

TRABALHANDO COM SAÚDE: TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES¹

Paulo César Zambroni-de-Souza*

RESUMO. Este artigo trata do lugar do trabalho na vida dos seres humanos, especialmente aqueles acometidos por transtornos mentais graves. Objetiva ampliar a compreensão do que é o trabalho, mostrando que este vai muito além daquilo que se realiza no mercado. Pretende contribuir para a crítica e transformação da idéia socialmente difundida segundo a qual aquelas pessoas não são capazes de trabalhar. Considera que para o ser humano construir sua própria saúde precisa enfrentar as tentativas de imposições do meio em que está inserido em um dado momento, assim como trabalhar envolve sempre negociar com os elementos que o meio – ambiente e laborativo - apresenta. Conclui que, ao colocar-se em situação de trabalho, a pessoa com transtorno mental grave desenvolve a capacidade de negociar com aquelas tentativas de imposição, construindo assim sua saúde e abandonando uma imagem social e pessoal de incapaz.

Palavras-chave: trabalho, saúde, transtorno mental.

WORKING WITH HEALTH: WORK AND SEVERE MENTAL DISORDER

ABSTRACT. This paper deals with the role of labor in the human life, especially in the lives of mentally handicapped individuals. In this sense, the paper aims to show the meaning of labor, stating that it goes a lot beyond than what is carried out in the working market. The widely accepted idea that these people are not capable of working is criticized. The paper takes into consideration that a human being needs to struggle to build his own health in order to face the restrictions of the environment, once working demands a constant negotiation presented by the labor and living environments. It is shown that a person with a severe mental disorder develops the ability to overcome the restriction imposed his previous image associated with a social and personal weakness.

Key words: Work, health, mental disorder.

Este artigo procura colocar questões acerca da relação trabalho, saúde e pessoas com transtornos mentais graves. Desde o início da Psiquiatria os fenômenos da loucura tiveram diversas tentativas de classificação. Para os fins deste texto não pretendemos estabelecer uma discussão classificatória, por entendermos ser este tema de importância tamanha que não deve ser tratado em artigo que não tenha por principal objetivo cuidar de tal problemática. A fim de permitir o desenvolvimento que desejamos realizar, tomaremos criticamente como exemplo a descrição de esquizofrenia apresentada pela CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 85). O uso de uma entidade nosológica adotada pela Organização Mundial de Saúde permite uma linguagem utilizada por diversas tendências, por vezes opostas. Tais tendências abrangem aquelas entidades que trabalham na

perspectiva da Psiquiatria Biológica – no Brasil representadas, por exemplo, pelo Departamento de Psiquiatria Biológica da Associação Psiquiátrica Brasileira, dentre outras. Estas produzem textos e eventos que têm “(...) como principal missão transmitir aos seus associados as atualizações no conhecimento psiquiátrico, à luz das novas descobertas da pesquisa biológica” (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2005, *online*).

Compreendem também aquelas que adotam uma perspectiva da reforma, na qual nos alinhamos, de crítica ao “(...) próprio paradigma da Psiquiatria” como colocam Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 31). Para muitas entidades, não se deve negar a existência da doença. Elas apregoam “(...) a recusa à explicação oferecida pela psiquiatria para dar conta desta experiência” (Amarante, 2003, p. 56) – como,

¹ Apoio Capes.

* Psicólogo. Doutor em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

por exemplo o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Fundação Oswaldo Cruz, dentre outros. Os adeptos desta abordagem produzem textos como o de Zusman (1999), que parte da definição da esquizofrenia para propor críticas a essa entidade nosológica e ao tratamento a ela dispensado, assim como o artigo produzido por Silva, Coutinho e Amarante (1999), o qual trata de uma pesquisa que levantou os diagnósticos estabelecidos para a população de internos de hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, onde se depararam com o fato, a ser questionado, segundo eles, de que a quase-metade dos pacientes tenham recebido o diagnóstico de esquizofrenia. Esta corrente tem no que se denominou Psiquiatria Democrática Italiana a base de grande parte de seus principais paradigmas. Não nega a existência da doença mental, mas considera como lugar por excelência, designado pela Psiquiatria para seu tratamento, o manicômio, que é inadequado e produtor de mais sofrimento, como exemplificado no fragmento: “O hospital psiquiátrico, como todos os locais de internação, não é senão a triste conseqüência do acobertamento de uma contradição, por meio da inelutabilidade e da ininteligentabilidade da doença”. (Basaglia, 1969 / 2005, p. 145)

