCAULT, 1996, p.335-336).

## 1 QUAL SAÚDE?

*Márcio estava internando quase toda semana no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Este frequentava o primeiro grupo de psicóticos criados naquele CAPS, após a minha chegada, sendo que o mesmo serviço já existia há 3 anos. Eu indagava, sempre, por que não tínhamos um esquema de cuidados intensivos para que ele pudesse ser acompanhado toda semana. Por dois anos ele ficara bem. Com o nascimento do seu primeiro filho, havia entrado em crise, ao qual o serviço respondia com internações frequentes. Quando eu tentava construir com a coordenação outra possibilidade de atendimento, este somente indagava se ele tomava os remédios certos, deixando transparecer uma desconfiança quanto à regularidade do uso da medicação. Este usuário não mais acessou o serviço, tendo sido acompanhado pelo CRAS e pelo Agente de Saúde do Município. Tanto ele quanto eu, não acreditávamos mais na capacidade de cuidado deste CAPS, passando a construir outra possibilidade de cuidado em outros serviços da rede.*

Habito há mais de uma década esta luta, que se afirma no dia a dia dos serviços ditos substitutivos de saúde mental em território brasileiro. Comecei meu percurso no estágio de psicologia em 2003, quando experimentei as batalhas durante um ano e meio em um CAPS no município de São Leopoldo, região macrometropolitana de Porto Alegre. Formado, busquei caminhos que continuassem o diálogo iniciado na formação acadêmica e avançassem a minha formação na área. Encontrei esta continuidade ao desenvolver um trabalho junto a uma clínica de dependentes químicos, também em São Leopoldo. Éramos uma ONG, com três casas para internação. Vivi intensamente a problematização do abuso de substâncias, as internações e as questões sociais envolvidas neste trabalho. Em 2007, assumi no CAPS da maior cidade litorânea do Rio Grande do Sul, Tramandaí/RS, onde permaneci em atividade até meados de 2013, quando minha permanência lá se tornou *invivível*.

Somada a esta década de trabalho na área, há a participação em cursos, palestras, seminários, caminhadas e encontros, assim como a especialização em Saúde Mental finalizada em 2011. Todos estes movimentos alinhados aos princípios de uma incipiente Reforma Psiquiátrica brasileira, que veio se instituindo e constituindo serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como este nos quais trabalhei, exatamente na década em que iniciei minhas atividades profissionais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Apesar do RS ser o Estado pioneiro na promulgação de uma lei que proíbe a abertura de novos hospitais psiquiátricos e dispõe sobre os direitos das pessoas que sofrem de transtornos psíquicos (Lei 9716 de 1992), em

No que tange ao meu mais recente trabalho no campo da Reforma Psiquiátrica, assumi no CAPS de Tramandaí em 2007, de maneira bastante peculiar. Precisei acionar o Ministério Público para que minha vaga no concurso fosse assegurada, assim como de minhas colegas, visto que havia três psicólogas cujos contratos eram renovados ano após ano. Esta forma de entrada, por si só, já deixa antever como funcionam as coisas por lá: poder verticalizado, onde as garantias e direitos individuais são violados em nome do poder político-partidário e de indicação de profissionais que comungam com a ideia dominante, onde as dissonâncias não são bem vistas, onde a diferença é negada. Produz-se, via de regra, somente “mais do mesmo”. Esta experiência e o encarceramento sentido no corpo dispararam a vontade de pesquisar sobre os movimentos de gestão do trabalho e o que a loucura pode interrogar. A loucura do trabalhador, do usuário e as formas ampliadas de gestão.

De minha andança de 10 anos, fica-me o exercício de uma clínica ampliada que não pode ser separada das formas de gestão. Uma gestão verticalizada, taylorista, talvez não seja capaz de cumprir, ou pelo menos exercitar, o que preconizam as leis no campo da saúde mental a partir da implementação da Reforma Psiquiátrica.

Visando problematizar a potência intercessora da Loucura nas formas de poder de nosso tempo, não podemos nos furtar a entender de que tipo de loucura estamos falando e, não como seu avesso, mas em complementaridade, que tipo de saúde estamos querendo construir em nossas intervenções. Se for verdade que queremos utilizar a loucura como potência instituinte, também é verdade que faremos isso para constituir espaços mais saudáveis em nossa *práxis*.

Cumprer colocar no papel as reflexões acerca da saúde que defendemos e rastrear por que esta se choca tão frontalmente ao modelo hegemônico produzido nos novos serviços substitutivos. Se os serviços ditos substitutivos deveriam estabelecer uma nova relação com a loucura, o que foi assegurado pelas legislações aprovadas nas últimas décadas no Brasil, por que quando colocamos essa para dialogar com as práticas usuais de organização e trabalho dentro do CAPS, causamos tanto incômodo? Quando fazia resistência ao modelo hegemônico, muitas vezes senti-me muito mal, angustiado, pensando que não seria eu o “errado”. O “trabalhador padrão”, o “funcionário do mês” em mim sentia-se inadequado. Cumprer, portanto, tornar visível que entendimento de saúde era este que eu encarnava e como ela se chocava com “a gorda saúde dominante” (DELEUZE, 1997), produzindo em mim, o

---

âmbito nacional é somente em 2001 com a aprovação da Lei 10216 que o país passa a ter uma Política nacional de Saúde Mental a partir da qual a Reforma Psiquiátrica brasileira começa a ser implementada.



que certamente não é um sentimento isolado, o mal estar de um trabalhador que não cumpre o que foi prescrito.

Segundo Pratta (2009), o processo de saúde e doença varia de acordo com cada cultura e seu momento sócio-histórico-político. De acordo com a mesma autora, no século XVII a medicina acompanhou o paradigma mecanicista, marcado pelo dualismo mente-corpo, “[...] passando a encarar o corpo como uma máquina, o qual poderia ser explorado e estudado” (PRATTA, p.205, 2009). Assim, este entendimento criou uma concepção de doença como um mau funcionamento das peças, as quais poderiam ser consertadas a partir da intervenção da medicina, pois esta desenvolveria um conhecimento específico do funcionamento daquelas. Nesta perspectiva, então, a função do médico era a de reparar o que não estava funcionando, devolvendo ao corpo o correto funcionamento da máquina, sendo a morte a paralisação total da máquina. Ao “mau funcionamento” de nosso usuário que não usava corretamente a medicação para o seu “defeito de fabricação”, respondíamos com internação. Incapaz de ver possibilidades outras de vida senão a correção do que estava ali posto, dado, instituído e nesta lógica avaliado como “estragado”, o serviço – assim como nós, os técnicos em saúde mental – estava ali como mais um dos instrumentos necessários para “consertá-los”: medicação e internação, ferramentas essenciais ao trabalho em saúde mental “ortopédico”.

A maior consequência disso foi de que a atenção da medicina passou a se voltar para a máquina corporal, para o biológico, deixando de lado outros aspectos da doença: psicológico, social, econômico, ambientais e etc. Esse modelo é chamado de **modelo biomédico**, que desenvolveu todo um aparato de codificação dos sintomas, ordenado e sistematizado, localizando os sintomas no corpo do indivíduo, ou seja, “[...] uma objetivação das próprias doenças, que se transformaram em entidades patológicas a serem exploradas e compreendidas” (ORNELLAS, 1999, p.20).

Foi Foucault quem nos mostrou que a medicina social, calcada em princípios higienistas, serviu ao capitalismo, desenvolvendo dispositivos de poder sobre o corpo, uma vez que esse era força de trabalho, tendo que ser controlado, não por ideologias ou pela consciência, mas no corpo mesmo. Dessa forma, esse último foi tomado como objeto de normatização e normalização, para poder controlar e buscar a melhoria do nível de saúde da população (FOUCAULT, 1998).

## 1.1 Acerca de uma “Medicina Normal”

Em “O Nascimento da Medicina Social”, Foucault (1998) demonstra que a medicina moderna é social, uma prática social e que talvez só seja individual na relação médico-paciente. Com o capitalismo desenvolveu-se toda esta tecnologia de controle que investiu diretamente no corpo: “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1998, p.80). Esta mesma medicina sofreu influências da medicina de estado alemã (século XVIII), da medicina urbana francesa e da medicina dos pobres inglesa. Da primeira herda-se a “polícia médica” estatal visando à majoração da produção da população, importante ao funcionamento do Mercantilismo. Há, neste período uma normalização da prática médica: “a medicina e o médico são [...] o primeiro objeto de normalização. Antes de se aplicar a noção de normal ao doente, se começa a aplicá-la ao médico.” (FOUCAULT, 1998, p.83). É o corpo dos indivíduos que constituem o Estado que é colocado no cerne do fazer médico, não o corpo do trabalhador. Antes da medicina clínica do século XIX o que aparece é uma medicina de estado, social.

Já na França vemos aparecer uma medicina ligada ao processo de urbanização crescente. Em certa altura no século XVII, sentiu-se a necessidade de unificação do poder urbano devido ao medo da confusão em que as cidades estavam colocadas: medo de contaminação pelos mortos e pelas doenças. Coloca-se em curso uma medicina urbana que vai produzir o que Foucault chama do “modelo da peste”, colocando-o em comparação com o “modelo da lepra”. Enquanto que no último há a exclusão dos leprosos do espaço comum, logo a medicalização era a mandá-lo para longe, higienizando os que ficavam; no primeiro há a “análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente [...]. É a revista militar e não mais a purificação religiosa [...]” (FOUCAULT, 1998, p.89). Os objetos desta medicina, em resumo, são a análise das aglomerações urbanas e seus perigos, a circulação dos fluidos (água e ar) e como distribuir os elementos necessários à vida comum; é a “medicalização da cidade” do século XVIII.

A terceira contribuição vem da Inglaterra. É somente no século XIX que os pobres são considerados um perigo médico e isso se deu no modelo inglês justamente pela rápida industrialização deste país, assim, construiu-se:

[...] a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer as suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. (FOUCAULT, 1998, p.95)

As intervenções tinham como objetivo o controle das classes mais pobres. Destes três modos de se pensar as intervenções médicas, Foucault (1998) afirma que o modelo que reverberou foi a “medicina social inglesa” e que esta possibilitou três coisas: “assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais” (FOUCAULT, 1998, p.97). E o autor articulou, com isso, três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial aos pobres, uma medicina administrativa destinada a resolver os problemas gerais, e uma medicina privada a quem pudesse pagá-la. Vemos o quanto estes modelos de atenção à saúde ainda persistem em nosso tempo sócio-histórico. Remetem-me diretamente às visitas domiciliares, onde os profissionais vão observar como as pessoas estão vivendo, se do jeito “certo ou errado”, ou das prescrições tutelares dos profissionais que trabalham em serviços de saúde, descrevendo o “bom ou o mal” paciente.

No nosso caso, o trabalho com a psicose em um serviço de saúde pública destina-se ao controle das classes pobres, através da distribuição de medicação para docilizar os incontroláveis. Parecíamos agir como a “Polícia Médica” descrita anteriormente. Basaglia (1979a), mais tarde, viria nos ensinar que qualquer intervenção técnica contém em si uma finalidade política. Não existe saberes neutros. Com Foucault, podemos perceber que o cuidado em saúde está atravessado por objetivos de controle e higienização das classes pobres, em nome da manutenção do *status quo* das classes dominantes. A loucura tornou-se uma ameaça à burguesia ascendente, assim como outras formas de caotização do espaço público.

No século XIX houve, então, a criação da Psiquiatria como ramo da medicina, que incorporou o modelo biomédico de então, “[...] procurando discutir a questão dos problemas mentais a partir da descoberta de causas orgânicas, ou seja, da busca da lesão, no caso, da lesão cerebral” (CAPRA, 1982, p.116). Foi também a psiquiatria que legitimou práticas de exclusão e morte social, quando os pacientes eram retirados do convívio social e encarcerados, como os leprosos, os doentes mentais e os dependentes químicos, por exemplo. Era através de práticas higienistas que se almejava a limpeza, procurando erradicar, excluir,

levar as doenças, as desordens que escapavam da normalização, o mais longe possível dos centros urbanos, via hospitalização (SCHNEIDER BRASIL, 2009):

[...] dessa forma, o poder político da medicina exercitou-se colocando os indivíduos uns ao lado dos outros, isolando-os, individualizando-os, vigiando-os, analisando o estado de saúde de cada um, discriminando se está doente ou saudável, vivo ou morto, fixando assim a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado (FOUCAULT, 1998, p.89)

Temos, portanto, o desenvolvimento de um poder sobre o corpo, sobre a vida: o biopoder, que serve para ajudar o capitalismo a manter os corpos de que necessita como força de trabalho saudáveis, produzindo forças de disciplinarização dos corpos e de regulação das populações. Os corpos, aqui, são tomados como máquinas, sendo aplicadas tecnologias de adestramento, docilização e potencialização, para utilizá-los da melhor maneira possível ao modelo econômico vigente: o capitalismo (SCHNEIDER BRASIL, 2009). Baseado não em uma Lei, mas em uma Norma, que o poder irá engendrar o corpo a mecanismos contínuos, reguladores e corretivos.

Podemos dizer que a norma indicará como normal o que é 'igual, regular' e o que é patológico como o que é 'diferente, irregular'. E a norma, no contexto capitalista, como sabemos, se estabelece de acordo com as leis do capital, da produtividade e do consumo (SCHNEIDER BRASIL, 2009, p.23)

Com seu apogeu na metade do século XX, essa visão reducionista, individualizante, do modelo biomédico, impulsionada pelo biopoder próprio do capitalismo, atingiu todas as profissões em saúde e norteou as práticas de saúde-doença até então.

Assim, as concepções vigentes sobre saúde e doença ofereceram um aparato que justificava e, de certa forma, impunha a necessidade de apagar a subjetividade existente no relacionamento entre profissional de saúde e paciente, evidenciando a racionalização, o que desvitalizava o próprio tratamento (PRATTA, 2009, p.207).

Foi somente com o desenvolvimento do poder disciplinar, deste modo, que Foucault situou entre os séculos XVIII e XIX (DELEUZE, 1992) e sendo a psiquiatria um de seus braços, que a relação com a Loucura vai se tornar um problema de saúde, visto que as pessoas começaram a viver em cidades controladas e os profissionais de saúde puderam acompanhar melhor os casos e ver os prejuízos que esta experiência trazia para a produtividade das fábricas. E, todos aqueles que não conseguem se adaptar à norma, seguindo categorias anormais de subjetivação, são condenados à morte pela via da exclusão ou por uma espécie de inclusão por exclusão (SCHNEIDER BRASIL, 2009): o encarceramento no “modelo da

lepra”. O sistema não conseguiria se manter se a todo o momento as regras do jogo mudassem. Para se estabelecer, o modelo capitalista necessitou da previsibilidade dos comportamentos humanos para erigir suas prescrições ao trabalho, anulando a subjetividade do trabalhador em nome de uma calibração dos movimentos onde a subjetividade, a inventividade e a singularidade eram vistas como desvio. Desta forma, utilizar a loucura, esta força imprevisível, como constituinte dos processos de trabalho, sempre foi visto como um perigo, algo a ser extirpado da equação produtora de formas de vida.

Assim como apareceu em nossa vinheta sobre Márcio, na abertura deste capítulo, o tratamento para os usuários já estava prescrito, fazer uma intervenção que não visasse o controle e que levasse em consideração a produção singular, quanto aos modos de viver, foi visto como desnecessário. Defendê-lo sempre foi desgastante, mas esta era nossa aposta ética-estética-política.

“Os tratamentos da loucura” no século XX seguem o modelo biomédico, como vimos, pois buscam a extirpação das partes estragadas, o conserto do que não está funcionando no corpo social, individualizando a doença, reduzindo esta às menores partes possíveis, para que possa ser consertada.

Este modelo de tratamento, ligado à psiquiatria, traz consigo o problema da violação dos direitos humanos, do modelo hospitalocêntrico, sendo que, muitas vezes, os tratamentos oferecidos a esta população estão carregados de preconceitos e julgamentos morais, colocando somente no sujeito a responsabilidade pela sua Loucura. Quando passamos a pensar no sofrimento psíquico como doenças multicausais, em que fatores históricos, políticos, sociais, afetivos e etc. estão envolvidos, o paradigma biomédico não consegue dar conta e, para isso, tem-se apostado e desenvolvido o **paradigma psicossocial**, que considera a saúde como:

[...] uma produção social, ou seja, como algo que tem relação com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros. (PRATTA, 2009, p. 208)

A saúde passou a ser vista não apenas como a ausência de doença, mas também como o bem estar, qualidade de vida, com questões subjetivas voltando às discussões, pelo menos em alguns espaços, uma vez que os paradigmas seguem convivendo juntos.

Se entendermos que a saúde torna-se uma produção multicausal, com este escrito, gostaríamos de incluir também a experiência da loucura na constituição da saúde. Autores

mais ligados à Reforma Psiquiátrica também irão discorrer sobre o modo psicossocial, contrapondo com a visão biomédica, tuteladora e controladora, acompanhada até então.

Yasui e Costa-Rosa (2008) também contrapõem o modelo biomédico a um modelo psicossocial. Nominam de “modelo tradicional” este fazer centrado no princípio da doença-cura. Estes entendem a doença como orgânica, em serviços estratificados e hierarquizados, com estratégias de cuidados predominantemente medicamentosas e hospitalocêntricas; remetem-se ao funcionamento serializado da produção subjetiva do “Modo Capitalista de Produção”: ações que equilibram os desequilibrados ajustam os desajustados e controlam os incontrolláveis. Uma ação medicamentosa destinada ao controle e tutela de parte da população que ousa não seguir o modo hegemônico de subjetivação. A forma de atenção à saúde mental tradicional, assim concebida, baseia-se no princípio doença-cura, podendo ser hierarquizada e estratificada por níveis de atenção, centrada nos sintomas e, por isso, o tratamento medicamentoso é visto como única solução para o sofrimento da população; atenção, portanto, verticalizada e individualizada (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Logo, temos um cuidado tutelar e castrador, onde há o especialista todo poderoso que sabe tudo acerca de minha doença e prescrever-me-á o necessário para que eu possa me curar, alienando de mim qualquer outra iniciativa além de seguir a prescrição. Tratamento taylorizado prescrito por subjetividades capturadas.

Qualquer modelo para ser considerado antagônico deve ser diametralmente oposto, conforme nos ensinou Costa-Rosa (2000, p.144): “[...] dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminharem em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares”.

Ao paradigma tradicional Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador contrapõe-se (YASUI; COSTA-ROSA, 2008) um “Paradigma Psicossocial”, que situa as práticas em Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, onde os processos de saúde-doença são entendidos como resultantes de processos sociais complexos e por isso mesmo demandam intervenções interdisciplinares, transdisciplinares e intersetoriais, com a construção de uma série de dispositivos de cuidado territorializados.

Mais ainda, para esse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis, o que traz como consequência a radical superação das relações sociais e intersubjetivas sintônicas com o Modo Capitalista de Produção, que é o alicerce do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.29)

Aqui, pensa-se a Saúde Mental como parte da Saúde Coletiva, concebendo os processos de saúde-doença como resultados de uma equação social complexa, que demandariam, por isso, uma atenção transdisciplinar, entrelaçando definitivamente a produção de saúde com a produção de sujeito (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Produtor de autonomia, protagonismo e contratualidade. O usuário é trazido de volta à equação na produção de sua saúde. O saber, outrora depositado somente na figura do médico que tudo sabe, é compartilhado com o usuário e outras figuras que compõem a rede de cuidados.

Neste mesmo entendimento da saúde vista como multicausal e complexa evidenciam-se que a intervenção não pode mais ser feita com exclusividade de somente um profissional soberano, ou de um campo de saber específico. Claro está desta forma, que a transdisciplinariedade e a intersetorialidade passam a ser demandas incontornáveis ao desenvolvimento de uma clínica da Reforma Psiquiátrica e por todo o setor de saúde. Da mesma forma apresentada em nossa vinheta no início do capítulo, precisamos estender os cuidados em saúde mental para outros pontos da “Rede de Atenção Psicossocial”, que se mostrou mais potente que a encapsularização dos usuários no CAPS.

Outra circunstância que permite compreender a cultura ainda hegemonicamente asilar em que se situam os ditos serviços substitutivos, pode ser observada na circunstância ocorrida na cidade em que se situa o CAPS aqui referido, na qual, por ocasião de vários suicídios na região, o Conselho de Saúde local posicionou-se afirmando que o problema havia ocorrido por “falta de medicação no período”, denunciando o entendimento de que um serviço de saúde mental deve oferecer consultas psiquiátricas de cinco minutos e medicação à vontade, negligenciando o caráter psicossocial dos processos de saúde e doença.

Uma vez que compartilhamos o caso em questão com outros serviços, inclusive de outros setores, criamos formas mais potentes de vida e afirmamos outras maneiras de viver, provocando uma desestabilização também no serviço de saúde em questão e um questionamento da relação que estabelecemos com a loucura. Ao construir um plano terapêutico que levasse em consideração o local onde Márcio morava e sua situação socioeconômica, produzimos outro modo do usuário estar no mundo. Aquela experiência modificou o usuário e nossa forma de ver o trabalho. Ficou claro, porém, que nem todos se sentiam confortáveis em ver seus padrões de normal e patológico relativizados. Essa crise proposta pela loucura, este risco de perder-se, inerente ao contato com essa última como experiência de vida, assusta àqueles que defendem o entendimento da doença como desvio. Aquele momento de crise, de contato com a loucura, produziu uma necessidade de

colocarmos em ação outros pontos da rede e outras estratégias de cuidado. O modelo Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, calcado em controle e tutela, não nos oferecia mais possibilidades saudáveis de vida.

Precisamos, assim, desdobrar este entendimento da doença como desvio a ser controlado e problematizar nossos conceitos de normal e patológico para ver como eles reverberam em nossa relação com a loucura, trabalho e saúde/doença, a fim de utilizarmos a loucura como potência criadora de saídas na direção de uma vida mais saudável, como o caso de Márcio nos indicou.

## **1.2 Um “saudável” conceito de saúde**

Canguilhem em sua obra “O Normal e o Patológico” (2009) discute os conceitos usualmente utilizados na área da saúde, como normal, anormalidade, patológico e anomalia, tecendo importantes reflexões que podem nos ajudar em nosso percurso, auxiliando a entender como a experiência da loucura pode ser salutar.

O autor dedica o início de sua obra para desnaturalizar os objetos que coloca em questão em seu livro e como estes foram tomados como dogmas inquestionáveis ao longo do tempo e a consequência destes nas práticas em saúde. Se pensarmos no percurso foucaultiano que há pouco fizemos, vemos que as formas de controle antes sociais e coletivas, destinadas ao controle das grandes aglomerações urbanas, também irão se refinar e utilizar-se de conceitos como “normal” para normalizar e controlar as condutas da população de maneira cada vez mais eficaz, em nível do controle dos corpos individualizados e massificados. O controle não se dá mais somente pela polícia de estado, mas no controle das condutas, na medicalização da vida comum ou quando determinamos qual a maneira saudável de se viver e a propagamos através de nossos serviços e da mídia (programas como o “Bem Estar” da Rede Globo de Televisão, que todos os dias prescrevem as maneiras corretas de se viver na companhia de médicos vestidos de jaleco branco. Se médicos de jaleco estão falando na televisão, o estatuto de verdade está garantido). Ou ainda, quando o único entendimento possível de crise em saúde mental dentro de um serviço substitutivo é a medicalização/contenção.

Canguilhem, contudo, vai nos mostrar que “a vida não é indiferente às condições nas quais é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo: que a vida é, de fato, uma atividade normativa” (CANGUILHEM, 2009, p.86). Aqui



“normativo” é o que institui as normas, subordinadas àquele que as institui, conceito que vai ao encontro da colocação da fisiologia como norma inquestionável de vida. Este conceito de normativo traz a decisão de saúde e doença de volta ao domínio do subjetivo, da conceitualização que o paciente/usuário faz.

Não podemos mais falar, portanto, de uma saúde perfeita ou de uma saúde contínua, pois este seria o anormal. A experiência do ser vivo inclui a doença, o desvio e o erro, podendo daí emergir novas maneiras de viver. “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente” (CANGUILHEM, 2009, p.98). Não seria este o movimento que o paradigma biomédico e seus desdobramentos provocariam nos corpos submetidos a sua prática? A gestão tradicional, nesta visão, não poderia ser conceituada como uma doença, uma vez que tenta prescrever a todos uma mesma forma de fazer a atividade? E aqueles que não se encaixam, não se adaptam e teimam em escorregar por entre as prescrições da atividade, serão doentes ou estão mais saudáveis? “Na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico, serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas” (CANGUILHEM, 2009, p.100). É nesse sentido que o que parece loucura hoje pode ser considerado uma forma de vida saudável amanhã.

Todo este fazer em saúde também se dá em um lugar, espaço, tempo, que exige dos trabalhadores e usuários certas maneiras de vivê-los. Como considerar estes espaços em que desenvolvemos nossas práticas diariamente? Serão meios normais para pessoas anormais? Meios saudáveis para pessoas doentes? Ou seria melhor que o meio adoecesse para poder se reinventar, reinventando com isso modalidades de tratamentos outros? “O ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais, porém é a sua relação que os torna normais um para o outro” (CANGUILHEM, 2009, p.102). Nesta visão, podemos pensar que um meio controlado/tutelado pelo paradigma tradicional pode não ser um meio saudável para tratamentos de saúde mental e gestão do trabalho, uma vez que este trabalho, nesta visão de saúde que estamos acompanhando, preconiza mudanças das formas de viver.

Muitas pessoas que transitam nestes ambientes, o fazem por não terem se adaptado a formas mais tradicionais de viver. Se não encontrarem um ambiente propício para experimentarem esta mudança e o caráter autopoiético da vida, talvez não consigam construir outra forma de experimentarem a sua vida para além do sofrimento. Restando, assim, o fazer em saúde se tornar meramente adaptativo, calando o sofrimento, reafirmando o ideal

prescritivo de vida, que, certamente, não será saudável para todos, dado o caráter multifacetado das realidades que ali transitam e as maneiras de ver o mundo que se entrecrocavam em um serviço de saúde mental. “Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio” (CANGUILHEM, 2009, p.102). Se o meio nos exige repetição e seguimento fiel às normas estabelecidas, adentraremos o conceito de doença de Canguilhem, da vida restringida, vida não normativa. Se o meio exigir e propuser variabilidade e a possibilidade de usarmos nossa capacidade normativa estaremos, logo, mais saudáveis. Em resumo, “não existe fato que seja normal ou patológico em si” (CANGUILHEM, 2009, p.102), é somente na relação dos vários elementos que poderemos falar em saúde e doença. Quando nos fechamos, portanto, em nosso saber definindo *a priori* sobre o que é normal e medicalizamos a vida, restringindo suas possibilidades, reduzimos as chances de produzir saúde e podemos estar inclusive produzindo doença. Ao contrário, quando nos abrimos ao saber do outro, incluímos o saber do usuário sobre si mesmo, outros setores e outras possibilidades que constituem o campo, mesmo que pareçam loucas, estamos alargando as possibilidades de produção de saúde.

Se não conseguimos estabelecer um parâmetro “normal” para as formas de se viver, se não há possibilidades de ideais em se tratando da vida comum, é somente na contratualidade com o usuário que as poderemos estabelecê-las, tornando singular o que é saúde e ou doença.

No paradigma tradicional, biomédico, Hospitalocêntrico Medicalizador existe a figura do especialista que tudo sabe a respeito do paciente, inclusive coisas que “nem o mesmo sabe”. Este saber, incubado em laboratório, em pesquisas neutras, na prática clínica cheia de neutralidade, estabelece, à revelia, o que é melhor para o sujeito, o que é saudável e o que é doentio. Se sabemos *a priori* “o que o paciente não sabe”, conseguiremos escutá-lo, acolhê-lo? Aliás, seria de perguntarmo-nos: para quê mesmo escutar alguém outro se o saber já está em mim? É preciso suspender o pretense saber para que possamos escutar o usuário e contratar formas de cuidado que promovam o aumento de suas capacidades normativas.

Doença, desta forma, é uma norma de vida, mas uma norma que não tolera qualquer mudança, nenhum desvio das formas das quais é válida. É uma intolerância com a “infidelidade do meio” (CANGUILHEM, 2009). É uma incapacidade de mudar e constituir novas normas para as mudanças que ocorrem ao longo do percurso do vivente. É um agarrar-se a formas caducas que não produzem mais formas outras, fechar-se a outros saberes. Como profissionais que não conseguem deixar passar os anseios e desejos dos usuários de seu

serviço. Agarra-se a conceitos clínicos que podem não ser mais tão úteis. O doente, portanto, agarra-se às únicas formas de viver que consegue estabelecer, de modo quase obsessivo, pois não conseguiria seguir vivendo de outras maneiras. Não suportaria a desterritorialização e seus efeitos vertiginosos no caminho de uma reterritorialização em uma coisa outra.

O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas [...]. A Saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio (CANGUILHEM, 2009, p.148).

Saúde, em resumo, que se lança ao desconhecido das ausências de norma e constrói outras, que se utiliza do plano do comum para inventar-se. Não sente a infidelidade do meio somente como uma ameaça, mas como uma possibilidade de tornar-se outro: “[...] a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (CANGUILHEM, 2009, p.151).

O homem sente-se saudável quando quer mais do que o normal, não vive somente adaptado ao que conhece, mas é capaz de seguir formas outras de vida, aceitar formas de loucura/produção, de desterritorialização, que o auxiliarão em busca de ser mais.

Ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados sempre são de certa forma responsáveis, por excessos ou omissão, achamos que o poder e a tentação de se tornar doente são uma característica essencial da fisiologia humana (CANGUILHEM, 2009, p.151).

Há toda uma corrente da ciência moderna que estabelece as leis da natureza como invariáveis, vendo o singular como desvio, que seria um fracasso, uma falha em reproduzir o modelo, num entendimento platônico da vida. Esta mesma singularidade é entendida como obstáculo às ciências normais e a sua produção de conhecimento do mundo, ao qual acrescentamos um mundo de laboratório asséptico e organizado; precisamos entender as irregularidades e os desvios como a própria possibilidade de existência do vivente. Como afirma o autor:

[...] um gênero vivo só nos parece viável uma vez que ele se revele fecundo, ou seja, produtor de novidades, por mais imperceptíveis que elas sejam a primeira vista [...]. Em suma, podemos interpretar a singularidade individual como um fracasso ou como um ensaio, como um erro ou uma aventura. (CANGUILHEM, 2012, p.174)

Assim, mantemos a instabilidade que é constante à experiência do vivente, onde nenhum sucesso ou fracasso pode ser tomado como estável, mas são maneiras de viver sempre provisórias, que podem se desterritorializar a qualquer momento. Saúde, neste

entendimento, é enfrentar estes riscos da desterritorialização imanente à loucura, e triunfar sobre eles, “cair doente e se levantar” (CANGUILHEM, 2012).

Saúde não como o estancamento das possibilidades escancaradas pela experiência da loucura, mas como cair de louco e levantar-se outro. Não é tamponar o sofrimento com contenção química ou física, embora ela seja necessária algumas vezes, mas fazer passar, fazer ver, o que a loucura denuncia e interroga, para reterritorializar-se outro. “[...] a norma, em matéria de psiquismo humano, é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição das normas, **reivindicação que implica normalmente o risco de loucura**” [grifo nosso] (CANGUILHEM, 2012, p.184). Loucura como possibilidade de interrogação ao endurecimento do normativo, como possibilidade de criação de novas normas, não sem riscos de perder-se e não mais conseguir se reterritorializar. Não seria, porém, a capacidade de assumir este risco o potencial desejável de saúde do vivente?

Saúde, assim, é concebida não como “economizar-se”, agarrar-se ao conhecido, mesmo que caduco, mas reintegrar a experiência da loucura/produção no plano do comum, com toda a turbulência, com todo devir de nossa história e sentir-se capaz de produzir formas outras.

### 1.3 Loucura

Ao falarmos de um conceito de saúde capaz de assumir os riscos de cair doente e se levantar, impossível não pensar na loucura como um intercessor poderoso para desmontar o aparato endurecido de uma saúde dominante, capaz de controlar “corpos e almas”. Falar da loucura é sempre complicado, dado seu caráter multifacetado e inquietante e, por vezes, arriscado.

Não queremos fazer uma apologia da loucura, sabemos que esta também traz dor e sofrimento, experiências de morte e transbordamento aterrorizantes que podem e devem ser tratados com o rigor que demanda toda experiência de dor. Vimos isto ao longo de nossos anos de trabalho nos serviços de saúde e não negaremos jamais estas formas de vida, estas realidades-sofrimento. Seguimos, apenas, defendendo o trabalho em Saúde Mental como a produção de bifurcações para outras existências onde a vida pode ser mais múltipla e vivida de forma mais saudável, a partir do conceito de saúde que vimos defendendo. O que gostaríamos de discorrer nas páginas que seguem é outra experiência e potência da Loucura. Entendemos que a loucura doença-sofrimento está devidamente registrada e catalogada no

“jardim das espécies” (FOUCAULT, 2010) do DSM e CID e demais tratados de psicopatologia. O que defenderemos aqui é a potência intercessora da loucura para produzir formas mais saudáveis de ser e estar no mundo, aliadas ao paradigma psicossocial de atenção em saúde mental.

Foucault (2010) nos lega uma pista de como a loucura foi esvaziada de sua potência. Ele coloca que entre o século XV e o XVII ocorre uma divisão entre a experiência trágica da loucura e um entendimento crítico e moral. Outrora um saber sobre o mundo, uma figura cósmica, torna-se agora interior ao homem. Porém, “sob a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília” (FOUCAULT, 2010, p.29). De que se trata esta consciência trágica da loucura? Como ela pode desviar a atividade do trabalho capturado? Vejamos primeiro como a loucura foi capturada para depois pensarmos, mais tarde, em um exercício de liberdade com a loucura.

A História da Loucura nos séculos XVIII e XIX é a história da captura desta experiência desterritorializante, desarrazoada, pela racionalidade médico-científica. Isto está diretamente ligado com as forças que o homem entrou em relação em dado momento histórico. “Trata-se de saber com quais outras forças as forças do homem entram em relação, numa ou noutra formação histórica, e que forma resulta desse composto de forças” (DELEUZE, 2005, p.132).

Deleuze (2005) nos guia por este caminho, fazendo-nos ver que o homem da época clássica entra em relação com forças de “elevação ao infinito”, forças de fora, ciências que se perdem na infinitude de uma forma-Deus, gerais, em ordens de infinidade. Mas eis que as forças do homem entram em contato com novas forças, porém agora são forças de finitude. Se antes a regra era o desdobramento em ordens infinitas, o que opera agora são as dobras. É nesse momento, no século XIX aproximadamente, que a racionalidade médico-científica fará uma dobra sobre o entendimento da loucura.

A psiquiatria não revela a verdade da loucura, ela a encobre, a dobra, não deixa a loucura emitir sua voz por ela mesma, mas a configura como objeto, produzindo um discurso sobre a mesma, separando a loucura daquilo que ela pode, de sua potência, transferindo esta potência ao saber médico-psiquiátrico (CARVALHO; AMARANTE, 2000).

Por seu lado, a Razão irá anexar a loucura logo após a Revolução Francesa (PELBART, 1989). Essa noção de sujeito da Razão é fundada junto com a noção de indivíduo e consolida-se com o sujeito do conhecimento cartesiano, “[...] pautado na racionalidade

científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento” (TORRE; AMARANTE, 2001, p.74). Apoiado em um pensamento mecanicista, em princípios de causalidade e previsibilidade, este tipo de racionalidade fechada em si mesmo, enquanto dobra, finita, opera o surgimento do sujeito da Razão. A loucura é o seu contraponto, seu negativo: “[...] é capturada como sujeito da desrazão” (TORRE; AMARANTE, 2001, p.74).

Segundo Torre e Amarante (2001), ao se fazer uma análise da história da loucura, remetemo-nos fatalmente à análise da forma de produção de saberes e do exercício do poder sobre os sujeitos na modernidade. Estes autores ressaltam que o indivíduo foi fundado quando entrou em relação com elementos do Cartesianismo, Liberalismo, Revolução Francesa, Iluminismo, Ciências Humanas, que ligavam o homem às experiências da interioridade, ao individualismo e à Norma. Com a criação deste “modo-indivíduo”, um novo cálculo do poder sobre a vida surge, capilariza-se. Temos a ascensão de um poder disciplinar que funciona continuamente, normatizando, impondo normas aos corpos dos indivíduos, para que estes se tornem produtivos ao capitalismo crescente. Essa passagem do poder soberano ao poder disciplinar, racional, asséptico, neutro, é bem explicitado em um parágrafo da “Vida dos Homens Infames” de Foucault:

O poder que se exercerá no nível da vida cotidiana não mais será o de um monarca, próximo ou distante, todo-poderoso e caprichoso, fonte de toda justiça e objeto de não importa qual sedução, a um só tempo princípio político e potência mágica; ele será constituído de uma rede fina, diferenciada, contínua, na qual se alternam instituições diversas da justiça, da polícia, da medicina, da psiquiatria. E o discurso que se formará, então, não terá mais a antiga teatralidade artificial e inábil; ele se desenvolverá em uma linguagem que pretenderá ser a da observação e da neutralidade. (FOUCAULT, 2003, p.19/20)

Para dar conta deste cerceamento, para constituir visibilidades, o confinamento é a forma de controle por excelência. No nosso caso, a estrutura asilar. Segundo Pelbart (1989), este foi o maior legado de Pinel. O alienismo nascente no século XIX construiu sua terapêutica no “tratamento moral”, que consistia, de maneira geral, em aplicar quatro técnicas na remodelação (PELBART, 1989, p.45):

[...] o silêncio institucional (que esvaziasse por si só os delírios, tornando-os literalmente ‘sem efeito’), o julgamento perpétuo (a vigilância e a punição interiorizam a culpa e a consciência da loucura), a ridicularização da loucura (que Foucault chamou de ‘reconhecimento pelo espelho’, em que se convocava a loucura de um para julgar absurda a do outro, e assim invalidar ambas) e finalmente, a autoridade do médico, peça-chave do dispositivo.

Dentro desta “cidade perfeita”, deveria aparecer essa verdade do louco e do homem a ser superada pela força da racionalidade dominante, na imposição de sua norma e na construção de um modo hegemônico de ser e estar no mundo.

O louco passou a ser visto como alienado e, mais tarde, como doente mental, que aqui quer dizer o avesso do *sujeito moderno* são que, segundo a leitura que Pelbart (1989, p.47) faz de Hegel:

[...] é aquele cuja consciência ordena seu universo sensitivo, ideativo e volitivo numa totalidade hierarquizada e coerente. Sanidade significa ordem, hierarquia, totalização, supremacia organizativa da consciência individual, do ‘gênio’. A loucura sobrevém quando esta hierarquia é subvertida, quando a consciência perde o controle sobre essa totalidade, quando um dos elementos particulares foge à subordinação original. A contradição se dá entre o particular e o universal.

Portanto, o alienado/doente mental é o oposto disso, nasce junto com este sujeito moderno, é aquele que não é dotado de Razão, desvia da norma dominante e deve ser tratado/corrigido moralmente, alienado da função de gestão de sua própria vida em nome de um saber/poder médico neutro:

O louco perde para a sociedade a qual pertence a sua condição de *sujeito*, no sentido etimológico do termo: sub-jectum, aquele que subjaz às ações, às enunciações do discurso. Desde o instante em que a marca da loucura lhe foi imputada, é como se no lugar do sujeito aparecesse a *doença mental*; então, o discurso e as ações expressas pelo louco cessam de significar em si próprias, tornando-se apenas *sintomas* de uma doença. Julgado incapaz de decidir sobre seu destino em todas as instâncias, que vão desde a liberdade de locomoção até as decisões sobre a forma de tratamento que recebe, o louco é transformado num fantoche que deve ser manipulado pelo poder/saber médico” (NAFFAH NETO, 1998, p.83)

E ainda,

Os doentes mentais, dada a sua alienação fundamental, seriam indivíduos mutilados de razão, sem poder exercer sua vontade e discernimento e submeter-se ao pacto social, daí perderem seus direitos civis e políticos, sendo cuidados pela medicina recém criada e protegidos pelo Estado. (VASCONCELOS, 2000, p.178)

Se alguém perde o poder de falar em seu nome, alguém recebe este poder e está autorizado a dizer a verdade sobre aquele sujeito, uma verdade absoluta e, para Naffah Neto (1998), isso se trata mais de uma questão política do que psicológica, ontológica ou de outra ordem.

Foucault (2001) relata a genealogia do indivíduo perigoso ao longo dos séculos e sua melhor discernibilidade no início do século XIX, “[...] nem exatamente doente nem propriamente criminoso” (p.43), atravessado pelo discurso psiquiátrico de um lado e pelo discurso jurídico do outro. A partir do exame médico-legal instituem-se as categorias de

*perverso e perigoso*, as quais colocam o sujeito como objeto de uma série de práticas que o tornam dependente e carente de cuidados superiores, capturado nas estratégias disciplinares de controle (FOUCAULT, 2001). O indivíduo perigoso é incapaz de gerir-se moralmente em relação à Norma para viver em sociedade. Essa periculosidade é anexada também à loucura. Como uma experiência desarrazoada, múltipla, difusa, singular e rizomática poderia ter soberania, unidade e discernimento para tomar uma decisão?

Vimos como a experiência da loucura foi capturada pelo saber Psiquiátrico em nome do sujeito da Razão e do bom funcionamento social. Cabe-nos perguntar, neste momento, de que loucura estamos falando? Sampaio (2001) sagazmente inverte a pergunta e dispara: o que não é a loucura? Para ele o que não é loucura “[...] parece ser a estreita fresta da imagem idealizada que uma sociedade tem de si mesma, o que, havendo divisão de classe, corresponde ao particular dos dominantes imposto sobre todos nós.” (SAMPAIO, 2001, p.86). O mesmo autor segue falando como o poder estipula comportamentos, condutas, tidas como ideais, criando lei e polícia de lei, estigmatizando o que não consegue suportá-la, tratando loucura como aquilo que não se ajusta nesta política de normalização: “designa o que não é a Razão triunfante” (p.86). Não há como o sistema se estabilizar se a todo o momento a loucura coloca sua racionalidade em dúvida (SAMPAIO, 2001). Se a todo o momento a loucura coloca a Psiquiatria em dúvida, não há dominação do objeto possível.

Se entendermos, como vimos defendendo, que os processos de saúde-doença são imanentes ao momento sócio-histórico em que se vive, a loucura é uma experiência de desabamento dos determinantes sócio-históricos que constroem o sujeito doente. Ela traz riscos e possibilidades de construção de espaços-tempo outros.

Trazemos novamente em nosso socorro Carvalho e Amarante (2000, p.51), os quais dizem que “[...] questionar ao limite a noção de doença mental é condição *sine qua non* para que se possa pensar disruptivamente” e mais:

Aprender a diferença exclusivamente com base em referências patológicas ou psicopatológicas é inseri-la nesse registro e fechar possibilidades. Assumir a diferença-ação’ como um processo motor de transformação é questionar (no nível das práticas e dos saberes) o modelo ainda hegemônico que nos faz compreendê-la como ponta de um processo que evolui à doença ou mesmo à morte (ao menos a morte civil). (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p.50)

Não queremos tratar da loucura que falhou em seu projeto de vida, desta ponta do processo que evolui à doença, embora este risco esteja sempre presente. Queremos pensar a loucura em seu “potencial de desterritorialização”: “[...] por potencial de desterritorialização



entenda-se esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limites, sempre de outro modo” (PELBART, 1993, p.104), renormatizador, ou seja, atualizador de um modo diferente da racionalidade moderna de pensar.

Liberar a potência esquizo da figura do louco, como trabalhada por Deleuze, Guattari e Pelbart:

Assim, tudo muda conforme se chame de esquizofrênico àquele que está às voltas com o processo de descodificação e desterritorialização (e reservaríamos para isso o termo *esquizo*) ou, ao contrário, àquele que interrompeu o processo em virtude de sua infinitização, e que a figura do doente hospitalar encarna de modo caricato” (PELBART, 2000, p.162)

O esquizo, figura realçada pelos autores referidos, faz suas criações singulares, entrando e saindo de territórios feitos, desfeitos e complementares, buscando tirar o máximo de sua experiência. Embaralha os códigos e desterritorializa o poder constituído, que pode entrar em contato com outras figuras, experiências-esquizo, criando uma malha de modificação da realidade. Assim como o *trabalhador esquizo*, ao entrar em contato com usuários e situações diferentes, é capaz de usar a si no trabalho de maneira a criar formas diferentes de cuidado para cada situação-usuário, livrando-se das prescrições capturantes dos modos de trabalhar e usar a si mesmo na gestão do trabalho. Se entendermos que a maior parte de nossa experiência na Terra é a desrazão, o que não foi anexado pela “Razão triunfante”, por que não aprendermos com isso? Por que não utilizar esta potência de construção de mundos outros?

Estes dois sentidos contrastantes (esquizo e esquizofrênico) fazem parte do próprio funcionamento do capitalismo e a ambiguidade que este coloca com a figura do louco-esquizofrênico. Se por um lado o capitalismo depende da descodificação dos fluxos e desmontagem das máquinas tradicionais, por outro ele necessita de um domínio destes fluxos para montar seu controle imperial paradigmático sobre todos seus súditos (PELBART, 2000). Posição muito próxima do que dizem Hardt e Negri (2005a e 2005b), ao afirmarem que o atual diagrama de poder necessita da soberania e do capital. Enquanto a soberania é uma e necessita sobrecodificar os códigos para espriar seu poder, o capital precisa do desmoronamento das barreiras para espalhar seus processos cada vez mais fluído de produção, compatível com as atuais formas de trabalho imaterial, como veremos à frente.

Foucault (2010) refere, ao final de sua obra, que o asilo serviu para acorrentar “[...] ao louco o homem e sua verdade. Com isso, o homem tem acesso a si mesmo como ser

verdadeiro, mas esse ser verdadeiro só lhe é dado na forma de alienação” (p.522). Aliena-se, assim, o potencial de desterritorialização do humano.

O asilo aparece, assim, como uma proteção construída pelo homem ao contato com a loucura a fim de proteger-se do “potencial de desterritorialização” promovida por essa.

Entenderemos, assim, a loucura como “ausência de obra” (FOUCAULT, 2010, p.529). A obra, as prescrições capturantes e alienantes do trabalho são interrompidas pela loucura, abre-se um vazio, “[...] um tempo de silêncio, uma questão sem resposta, provoca um dilaceramento sem reconciliação onde o mundo é obrigado a interrogar-se” (FOUCAULT, 2010, p.530). A loucura, nessa perspectiva, interroga a gestão. Propõe um dilaceramento de sua captura incessante e mordaz, propõe coisas novas, sempre com o risco de cairmos no precipício do vazio. E é por isso mesmo que não faremos esta travessia desacompanhados, trabalharemos em rede e intersetorialmente.

Frente a isto, temos várias escolhas que se insinuam as quais podemos simplificar de duas formas: retornar ao conhecido e prescrito do trabalho ou encontrar linhas de fuga<sup>5</sup>. Continuar adoecendo em formas caducas de cuidado em saúde ou produzir saídas ao interrogar - naquele momento em que a obra se ausenta - suportando este momento como potência do novo. Geralmente, utiliza-se este risco anexado à loucura para capturar a subjetividade para que se mantenha atrelada às prescrições. Porém, quanto menos nos mantemos em relação com este potencial, menos apto estaremos a gerir a nós mesmos em relação com ela. Quanto mais, mais capacidades teremos para assumir estes riscos.

É Deleuze (1997) quem advoga também em nome de uma saúde mais porosa, mais aberta às transformações do devir. Ele se refere às experiências que podemos extrair não só das ciências, mas também das artes, da filosofia e outras formas de produção de conhecimento. Ele fala, acerca do escritor, que este:

“goza de uma frágil saúde irresistível, que provém do fato de ter visto e ouvido coisas demasiado grandes para ele, fortes demais, irrespiráveis, cuja passagem o esgota, dando-lhe, contudo devires que uma gorda saúde dominante tornaria impossíveis” (DELEUZE, 1997, p.14).

---

<sup>5</sup>Os planos molares e moleculares são compostos de linhas, duras ou sedentárias (sobrecodificadora que subordina a tudo), nômades ou flexíveis (percorrem pequenas modificações em relação à linha dura) e de fuga (levam ao desconhecido, intempestivo e imprevisível). Para ampliações deste entendimento, remetemos a leitura da obra de Deleuze e Guattari, principalmente: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

Pelbart (2004) percorre caminho semelhante, quando entende que um corpo demasiado forte, musculoso e atlético não estaria aberto, não daria passagem aos devires da infidelidade do meio. O mesmo autor (PELBART, 2004), fazendo uma releitura de Nietzsche e Foucault, discorre que o corpo não aguenta mais o “adestramento” e a “disciplina”, realizada desde tempos imemoriais, e cansou-se também da culpabilização cristã e da patologização da medicina que nega e insensibiliza o corpo. Teríamos de retomar, segundo Peter, a afetação do corpo pelas forças do mundo e da multidão. Ser um corpo frágil e poroso, que se afete e suporte toda esta multiplicidade sem se destruir. Aceitar suas feridas, seu sofrimento, como uma estética da existência, como uma condição da vida mesmo e não silenciar o corpo em qualquer perigo de desestabilização: “[...] reencontrar as forças do corpo, para aquém das forças cristalizadas que pretendem moldá-las ou representá-las” (PELBART, 2004, p.48).

Concordamos com Peter, precisamos de corpos que façam explodir as soberanias da razão e do modelo de saúde dominante e exercitem formas multitudinárias, nômades, loucas e esquizo, para que possamos ampliar o conceito de gestão e rever a prática da democracia em nosso tempo. Não precisamos mais de “[...] homens [...] aos quais falta tudo, salvo que tem demais de alguma coisa” (NIETZSCHE, 1986, p.149). Homens que encarnem a multiplicidade da existência e construam novas maneiras de viver. Que aceitem o corpo como a grande razão (NIETZSCHE, 2002) e utilizem-no como forma de resistência saudável ao poder soberano dominante, que tenta fazer a todos viverem da mesma maneira, serializando a existência. Explodir as formas aprisionadas de trabalho, adoecedoras e restritivas: eis a desafio para uma saúde robusta!

Defendemos, então, que a loucura possa falar em nome próprio para a gestão de si e do mundo. Pretendemos mostrar que uma experiência de desagregação, múltipla e por vezes difusa, singular e rizomática, possa ter legitimidade e potência crítico-analisadora para apontar caminhos de saúde possíveis, linhas de fuga do desejo, processos instituintes à mesmice adoecedora do cotidiano da maioria dos trabalhadores e sujeitos no mundo do capital, da qual o trabalho em saúde não sai ileso. Estamos, pois, falando da invenção de novas estratégias para lidar com corpos mais porosos, que aceitem o saudável risco de enlouquecerem para se tornarem outros, entre eles o próprio corpo técnico, o corpo-serviço, o corpo social. Mas para que a loucura possa adquirir tamanha potência questionadora faz-se mister adentrarmos melhor algumas compreensões do trabalho em nosso tempo e as armadilhas que ele esconde e promove.

## **Excursão 1**

*Experimento este contato com o inesperado nas abordagens de rua que estamos começando a realizar no CREAS ao colocar a Psicologia em Situação de Rua. O inusitado das situações, o endereçamento que as pessoas em situação de rua fazem à psicologia são fontes de aprendizado constante, ao contrário do engessamento que sentia dentro do CAPS, ao não conseguir transpor os muros impostos pela organização burocrática taylorizada do trabalho e seus excessos de prescrições.*

*Lembro-me de uma situação em que na segunda vez que encontro um morador de rua, este disse que era comigo que ele precisava falar, precisava falar com o psicólogo. Sentia-se bem ao fazer aquilo e contou-me o porquê de estar na rua. Tinha casa, família, trabalho, mas certo dia, ao voltar de seu trabalho, encontrou sua esposa na cama com seu irmão, desde aquele dia, há dezoito anos, foi morar na rua. Chorou, falou dos filhos. Impressionante, que mesmo naquele “setting” tão pouco ortodoxo, à beira do rio sob forte vento nordeste, a psicologia vem carregada desta “clínica da confissão”. Conversamos sobre seus projetos de vida, aquilo que ele ainda sonhava e que tipo de intervenções poderia fazer naquele local. Estamos tentando construir estas intervenções de acordo com a clientela. Não temos muita ideia do que fazer e estamos experimentando a partir da demanda destes. Já realizamos busca por familiares, documentação, colocar o CREAS como referência a estes e estamos inclusive tentando conseguir um imóvel mais perto do centro da cidade, para que estes possam estar ali mais facilmente. Contamos com a parceria dos redutores de Danos. Há uma forte resistência do restante da rede em auxiliar no cuidado desta população e estes são os desafios que estamos nos engajando junto com eles.*

*Outra profissional, que está há mais tempo na assistência, contou-me que anteriormente as abordagens eram feitas conjuntamente com a polícia e um carro ficava disponível para levar quem quisesse a sua cidade de origem. Há também um discurso de não se construir um albergue, pois as pessoas viriam para cá e não iriam mais embora (!). Fico pensando se eu não me encaixo nesta categoria, de pessoas que vieram e não foram mais embora. Talvez esse discurso fale de pessoas que não podem consumir, que são vistas como o lixo humano, um resto social a ser escondido ou levado para a cidade de origem. Os milhares de veranistas que vêm e consomem, não são, embora tragam problemas aos montes ao município que literalmente se caotiza nestas épocas.*

## 2 TRABALHO

*Numa quinta de manhã, reúnem-se uma parte da equipe técnica (psicólogos e assistente social) e o coordenador de um serviço de saúde mental de um município. O coordenador impõe sua vontade sobre esses que, após tantas negativas e restrições, acabam por aceitar e temer o que é determinado pela hierarquia representada pela instituição chefe do coordenador.*

*Terça à noite, o Conselho de Saúde do município reúne-se para deliberar questões locais. Constituído quase que integralmente por pessoas que compõem o governo local, este espaço resume-se a aprovar as demandas do chefe do executivo municipal. Mesmo as vagas para usuários são ocupadas por pessoas que detêm cargos de confiança no governo municipal local.*

*Conferência de saúde local: a sua esmagadora maioria é composta por técnicos dos serviços públicos de saúde, há somente uma usuária que tenta se fazer escutar, mas é frontalmente rechaçada pela mesa diretora e demais componentes do conselho de saúde, como alguém que faz isso somente por fins políticos partidários.*

### 2.1 Trabalho Imaterial

Muitas são as transformações no mundo do trabalho que acontecem nas primeiras décadas do século XXI. Não é objetivo deste trabalho dissecar todas estas transformações, mas entendendo que elas refletem diretamente na questão-foco problematizada por esta pesquisa: investigar como nossa relação atual com o trabalho poderia se beneficiar ao usar a loucura como intercessora dos seus processos. Passaremos agora a uma breve caracterização do trabalho no contemporâneo.

Negri (2001) coloca-nos num momento de transição histórica, ao final de uma guerra que durou todo o século XX, “do moderno ao pós-moderno, do fordismo ao pós-fordismo” (p.11) onde o que muda é o sujeito, assim como o que é posto a trabalhar atualmente: agora não é mais um corpo, mas uma alma, sendo o corpo e a máquina o seu suporte. “Para produzir precisa-se de cada vez menos razão e sempre de mais afeto” (p.11).

Habitamos uma zona de transição quanto às formas de trabalhar. É exatamente nesse momento em que estas zonas de indiscernibilidade se fazem ver que podemos fazer resistências ao poder hegemônico. Passamos do modelo Taylorista ao modelo Imaterial, mas

sem que esta passagem esteja totalmente operada. Subsistem estes dois sistemas, como paradoxos das formas de dominação, e dentro deste paradoxo que devemos criar nossas novas potências clínicas.

O taylorismo e as formas análogas de organização e gestão do trabalho funcionam de modo a controlar e calibrar corpos, gestos e movimentos do trabalhador, tornando-o mero reproduzidor das prescrições criadas por outrem. Invisibilizava-se, desta forma, a subjetividade presente no trabalho. Estruturas altamente hierarquizadas prescreviam a atividade e as comunicações laterais estavam proibidas. Qualquer comunicação deveria ser realizada ao seu superior hierárquico, visto que este detinha o saber necessário à realização da atividade. Referimo-nos, aqui, a formas de controles disciplinares, que se davam através da domesticação dos trabalhadores. Esta forma de gestão parece de alguma forma também ecoar o controle biomédico que vimos anteriormente, retirando do trabalhador sua capacidade normativa, instaurando a doença nos processos de trabalho: a incapacidade de criar novas normas de trabalho.

O Taylorismo, aqui, aparece como uma proteção à certa loucura do trabalho. Se entendermos este sistema de gestão como uma máquina prescritiva, que não deixa ver que há lacunas em seus ordenamentos, ela aparece como uma proteção ao contato do trabalhador com a ausência de normas racionais, que é uma forma muito próxima do conceito de desrazão. O Taylorismo, com seu poder disciplinar, era uma proteção, um controle do trabalhador para evitar que este pudesse singularizar seu trabalho, conectar-se com a loucura da ausência de normas e a potência singularizante presente neste encontro com o vazio enquanto possibilidade. A loucura da ausência de normas era um risco ao capitalismo extensivo.

Barros e Passos (2004) vão falar da transição deste capitalismo extensivo ao capitalismo intensivo: no extensivo tratava-se de desterritorializar para dominar, recompondo a todo o momento, sobrecodificando os fluxos, expandindo sua forma de dominação a todo globo terrestre, a partir de um centro de comando; no modo intensivo não há mais fora e dentro, o capitalismo cria somente um dentro e passa a dominar de forma cada vez mais abstrata, mantendo-se em crise permanentemente, constituindo redes hiperconectivas, infinitas, mas frias, investindo cada vez mais na própria vida.

A axiomática principal do capitalismo, porém, mantém-se igual: a desterritorialização que:

[...] nos pega em franco movimento de desterritorialização, capturando-nos neste momento em que a criação seria possível, já que os sistemas de referência foram desestabilizados, ou por outra, já que fomos levados a abandonar certo território, abrindo-nos para o novo. Trata-se, por isso mesmo, de uma violência cínica porque nos põe nessa situação de sermos atacados sem condições de revidar. Como revidar nesta situação em que não somos mais o que fomos nem já somos o que seremos? Como revidar neste momento em que experimentamos a passagem de um modo de ser a outro, de um sistema de sentido a outro? Atacados em pleno ar, quando não há possibilidade de ponto de apoio para o revide, somos capturados neste cerco. (BARROS; PASSOS, 2004, p.162)

Estamos, portanto, nesta situação em que “não somos mais o que somos e nem o que seremos”. Isso comporta perigo, mas também possibilidades de resistência e criação. Aliados à interrogação ativa da loucura na construção de novas formas de experimentar o contemporâneo, vejamos aquilo que estamos nos tornando.

Muitos são os teóricos que afirmam as transformações ocorridas no mundo do trabalho. Gostaríamos de discutir sobre um intercessor proposto pelos Neo-Marxistas que falam sobre a “hegemonia do trabalho imaterial” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.100). Longe de produzir materiais concretos, como uma casa, um carro, um martelo, o trabalho produz produtos imateriais como: a informação, a comunicação, ideias, afetos, imagens e modos de ser. Mesmo não havendo um consenso sobre o termo no campo, seguiremos a proposição de Hardt e Negri (2005a e 2005b). Estes ressaltam que isso não significa que o trabalho material tenha acabado, pois ainda persiste uma massa de trabalhadores operários através do mundo e somente uma pequena quantidade de trabalhadores opera unicamente com o trabalho imaterial. O que ocorre nesse momento, contudo, é que o trabalho imaterial mudou a forma de se trabalhar, trazendo profundas transformações neste campo e na vida de um modo geral (HARDT; NEGRI, 2005a e 2005b).

Conforme propõem Hardt e Negri (2005a) há três tipos de trabalho imaterial: primeiro, a produção industrial informacionalizada; segundo, tarefas analíticas e simbólicas e, por fim, a produção e manipulação de afetos que requerem encontros humanos (reais ou virtuais). Cabe ressaltar que todos têm em comum, segundo os mesmos autores, a cooperação e a interação social, sendo imanentes a este, uma condição sem a qual ele não é possível. Só podemos produzir afetos, ideias, modos de vida através do contato com outras pessoas.

Outra característica do trabalho imaterial é que o mesmo só pode ser realizado em comum, tendo de funcionar, assim, em redes, criando novas formas de cooperação e socialização. Surgem novas formas de colaboração afetivas, que tornam o trabalho visto desta ótica possível (HARDT; NEGRI, 2005b). Esta é uma característica do conceito de multidão que será abordado mais a frente.

Há, porém, características negativas ligadas a este trabalho, pois quando nossos afetos, ideias, formas de viver, pensar e se relacionar são postas a serviço do capital, novas formas de alienação e sofrimento tornam-se possíveis de existir. Somado a isso há a precariedade nas formas de contratação que rondam o trabalho imaterial, tornando-o assim flexível e móvel (podendo acumular cargos e estar mudando de lugares), assim como a tendência ao desmanche das fronteiras entre a vida privada e o trabalho (HARDT; NEGRI, 2005b), efeito já antecipado por Deleuze (1992), sobre as sociedades de controle.

Paradoxalmente, este trabalho também traz mudanças positivas atreladas às negativas: primeiramente, desgruda-se do campo estritamente econômico, tomando como tarefa a produção e reprodução das formas de vida em geral em nossa sociedade (HARDT; NEGRI, 2005b). O trabalho imaterial é desta forma, *biopolítico*: orienta-se para a criação e manutenção de formas de sociabilidade, de cultura, de relações, em suma, de produção de subjetividade que extrapola, mas também contém em si o lado econômico-financeiro. Mesmo na produção de um produto, como uma camiseta, pagamos um alto preço por uma de marca famosa, pois além dos custos de produção da peça em si, há o preço do *design*, da campanha publicitária, do valor do desenvolvimento da marca e aquilo que representa usá-la, o *kit de subjetividade* (ROLNIK, 1997) que vem a ela atrelada.

Negri (2001) deixa ver uma importante pista sobre as atuais formas de trabalho. Ele afirma que “[...] até para sermos explorados devemos ser sãos” (p.12) e, no trabalho imaterial, nunca precisamos tanto de nossa “sanidade mental” para fazermos a produção necessária a este tipo de trabalho. Vemos que há todo um discurso calcado na Saúde Mental e na importância destes serviços presentes em nosso momento sócio-histórico. Basta ligarmos a televisão que vemos um profissional *psi* sentado junto debatendo com os outros convidados, assim como a entrada de nossa ciência psicológica em áreas que antes não eram sequer cogitadas. Urge pensar se nosso fazer *psi* não está se colocando como docilizador para promover este tipo de trabalho sem qualquer resistência ou se pode operar de forma a produzir a resistência necessária a esta forma de controle. Pode-se produzir controle e/ou autonomia. Precisamos pensar que cada trabalhador em Saúde Mental é uma “máquina do real” (NEGRI, 2001, p.23). O trabalho em Saúde Mental é biopolítico. O contato que o mesmo estabelece com a loucura é biopolítico, como veremos no capítulo quatro.

Lazzarato e Negri (2001) compartilham com algumas das proposições anteriormente dispostas e também podem nos servir como intercessores nesta discussão. Em seu livro dedicado ao tema do trabalho imaterial, estes dizem que o processo de trabalho modificou-se.



O operário não mais está ligado ao tempo fabril, mas ao tempo de vida global. Esta forma de empregabilidade não só controla a força de trabalho, mas as formas de ser e estar no mundo, necessitando, deste modo, que se comande e domine a própria produção de subjetividade do trabalhador. Vemos aqui o desvanecimento do trabalhador fordista/taylorista, para este trabalhador social, onde a fábrica é “um gás” (DELEUZE, 2002) e mostra-se presente na quase totalidade da vida do indivíduo, insinua-se num espaço plano típico das sociedades de controle, em comparação com o “espaço estriado”<sup>6</sup> da sociedade disciplinar.

O que se busca com isso são formas de produção e reprodução da subjetividade na sociedade. E como fazer este trabalho? Como alimentar este sistema? Lazzarato e Negri nos mostram que o mesmo é feito através da comunicação: “[...] a unidade do político, do econômico e do social é determinada na comunicação” (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 40). A comunicação é posta a serviço da produção de um mercado de consumidores e comunicadores, os produtos não se esgotam em sua aquisição, mas seguem modificando o território existencial dos consumidores. O que está em jogo aqui, claramente, é uma produção serializada de subjetividade, pois busca uma:

[...] socialização-intensificação dos níveis de cooperação, dos saberes, das subjetividades dos trabalhadores, dos dispositivos tecnológicos e organizativos [...] seu intento é capturar as externalidades positivas e sociais que a cooperação espontaneamente produz e organiza. (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p.93)

Voltemos a Negri (2001), este refere que o trabalho emancipou-se da disciplina e da fábrica. Agora é a própria vida que é posta em produção, isto significa colocar em produção a comunicação da vida, uma vida individual, apartada, não pode ser produtiva: é por entrar em comunicação, cooperação com outras ferramentas e dispositivos encarnados que a vida torna-se riqueza.

Vislumbra-se, assim, o lugar que o trabalhador de saúde mental ocupa na atividade dos serviços. O trabalho visto como imaterial necessita mais do que nunca da presença do profissional de saúde mental, para que a potência da loucura seja neutralizada e as “almas” - agora postas a cooperarem e reproduzirem o modo de subjetivação dominante - não se percam no turbilhão desterritorializante daquela. Outra alternativa: construir formas de resistência utilizando a loucura como intercessora operando na construção do comum democrático.

---

<sup>6</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre espaço liso e estriado ler “Deleuze; Guattari. O Liso e o Estriado. In: **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34. 1997”.

## 2.2 Poder e resistência

Começaremos por tentar entender a teorização do Poder em Foucault (1998), principalmente aquele que ele deixa claro na “Vontade de Saber”. Retomo aqui a ideia de um Poder que não tem somente uma dimensão negativa, que diz “não” aos sujeitos postos em relação com ele, mas também tem uma dimensão positiva, de construção de formas de viver, de cálculos sobre a vida, de forma a potencializar suas intenções. Deve-se entendê-lo “[...] como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte” (FOUCAULT, 2011, p.102).

Este poder seria onipresente, não porque domina a todos, mas por estar capilarizado nas relações, vai de um ponto a outro. “O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 2011, p.103).

Seguindo seu raciocínio nas páginas seguintes, o autor em questão introduz algumas proposições. Primeiro, de que o poder não pode ser adquirido, controlado, que se deixa escapar por entre os dedos, mas se exerce em meio a relações desiguais e móveis. É o que Deleuze chama de o “Princípio da Propriedade” (DELEUZE, 2005), ou seja, o poder “é menos uma propriedade do que uma estratégia [...] em suma, o poder não tem homogeneidade; define-se por singularidade, pelos pontos singulares por onde passa” (DELEUZE, 2005, p.35). Deste modo, não se trata de acabarmos com a psiquiatria, ou endemoninharmos os gestores que atravancam os processos instituintes, mas de ver como reverberamos o poder em nossa prática, nas relações que também operamos no dia a dia no trabalho, ampliando ainda mais o conceito de gestão e ver como a subjetividade pode ser nômade ou capturada no uso de si que se faz no trabalho. Na gestão do uso de si, realizamos nossas escolhas. Como nos mostrou Lipsky (2010), são os próprios trabalhadores da ponta que encarnam as políticas públicas, é na relação com os usuários que as malhas do Poder se atualizam, e, para tanto, uma série de modos de funcionamento são construídos para alcançar-se a intenção do poder hegemônico, como a simplificação da demanda, atendimentos “serviço-centrados”, delimitação da oferta do serviço, individualização dos problemas, os quais, no nosso caso, servem para despotencializar o que a loucura tem de mais potente, sua força de desterritorialização, a capacidade de fazer pensar novos arranjos, novas coletividades, mudanças no serviço.

Foucault segue nos dizendo que o poder é imanente a outros processos existentes na sociedade (relações sexuais, econômicas, políticas), são efeitos de partilha, deslocamentos, desigualdades e inconstâncias. Merhy (2012), em palestra no Congresso da ABRASCO, disse que “nunca viu uma relação que não fosse assimétrica”, há sempre diferenças de intensidades por onde circula o poder, entra em choque, reverbera. Assim, o poder não é aquele, como já dissemos e que está em uma posição superior efetuando as proibições, mas está lá onde as coisas acontecem, com um papel diretamente produtor de realidades. Lembramo-nos da fala do diabo no filme “O Advogado do Diabo” (1997). Ele, o demônio, se dizia ao lado do homem, ajudando-o a realizar os seus desejos, enquanto Deus ficava no céu, sentado, glorificando o livre-arbítrio. Portanto, o poder não é Deus que tudo vê e pune, em sua forma metafísica do Primeiro Testamento, mas o Diabo que está ao nosso lado produzindo formas de viver de acordo com os desejos e vontades que circulam em nosso momento sócio-histórico (sem juízo de valor quanto a estas figuras, mas somente o seu lugar, imanente e metafísico). Deleuze (2005) chama a atenção para este “Postulado da Localização”, onde o poder não seria o Estado, e sim que este é um efeito das múltiplas engrenagens em jogo. Poderíamos pensar que o poder se utiliza do Estado, assim como se utiliza das instituições nele presentes, como o campo de análise em foco nesta pesquisa. Não se trata de escapar ao poder, mas fazer diferir a relação com este, fazer brechas, alargar seu efeito.

Continuando, Foucault (2011) nos informa que não há uma oposição binária, dialética marxista, entre dominadores e dominados. O que há são correlações de forças múltiplas que constroem dualidades, efeitos de clivagem, dominações, produzindo, por vezes, efeitos hegemônicos, que são sustentados neste campo sempre de lutas. A este efeito do poder, Deleuze (2005) chama de “postulado da subordinação”, onde não há infra-estrutura, mas imanência.

Essas relações de poder, ainda, são “sempre intencionais e não subjetivas” (FOUCAULT, 2011, p.105), ou seja, subjetiva aqui significa que não resulta da decisão consciente de um sujeito em particular. Não se explicam em termos de causalidade, mas são resultados de cálculos que o poder faz. “Não há poder que não se exerça sem uma série de miras e objetivos” (FOUCAULT, 2011, p.105). Em suma, “o poder produz realidade” (DELEUZE, 2005, p.38).

E, finalmente, o que nos interessa explorar mais extensivamente, a dobra que queremos abrir e ver como ela pode operar em nosso campo de análise e intervenção, o trabalho. “Lá onde há poder há resistência [...] esta nunca se encontra em posição de

exterioridade em relação ao poder” (DELEUZE, 2005, p.105). Estes pontos de resistências estão disseminados em toda a rede de poder, constituindo, inclusive, o próprio limite do exercício deste poder. Não há, necessariamente, apenas uma grande forma de resistência, mas pequenos focos, sublevações errantes, nômades, que só podem existir quando em relação a este Poder.

Se retirarmos os adornos das relações de poder, o que encontraremos são jogos de vida e morte. Nenhum poder pode se articular sem estes regimes de luminosidade, de verdades que servem para governar os vivos (FOUCAULT, 2009).

No caso em que desperta nossa atenção neste momento, o Poder investe diretamente sobre o reino da loucura em nosso tempo, criando instituições que visam dominar e controlar esse risco iminente ao bom funcionamento social. No século XIX construiu-se um aparato de saber poder psiquiátrico que capturou o entendimento da Loucura e a aprisionou em manicômios. Estava criado o alienado e, mais tarde, o doente mental. Este, alienado da Razão, devia ser internado e tratado devidamente. As correções morais de toda ordem que, segundo Foucault, remete ao século XVII (FOUCAULT, 2010) (e reverberam até nosso tempo), que ficaram como que por baixo de todo este entendimento, subjazem ao tratamento. Como que herdeira da “defesa da sociedade”, o tratamento psiquiátrico é ambivalente: ao mesmo tempo em que tenta operar uma cura, que tenta cuidar, também é um castigo ao desvio da moral burguesa. Assim são as formas taylorizadas de trabalho, ao mesmo tempo em que tentam maximizar a produção, capturam a gestão de si. Do mesmo modo, as redes hegemônicas do trabalho imaterial que não cessam de produzir o mesmo.

Nesta altura, perguntamos: não foi isso que a gestão taylorista/fordista/tradicional tentou fazer ao condicionar os trabalhadores a muito menos do que poderiam fazer, retirando-lhes qualquer possibilidade de criação no trabalho? Seria o modelo fabril tradicional uma espécie de manicômio do trabalhador braçal? Não seria o taylorismo um tratamento moral pineliano que visa “curar” o trabalhador? Qual a loucura que temos medo no trabalho, que nos fizeram constituir mecanismos de controle para erradicá-la da experiência humana?

Os tempos mudaram, contudo, novas instituições foram criadas para substituir este modelo outrora hegemônico. Os CAPS são serviços que devem atender no território do sujeito, operando mais no entendimento da cidadania e na aquisição de direitos outrora negados pela instituição psiquiátrica, do que propriamente numa cura dos sintomas. Trata-se, a nosso ver, em transformar o “doente mental” em “cidadão”, assim como transformar o trabalhador capturado em cidadão também. Assim são as formas de participação na

organização do trabalho, que, como constatamos, são formas ilusórias ainda de controle. Porém, este poder que estávamos acompanhando na leitura de Foucault continuará a investir fortemente nestes sujeitos e principalmente no choque destes com as normas instituídas. Enquanto confinados, os sujeitos não tinham direito a nada, eram outras as questões que se poderiam colocar (cuidados primários, necessidade de vigilância 24h, investimentos públicos para manutenção de instituições totais, etc.). Uma vez atendidos em “meio aberto”, um horizonte de novas problematizações se descortina, entre elas a preocupação com as formas refinadas de controle em meio aberto, promovidas por uma subjetividade capturada na gestão do trabalho, tal qual a captura da vida para que ela possa produzir da maneira induzida pelo biopoder. Temos o “home office”, trabalho em casa, trabalho com áreas de lazer, horários flexíveis, mas pouca participação de como o sistema funciona, mas como, então, enfrentar a lógica dominante dentro dela mesma?

### **2.3 Liberdade e resistência**

Orellana (2008) chama-nos a atenção para sua leitura acerca da obra de Foucault, afirmando que “onde o homem tentou encontrar o espaço para concretizar uma liberdade infinitamente postergada, Foucault identifica estratégias de sujeição cada vez mais sofisticadas” (ORELLANA, 2008, p.38). Pensar esta relação de força, de que talvez estejamos construindo novas formas de sujeição, cada vez mais sofisticadas sob o nome de “Clínica Ampliada”, “Consultório de Rua”, “Centros de Atenção Psicossocial”, “Home Office”, “Horários Flexíveis”, se faz necessário. Podemos nos libertar de todo ao jugo do poder? Sigamos o que este autor tem a nos dizer.

Orellana (2008) chama a atenção para a diferença entre as “práticas da liberação” e as “práticas da liberdade”, ou seja, não há como nos libertarmos totalmente da subjugação própria às estratégias de poder. Podemos, sim, produzir práticas de liberdade dentro destas estratégias. “A liberdade não é uma luta para alcançar o que efetivamente somos, mas um esforço de desprendimento da identidade a nós imposta” (ORELLANA, 2008, p.41). Aqui, liberdade não é oposta ao poder. O que há são relações de poder, e esta liberdade-resistência não está fora do poder, como vimos anteriormente. É neste contexto de transição para o trabalho imaterial e biopolítico que pensaremos como construir resistências criativas às formas de dominação hegemônicas.

Só há relações de poder, porém, quando falamos de sujeitos livres e não quando há relações de dominação, violência ou consenso. Estas relações de poder “são formas de condução de condutas que necessitam, para operar, da virtualidade do comportamento e, por isso, não anulam aqueles sobre os quais atuam” (ORELLANA, 2008, p.42). Quando coagimos ou formamos um consenso, cessa esse jogo estratégico, o que acaba com todas as possibilidades de diferir-se do *status quo*. Portanto, para que o poder se exerça, necessitamos de sujeitos livres que ainda têm alguma possibilidade de escolha, onde há alguma margem para algum tipo de manobra, de resistência, de liberdade; são estas próprias resistências que também poderão mudar a configuração da estratégia de poder calculada, em condições reversíveis e flexíveis.

Praticando um exercício de pensamento, poderíamos dizer que a experiência moderna das relações de poder com a loucura começa quando Pinel retira os grilhões do louco e o torna um sujeito “livre”. No mesmo ato, porém, torna o louco “livre” para ser submetido ao tratamento moral dentro de um asilo. O asilo não seria assim, também, uma espécie de grilhão? Para o entendimento da época, não. Era uma forma de tratamento e punição aos desvios da norma entendida como tal para valores culturais bem específicos da época: época da medicina moderna calcada no paradigma biomédico, como vimos no capítulo referente à saúde. A medicina foi chamada aos asilos para realizar uma prática higienista pelo medo do contágio que poderia haver nesses lugares, retomando o medo da lepra do século XV (FOUCAULT, 2010). Pois bem, retiramos primeiro os grilhões nos asilos, mais tarde estamos retirando “progressivamente” como reza a legislação, “doentes mentais” dos asilos, colocando os loucos fora dos muros, no território. Criamos equipamentos de saúde “a céu aberto”, inventamos dispositivos diversos na rede de cuidados, garantimos direitos legais aos doentes mentais e etc. Mas teremos com isso efetivamente ampliado as formas de cuidar? Ampliamos a clínica? A liberdade dos que não comungam modos de viver dos tidos como normais? Eles podem escolher não se tratarem, por exemplo? Encontram formas alternativas de tratamento na rede substitutiva? Podem escolher entre cuidados diferentes para patologias e modos de viver que não sigam um padrão estatístico da maioria da população? E o trabalhador, pode este escolher outras clínicas para além das tidas como tradicionais e “eficazes”? E o trabalhador pode efetivamente realizar a gestão de si, produzir autonomia em seu próprio trabalho?

O que assistimos agora é a judicialização da vida, onde muitas vezes recebemos pacientes pela via judicial, principalmente nos casos de uso de substâncias psicoativas. O

poder investe em controles refinados, mais perto das pessoas, para que elas não andem em qualquer parte da cidade! Temos, então, sujeitos “livres”, que podem buscar tratamento, mas damos a possibilidade de cogestão, mínimo de participação no tratamento? Em nosso trabalho no CREAS recebemos diariamente as demandas do Judiciário e do Ministério Público para que as pessoas se tornem “normais”, como certa vez ouvi em uma audiência em que o Juiz de Direito concedeu 60 dias para a família se tratar e ficar “normal”. Foram exatamente estes os termos usados pelo meritíssimo. Vimos que pela natureza biopolítica de nosso trabalho imaterial, fica justificada a busca pela psicologia, pelo sistema do judiciário e a lógica da judicialização.

Outro fenômeno que vivenciamos se chama de “Medicalização da Vida”. Todos nos subjetivamos a partir de uma lógica biomédica, queremos nos entender em termos médicos. Não ficamos mais tristes, mas deprimidos. Não estamos elétricos, mas agitados, eufóricos. Nossas crianças não são mais “espoletas”, mas hiperativas. Passamos a referir nossas experiências a partir destes termos, assim buscamos mais facilmente os “serviços de saúde mental” e fica difícil negar as medicações receitadas para as tristezas e eletrificadas, tornadas depressões e agitações. Coleiras eletrônicas e contenção química na lógica da biopolítica!

Tanto a judicialização, quanto a medicação, são formas de controle refinadas, típicas das “sociedades de controle” em que a psicologia pode participar reverberando pelo tecido social, como pode fazer resistência em busca de formas ampliadas de clínica e de trabalho.

O que oferecemos, portanto, como “Políticas Públicas” são conquistas de direitos ou formas de dominação? Pensamos que o limite, se é que existe, é tênue e talvez, pela leitura que vimos fazendo, não haja limite, mas exercícios, práticas, que ora pendem para um lado, ora para outro, sempre na relação dos trabalhadores da ponta com os usuários.

Voltemos a Orellana (2008, p.46) que afirma que “no estado de dominação [...] há a minimização da mobilidade das relações de poder, em que as práticas de liberdade não existem ou estão sumamente esgotadas ou limitadas”. Abrimos possibilidades de resistência no encontro com o usuário de saúde mental/moradores de rua/trabalhadores? Ou simplesmente chegamos com nosso saber prévio ao encontro e esgotamos qualquer possibilidade de cogestão dos espaços? Deleuze (1998) afirma que a palavra final do poder é que a resistência o precede. Estamos alargando nossos sistemas de subjugação medicalizados ou diminuimos cada vez mais os gargalos de circulação das verdades? Colocamo-nos como detentores de um saber inquestionável que se exerce por coação ou praticamos a luta pela

melhoria de vida e participação nos processos de saúde doença? Negri (2001, p.23) nos diz que:

[...] na época do pós-moderno e na medida em que o trabalho material e o imaterial já não se opõem a figura do profeta - ou seja, a do intelectual - está ultrapassada porque chegou a seu total acabamento; e é nesse momento que a militância se torna fundamental.

Precisamos abandonar o lugar de teóricos que tudo sabem e investir em experiências, experimentações de saídas, novas armas para resistirmos a esta dominação onipresente do poder imperial em nosso tempo. Vejamos em que a compreensão do modelo hegemônico de gestão do trabalho pode nos auxiliar nessa tarefa.

## **2.4 A Guerra como modelo de Gestão**

Para analisarmos a atual situação do poder e como ele investe em nossos serviços, talvez seja imprescindível consultarmos Hardt e Negri novamente e ver o que eles têm a dizer a respeito. Ambos propõem que nossa sociedade é investida pelo poder que eles chamam de Império. Não mais imperialista, mas imperial. Tratam-na como uma “nova forma global de soberania” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.10). Não é mais baseada na soberania dos Estados-Nações que se espalhava para outros territórios. O que temos agora é um poder em rede, onde há Estados nações dominantes, mas há também uma forte influência de organizações e mecanismos supranacionais e grandes corporações capitalísticas; nem todos os poderes que constituem esta rede têm um poder igual, alguns mandam mais, outros nem tanto, mas todos precisam cooperar para que a atual ordem global seja mantida, mantendo esta própria hierarquia e ordem interna (HARDT; NEGRI, 2005b).

Visando manter esta ordem e dominar globalmente, o estado de Guerra é inevitável e isto funciona como uma ferramenta de dominação. A Guerra permanente é parte constituinte e inevitável, conforme postulam Hardt e Negri (2005b), para que a manutenção do novo poder imperial se mantenha. Gostaria, aqui, de acompanhar a construção dos referidos autores e ver como isso se apresenta, se corporifica e se objetiva no dia a dia de nossos serviços e como ficou flagrante em nossa experiência inicial com os usuários do CAPS.

*Os psiquiatras do serviço, que tinham contratos de 20 horas como todos os demais técnicos, cumpriam apenas um dia, ou seja, 8 horas. Quando a gestão formal era*



*questionada, respondia que se não fosse assim, não se conseguiam psiquiatras e dada a crise que a Saúde do município apresentava, era o melhor que conseguia fazer. Dada a precariedade do município, os baixos salários, a falta de estrutura, era a única forma de aquilo ser feito. Quem não concordasse em aceitá-lo, seria colocado à disposição.*

Se na era moderna a Guerra era marcada por conflitos entre Estados-Nações soberanos, entidades políticas autônomas, atualmente, com a mudança das relações de poder e enfraquecimento do poder destes estados e o desenvolvimento do poder imperial, a forma da Guerra e o uso da violência também se modificam. A primeira torna-se um “fenômeno geral, global e interminável” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.21).

Demonstram o fato de haver várias guerras civis em andamento, guerras dentro de um mesmo território soberano e que devemos entendê-las como conflitos que existem dentro do sistema imperial global condicionando-o e sendo por ele condicionado [...]. Não são guerras isoladas, mas um *generalizado estado de guerra global* (HARDT; NEGRI, 2005b, p.22 e 23).

Nas guerras modernas, exercia-se o que se chamava de estado de exceção. O objetivo desta seção não é estender-se neste conceito, mas ver como ele pode articular-se com nossa vinheta constituinte de nossa experiência de trabalhador em saúde mental, numa situação frequente e verbalizada reiteradamente de precariedade dos serviços frente ao avanço dos casos de saúde mental, que parece ser o mesmo de crise global, onde as empresas e empregados devem se unir para superar este momento que dura eternamente. Durante aquela circunstância específica, aquele período de tempo de guerra contra outro estado soberano, dentro do país que estava guerreando, instalava-se o estado de exceção. As leis eram sustadas para que a liberdade e a vida fossem garantidas:

O ‘estado de exceção’ é um conceito da tradição jurídica alemã que se refere à suspensão temporária da constituição e do império da lei [...], considera que em épocas de graves crises e perigo, como o tempo da guerra, a constituição deve ser suspensa temporariamente, conferindo-se poderes extraordinários a um executivo forte ou mesmo a um ditador, para proteger a república. (HARDT; NEGRI, 2005b, p.27)

Para o eminente filósofo Giorgio Agamben (2004) esse estado de exceção não possui lei, sendo anômico, onde as forças em jogo têm o peso da lei sem lei.

É Engelman (2007) quem também associa o estado dos serviços de saúde mental aos campos de exceção, onde os enunciados médicos transformam corpos e mentes em loucos, esgotando os direitos de cidadania e participação social e política de antemão. Mesmo os

trabalhadores estão sujeitos a este campo de exceção quando recebem as prescrições de seu trabalho e não podem diferir minimamente do proposto, mesmo que o proposto seja firmado em formas de tratamento hegemônicas baseados em generalizações que não levam em consideração o singular em questão. Assim parece ser nas empresas, onde aquele que não consegue realizar o prescrito e fazer a empresa render mais é despedido.

O leitor mais atento deve estar se perguntando que isto tem a ver com um serviço de saúde mental cravado no litoral norte do Rio Grande do Sul ou com a experiência de trabalhador de saúde mental latino americano. Atentem, contudo, que o que temos dentro do poder imperial atual, com a guerra constante é um estado de exceção permanente. Para alcançarmos a almejada paz, precisamos deixar as regras e leis de lado e fazer coisas que em momentos outros não seriam permitidos, o excesso de lei sem lei. Para mantermos profissionais no serviço que são capazes de lutar, por exemplo, no combate ao crack sustam-se as leis inerentes ao serviço público e cometem-se verdadeiras barbáries ao regime jurídico do município. O programa federal de “Combate ao Crack” (Crack, é possível vencer) talvez ilustre por si só a ideia de uma guerra e a alardeada necessidade de um estado de exceção, utilizando-se de arsenais políticos e ideológicos, como a legitimação das internações compulsórias, tão contrárias a nossa Constituição Cidadã de 1988 e aos avanços legislativos no setor.

Hardt e Negri demonstram este caminho, mais adiante, quando dizem que “hoje, no entanto, a guerra tende a ir mais longe, transformando-se numa *relação social permanente*” [grifo dos autores] (2005b, p.33). Isto quer dizer que a guerra torna-se o princípio pelo qual a sociedade irá se organizar e escalonar suas relações de poder e técnicas de dominação dentro do tecido social, havendo ou não violência explícita. “A guerra transformou-se num regime de biopoder” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.34). Lembramo-nos dos trabalhos de Foucault, Deleuze, Pelbart e outros, em que o Biopoder é o cálculo que o poder faz para controlar e produzir e reproduzir a vida em todos os seus aspectos sociais. A guerra, portanto, é o funcionamento normal do poder dentro do Império. A guerra é forma de poder hegemônica que controla os homens livres de nosso modo democrático.

Instala-se, desta forma, um mecanismo nada sutil de criar-se um inimigo “comum”, que pode ser a guerra às drogas, a pobreza ou a precarização do serviço público, que todos devem combater dentro do estado de exceção. O que está em jogo não são mais inimigos materiais, como eram os comunistas, os nazistas da Segunda Grande Guerra, mas conceitos abstratos e conjuntos de práticas, pois se trata de uma lógica imaterial:

[...] esses discursos de guerra servem para mobilizar todas as forças sociais e suspender ou limitar as trocas políticas normais [...] uma guerra para criar ou manter a ordem social não pode ter fim. Envolverá necessariamente o contínuo e ininterrupto exercício do poder e da violência. (HARDT; NEGRI, 2005b, p.35)

Todos aqueles, portanto, que ousam fazer resistência ao estabelecido como alvos por esta guerra são vistos como traidores, agressivos ou inadequados. E parece ter sido exatamente esta a acolhida a nossa pequena experiência no encontro da rede (evento disparador), que visava - singela e talvez ingenuamente - incluir todos no entendimento de como a rede poderia melhorar e atender melhor os seus interessados, dando poder de contratação e participação. Ao destoar da lógica dominante, fomos vistos como inimigos que deveriam ser extirpados do serviço. Num tempo de guerra, qualquer opinião contrária ao estabelecido não pode ser suportada, pois pulverizaria os esforços para se manter o poder dominante: “Apresentar o inimigo como encarnação do mal serve para torná-lo absoluto, assim como a guerra contra ele, tirando-o da esfera política” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.37) e tirá-lo da esfera política significa que este não pode mais realizar trocas sociais, nem pode contribuir mais para a construção de outras coisas. Lembramos os ataques, inclusive pessoais, aos profissionais envolvidos na atividade proposta, procurando descaracterizá-los e esvaziar as suas falas de horizontalidade e lateralidade das relações no serviço, denunciando o funcionamento hierarquizado que capturava a autonomia dos trabalhadores. Quando trouxemos a loucura para discutir as relações que se estabeleciam na rede de saúde do município, surgimos como o inimigo a ser enfrentado.

Hardt e Negri (2005b) advogam que passamos do Estado do Bem Estar Social para o Estado da Guerra, caracterizado pela diminuição das liberdades individuais e alto índice de encarceramento (e aqui acrescento que podemos levar em consideração formas de encarceramento subjetivas, como a medicalização da vida, as internações compulsórias, a subjetividade taylorizada no trabalho ou as redes despotencializadas do trabalho imaterial), que demarcariam este estado de guerra. E a guerra nada tem a ver com a democracia, pois este estado de exceção provocado pela nossa guerra permanente, vejam só, é o espaço de troca zero. Sustenta-se deste modo, qualquer participação democrática, o regime aqui instalado é autocrático, quando todos devem obediência ao líder ou “serão colocados à disposição”. O manicômio não precisa mais de muros para existir.

Deleuze e Guattari (1997) relendo Clastres veem na Guerra a mesma coisa, um espaço onde as trocas não são possíveis mais e que inviabiliza, por vezes, a transformação do Estado através destas mesmas trocas.

Há pelo menos em duas outras experiências-conceitos situações semelhantes à imposta pela loucura que aqui gostaríamos de desdobrar. Estes conceitos oferecem relações diferentes e promovem resistência ao biopoder imperial, constituindo uma possibilidade outra de relação com a loucura.

## 2.5 Multidão e Nomadismo

Pelbart (2003) traz de volta a narrativa de Kafka sobre os nômades e de como eles invadiram o império chinês. O imperador chinês mandou construir a Muralha da China de modo a evitar a entrada dos Nômades. Contudo, a construção era feita de modo irregular, o que levou os nômades a se instalarem no centro do império. “O nômade [...] é o desterritorializado por excelência, aquele que foge e faz tudo fugir. Ele faz da própria desterritorialização um território subjetivo” (PELBART, 2003, p.20). E assim parece-nos a posição heterotópica da Loucura, este outro lugar sempre em via de se constituir; aquilo em que o poder capitalístico investe, mas que sempre escapa; aquilo que ele mais quer controlar, as formas de vida, mas que sempre se constitui em outra coisa.

Similar ao que os usuários fazem das prescrições dos serviços, utilizando-se delas de diversas maneiras: seja quando alteram o uso prescrito das medicações, ou quando vão aos grupos e oficinas que gostam, ignorando as demais atividades preconizadas ao seu “caso”. Mas como fazer esta potência desterritorializante, inventiva, na produção de subjetividades em nosso tempo? Como podemos nos tornar trabalhadores nômades dentro do poder imperial embaralhando e fazendo ruir os códigos prescritos pela gestão imperial e pelo estado de exceção em guerra permanente, que necessita de nosso papel como docilizadores da alma na lógica do controle biopolítico do trabalho imaterial? Para tanto, precisamos entender um pouco do processo que estamos atravessando.

É Deleuze (1992) quem nos adverte que estamos passando da *sociedade disciplinar* para a *sociedade de controle*, onde os meios de confinamento estão entrando em crise em nome de formas de controle mais sofisticadas, mais interiorizadas, mais capilarizadas em espaços lisos, “formas de controle ao ar livre” que substituem os antigos sistemas fechados. Porém, é ele mesmo que nos propõe: “não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições” (DELEUZE, 1992, p.219).

Se na Sociedade Disciplinar o controle social era constituído por uma rede difusa de aparelhos e instituições que produziam e regulavam a vida social, seus hábitos e costumes, produzindo obediência através de inclusão e/ou exclusão de instituições disciplinares, na Sociedade de Controle estas formas de governo são cada vez mais imanentes ao campo social, encarnados nos corpos e mentes dos sujeitos, mantidos por redes flexíveis e flutuantes de comunicação, informação, atividades monitoradas, serviços de saúde e etc., refinando ao biopoder regulador da vida social (DELEUZE, 1992; FOUCAULT 2001 e 2011; HARDT; NEGRI 2005a e 2005b).

Quanto à resistência, na sociedade disciplinar a relação de poder era estável. O sujeito podia resistir à dominação, pois esta se dava dentro das organizações, havia um dentro e um fora; na sociedade de controle, não há mais esta possibilidade e a relação pauta-se pela assimetria, ela é biopolítica, estende-se por todo o espaço. Não há como estar fora deste poder, todo e qualquer movimento de resistência deve ser realizado dentro dele. E qual seria o funcionamento deste poder na atualidade?

Hardt e Negri (2005a) com um fôlego poucas vezes visto, exploram esta nova transformação em nível global. Para eles, estamos vivendo hoje o poder do Império. Este poder é supremo e governa o mundo todo, um poder sem limites, que não só administra os territórios e populações, mas governa a vida social e cria o mundo que habitamos: “[...] o Império se apresenta como forma paradigmática de biopoder” (HARDT; NEGRI, 2005a, p.15). Apesar de todas as formas de controle e poder das instituições, países, corporações serem diferentes, estes precisam cooperar para preservar e manter a atual forma de controle global.

Segundo Pelbart (2003), estamos assistindo a uma nova relação entre o capital e a subjetividade. Podemos chamar isso de diferentes nomes: “capitalismo cultural, economia imaterial, sociedade do espetáculo, era da biopolítica” (PELBART, 2003, p.20). Isso quer dizer que o capital vai mais além de penetrar nas esferas mínimas da existência, ele também “as mobiliza, ele as põe para trabalhar, ele as explora e amplia, produzindo uma plasticidade subjetiva sem precedentes, que ao mesmo tempo lhe escapa por todos os lados” (PELBART, 2003, p.20). De fato, como poderia tal estratégia de poder se manter se não capturasse milhões de pessoas por aquilo que as move: seu desejo? A isto se soma o desligamento das pessoas às redes de vida outrora importantes, como as tradições, filiações, religiões, que são cada vez mais mediadas pelo consumo, aprofundando formas de vida individualizadas, narcisistas e consumistas. Temos, portanto, uma massa de excluídos, desconectados desta rede do capital,

ou por não terem condições consumir, ou por não suportarem a perversidade das relações aí estabelecidas, e, no nosso caso, aqueles que escapam a esta razão dominante, os loucos.

Enquanto o poder investe na multidão, a multidão sempre escapa deste, pois ela é da ordem da multiplicidade, da singularidade. A multidão é tudo o que o capitalismo quer dominar, mas é tudo que escapa ao seu controle. A multidão “é um conjunto de heterogeneidades que, pelo seu funcionamento, atua como um plano de composição de diferentes modos de trabalho, visões de mundo, desejos, concepções estéticas, sexuais e de gênero, enfim, corporificações do ‘fora’ que se encontram num fazer” (FONSECA et al., 2008, p.512).

Fazemos eco à pergunta de Pelbart (2003, p.21):

[...] de que maneira, no interior dessa megamáquina de produção de subjetividade, surgem novas modalidades de agregar, de trabalhar, de criar sentido, de inventar dispositivos de valorização e autovalorização. Num capitalismo conexcionista, que funciona na base de projetos em rede, como se viabilizam outras redes que não as comandadas pelo capital, redes autônomas, que eventualmente cruzam, se descolam, infletem ou rivalizam com as redes dominantes?

Dizendo de outra forma, como podemos inventar novas formas de conexão entre a loucura como resistência e os modos de trabalho e vida possíveis no contemporâneo? Segundo PELBART (2003), a invenção não é uma qualidade dos grandes gênios, muito menos algo que pertença a conglomerados, empresas de mídia ou de cientistas, ela pertence ao homem comum. Sendo assim, a subjetividade deixa de ser apenas efeito ou “óleo para a máquina de estado” e passa a ser ela própria possibilidade de resistência e de exercícios de liberdade, que afrontam, limitam e inventam novas formas de existência. E que potência poderia criar mais que a potência da loucura? A loucura entendida como aquela que desterritorializa, que escapa ao poder. Como diz Negri (2001, p.54):

Ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de escavar e ainda de escavar a partir do ponto mais baixo: este ponto não é a prisão com tal; é simplesmente lá, onde as pessoas sofrem, onde são as mais pobres e as mais exploradas; onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de todo e qualquer poder de ação e onde, no entanto, eles existem; pois tudo isso é a vida e não a morte.

Entendemos como este modelo de gestão global do Império funciona. Vimos o conceito de multidão imanente a isso. Adentremos no conceito de nomadismo e como este, somando à multidão e à loucura, pode operar resistências dentro do sistema imperial.

### 2.5.1 Nomadismo

Para Deleuze e Guattari (1997), o nômade é o Desterritorializado por excelência, a desterritorialização é sua forma de relação com a terra, a terra deixa de ela mesma para se tornar outra coisa, tornando-se um território para o nômade, não em todo lugar, mas em lugares precisos. Como nosso trabalhador em saúde mental, todo seu trabalho não se desterritorializa, pois senão teríamos que começar tudo novamente, o trabalho se desterritorializa em lugares, situações precisas. Nestes lugares promotores de saúde, onde a captura torna-se uma doença. O excesso de prescrições torna-se irrespirável e o devir-nômade no trabalho torna-se a possibilidade de produção de saúde, tanto para o trabalhador quanto para o usuário.

Trabalhador-nômade que não se deixa capturar pela burocracia adocedora e desterritorializa as prescrições para criar outras formas de trabalho em saúde.

Os mesmos autores referidos anteriormente (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.21) nos falam de uma ciência formal, de Estado e de uma ciência nômade:

É que as duas ciências diferem pelo modo de formalização, e a ciência de Estado não para de impor sua forma de soberania às invenções da ciência nômade; só retém da ciência nômade aquilo de que pode apropriar-se, e do resto faz um conjunto de receitas estritamente limitadas, sem estatuto verdadeiramente científico, ou simplesmente o reprime e o proíbe.

Da mesma forma que o trabalhador cria suas saídas para o excesso ou falta de prescrição, o Estado apodera-se delas, pois é disto que é feito o espaço comum e o comum das práticas, burocratizando seu fazer em saúde. Como na captura do poder imperial sobre a cooperação e comunicação da multidão. Este é o combustível para as formas de dominação que vimos catalogando em nossa atualidade. A máquina de guerra nômade opera fora do Estado. Quando passa a fazer parte do mesmo, é por captura e dominação dos fluxos.

Assim fica o trabalho, como o cientista nômade (DELEUZE; GUATTARI, 1997), situado entre duas potências diferentes: a da máquina de guerra que impulsiona a criar e o Estado que o captura na forma burocrática. É nas fronteiras da falta de prescrição que o trabalhador nômade pode criar mais facilmente, mas logo é capturado pela máquina do Estado, fazendo-a perder muito de sua potência inovadora. É como se capturasse sua força e o mantivesse somente sua forma. Uma forma clínica ampliada, uma forma serviço substitutivo, mas que perde sua força para sobreviver com a alma burocrática do Estado. A isto não há oposição, segundo Deleuze e Guattari, mas “tensão-limite” que se encontra em diferentes

momentos e situações; dentro do próprio endurecimento do estado podemos ver máquinas de guerra tomando forma. Assim como nosso trabalhador que faz parte da política pública de Estado que também pode erigir máquinas de guerras nômades que modifiquem seu trabalho através da gestão e do uso de si que faz. Com o tempo, seus esforços serão capturados, institucionalizados. Se não deixou sua força ser capturada, ele começara o trabalho de criação novamente, naqueles pontos nodais onde esta desterritorialização é importante. Ao estado cabe sedentarizar a força de trabalho, o que, atualmente, trata-se do trabalho imaterial, como vimos, e a sedentarização é feita através da captura das redes de comunicação que são transformadas em redes frias.

### 2.5.2 Multidão

O conceito de multidão está presente nos trabalhos de Hardt e Negri (2005a e 2005b) e é reverberado por outros autores como vimos. Embora em seu primeiro trabalho sobre a forma do Império nos dias de hoje os referidos autores tratem muito mais da forma de dominação que caracteriza o biopoder contemporâneo - que já tivemos a chance de tratar anteriormente neste mesmo escrito - eles também deixam pistas de qual seria a potência desta multidão para desmontar esta máquina imperial sobrecodificante. Vejamos quais são estas!

Em “Para uma definição ontológica da Multidão” Negri (2004, p.15) propõe que:

A teoria moderna do direito natural, seja em suas raízes empíricas ou ideológicas, é sempre um pensamento da transcendência e da dissolução do plano de imanência. A teoria da multidão exige, ao contrário, que os sujeitos falem por si mesmos: trata-se muito mais de singularidades não-representáveis que de indivíduos proprietários.

Enquanto o povo pode ser representado, pois é uma unidade metafísica e unificada, a multidão, não. Ela é singular.

As formas de exploração, portanto, não são mais sobre indivíduos, mas das singularidades que os formam, pois são estas que fazem a produção do comum biopolítico através da cooperação e do trabalho em rede. Capturar esta singularização do uso de si é o objetivo do biopoder imperial.

Em Império (HARDT; NEGRI, 2005a) colocam que a multidão é o agrupamento de todos os “explorados” e “subjugados”, “uma multidão que se opõe diretamente ao Império, sem mediadores” (p.418), que ao trabalhar produz a si mesma como singularidade, produzindo um lugar através da cooperação, através da comunidade linguística própria e pelos



movimentos de heterogeneidade e hibridização: “a multidão afirma sua singularidade invertendo a ilusão ideológica de que todos os seres humanos nas superfícies globais do mercado mundial são permutáveis” (p.419).

A multidão tem a capacidade de produzir estas singularizações biopolíticas de conjuntos humanos, trabalhando imanentemente na produção de si, até como sujeito político híbrido, sem perder a sua singularidade. “A multidão é auto-organização biopolítica” (p.434). É um movimento de desconstrução do hegemônico construindo-se a si mesmo. É uma possibilidade de constituição de sujeito sem ser uno, sem ser indivíduo. Um sujeito coletivo, plural, singular.

Estas são as contribuições para entendermos este intrigante conceito trabalhado pelos autores, tão intrigante que fazem um segundo livro para tratar sobre o tema. É no prefácio de “Multidão” (HARDT; NEGRI 2005b) que os autores desfazem qualquer tentativa de unificação soberana de seu conceito. Utilizam como estratégia de distinção conceitual compará-la com alguns termos de uso corrente no campo sociológico. Primeiro distinguem de *povo* como identidade única, que reduz as diversidades numa unidade, já a multidão é múltipla, composta de diferenças, que jamais serão reduzidas a esta unidade. Compõem diferentes identidades, formas de vida, trabalho, produção. Já a *massa* é marcada pela sua indiferença, todas as singularidades são homogeneizadas na massa, enquanto na multidão as diferenças se mantêm.

Com esta forma de resistência cartografada por Hardt e Negri (2005b) não se busca uma forma de dominar os exércitos, tomar a soberania do poder, mas de inviabilizar a própria possibilidade de isto vir a ocorrer, ou seja, “transformar esta resistência numa forma de poder constituinte, criando as relações e instituições sociais de uma nova sociedade” (p.435). Vejamos mais algumas pistas sobre a multidão.

A multidão caracteriza-se pela produção do comum. Este mesmo comum é o alvo final e a possibilidade mesma de produção biopolítica. A multidão é este conjunto multifacetado que produz a vida em comum, “é uma espécie de carne social que se organiza num novo corpo social” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.436) e isto, segundo os autores, é a biopolítica.

O poder de construir mundo e formas de vida da multidão se caracteriza pelas formas de cooperação e comunicação estabelecidas em rede. Longe de atrapalhar o funcionamento deste tipo de relação, as singularidades nômades da multidão são que produzem o comum: “[...] uma troca entre as singularidades e a multidão como um todo, afetando ambas e tentando formar uma espécie de motor constituinte” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.437).

Desta relação de trocas singulares, cooperativas e comunicacionais de criação do comum é que os autores chamam de “democracia absoluta”: “Essa democracia na qual todos nós criamos e mantemos a sociedade de maneira colaborativa, através de nossa produção biopolítica [...]” (HARDT; NEGRI, 2005b, p.438). Esta produção biopolítica do comum como uma arma contra o biopoder totalizante soberano. É uma maneira de desprivatizar o comum, tornando-o radicalmente democrático. Tornarmos assim o trabalho em saúde, radicalmente democrático, significa ampliar as possibilidades de todos participarem da gestão deste, desde sua formulação, objetivos e maneiras de empreendê-lo.

Advogamos em nome de um trabalho que não represente a todos, mas que possa comunicar-se com usuários e outros corpos no campo para produzir saúde, fazendo desmoronar modos hegemônicos de habitar o mundo em que se vive. A forma democrática da multidão nos oferece uma forma de organização não unificada, abrindo espaço para que a experiência da loucura possa ser intercessora dos processos de constituição de subjetividades.

Estamos, pois, falando da constituição de um trabalhador-multidão que não se deixe levar pelas cristalizações instituídas no campo de seu ofício e possa exercer atividades singulares em contratualização com os usuários e suas situações presentes, construindo com eles o cuidado de que cada um necessita. Esta composição que inclui usuários, situações, lugares, agentes diversos que habitem a vida e ampliem as saídas possíveis à doença para quem sofre de algum transtorno psíquico, construção de possibilidades outras de cuidado, é o que pode produzir o comum das políticas públicas e de praticamente toda atividade laborativa. Este é o sentido do que vimos fazendo no trabalho com os moradores de rua e como intentamos fazer com os usuários do CAPS. Como bem definiram Fonseca et al. (2008) entrando em relação com o conceito de multidão de Hardt e Negri, propõem que este

[...] nos oferece novas formas de gerir o plano de heterogeneidades que compõem cada organização de forma a acolher as diferenças, ou seja, fomentar novos modos de fazer e subjetivar de maneira que cada um possa ser recepcionado na sua singularidade e ao mesmo tempo colaborar com os outros em nome de um projeto de produção de um novo trabalho (p.512).

Deleuze e Guattari (1997) também nos instrumentalizam nesse trabalho quando escrevem que um corpo não pode ser reduzido a um organismo. Negri (2004) lembra que toda multidão é uma multidão de corpos e todo corpo, por sua vez, é uma multidão. Assim, os corpos se misturam, se afetam, se modelam e se desviam. O trabalhador-multidão é isto, é trabalho vivo, em constante gestão de si mesmo na produção de seu trabalho.

Primeiro entrar em contato com a loucura e seu potencial de desterritorialização, para depois constituir uma gestão de si multitudinária no trabalho, conduzindo-nos a atividades mais saudáveis. Se for a própria subjetividade que é posta a trabalhar na égide do trabalho imaterial, e é esta mesma subjetividade que necessita ser “ativada” no trabalho com a loucura, deixemos que a loucura nos desterritorialize da forma uma indivisível e nos torne multidão.

Transformar a própria matéria do trabalho em novas formas de vida, brincar todos os corpos que compõem o trabalho e emergir outro. O desafio que se impõe é pensar de que maneira podemos pensar a gestão do trabalho como resistência ao poder dominante utilizando-nos, para isso, da potência da loucura-nomadismo-multidão. Mas para fazê-lo cabe-nos, agora, então, delimitar melhor o que estamos entendendo pela gestão do trabalho, ampliando para tanto, a noção de gestão.

### 3 GESTÃO

Quando nos colocamos num percurso investigativo com espírito cartográfico, torna-se necessário, como afirmam Barros e Barros (2007, p.63), “forçar a pergunta para além do que se apresenta como realidade dada, inquirindo sobre os modos de produção desta mesma realidade”.

Nessa perspectiva, a problematização da loucura, tomando a gestão como analisador, implica ampliar a concepção desta última como algo que não se refere somente à normatização dos processos de trabalho, mas à articulação do que se passa entre *as dobras que constituem este campo* e que formam os sujeitos (desejos, necessidades e interesses), os processos de trabalho (saberes, história), o poder (modos de estabelecer as relações) e as políticas públicas (coletivização das relações).

A noção de dobra a qual aqui nos referimos deve ser compreendida a partir de Deleuze que indica que

[...] dobra exprime tanto um território subjetivo quanto o processo de produção deste território, ou seja, ela exprime o próprio caráter coextensivo do dentro e do fora. A dobra constitui assim tanto a subjetividade, enquanto território existencial, quanto à subjetivação, entendida aqui como o processo pelo qual se produzem determinados territórios existenciais em uma formação histórica específica (SILVA, 2004, p.239).

Desta forma, quando se entende os processos de trabalho, os sujeitos, o poder e os saberes presentes neste campo como *dobras*, a gestão não mais pode ser entendida como externa a esta composição e sim como “elemento-passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS; BARROS, 2007, p.64). A gestão amplia-se, assim, para o “uso de si” no trabalho, que se dá na inter-relação com as dobras anteriormente citadas, fundamentais, como vimos, no trabalho com a loucura.

Se entendermos a gestão não somente como a determinação dos processos de trabalho, mas como uma dobra que compõe sujeitos e mundos no conjunto de diversas dobras, ampliamos consideravelmente o papel que o trabalhador ocupa neste espaço, tornando-o protagonista neste campo, pois “cada trabalhador é gestor do seu próprio trabalho” (SANTOS-FILHO, 2007, p.86). Amplia-se, com isso, portanto, o conceito de gestão para além do que é executado na organização do trabalho, incorporando aquilo que encarnamos dos processos de produção, o uso de nós mesmos no trabalho.

É Franco (s/d) quem avalia a gestão e sua relação com os trabalhadores de um serviço de saúde mental. E avançando um pouco mais nesta discussão inicia perguntando o que pode

um trabalhador de saúde mental, ao que responde: tudo. Segundo o autor, o trabalhador tem a liberdade de seguir os protocolos, regras e ordens da gestão tradicional ou de criar novas formas de trabalho e de produção do cuidado e saúde, uma vez que isso se dá nas relações e depende da singularidade de cada trabalhador.

Ele pode usar a liberdade para fazer um cuidado-cuidador ou para cuidar de forma sumária e prescritiva. Mas é com base na liberdade de agir que ele faz, e o faz conforme sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado em saúde, as verdades que ele constitui para si mesmo.(FRANCO, s/d, p.1)

Este cuidado, desta forma, pode ser singular ou serializado, tutelar ou produtor de autonomia, pautado nas hierarquias ou na cogestão. A gestão tradicional não teria, entretanto, meios de capturar esta produção subjetiva? Franco responde que: “a gestão tem forma de disciplinar os trabalhadores, e o trabalhador usa da sua liberdade inclusive para se deixar capturar e disciplinar seu modo de agir” (s/d, p.2). Para tanto, o autor constrói duas maneiras, dois exercícios que se inscrevem no sujeito trabalhador em saúde mental: uma *subjetividade nômade* e uma *capturada*. A subjetividade nômade é aquela que se liga à diferença, à desrazão, à estranheza dos usuários, à loucura presente no campo e produz modos de subjetivação diferentes de estar no mundo, em um mundo que é capaz de conviver com estas diferenças, que entende estas singularidades como parte da multiplicidade de si mesmo. De outro modo, a subjetividade capturada vai repetir e produzir “mais do mesmo”, burocratizando o cuidado, considerando o próprio usuário como um conjunto padronizado. Produz verdades *a priori*, endurecem os encontros, o cuidado torna-se protocolar, tutelar, fixo.

Este autor mostra-nos, portanto, a importância da produção de subjetividade e de sua relação com a gestão, e o que move a subjetividade é este desejo que

[...] age como força, mas é uma força com leveza, pois faz o trabalhador deslizar no seu trabalho de cuidado, como um surfista desliza e maneja seus instrumentos e saberes para desenhar trajetórias curvas sobre uma onda. O trabalhador atua assim, ele vai desenhando o cuidado, como trabalho artesanal, e operando seus processos de escuta, os atos de fala, a clínica analítica, ou peripatética, ou na dos afetos, impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, e dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular. (FRANCO, s/d, p.2)

Sendo assim, a gestão deve preocupar-se não em se inscrever como um conjunto de regras a ser seguido pelo trabalhador e sua dimensão cognitiva, mas como elemento constitutivo de sua singularidade. Porém, não é isso que o Poder do Estado parece pensar quando calcula seu controle sobre o trabalhador:

É como que se fosse necessário para que o estado, no seu ato de governar, produzisse no outro a redução da sua potência de agir, ou seja, o estado vive de produzir paixões tristes, é o modo singular de manter o controle sobre os movimentos próprios da atividade humana, em específico neste caso, sobre o trabalho em saúde. (FRANCO, s/d, p.4)

É para controlar a ação dos trabalhadores e sua adequação às políticas pensadas de cima para baixo que a gestão tradicional diminui a autonomia, o protagonismo e a capacidade criativa de seus trabalhadores dentro da máquina de Estado. Penso o quanto isso se reflete também na capacidade do trabalhador produzir cuidado e bons encontros no momento da relação com este usuário. E que tipo de saúde é possível produzir em relações enrijecidas como essas. Capturado, o sujeito-trabalhador fica a repetir os signos recebidos pela gestão tradicional, mesmo quando esta não apresenta resposta aos desafios encontrados pelo dia a dia em serviços. O que pode ser considerado ainda mais grave em se tratando de serviços que lidam com a diferença, com o estranho e a desrazão o tempo todo. Esta incapacidade de criação engessa nossos serviços de Saúde Mental. É, segundo a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, “espaço de controle, submissão e de renúncia do trabalhador” (BRASIL, 2010a, p.19).

Somando-se à gestão fordista-taylorista, o que também está em jogo são os novos processos de gestão que atravessam o cotidiano de nossos serviços de saúde mental. Estes novos processos de gestão buscam “ampliar a responsabilidade do trabalhador sobre seu trabalho, através do controle e da cobrança [...] sem proporcionar uma efetiva ampliação de autonomia” (FONSECA et al., 2008, p.505). Neste novo cenário, o que as organizações buscam não é mais a força de trabalho dos corpos e seu controle, mas a alma: “as produções do espírito, como o conhecimento, a subjetividade, a responsabilidade” (FONSECA et al., p.505). Há, pois, um investimento sobre a subjetividade do trabalhador com esta transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle sem a qual os objetivos do capitalismo tardio não podem se efetuar, ancorados pelo trabalho imaterial, como antes debatido.

Logo, importa aos propósitos desta pesquisa ressaltar os dois sentidos que a “gestão” pode ter segundo Onocko Campos (2003): gerir e gerar. O primeiro diz respeito às formas de gestão clássica, que visam dominar, disciplinar e controlar as ações dos outros: “preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade, e de reprodução do *status-quo*” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.123). Segundo a autora, propostas autogestionárias têm sido pensadas para desmontar esta engrenagem clássica, muito embora a autogestão seja uma utopia e a realização dela nos levaria fatalmente a exercícios, ensaios de cogestão. A autogestão restaria como um alvo a ser buscado. “Entre a heterogestão taylorista

e a utopia autogestionária a vida desenvolve-se em constante cogestão”. Assim, destes exercícios sempre tensos, sempre em movimento, construídos nas relações, produzimos desestabilizações do instituído. Esta é a segunda dimensão da gestão: *gerar*. Gerar novas possibilidades de gestão, aumentando a autonomia, o protagonismo e a participação dos usuários e trabalhadores. Como estas novas possibilidades podem ser geradas? Vejamos o que a ergologia tem a dizer a respeito.

## **Excursão 2**

*Foi olhando para outros trabalhadores, que consegui enxergar mais cruamente o trabalhador que em mim agonizava. Participando de uma Pesquisa-intervenção nas emergências de hospitais gerais de um importante grupo hospitalar de Porto Alegre, investigamos o acolhimento às crises de saúde mental nesses espaços. Fizemos observações, entrevistas, aplicamos a técnica do incidente crítico, realizamos uma etapa de formação que envolveu rodas de conversa e palestra, restituindo e trabalhando os dados colhidos com estas pessoas. Vimos que o acolhimento em saúde é feito como triagem, de maneira precária e não como é estabelecido nas políticas de atendimento. Algo a mais, porém, se insinuava a cada novo encontro. A cada entrevista, cada cena observada algo se mostrava, se tornava visível, primeiro lentamente, depois como um grito que não mais se fez calar. A primeira vez foi numa entrevista: As técnicas de enfermagem relatavam que o trabalho em uma emergência de trauma era muito pesado. Viam pessoas morrerem a todo o momento. Eram mães, filhas, irmãs, sofriam as perdas dos familiares dos outros, às vezes como se fossem suas. Trabalhavam demasiadamente em um serviço de emergência, onde não tinham tempo para parar e pensar em si mesmas. Falavam de estruturas altamente hierarquizadas, da falta de autonomia no trabalho, da resignação aos procedimentos que devem esperar o aval do médico, mesmo sendo elas que trabalham dia e noite naquele espaço. No serviço, não havia um espaço-tempo para que vissem a própria saúde mental. Falavam de uma organização informal para darem conta de seu sofrimento. Saíam e iam para um bar após o horário de trabalho, entre bebidas e conversas, refletiam sobre o seu trabalho e tentavam se sentir melhores. Na 1ª oportunidade de restituição, questionadas quanto ao que deveria ser abordado na etapa de formação, todas as técnicas referiram unânimes: “Saúde Mental do Trabalhador”. Nas rodas de conversa que se seguiram, na etapa de formação, o assunto reaparece de forma brutal. Referem que falar de Saúde Mental, no grupo de hospitais em questão, era um tabu. Ninguém queria dizer que tinha algum problema deste tipo. Afirmam que o próprio funcionário estava em crise, cansado, não conseguia nem cuidar de si mesmo e, além disso, o funcionário era mais mal atendido nestes casos do que o usuário. Como acolher se eles mesmos não se sentiam acolhidos? O atendimento em saúde mental fazia ver o próprio descaso com sua saúde mental. Não se sentiam autorizados a fazer a gestão do seu próprio trabalho quando faltavam as prescrições. Sentiam que quem deveria tomar as decisões eram os gestores. Propor formações, espaços de discussão. Sentiam a gestão como apartadas de suas experiências diárias no trabalho. Estavam capturadas no fazer taylorista e burocratizado que havia se tornado aquela emergência hospitalar, assim como eu em meu trabalho em um serviço dito substitutivo.*



### 3.1 Trabalho e uso de si

Os modelos tayloristas tradicionais de gestão do trabalho, segundo Barros e Barros (2010), são “grelhas de biopoder” (p.103) que exercem um controle permanente sobre os corpos, tentando tornar o trabalhador mero reproduzidor das normas estabelecidas, anulando qualquer traço subjetivo. O taylorismo tentava invisibilizar a produção e subjetividade do trabalhador, porém ela teimava em sempre reaparecer.

O modo de produção capitalista/taylorista separa afeto e razão no trabalhador, deixando de fora da atividade qualquer expressão da singularidade; o sujeito que trabalha é forçado a manifestar-se apenas após a jornada de trabalho e somente neste momento pode expressar dor e felicidade (SAMPAIO, 1998). Via de regra, o modelo tradicional de gestão e o modelo hegemônico de atenção à saúde tomam este sofrimento como doença, culpabilizando o indivíduo, legitimando formas de inversão do processo de adoecimento, ou seja, que o mesmo independe de condições psicossociais. Reiteram um sujeito doente, a-histórico e a-social, apartado das relações que o produzem.

Clot (2007) ressalta, com apoio da teoria de Wallon, que Taylor não exigia demais do trabalhador, mas exigia muito pouco, assim “o esforço não é só o que esse homem faz para seguir a cadência. É igualmente aquele com que ele deve consentir para reprimir sua própria atividade [...] a calibração do gesto é a amputação do movimento” (CLOT, 2007, p.14). Esforço duplo, primeiro em reprimir toda sua inventividade no mundo do trabalho, em achar que todas as forças que pedem passagem e expressão são erradas e devem ser erradicadas de si; e, segundo esforço, obedecer às regras impostas externamente, alienando sua força de trabalho e de vida, amputando a gestão de si, delegando-a a outrem, numa situação que pode ser caracterizada como o “abuso de si”. Clot cita Doray (1981): “o taylorismo é uma ‘loucura racional’” (2007, p.14). Relembremos, aqui, nossa seção sobre saúde, onde a saúde é a capacidade de constituir novas normas e não aferrar-se a prescrições imutáveis. Na leitura de Canguilhem pode-se pensar, então, esta gestão alienada de si, o “abuso de si” como uma forma de doença.

Durante a época chamada taylorista [...] quando esse modelo tinha valor, e grande valor, não se devia falar, na medida em que, de acordo com Taylor, “o trabalho individual é superior ao trabalho em equipe”. O trabalho era definido em postos de trabalho e, portanto, normalmente se devia falar e tratar somente com as hierarquias superiores, caso houvesse problemas, e não com os colegas de trabalho (SCHWARTZ, s/d, p.2)

Contudo, gestão taylorizada de si, desta forma, evidencia-se contrária a um cuidado em rede produtor de saúde. Trabalho, assim, inviabiliza a cogestão, o protagonismo e a participação do trabalhador na gestão de si e do trabalho, exatamente como denunciado no lamento de nossas técnicas de enfermagem, capturadas pelos protocolos alienantes ou como os trabalhadores de um serviço de saúde mental presos a um modo asilar de cuidado.

Em qualquer desses espaços, entretanto, subsistem sujeitos que, muito embora submetidos às formas de gestão que tentam apagar tudo que não faça parte das prescrições do trabalho, absorvendo toda a atividade criativa do trabalhador em operações básicas, são, também, usinas de força que não param de querer produzir coisas outras, cujos desejos múltiplos ninguém consegue homogeneizar absolutamente. Nossa vontade pode ser somente deslocada, alienada ou proibida, mas como possui autonomia nunca será erradicada totalmente (CLOT, 2007).

Se a atividade laboriosa é aqui entendida como “a apropriação das ações passadas e presentes de sua história pelo sujeito [...] a prescrição da atividade se transforma em prescrição de subjetividade” (CLOT, 2007, p.14/15), repetição incessante do mesmo. Doença, “morte manicomial” poderíamos acrescentar, pois no trabalho tal como aqui o estamos concebendo, prescrição de como se trabalhar é sempre, também, intrinsecamente prescrição de modos de viver e subjetivar-se. E no cenário biopolítico em que se inscreve o trabalho imaterial, vale lembrar, não basta mais regular os horários de trabalho e descanso, precisa-se regular a própria vida do sujeito trabalhador.

Nessa lógica, temos, também, no campo da saúde mental diversas tentativas de “modelos participativos”, mas segundo Barros e Barros (2010, p.102) estas

[...] não ultrapassam a condição de capturantes e operam tão somente como dispositivos de um regime de subjetivação que gostaríamos de chamar ‘liberação vigiada’, uma vez que ao trabalhador são oferecidas oportunidades restritas e controladas de opinar e atuar diretamente no processo de trabalho.

Campos (1998) parece concordar com tal afirmação quando entende que existem momentos de participação, porém não há a mudança no sistema gestão dos serviços de saúde. Há tentativas limitadas que não intentam modificar o todo da organização do trabalho, são experiências circunscritas a pequenos espaços, que buscam dar a ilusão de participação e cogestão.

O recente material lançado pelo Conselho Federal de Psicologia (2013) parece fazer o mesmo movimento taylorista quando coloca a gestão como responsabilidade do gestor: “Isso

implica a execução de uma gestão, por parte do profissional que ocupa o papel de gestor, que envolva a participação efetiva de todos os atores sociais no SUS” (p.109). Ao nominar a gestão personalizada somente no gestor, esvazia a posição do trabalhador neste processo e como ele poder operar no plano micropolítico.

Fica claro, pois, que o taylorismo produz formas de gestão análogas à gestão tradicional, mas estas mesmo quando intentam ser participativas, fazendo a passagem à lógica imaterial de constituição de redes cooperativas, visam bloquear a ação criativa do sujeito. Só que esta é sempre uma estratégia cujo êxito é parcial, nunca é totalmente atingido. É Schwartz (2010) que gostaríamos de chamar como intercessor do que articulamos até aqui. Para ele

[...] com a predominância dos modelos tayloristas, teve-se a impressão de que nada era mais oposto que subjetividade e trabalho, na medida em que o trabalho era incluído no registro do mecânico, da "execução", do assujeitamento. Conseqüentemente, o sujeito não poderia se expressar a não ser fora do trabalho (SCHWARTZ, 2010, p.2)

A gestão era vista como algo externo ao trabalho, como prescrições superiores escolhidas por outrem. A energia desejante da produção subjetiva no trabalho era vista como um empecilho. Com a mudança do trabalho, este tornado imaterial, a vida foi trazida para o cerne do trabalho. O poder investe diretamente nesta vida que trabalha, pois ela é o combustível de produção.

É Schwartz (2010) quem nos auxilia a enxergar que no centro deste trabalho há um processo subjetivo, há um “alguém”, como ele mesmo diz. Ele vai falar do “uso de si” que o trabalhador faz no trabalho para dar conta da dupla “infidelidade do meio”, apoiado também nas ideias de Canguilhem.

Em contraponto às prescrições tayloristas, Schwartz (2010) vai falar que o trabalho de maneira alguma é totalmente execução, pois há sempre mudanças e variações do meio e ele nunca é sempre igual e essa seria a *primeira infidelidade do meio*:

Ora, essa infidelidade deve ser gerida: e gerida justamente não como uma execução (senão dir-se-ia que o meio é fiel), mas como um "uso de si", ou seja, é preciso fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para gerir essa infidelidade, para fazer alguma coisa. Isso que eu chamo de "vazio de normas", porque aí as normas antecedentes são insuficientes – visto que não há somente execução (SCHWARTZ, 2010, p.2)

Nessa *dobra da gestão*, do uso de si e da gestão do trabalho prescrito, é que se encontra a articulação problemática em que se insere a atividade laboriosa do sujeito.

E aqui o autor alia-se à ideia de viver em Canguilhem, qual seja viver é administrar estas infidelidades do meio e não somente seguir prescrições e normatizações. Embora se faça isso parcialmente, pois não se começa tudo a todo o momento, tudo está permeado de história e passado, saberes constituídos anteriormente. “A vida é sempre tentativa de se criar parcialmente, talvez com dificuldade, mas mesmo assim, como centro em um meio e não como produzido por um meio.” (SCHWARTZ, 2010, p.3). Destarte, é necessário um “uso”, uma gestão de si, em meio às dobras outrora citadas presentes no mundo do trabalho. Gestão que não pode mais ser pensada somente como as prescrições inerentes ao trabalho, mas como o laborioso uso de si entre as dobras presentes na produção subjetiva do trabalhador e do trabalho. Aqui, necessitamos de um trabalhador potente, que acredite em seu saber, que possa causar intercessão em seu próprio trabalho e desvie aquele percurso que lhe cause sofrimento, abandone prescrições caducas e constitua com os outros presentes no campo, novas maneiras de trabalhar.

Uma vez que faça esse “uso de si” no trabalho, pois as prescrições dão conta somente parcialmente do que ocorre no meio do trabalho, o sujeito posto ali torna o meio “duplamente infiel”, pois altera também sua organização quando realiza suas escolhas para gerar o que não está dado e esta é uma maneira de singularizar o trabalho e o meio em que se vive (SCHWARTZ, 2010).

Estas duas infidelidades alimentam-se reciprocamente, tornando o trabalho e o meio imprevisíveis, logo, incontroláveis em sua totalidade, deixando espaço para uma gestão de si e do trabalho feito através do “uso de si” do trabalhador, o que torna o trabalho vivível e possível, pois se fosse determinado do início ao fim, não seria mais vida, mas morte/doença (SCHWARTZ, 2010). Esta gestão enquanto uso de si, nesta ampliação que fazemos, leva sempre em consideração o campo coletivo do comum no trabalho. O uso de si não como o *self made worker*, mas como alguém que pode gerir as infidelidades do meio, compondo com estes tantos, o espaço comum do trabalho. Como no trabalho das emergências, onde as técnicas poderiam compor com os outros saberes e sujeitos de seu trabalho para produzirem formas mais saudáveis de trabalhar. Embora elas façam a gestão de seu trabalho o tempo todo, muitas vezes se deixam capturar pelo saber dominante em seu campo, não conseguindo singularizar seu fazer. Mesmo quando faltavam normas, como no caso de acolhimento em saúde mental, elas faziam escolhas e geriam seu trabalho, repetindo a forma hegemônica.

Aqui, na ausência de normas, Schwartz (2010, p.4) chama a atenção para uma “dramática do uso de si” onde “escolher essa ou aquela opção, essa ou aquela hipótese é uma

maneira de se escolher a si mesmo – e em seguida de ter que assumir as consequências de suas escolhas” (SCHWARTZ, 2010, p.4). Trabalhar nesta perspectiva é correr riscos de suas escolhas, mas é, ao mesmo tempo, produzir-se como sujeito desejante. E arriscar, como vimos com Canguilhem, é estar saudável. Atravessado pela história dos processos em jogo (saberes), mas também singularizando aquilo que é feito e escolhido diariamente. Essa é a dramática, o palco onde improvisamos em parte a atividade, produzindo e sendo produzidos. Jamais, contudo, trabalhamos sozinhos, mesmo quando temos a impressão de fazê-lo, pois todo trabalho, nesta perspectiva, é permeado pela presença de outros, seja na sua organização ou nas técnicas utilizadas.

Se este concentrado de história é sempre, por uma parte, inacabado, lacunar, isto significa que a história se re-escreve em permanência, que novas normas de construção de saberes, de construção do social, “renormalizações” incessantes reaparecem em todos os lugares onde os grupos humanos se mobilizam para produzir (SCHWARTZ, 2003, p.24)

Recriam-se, assim, os saberes, as experiências e as prescrições do trabalho através desta “dramática gestão de si” do trabalhador para dar conta da dupla infidelidade do meio, produto e produção de si e do trabalho, tornando a vida possível. Como cada forma de gerir/gerar é singular, esse tipo de atividade não pode, por sua vez, ser feita por qualquer pessoa, as pessoas não são cambiáveis. Como tudo que é produzido aqui depende do saber singular de um trabalhador, quando este vai embora, todo este conhecimento vai com ele. Deste ângulo, entendemos os atuais discursos da “Gestão de Pessoas”, que trata cada trabalhador como um “talento” a ser retido e trabalhado pela empresa. Trabalho imaterial, ancorado na vida dos sujeitos: biopoder tomando o corpo como alvo de uma nova forma de controle sobre a vida.

Trabalho é, desta forma, gerir-se. É “esse vaivém sem escapatória entre as normas institucionais heterodeterminadas, a singularidade do encontro e o trabalho subjetivo de ‘autogestão’ da situação põe em questão o agente até em suas disposições posturais” (SCHWARTZ, 2004, p.43/44). Assim, não há como desconsiderar os espaços de escolhas, conscientes ou não, do trabalhador.

Aqui, ‘gestão’ está de fato em questão; mas uma gestão sem escolha, sem política, é uma gestão degradada ou não pode sequer ser considerada gestão. A neutralidade civil (no sentido mais amplo do termo) dos agentes, não pode ser postulada, a não ser que se considere uma situação de gestão absurda. (SCHWARTZ, 2004, p.46)

Estamos desta forma, na encruzilhada entre o trabalho prescrito pela gestão tradicional e aquilo que é efetivamente realizado. Segundo Lipsky (2010), é o *street-level bureaucrat* que realiza as políticas públicas. É o que ele realiza nas relações que determina a forma como a política pública é efetivada, compreensão referendada também pela ergologia, como na citação que segue:

Logo, só existe trabalho se existe um sujeito que trabalha. Se, em estruturas organizacionais tayloristas, acreditava-se que apenas seguir as normas, os procedimentos escritos e as prescrições eram suficientes para se realizar o trabalho, os estudos ergológicos sustentam o que o movimento dos trabalhadores já afirmava: a prescrição nunca é suficiente para dar conta da produção exigida. (BORGES, 2004, p.43)

Desta maneira, o trabalho é tudo aquilo que implica a atividade humana de estar no mundo, tudo aquilo que se faz, não se faz, pensa em se fazer, as virtualidades e o que é atualizado no momento do fazer. É a própria maneira que o sujeito vive. Seguindo o pensamento de Canguilhem, Borges (2004, p.43), é fundamental pensar a saúde como “capacidade de enfrentar os riscos, as adversidades e nocividades que o meio nos impõe, renormalizando-o. Adoecer, por outro lado, é se adequar a um único meio restrito e limitado”. E é esta adversidade, nocividade e riscos que o contato com a experiência da loucura nos impõe. A produção de saúde no trabalho convoca-nos à capacidade de renormalizar, *gerar* novas normas, e escapar das normas rígidas, endurecidas da gestão tradicional/*taylorista* e sua produção de *morte manicomial*.

“Trabalhar é sempre um drama no sentido de que envolve o trabalhador por inteiro, é o espaço de tensões problemáticas, de negociações de normas e de valores.” (BORGES, 2004, p.45). Por isso, ao se deparar com as prescrições e a realidade do trabalho (lacunas, falta de prescrição) o sujeito ira renormalizar de acordo com seus valores, história singular, ressingularizando a experiência do vivido.

É neste momento que poderemos pensar nos conceitos de Loucura, Multidão e Nomadismo para fazer a intercessão necessária à mudança de modelo de atenção. No momento em que faltam prescrições ao trabalho, a potência da multidão, a errância do nômade ou a diferença da loucura podem oferecer linhas de fuga às subjetivações hegemônicas que produzam resistência ao biopoder imperial, inventem saídas utilizando-se dos diversos elementos que compõem o campo do trabalho que é sempre muito maior e mais plural do que aquele que aparece prescrito.

É, portanto, no “uso de si” que se extrapola as tarefas prescritas, que se abre a perspectiva de uma gestão da própria. “Nesse sentido, as pessoas praticam, o tempo todo, uma gestão de si como uma questão humana que envolve escolhas, valores, arbitragens. A gestão é da ordem da vida, independe do trabalho.” (BORGES, 2004, p.45).

Há aqui um uso, assim, de si por si e de si pelos outros: as coisas que são programadas anteriormente e aquilo que podemos singularizar com nossa atividade no trabalho. Há o risco de o “uso de si no trabalho” transformar-se no “abuso de si no trabalho”: trabalho alienado, capturado pela lógica dominante e fazendo o prescrito pelo biopoder. Precisamos pensar de que estratégias podemos lançar mão para fazermos resistência. Não seria a loucura um importante intercessor ao mundo do trabalho para desterritorializar o excessivamente prescrito e produzir práticas mais saudáveis?

Não seria exatamente a experiência que oferece um potencial máximo de desterritorialização de formas endurecidas de gestão de si, capturadas, a que pode fornecer saídas outras mais saudáveis à tarefa do trabalho? Há sempre o risco, na loucura, de nos perdemos no fluxo desterritorializado, mas há também a possibilidade de sairmos mais potentes desta experiência, desembaraçando-nos do processo de desterritorialização e sobrecodificação do capitalismo tardio. E, afinal, correr riscos, não faz parte do potencial de saúde de um corpo sadio? Por que evitamos o contato com a loucura e produzimos engrenagens para nos protegermos dela e de seu potencial de singularização do trabalho e da vida? Hoje é muito difícil, como vimos, separar trabalho da vida, pois é a própria vida que é posta a produzir. E a loucura é a ameaça a esta vida dominada, controlada e docilizada. Como podemos, então, no contato com a loucura resistir e singularizarmos nossa vida/trabalho?

Visando entender o trabalho em Saúde Mental dentro da égide do trabalho imaterial, adensemos a discussão do trabalho nesta área onde primeiramente se insere a loucura. Lancemos um olhar sobre ele e vejamos o que permite vislumbrar de saídas para resistirmos a estas formas de dominação que cartografamos até agora.

## 4 TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Mais afeito ao trabalho com a loucura, o trabalho em Saúde Mental passa por profundas transformações. Entre idas e vindas, avanços e retrocessos, têm-se mostrado um campo profícuo para entendermos formas desarrazoadas de gestão da vida, do trabalho e de si. Se conseguirmos entender como descapturar a loucura, muitas vezes capturada neste fazer, poderemos usá-la como uma forma de resistência ao biopoder característico de nosso tempo. Também teremos a possibilidade de constituir uma linha de fuga no espaço de transição do trabalho taylorizado da gestão tradicional para o trabalho que se torna imaterial.

Sabemos que as dobras que compõem os processos e modos de subjetivação são bricoladas no encontro com a diferença. Quanto mais trocas, segundo vimos, mais saudáveis são as relações e o trabalho em geral. Cabe a pergunta: por que nos protegemos tanto desta caotização ameaçada pela perda de ordem da loucura? Claro está que essas instituições manicomial servem de proteção subjetiva utilizada pelo trabalhador e pelo Poder dominante para se manter as coisas como estão. Para isto, breçam-se as trocas e a mobilidade das relações, que devem ser encenadas sempre da mesma maneira, produzindo doença nos ambientes de trabalho. Doente, mas organizado. Instituições totais, de controle total sob as formas de trocas que podem ocorrer nestes ambientes de trabalho, no modelo e gestão do estado de guerra permanente.

Leitores mais ativos da história da Reforma Psiquiátrica lembram-se bem do funcionamento das instituições totais e manicômios, do lugar sem trocas, com regras bem definidas e papéis que não podem se misturar. Há os que sabem e os que são tratados, ignorantes de sua condição, na lógica de controle disciplinar.

Goffman (2010) pesquisou que o aspecto central das Instituições Totais é a ruptura dos diques que separam os locais em que dormimos, trabalhamos e brincamos; todos os aspectos da vida são realizados no mesmo lugar e sob a ordem de uma única autoridade, cada fase da atividade é realizada com inúmeras pessoas que tem a mesma obrigação e, por fim, as atividades cotidianas são realizadas dentro de horários pré-estabelecidos e cada atividade leva a outra, previamente organizada por um superior hierárquico. Resulta, daí, a necessidade de uma grande massa a ser controlada por um pequeno grupo que exerce a vigilância. As instituições totais são “estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 2010, P.22). Mesmo no ambiente de trabalho que lida com a loucura, vemos espaços altamente controlados, hierarquizados com tarefas bem



definidas e papéis a desempenhar engessados: subjetividade capturada a serviço da proteção da invasão da caotização da loucura. Porém, conforme vimos, isto não é saudável para o trabalhador, para o usuário e talvez nem mesmo para a sociedade.

Rollo (2007, p.37/38) atenta para o mesmo fato quando diz que: “a democracia interna nos sindicatos e nos locais de trabalho, em geral, é sofrível. Somos menos cidadãos nos locais de trabalho do que na sociedade”. Gastão Wagner (1998) parece concordar com esta afirmação quando fala que desde os anos setenta há um movimento para que se estimulem formas mais democráticas de gestão nos serviços públicos, como a criação de conselhos e conferências, porém, isto parece se esgotar aí e no dia a dia dos serviços o que se vê são “variações do taylorismo” (p.865). Tentativas que fazem todo sentido quando da transição para o modelo imaterial de necessidade da conectividade das formas de vida para controle e produção do mesmo.

Ampliemos o nosso foco para a organização do trabalho em Saúde Mental. Que organizações são necessárias para a relação com a loucura e por quais transformações elas estão passando?

Segundo levantamento recente (BRASIL, 2012), conseguimos inverter os investimentos do hospital para os serviços de meio aberto, como indicam os dados oficiais, mas talvez ainda estejamos distantes de “abrir” a instituição da gestão e confrontar a lógica alienante que permanece produzindo a doença no mundo do trabalho em Saúde Mental. Falamos de gestão de maneira ampliada, das formas que escolhemos de estar e fazer o mundo do trabalho. Criticamos a instituição da gestão taylorista, pelo que ela impede no processo de desinstitucionalização da loucura e o quanto ela se assemelha ao “manicômio mental” (PELBART, 1993), como vimos no capítulo sobre a saúde.

Um dos pontos em que isso se evidencia é na articulação em rede, que derrubaria o modelo hierárquico tradicional, fazendo com que o trabalho funcionasse de maneira mais lateralizada. Dimenstein (2009) coloca que um dos principais desafios para estes serviços substitutivos ao modelo manicomial é a sua articulação, assim como a articulação com outros tipos de serviços, pois não podemos falar em desinstitucionalização da loucura se a cuidarmos somente em um lugar, o que muitas vezes acaba acontecendo com a “CAPSização” do cuidado em saúde mental no Brasil:

[...] as propostas de ampliação da rede têm ficado concentradas no aumento do número de CAPS, tornando-se esse o principal indicador de avanço da reforma. Esses serviços têm sido implantados sem a devida problematização acerca dos seus limites, da impregnação da burocracia, da trama das pequenas relações do dia-a-dia que dificultam a transformação/avanço das práticas em saúde mental. Inúmeros

estudos vêm apontando para a manutenção da lógica ambulatorial e das filas de espera nos CAPS, para a falta de profissionais qualificados, apesar das supervisões, as quais, por sua vez, demonstram uma nítida dicotomia entre a clínica e política, e especialmente, para o fato de ser um serviço sem nenhuma articulação no território, voltado para si próprio. Ou seja, a proposta de ser o ordenador da rede não se efetiva, indicando a produção de novas ordens de cronicidade. (DIMENSTEIN, 2009, p.5)

Assistimos, portanto, à criação de diversos serviços destinados ao cuidado do sujeito doente mental, mas que pouco dialogam entre si, mantendo, assim, a velha lógica manicomial, apartando a condição do louco de toda a complexidade da existência, mantendo-se controlados tanto o trabalho quanto o trabalhador, esfriando a rede proposta, produzindo mais do mesmo.

Apesar de inúmeros avanços, “a prática encontrada em diferentes CAPS, principal dispositivo para a implantação da atual política de Saúde Mental, revela que a lógica ambulatorial ainda está amplamente presente no sistema e de forma aparentemente intacta.” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.33). Forma ambulatorial esta que corresponde ao “Paradigma Hegemônico Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador”. Chamamo-los de substitutivos, mas a lógica presente ainda é de defesa contra a loucura, controle do trabalho e do trabalhador.

Em vários textos há a referência às dificuldades da mudança de modelo por conta da formação dos profissionais que hoje trabalham no SUS. Geralmente, são oriundos de uma formação compartimentalizada e estratificada, voltados para os atendimentos em si, na lógica individualista da sociedade capitalista. Isso contribui para a reprodução de uma clínica despolitizada e centrada na erradicação dos sintomas:

Formados e formatados no modelo médico-centrado hegemônico e em práticas disciplinares, os profissionais se vêem diante da responsabilidade de implantar uma proposta de mudança de modelo assistencial que requer uma ruptura radical da maioria dos conceitos estudados ao longo dos anos de formação, além de necessitarem rever radicalmente concepções ideológicas e éticas (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.29).

Costa-Rosa (2000), analisando os paradigmas Psicossociais e Psiquiátrico Hospitalocêntrico, faz ver que a forma como o trabalho é organizado reflete diretamente no tratamento oferecido aos usuários, ou seja, as configurações do trabalho, seu organograma vertical, a pouca participação na gestão, o especialismo dominante de uma categoria profissional sobre a outra, produz, por consequência, um tratamento tradicional, produtor de doença, como a perda da capacidade normativa. A loucura e suas possibilidades de

desterritorialização são, desta forma, capturadas e domesticadas, mantendo-se o biopoder dominante intacto.

Capturando, assim, nossa relação com a loucura, negando-a como parte constitutiva do sujeito e da experiência humana, não conseguimos avançar na dimensão sócio-cultural da Reforma Psiquiátrica. Destinamos um lugar específico onde a loucura pode se manifestar e ela não pode aparecer em outros locais de trabalho, por exemplo. Queremos pensar a relação com a loucura como algo que faz parte da experiência humana no mundo e que exige um reposicionamento subjetivo, que, para além de sofrer os efeitos desta mudança, muitas vezes desta crise, o sujeito possa “se reconhecer [...] também como um dos agentes implicados nesse sofrimento [...] e como um agente da possibilidade de mudanças” (COSTA-ROSA, 2000, p.155). A loucura não só a que se apresenta nos serviços de saúde mental, mas em qualquer ambiente e, o que nos interessa, nos ambientes de trabalho.

Este entendimento parece apontar para a mesma direção sugerida por Dimenstein (2009), no sentido de que as dimensões envolvidas no processo da Reforma não avançaram de maneira igual, tendo havido mais avanços no nível técnico-assistencial, teórico-conceitual e inclusive jurídico, do que na dimensão sócio-cultural: “[...] em comparação às outras, no que tange ao direcionamento da política nacional, foi aquela que deteve menos atenção e investimento, apesar de apresentar uma relevância fundamental na proposta de desinstitucionalização e reinserção da loucura.” (DIMENSTEIN, 2009, p.8).

Esta perspectiva apontaria para a necessidade de que a Reforma Psiquiátrica pense mudanças de ordem sócio-cultural de produção, de subjetividade e que escape ao modo capitalista tradicional de produção em série, onde o que está em jogo é a produção subjetiva também do trabalhador em saúde mental. Aqui precisamos entender o conceito de desinstitucionalização para este movimento, buscando assim desinstitucionalizar as formas tradicionais de gestão do trabalho e escapando às armadilhas do trabalho imaterial frio.

Amarante (1996) consagra um de seus livros ao entendimento deste processo e sublinha três formas de se pensar a desinstitucionalização: desospitalização, desassistência e desconstrução. A primeira inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, apenas rearranjando a aplicação desta, não há uma transformação de como a assistência é oferecida, o que acaba por alargar o território psiquiátrico com a criação de novos serviços e a incorporação de novas pessoas “psiquiatrizáveis” (AMARANTE, 1996). O segundo entendimento pauta-se na simples desospitalização sem a conseqüente criação de serviços

substitutivos, abandonando os doentes sem a devida assistência (AMARANTE, 1996). Já a desinstitucionalização como desconstrução,

[...] pode ser caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos do cidadão (AMARANTE, 1996, p.20).

Para Basaglia (1979b), ainda, desinstitucionalizar é um processo de desconstrução práticas e saberes, descapturando os processos de subjetivação construindo novos arranjos para as relações endurecidas, assim como a criação de novas práticas e novos saberes.

Um processo que tem como objetivo não a melhoria e desenvolvimento da ciência psiquiátrica e sua humanização apenas, mas a transformação social e política do cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2008).

O processo de desinstitucionalização implica a ‘reconstrução da complexidade’ do fenômeno loucura, que significa a superação das antigas instituições, com a ruptura do seu paradigma fundante, isto é, a ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura” (ROTELLI, 1990 apud AMARANTE, 1996, p.102).

Como resume Yasui (2010, p.104):

[...] significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista [...] em relação ao paciente e negar seu mandato social de custódia e exclusão.

Tememos que o processo de desinstitucionalização não sirva apenas como molde ao funcionamento desterritorializador do capitalismo que, ao desmontar o aparato manicomial, desintegrar seu centro de controle, promova somente a impressão falsa de uma rede que, na realidade, não promove a heterogeneidade. Vimos que neste momento de transição, na desmontagem de certos aparatos de controle, podemos cair em formas refinadas de tutela, sem que o objetivo da desinstitucionalização seja realmente alcançado, qual seja, a produção de saberes múltiplos sobre esta experiência constitutiva da vida.

Para que possamos efetivar esta mudança é preciso fazer, segundo Yasui e Costa-Rosa (2008, p.32), uma “crítica radical à divisão do trabalho e ao processo de produção da Atenção vigente no campo da Saúde Mental”, sem a qual “não poderemos obter avanços na superação da estratégia asilar e preventivista ainda dominantes”. Uma organização que diminui a

autonomia do trabalhador, do usuário e tranca a passagem de afetos instituintes produz a “morte manicomial” (MERHY, 2007).

Também nesse sentido, Bezerra Jr (2007, p.250) adverte-nos que:

[...] ultrapassada a fase de resistência e proposições alternativas, o projeto reformista encontra-se de certo modo numa encruzilhada: ou aprofunda seu movimento - deixando claro seu horizonte ético e seu projeto de transformação social e subjetiva - , ou corre o risco de deixar-se atrair pela força quase irresistível da burocracia e da institucionalização conservadora.

Se na gestão taylorizada que ainda grassa em nossos serviços de Saúde Mental o trabalho era fragmentado, baseado no “modo de produção capitalista”, como vimos, as novas formas de trabalho imaterial e biopolítico exigem-nos a formação de redes de cooperação e afeto, que tanto podem ser quentes ou frias.

Teixeira (2004) também fala deste efeito de captura do coletivo, enfraquecendo-o, como um dos efeitos do neoliberalismo e produzindo redes frias, onde os sujeitos não conseguem efetuar suas potências, o que acarreta na diminuição da força do coletivo.

Já as redes quentes operam efeitos de diferenciação e heterogeneidade, devolvendo aos sujeitos a sua potência, mas é deste modo que a loucura, a multidão e o nomadismo devem ser reintegrados como plano de produção de formas singulares de existência que resistem às formas de dominação que viemos traçando (BARROS; PASSOS, 2004).

O trabalho imaterial em Saúde Mental requer este encontro relacional e a constituição de vínculos cada vez mais plurais e multitudinários, que tanto podem ser friamente calculados, como produtores de diferença, a diferença radical da loucura.

Mas como o trabalho em Saúde Mental veio se adequando às prescrições da era do trabalho imaterial?

Como em nosso evento disparador, ao intentarmos basear a gestão do trabalho na construção do comum de todos os que ali habitavam, esbarramos nas prescrições tayloristas típicos das sociedades dos séculos XIX e XX. Ao tentarmos avançar para o paradigma psicossocial, fomos engolidos pelo excesso de prescrição taylorista, assim como podemos pensar que os contatos que poderíamos realizar deveriam ser frios e capturados. A nós só seria permitida a constituição de uma aparência de participação, modulada sobre certas regras, como no trabalho imaterial capturado.

Assim, entre o taylorismo que aperta e a imaterialidade que a tudo conecta, mas de maneira fria, o caos nos serviços de saúde é uma problemática que urge pensarmos. Vejamos como outros pesquisadores lidam com o tema.

Para entendermos um pouco da relação atual que os trabalhadores desse segmento da saúde estabelecem com a loucura, é importante remontarmos à forma como os serviços substitutivos trabalham para tentar escapar da instituição manicomial. Em tese, os serviços substitutivos, criados com a Lei 10216/2001 para compor a rede de cuidados que progressivamente permitirá extinguir os hospitais psiquiátricos, deveriam buscar modos de trabalhar mais participativos, democráticos, construtores de protagonismo em suas práticas, efetuando uma primeira aproximação para o potencial de desterritorialização da loucura. Mas em que medida o trabalho efetuado na rede de saúde mental tem-se aproximado disso?

Diversos artigos ressaltam que aspectos emocionais dos trabalhadores em saúde mental não são levados em consideração e isso atrapalha o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A relação com os doentes mentais e a loucura, além dos aspectos teóricos necessários ao trabalho, recruta aspectos afetivos-emocionais do trabalhador. Aprendemos, assim, que a relação com a loucura recruta capacidades afetivas. O trabalhador, portanto, que se deixasse afetar por ela, poderia estabelecer uma relação afetivamente melhor com a loucura e perceber seu potencial para descristalizar o que está instituído de adoecedor em seu trabalho, promovendo avanços preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Passemos, para tanto, a acompanhar algumas análises que podem nos ajudar nesse sentido refletindo acerca do trabalho e da saúde do trabalhador em Saúde Mental.

Zago (1986) demonstrou que tarefas repetitivas trazem prejuízo à saúde mental do trabalhador e que numa sociedade capitalista a capacidade para o trabalho se confunde com a própria noção de Saúde Mental. Só estamos sãos, se estamos trabalhando, não importando o quanto isso nos custe. Em outro trabalho, Zago (1988) entende que nas condições de trabalho onde a tarefa é realizada de forma mais concreta a prevenção de acidentes é realizada de forma mais evidente; já nas organizações que lidam com a Saúde Mental, estas relações de trabalho são negligenciadas, pois o instrumental utilizado para o trabalho são as próprias relações interpessoais que muitas vezes se tornam invisíveis para o discurso biomédico de assistência à saúde. Assim, conforme conclui este autor, se o ambiente se torna iatrogênico para os usuários, possivelmente uma carga desta iatrogenia recai sobre os trabalhadores, formando um círculo vicioso que se retroalimenta. Da mesma forma que foi relatado em nosso 2º excursus, o trabalho individualizado, hierarquizado, trazia sofrimento e custava a captura de nossa dimensão emocional-afetiva, mas precisávamos seguir trabalhando para parecermos sãos, muito embora víssemos um trabalho endurecido, capturado por uma gestão tradicional, organizado em uma linha de produção tipicamente taylorista e incentivador de

redes relacionais frias. Talvez entrar em crise e não conseguir mais trabalhar seria mais saudável, pelo menos até acharmos saídas mais saudáveis e afetivas.

Outro aspecto relevante analisado nesta pesquisa (ZAGO, 1988), refere-se ao fato de que a grande maioria dos serviços de Saúde Mental ainda trabalha com o referencial psiquiátrico tradicional, numa visão predominantemente orgânica de saúde mental, que se caracteriza pela dicotomização das relações: doente/são, médico/paciente, ou seja, a loucura está do lado dos pacientes e a normalidade do lado dos trabalhadores. Este aspecto funciona como uma defesa do trabalhador e como um investimento do discurso de poder nestes locais. Advogamos em nome de um trabalhador que também fique do lado da loucura para poder fazer o previsto na Reforma Psiquiátrica. Não discutir ou verticalizar as relações de poder dentro de uma instituição que lida com a saúde mental adoece seus trabalhadores e este adoecimento não pode mais ser visto como mera fatalidade (ZAGO, 1988).

Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013) postulam que a Reforma Psiquiátrica precisa de mudanças paradigmáticas e não pontuais. Trata-se de um processo que caminha entre avanços e retrocessos, o que pode causar muita dificuldade na prática dos trabalhadores quando tentam operar dentro do paradigma psicossocial cotidianamente. Deste modo, seria preciso investigar estas práticas e retirar deste trabalho - e o conseqüente uso de si que os trabalhadores realizam - reflexões e críticas importantes. Os autores citados vão estudar as produções sobre o trabalhador em saúde mental de 2003 a 2011 no Brasil, publicadas no SciELO. Eles chegam a importantes conclusões nas análises dos artigos citados, a saber: embora os profissionais declarem-se favoráveis à Reforma Psiquiátrica, sua prática ainda está recheada pelos pressupostos do fazer psiquiátrico tradicional, quais sejam, causa orgânica, tratamento medicamentoso e equipe multiprofissional, sendo vista apenas como complementar ao saber médico.

Pode-se, a partir daí conjecturar se este mesmo tipo de visão sobre os processos de saúde/doença também não faria com que o trabalhador invisibilizasse seu próprio sofrimento, desconsiderando a influência das relações e organização do trabalho. Se passarmos a investir o tratamento baseado no paradigma psicossocial, também passaremos a entender o trabalho dentro desta perspectiva, que vai levar a todos a discutirem e lateralizarem as relações de poder dentro das organizações de cuidado em saúde mental. O foco sairia do individual e passaria ao coletivo. Aqui vemos que o trabalho com a loucura necessita de uma mudança profunda de formação e entendimento sociocultural. Apesar de aberturas estarem sendo realizadas, predomina um saber psiquiátrico tradicional que parece funcionar como uma

defesa à relação com a loucura. O discurso é de abertura, a prática é de fechamento, enclausuramento desta experiência.

Os mesmos autores (SIMÕES et al., 2013) ressaltam que a dimensão subjetiva do trabalho parece não ter sido levada em consideração nestas pesquisas e ressaltam que os problemas deste tipo de trabalho parecem ter duas fontes: a do despreparo técnico-profissional, presente na fala consciente dos trabalhadores e o despreparo afetivo-emocional, que escoaria entre os desvãos dos discursos estudados. Ao primeiro problema, demandar-se-iam cursos e formação e ao segundo, cuidado emocional do trabalhador, na mesma proposta realizada por Zago (1988). Como se trata de um trabalho que se utiliza do emocional do trabalhador, sob a égide do trabalho imaterial, os empregadores deveriam se ocupar com o cuidado emocional de seus trabalhadores. Através de nossa experiência de 10 anos no campo da Saúde Mental não temos como não concordarmos com este “achado”. Talvez se nossos soldados na linha de frente no trabalho com a loucura estivessem mais bem preparados emocionalmente, não precisaríamos nos defender tanto e outro contato com a loucura seria mais profícuo.

Não há como separarmos o trabalho técnico-teórico do trabalho afetivo-emocional, o primeiro só encontra razão de existir em contato com as outras pessoas que fazem parte do encontro terapêutico, que articula teoria e prática, permeadas pelas questões emocionais, e assim não basta atentar para as questões técnicas e teóricas, mudanças mais profundas necessitam ser feitas para podermos lidar com um tema tão complexo quanto a loucura e o que ela suscita quando a encontramos nas nossas práticas; negligenciar esta dimensão afetivo-emocional do trabalho com a loucura retarda avanços da Reforma Psiquiátrica. (SIMÕES, et al. 2013).

Paulon et al. (2011) também investigaram como está se dando o processo de transição de modelos na atenção à Saúde Mental. Referem que as mudanças só ocorrerão quando se criarem novas formas de intervenção nos processos de saúde-doença e que, muito embora alguns trabalhadores ensaiem novas formas de relação com suas práticas de cuidado em saúde mental, esses ainda esperam por uma “nova teoria” que dará conta do processo de mudança do modelo de assistência nos serviços substitutivos, legitimizando suas práticas. Antes disso, suas práticas já se constituem em saberes criados coletivamente, interprofissionalmente e que agenciam situações singulares de cada encontro produzido na clínica. Os trabalhadores de CAPS questionados por estes pesquisadores acerca de suas relações com as novas demandas de trabalho em saúde mental, entretanto, não conseguem reconhecer os saberes que têm



produzido em suas inserções na Rede e, com isso, seguem de algum modo reproduzindo relações de poder que reforçam as hierarquias instituídas no modelo que as mesmas equipes lutam para combater.

Nardi e Ramminger (2007) ao analisarem as Conferências de Saúde Mental e as Conferências de Saúde do Trabalhador apontam que, no início, a Reforma Psiquiátrica não se preocupou com uma reflexão sobre o trabalho e a Saúde Mental do Trabalhador; seu adoecimento psíquico ligado ao trabalho só foi tomar corpo ao mostrar que havia uma dor neste corpo e em seguida um sofrimento psíquico. Como um avesso, a Luta Antimanicomial ao denunciar a desumanização dos manicômios também denunciava o caráter iatrogênico das relações de trabalho naqueles lugares que, infelizmente, parece ter sido trazido junto para os serviços substitutivos que ainda funcionam dentro da lógica manicomial. Os autores terminam por estabelecer que a luta prossegue, pois depende da sutil relação que estabelecemos com o outro, seja enquanto usuário-trabalhador, gestor-trabalhador e mesmo na relação trabalhador-trabalhador e usuário-usuário. Somente relações mais democratizadas, lateralizadas, que constroem o comum dos serviços poderão constituir locais de trabalho mais saudáveis, como viemos mostrando ao longo do texto. Ambientes taylorizados, altamente hierarquizados, onde predomina um saber hegemônico sobre os demais, são adoecedores e constituem agravos para a saúde:

Tanto o campo da Saúde do Trabalhador quanto o campo da Reforma Psiquiátrica indicam a necessidade de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores e a construção de espaços para problematização do trabalho, da saúde essas relações de poder/saber presentes no cotidiano dos serviços de atenção em saúde. (NARDI; RAMMINGER, 2007, p.691)

Outros autores (SAMPAIO et al., 2011) apontam a interdisciplinaridade como saída para acabar com os especialismos da área de Saúde Mental, que funcionaria como uma garantia a impedir a hegemonia de um saber sobre o outro, podendo-se otimizar a democracia a partir daí, horizontalizando-se as hierarquias e reduzindo a divisão taylorista do trabalho. Ressaltam, ainda, que a assistência prestada e as condições do trabalho são articuladas entre objetivos técnicos e políticos-institucionais e, por se tratar de um trabalho vivo, em constante transformação, as técnicas aprendidas mostram-se defasadas. Disso surge a necessidade de construção de novos saberes por parte dos trabalhadores, que são o principal recurso no campo da saúde mental, pois esta não conta com recursos de exames e diagnósticos, como em

outras áreas calcadas no paradigma biomédico. O trabalho com a loucura necessita deste trabalhador e sua disposição afetiva-emocional, para além do técnico-teórico, como vimos.

No que tange às estratégias de cuidado nos serviços em questão, os mesmos autores nos remetem a uma pista muito interessante:

[...] o sujeito que cuida e o objeto do cuidado tende a se espelhar e a se confundir. Trata-se no outro a ameaça que o próprio sujeito vivencia de perda da identidade, de estranhamento entre significantes e significados, de angústia da dissolução e do vazio. Os rituais protetores do hospício e a desqualificação do outro como igual a mim constituem táticas bem mais simples. (SAMPAIO et al., 2011, p.4687)

Entendo, com isto, que o trabalhador tende a se proteger do contato com a loucura, sua própria loucura, a loucura do usuário, a loucura do trabalho. O hospício, este labirinto pretensamente racional, funciona como uma espécie de escudo protetor do trabalhador evitando seu contato com esta experiência desterritorializante de vida, com tudo que a loucura pode propor de novo, ameaçador e, quiçá, mais potente. Como diz o ditado, “o pássaro constrói gaiolas, porque tem medo de voar”. Talvez, por vezes, nos agarramos aos muros do manicômio também pelo medo de ousar.

Outra situação que pode favorecer a manutenção do manicômio é o fato da reestruturação exigida pela Reforma Psiquiátrica poder ser sentida como sobrecarga pelo trabalhador, quando demanda por uma lógica diferenciada daquela que aprendida na formação, ou seja, pensar para além do indivíduo-cura e propor uma clínica psicossocial:

Estes profissionais são exigidos quanto a novas habilidades para o desempenho do trabalho, tais como incluir o usuário como participante da equipe, incluir a família no processo de tratamento, trabalhar em sintonia em equipe multidisciplinar; devem, pois, ampliar o olhar para as questões psicossociais que permeiam o trabalho em saúde mental (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Vimos que grande parte dos autores que se debruçaram sobre o trabalhador de Saúde Mental entendem que este trabalho depende da relação de confiança estabelecida com os usuários e de suas capacidades afetivas iminentes ao trabalho técnico-teórico. As modalidades de produção subjetivas postas a funcionar neste trabalho, que tem como foco o contato “direto” com as formas loucas de subjetivação, como se vê, preveem não só a dimensão técnica, mas a dimensão relacional na composição de vínculos, matéria prima fundamental do trabalho de cuidado em saúde mental. Vê-se, portanto, que é a própria subjetividade que é requisitada como ferramenta primordial de trabalho no caso destes

trabalhadores dos quais vimos nos ocupando. Estamos, pois, imersos talvez, numa das mais diretas expressões das formas de trabalho imaterial anteriormente vistas.

O trabalho em Saúde Mental, desta forma, é caracterizado pela formação de vínculos afetivos, demanda um encontro relacional quente com os usuários e demais elementos presentes no coletivo:

Coletivo diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No plano de produção, plano coletivo das forças, lidamos com o que é de ninguém, ou, poderíamos dizer, com o que é da ordem do impessoal. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos se dar a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública. (BARROS; PASSOS, 2004, p.168)

Trabalho em Saúde Mental, desta forma, biopolítico, produtor de redes afetivas quentes, produtores de diferença, a diferença radical da loucura, do nomadismo e da multidão, na experimentação do coletivo presente no campo. Demanda vínculo, afeto e compromisso ético-estético e político.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: SOBRE O QUE APRENDER COM OS INGOVERNÁVEIS NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO DAS FORMAS DE DOMINAÇÃO**

*“Tu achas que tu manda em ti? Tu achas que tu te governas? Quem te governa são os teus pais e se eles não conseguirem fazê-lo, quem vai te governar é o Estado.”*

A fala acima proferida por um Juiz, aos berros, a um adolescente de quatorze anos em uma audiência de acolhimento institucional, quando pais e filhos não se entendiam, sintetiza de maneira cruel e lapidar a problemática de que tratamos ao longo dessa dissertação.

O movimento para fechamento progressivo dos manicômios, que nasce no bojo do processo de democratização e reforma sanitária em nosso país, apresenta não só aos usuários novas possibilidades de vida e relações, mas também aos trabalhadores, gestores e toda sociedade que se veem obrigados a lidar com uma nova ordem de demandas subjetivas das quais os muros e concretos e fluxos enrijecidos dos hospitais os mantinham distanciados. Os modos instituídos de cuidar, governar, clinicar, tutelar, transitar nas cidades, exercer toda forma de poder ficariam, a partir de então, abalados e aquilo que se tinha até então por verdade, correto e saudável entraria, de alguma forma, em colapso exigindo novas respostas, forjando novos modos de subjetivação. Que teria a loucura, esta desarrazoada expressão do radical diferente em nós, a dizer sobre isto? De que modo podemos fazê-la intercessora dos modos dados de vida para interpelar o quão restrito eles sejam? E, mais especificamente, como utilizarmos dessa potência crítica da loucura para questionar justamente a linearidade das razões contidas nos modos cristalizados de gestão frente às novas demandas que o trabalho em saúde mental apresenta, justamente em sua transição à lógica imaterial?

Tais indagações emergiram com especial ênfase a partir de uma vivência nada incomum ao cotidiano de quem, como eu, constitui-se trabalhador da Rede de Saúde Mental criada pela Reforma Psiquiátrica brasileira, ao qual denominamos no início desse texto por “evento disparador”, dada a densidade e clareza dos dilemas vividos nesses espaços que ele fez convergir.

A narrativa de uma situação singela criada com o CINE CAPS, mas que tomou proporções assustadoramente subversivas, ao colocar em xeque as assimetrias de saberes e poderes até então aparentemente estagnadas naquele serviço, permite-me hoje avaliar o quanto de loucura não necessitamos utilizar naquele momento para bancarmos uma estratégia

tão ousada àquele coletivo tão endurecido, onde as relações de poder eram extremamente verticalizadas. Lançamo-nos ao risco em nome do que falava através do mal-estar de alguns trabalhadores e de muitos dos usuários, numa tentativa de respirar, abrir uma brecha para enxergarmos possibilidades de intervenções terapêuticas mais potentes e alinhadas ao que está proposto como modelo de atenção em saúde, passados mais de 20 anos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em nosso país. Não só a loucura dos usuários exercitava-se através daquele movimento, mas também a loucura dos trabalhadores, ambas questionando a gestão tradicional manicomial e os modos instituídos de trabalho que ali se cristalizaram. Fizemos desse episódio fortuito ocorrido em meu cotidiano de trabalho um evento analisador que foi-se desdobrando em outros fatos, cenas, encontros com a prática em Saúde Mental e produzindo, ao longo do texto, as reflexões em torno de nossa questão problematizadora: Pode a potência intercessora da loucura interrogar as formas de controle características do mundo do trabalho atual?

Para desenvolvê-la, na primeira parte do trabalho, discutimos que tipo de saúde vimos defendendo em nossa caminhada junto às políticas públicas: uma saúde contestadora da concepção ortopédica, há muito dominante em nosso campo. Com Foucault, vimos como subjazem velhas lógicas de polícia médica por detrás dos serviços de saúde e, por que não dizer, de todas as Políticas Públicas. Controlar os pobres e neutralizar seu poder multitudinário, em termos mais atuais. Conforme ele bem demonstrou em tantas de suas obras (1998, 2001, 2003 e 2010) a loucura também deveria ser capturada, pois esta ameaça, que modifica as regras do jogo a todo o momento, não poderia ficar livre, sob pena do desmanche do *status quo*. A Psiquiatria vai se encarregar desta nomeando-a “doença mental” para capturá-la e retirar seu potencial de desterritorialização e capacidade heterogenética, diferente da desterritorialização do capitalismo tardio. Herdeira do paradigma científico positivista, nomeado como paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, devedora direta do modo capitalista de produção, este segmento da medicina ficará incumbido socialmente de partimentalizar, separar e burocratizar o cuidado em Saúde Mental.

A isso, como vimos, opõe-se o que é chamado por alguns autores de paradigma psicossocial, segundo o qual o lugar do sujeito no tratamento é retomado e seu saber sobre si mesmo é utilizado para compor o cuidado em saúde. Entende a saúde como multicausal, porosa, flexível, processual, abrindo caminhos para que a loucura seja reintegrada como um saber complexo que demanda múltiplos olhares, saberes diversos e composições singulares. A

potência *esquizo* da loucura, tudo que questiona a Razão triunfante, surge-nos, nessa perspectiva, como ferramenta para enfrentarmos as formas de dominação do novo século.

Intentando melhor compreender estas novas formas de dominação, entramos na discussão das formas de trabalho na atualidade, não sem antes teorizar o poder e a resistência a ele a partir de Foucault. Este poder que está em toda parte e a resistência que se forja dentro dele, quando entendemos as regras do jogo e as mostramos às pessoas que se utilizam dos serviços, como ensinou-nos Basaglia (1979a). Desarmamos, assim, as Políticas Públicas que funcionam como formas refinadas de controle e as colocamos para aquilo que deveriam servir: construir o comum efetivamente público.

Adentrando o mundo do trabalho, vimos que este se torna imaterial e terá uma finalidade biopolítica: a produção de uma subjetividade serializada, assim como a captura de formas multitudinárias de comunicação e cooperação da vida. Neste tipo de trabalho, podemos ver claramente a função que os profissionais da Saúde Mental são chamados a fazer: docilizar as “almas” que são postas a trabalhar e manter tudo funcionando como está. Neutralizar a loucura, senão canalizá-la para formas sublimadas, “socialmente” aceitas. Tendo em mãos a conceitualização do poder e a forma imaterial do trabalho, na nova forma volátil de tutelar a sociedade, vimos da necessidade de mantermos exercícios de liberdade, dentro desta lógica imperial do Estado de Exceção em tempos de Guerra. O modelo de Gestão como a Guerra, como a eleição de um inimigo único, onde se sustam todos os contratos e vigora uma força de lei sem lei. Tudo é permitido realizar em nome do objetivo estabelecido. O estado de Guerra serve como uma forma de dominação do poder imperial, se nos sentimos ameaçados pelo terrorismo, ou pela loucura, não nos importamos em sermos dominados, mas dominados em formas de controle a céu aberto. Os manicômios, as Instituições totais, disciplinares, não são mais necessárias.

A multidão, contudo, acompanha, é o avesso imanente do Império. Esta forma de organização não-soberana, não unificável, uma rede de cooperação e comunicação em escala global, que tem a “inteligência do enxame” (HARDT; NEGRI, 2005b): junta-se, articula-se, desestabiliza o instituído e depois desaparece. A velha lógica moderna não entende, não vê finalidade nisso, fala em bagunça, subversão, vandalismo, mas Pelbart (2013, p.2), acerca das manifestações ocorridas no Brasil no último ano aponta:

Como se a vivência de milhões de pessoas ocupando as ruas, afetadas no corpo a corpo por outros milhões, atravessados todos pela energia multitudinária, enfrentando embates concretos com a truculência policial e militar, inventando uma nova coreografia, recusando os carros de som, os líderes, mas ao mesmo tempo acuando o Congresso, colocando de joelhos as prefeituras, embaralhando o roteiro dos partidos --como se tudo isso não fosse "concreto" e não pudesse incitar processos inauditos, instituintes!

E com este movimento multitudinário/esquizo/louco tornar cada vez mais comum o que é comum, um “comunismo do desejo”, que se opõe à captura da matéria de produção do comum pelos mecanismos dominantes quando estes investem a própria vida (PELBART, 2013). Esta potência nômade desterritorializa as formas de dominação típica dos aparelhos de Estado, abrindo uma via de comunicação, como nas formas de controle social propostas pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

Visando operar esta resistência, ampliamos o conceito de gestão entendendo-o no entrecruzamento como *dobra* de tudo que vimos descrevendo: os sujeitos, os processos de trabalho, o poder e as políticas públicas. Gestão, assim, passa a ter uma conotação não apenas de repetição de prescrições, mas também de criação de novas maneiras de trabalho e vida: uso de si, que inclui, às vezes, no capitalismo avançado, abuso de si. É neste momento que a loucura, que aparece quando falham as prescrições e a interrogação ativa do trabalhador, permite singularizados modos de trabalhar. Se a ausência de prescrição pode ser entendida como loucura, pois escapa à razão triunfante, não deveríamos temê-la, mas aprender com os riscos, estarmos saudáveis para cairmos doentes e levantarmos mais fortes. Gestão, portanto, não pode mais ser pensada somente como as prescrições inerentes ao trabalho, mas como o laborioso uso de si entre as dobras presentes na produção subjetiva do trabalhador e do trabalho embaralhadas com a potência intercessora da loucura.

É de volta ao campo da Saúde Mental que vamos encontrar algumas pistas do trabalho com a loucura. Precisamos, como relatado por vários pesquisadores do campo, o recrutamento e o desenvolvimento afetivo-emocional dos trabalhadores nesta lida com a desrazão. Deixar de negligenciar esta dimensão na formação e no andamento do trabalho, trazendo-o para fazer parte do dia a dia dos serviços, é apontado como a grande demanda para a construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental. É disso que depende o paradigma psicossocial e o trabalho na Rede de Saúde a fim de tornar-se capaz de se utilizar do potencial da loucura como forma de resistência. Uma “gorda saúde dominante”, uma gestão taylorizada, um poder dominante, a constituição de redes frias, não terá elasticidade, plasticidade para construir esta nova clínica e acompanhar as novas exigências de cuidado em serviços abertos de saúde mental e apoiar outras formas menos tuteladas de estar no mundo. Não almejamos a

constituição de uma grande teoria, mas de teorias singulares, vivenciais, afetivas de cuidado e modos de vida. Trabalho afetivo, arriscado, normativo, louco, nômade e multitudinário.

Um trabalhador que abandona a soberania da forma única generalizada de trabalho e que investe em formas ampliadas e abertas ao encontro do outro, perdendo-se e encontrando novas formas de cuidado na loucura das lacunas de prescrições. Um uso de si *esquizo* no trabalho. Assim também, qualquer trabalhador pode entrar em contato com a ausência de prescrições e se utilizar dos diversos elementos, corpos, constantes de seu trabalho para embaralhar os códigos e interrogar a gestão de si que vêm fazendo até então.

Da mesma forma, vimos que a manutenção do funcionamento manicomial dentro de serviços substitutivos de Saúde Mental também pode estar servindo como proteção aos trabalhadores frente ao contato com a experiência da loucura como potencial de desterritorialização. Analogia semelhante podemos estabelecer quando dizemos que o taylorismo e as formas tradicionais de gestão servem como proteção à ausência de prescrição, uma espécie de loucura no trabalho, protegendo o homem de suas possibilidades de criação e também, por que não, sofrimento inerente ao não-saber. Mas este não-saber momentâneo, do momento de desterritorialização, pode ser seguido pela invenção de alguma prática mais saudável, menos restrita, singularizando o trabalho, se não formos capturados pelas redes produtoras do mesmo, armadilhas da imaterialidade do trabalho.

Assim, o trabalhador da saúde mental na era do trabalho imaterial também está situado entre o biopoder e a biopotência. Uso de si ou abuso de si, gestão capturada ou nômade ainda são “escolhas”, ainda que não voluntárias, mas são bifurcações possíveis ao desejo que sempre pode escapar, desviar, fazer-se *esquizo*. Como em nossa experiência nas abordagens de rua, poderíamos fazer como sempre foi feito e como sempre nos é pedido: uma intervenção higienista, voltada para esconder aquilo que desagrade nossa moral burguesa. Mas decidimos, diariamente, a todo o momento, fazer uma resistência a este entendimento e ir construindo a intervenção conjuntamente com os moradores de rua. A gestão que fazemos de nosso trabalho, do uso que fazemos de nós mesmos, dão a cara do trabalho e definem que tipo de profissionais nós somos e de que forma vamos viver e que mundo estamos construindo, que sujeitos estamos produzindo.

Uma forma de realizarmos este trabalho, de construirmos subjetividades nômades capazes de criar formas outras de cuidado. Colocar o nosso si em contato com outros conceitos capazes de criarem outras experiências, experiências estas capazes de bifurcar a gestão ampliada do uso de si no trabalho.



Numa posição muito parecida com a de Campos et al. (2013, p.2803):

O profissional precisa encontrar uma posição de transversalidade, entre a frieza do saber acumulado e o calor da relação humana em curso. E, permanecendo inclinado, poderá construir em cada momento uma relação tensa, conflituosa, mas também empática e verdadeira, talvez até paradoxal que busque a complementaridade entre o conhecimento acumulado, entre o passado, entre a norma e o paciente concreto que está em sua frente com sua cultura, seu sofrimento, suas possibilidades subjetivas, suas escolhas e a fase da doença que enfrenta.

Um trabalho afetivo, que desarme a lógica imaterial do Império e faça ruir a dominação das formas de vida, utilizando esta, com o auxílio da loucura e demais elementos do campo para constituir um novo trabalho, um trabalho de construção do comum democrático. Onde as redes ameacem capturar e esfriar as relações de troca e a produção da diferença, a loucura se coloca como a forma disruptiva deste tipo de dominação se dermos passagem àquilo que parece um desatino. Um trabalho em saúde por uma nova e robusta saúde, que não tema a loucura, mas possa dialogar com ela e constituir o comum democrático necessário à mudança efetiva de nossa relação com outras formas aparentemente desarrazoadas de existir e cuidar.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **O Estado de Exceção**. São Paulo: Editora: Boitempo, 2004.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- \_\_\_\_\_. Cultura da Formação: reflexões para a inovação do campo da saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, p.65-79, 2008.
- BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabeth. Da Dor ao Prazer no Trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, M. Elizabeth (org). **Trabalhadores da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2007.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.
- \_\_\_\_\_. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **LUGAR COMUM**. n.19-20, p.159-171, 2004.
- BASAGLIA, F. **O homem no pelourinho**. São Paulo: Tradução IPSO - Instituto de Psiquiatria Social, 1979.
- \_\_\_\_\_. **A psiquiatria: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debate, 1979b.
- BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(2): p. 243-250, 2007.
- BORGES, Maria Elisa Siqueira. Trabalho e gestão de si – para além dos “recursos humanos”. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 7, p. 41-49, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.se.gov.br/userfiles/prestacao\\_contas/relatorio-anual-gestao-janeiro-maio-2012.pdf](http://www.saude.se.gov.br/userfiles/prestacao_contas/relatorio-anual-gestao-janeiro-maio-2012.pdf)>. Acesso em: 31 Mai 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <[http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/WebDestques/Saude\\_Mental\\_em\\_dados\\_2010.pdf](http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/WebDestques/Saude_Mental_em_dados_2010.pdf)>. Acesso em: 31 Mai 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4), p. 863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, G. W. et al. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10), p. 2797-2805, 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

\_\_\_\_\_, Georges. **O Conhecimento da Vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Alexandre M. T.; AMARANTE, Paulo. Forças, Diferenças e Loucura: Pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.41-52, 2000.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: VOZES, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.141-168, 2000.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, p.219-226, 1992.

\_\_\_\_\_, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia**; tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. — São Paulo: Ed. 34, 1997.

DIMENSTEIN, Magda M. L. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan-abr. 2009.

ENGELMAN, Selda. O Campo de Exceção e a vida nua. In: FONSECA, Tania Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FONSECA, Tânia. et al. Dos Modos de Existência das Tecnologias: um trabalho sem fim. **Fractal: Revista de Psicologia**. v.20, n.2, p.503-518, jul/dez, 2008.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

- \_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- \_\_\_\_\_. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.203-222, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Do governo dos vivos: Curso no Collège de France, 1979-1980: aulas de 09 e 30 de janeiro de 1980** / Michel Foucault; tradução, transcrição e notas Nildo Avelino. – São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009.
- \_\_\_\_\_. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- \_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.
- FRANCO, Túlio Batista. **A Gestão do Trabalho em Saúde Mental**. s/d. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestaodotrabalho.pdf> em 02.11.2012.>. Acesso em: 05 dez 2012.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: PERSPECTIVA, 2010.
- HARDT, Michel; NEGRI, Antonio. **Império**. Tradução Berilo Vargas – 7. ed. Rio de Janeiro: RECORD, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Multidão – Guerra e Democracia na Era do Império**. Rio de Janeiro: RECORD, 2005b.
- KASTRUP, Virgínia. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p32 – 51, 2009.
- LAZZARATO, M; NEGRI, H.. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- LIPSKY, Michael. **Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services**. Russel Sage Foundation: New York, 2010.
- MERHY, Emerson Elias. Cuidado com o Cuidado em Saúde: Saber Explorar seus Paradoxos para um Agir Antimanicomial. In: AMARAL, Heloisa; MERHY, Emerson Elias (org). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild: Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, p.25-37, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Sinais da Rua: uma nova Biopolítica?** Palestra proferida no X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre, 17 nov. 2012.
- NAFFAH NETO, Alfredo. O Estigma da Loucura e a Perda da Autonomia. **Revista de Bioética**. Brasília, 6(1), p. 81-87, 1998.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 27 (4), p. 680-693, 2007.

NEGRI, Toni. **Exílio – Seguido de Valor e Afeto**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2001.

\_\_\_\_\_. Para uma definição ontológica da Multidão. **Revista Lugar Comum** n.19-20, p.15-26, jan-jun 2004.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra.: um livro para todos e para ninguém**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

\_\_\_\_\_. **Assim falava Zaratustra**. eBooksBrasil.com, 2002.

**O ADOGADO DO DIABO**, Taylor Hackford. EUA: Warner Bros. 1997. VHS.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, p. 122-149, 2003.

ORELLANA, Rodrigo de Castro. A ética da resistência. In: **Foucault y el cuidado de La libertad**. Santiago: LOM, p.439-461, 2008.

ORNELLAS, C. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, p. 19-26, 1999.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, Simone et al. Práticas Clínicas dos Profissionais ‘Psi’ dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio Dos Sinos. **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), p. 109-119, 2011.

PRATTA, Elisângela Maria Machado. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, s.l,v. 25, n 2, pp 203-201, abr-jun 2009.

PELBART, Peter Pál. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

\_\_\_\_\_. **A Vertigem por um Fio – Políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vida Capital: Ensaios de Biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

\_\_\_\_\_. O Corpo do Informe. In: FONSECA, Tânia M. G; ENGELMAN, Selda (Orgs.) **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p 41-48, 2004.

\_\_\_\_\_. **Anota aí: eu sou ninguém.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/119566-quotanota-ai-eu-sou-ninguemquot.shtml>>. Acesso em: 30 jul 2013.

ROLLO, Adali A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, M. Elizabeth Barros (org). **Trabalhadores da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde.** Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2007.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (Org.). **Cultura e Subjetividade. Saberes Nômades.** Papirus, Campinas pp.19-24, 1997.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 133 p, 1998. ISBN 85-85676-48-5. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 nov 2013.

SAMPAIO, J. J. C; GUIMARÃES, J. M. X; CARNEIRO, C; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4685-4694, 2011.

SANTOS, Ana F. de O.; CARDOSO, Carmen L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia**, Campinas I 27(1) I 67-74 I janeiro - março 2010.

SANTOS-FILHO, Serafim B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, M. Elizabeth Barros (org). **Trabalhadores da Saúde: Muito Prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2007.

SCHNEIDER BRASIL, Caroline. **A perspectiva de redução de danos de usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

SCHWARTZ, Y. “**A linguagem no trabalho**”. Trad. Cecília Souza-e-Silva e Décio Rocha. Travail et ergologie: entretiens sur l’activité humaine. SCHWARTZ, Y. ; DURRIVE, L. (org). Toulouse, Octarès, s/d. Disponível em: <[http://sites.univ-provence.fr/ergolog/html/ergologia\\_franco-luzitana\\_fichiers/schwartz\\_Trabalho.pdf](http://sites.univ-provence.fr/ergolog/html/ergologia_franco-luzitana_fichiers/schwartz_Trabalho.pdf)>. Acesso em 16 out 2013.

\_\_\_\_\_. Trabalho e saber. **Trabalho & Educação** – v.12, n.1 – jan/jun, 2003.

\_\_\_\_\_. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2 (1), p. 33-55, 2004.

\_\_\_\_\_. O trabalho e o uso de si. In SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L (Orgs). **Trabalho e Ergologia.** Niterói: Editora da UFF, 2010.

SILVA, Rosane Neves. A dobra deleuziana: o mundo como potência de invenção. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda (Orgs.). **Corpo, Arte e Clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

SIMÕES, Cristiane H. D.; FERNANDES, Rafael A. ; AIELLO-VAISBERG, Tania M. J. O Profissional de Saúde Mental na Reforma Psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**. Campinas: 30(2) I 275-282, abril - junho 2013.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. Working-paper apresentado na Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California, San Diego, April, 2004.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 73-85, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da Cidadania, *Empowerment*, no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaios: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.169-194, 2000.

YASSUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. CEBES: Rio de Janeiro, v.32 n.78/79/80 jan./dez. p.27-36, 2008.

ZAGO, J.A. **Trabalho e doença mental: um estudo de caso**. Tese de Mestrado. Universidade Metodista de Piracicaba, 1986.

\_\_\_\_\_. Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.** v.8 n.2 Brasília, 1988.