Este artigo não tem a intenção de travar uma discussão classificatória. Não trataremos de questões que debatam limites e vantagens de discutir, por exemplo, que avanços ou limites oferece a noção de “existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social” (Rotelli & Amarante, 1992, p. 52) proposta por Basaglia. Vamos nos contentar em admitir que muitas pessoas apresentam sofrimento psíquico em graus e situações diversos durante a vida e que algumas recebem diagnósticos e tratamentos. Tomaremos como ponto de partida que, ao defrontarem-se com alguma dessas crises, essas pessoas geralmente afastam-se ou são afastadas do trabalho. Aquelas que tinham emprego ou trabalho informal deixam de tê-lo, valendo-se ou não da previdência social. Por vezes perdem até o direito de realizar trabalhos domésticos em suas próprias casas. Utilizaremos a expressão “transtornos mentais graves”, na medida em que podemos nos valer de conhecimentos produzidos no campo da Psiquiatria – como se faz no âmbito da Reforma Psiquiátrica, tanto na prática dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) quanto na produção teórica ligada à própria Reforma, como dissemos anteriormente (Silva, Coutinho & Amarante, 1999; Zusman, 1999) –

cuidando para que estes não correspondam “a uma etiquetagem e a uma estigmatização do doente” (Basaglia, 1977, p. 13). Vamos guardar o termo “grave” por entender que as pessoas tomadas como foco de reflexão neste texto vivenciam situações em que os transtornos mentais podem trazer grande sofrimento. Não pretendemos, no entanto, estabelecer critérios de gravidade como fazem a CID-10 (Organização Mundial de Saúde) ou as revisões do DSM (American Psychiatric Association).

Entendemos que o sofrimento mental interfere na capacidade produtiva das pessoas e em alguns momentos pode tornar difícil seu convívio com os outros; mas isto não significa que elas se tornem definitivamente incapazes de gerir os debates de normas exigidas para toda atividade, em especial a atividade de trabalho. Pensamos que entender melhor como essas pessoas se colocam no trabalho, em atividade, pode ajudar no entendimento do que sejam os sofrimentos mentais – que a CID reconhece com o nome de transtornos – e compreender melhor o que é o trabalho e o lugar que ele ocupa ou poderia ocupar na vida de todos os seres humanos.

TRABALHO É TERAPIA?

Desde o surgimento do alienismo, o trabalho tem sido utilizado como forma de terapia, como elemento fundamental no tratamento que a Medicina lhe dispensou, o chamado “tratamento moral” (Sousa, 2001, p. 60). Entretanto, entendemos que tomá-lo como terapia para pessoas com transtornos mentais graves pode ser perigoso, na medida em que esta tomada de posição coloca essas pessoas sob a guarda de um saber / poder daquele que prescreve a referida terapia, seja ele médico, psicólogo, terapeuta ocupacional ou outro. Tal uso somente se recomendaria em situações bem restritas, de reestruturação durante e após crises, como aponta Laing (1991), ainda assim com o risco de despotencializar a pessoa em trabalho, porquanto se perguntar em que momento esse trabalho deixaria de ser apenas terapia, mantendo a pessoa e sua capacidade produtiva novamente sob a guarda de um saber / poder do prescritor.

Nos hospícios, muitas vezes os internos realizam atividades de trabalho em troca de pequenos benefícios, como uma dose extra de café, um pouco mais de tempo no pátio etc. Estas formas de propor trabalho e retribuição aos internos vem recebendo muitas críticas desde o início da segunda metade do século XX, como a de Le Guillant (1984), para quem

a ergoterapia² somente poderia ser eficaz se aproximasse o paciente do trabalho efetivamente considerado na sociedade existente, o trabalho remunerado. Ainda hoje, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, nos CAPSs e nas cooperativas de trabalho, com frequência as atividades são conduzidas de forma tal pelos chamados técnicos de saúde mental, que os usuários somente conseguem fazer aquilo que não contradiga a prescrição dos técnicos, em uma espécie de tutela. Trabalhar deve ser um direito de todas as pessoas, na medida em que isto tem uma função central na vida de todos, isto é, dos que sofrem ou não de transtornos mentais graves. A falta do trabalho é potencial fonte de sofrimento para os humanos, pois "continua sendo uma referência não só economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente dominante, como provam as reações dos que não o têm" (Castel, 2001, p. 578).

Por outro lado, não devemos nos esquecer de que algumas pessoas apresentam, por vezes, alterações psicopatológicas específicas que é preciso levar em conta quando se deseja compreender que possibilidades são abertas para as pessoas com transtornos mentais graves a partir de sua experiência de trabalho e o que essa experiência (e o estudo dela) pode trazer de novo para o mundo do trabalho, cuidando para que isto não se torne mais uma tentativa de ortopedia mental pela 'integração' e 'adaptação'. Sabemos que por diversas vezes na história dos saberes *Psi* o trabalho foi - e ainda pode estar sendo - ocasião de uma tentativa de adaptação, onde toda diferença é submetida a uma "lógica da integração (...) como se todas as outras vidas fossem vidas potencialmente doentes, que, então é preciso reabilitá-las hoje" (Le Blanc, 2003). Assim, da mesma forma que a criação da Psiquiatria pôde servir como instrumento de cuidados, mas também de segregação, a Psicologia tem se mostrado capaz de produzir teorias e técnicas que favorecem a vida e o humano, como também capaz de trabalhar a favor de sua exclusão. Exemplo disto, no âmbito do trabalho e sua ligação com as primeiras teorias psiquiátricas, foi a articulação do pauperismo com o conceito de degenerescência, estabelecida por Morel na segunda metade do século XIX, a qual teve grande importância nas hipóteses etiológicas e classificatórias, gerando na época "uma 'desestabilização' de toda a conceituação da alienação mental" (Bercherie, 1999, p. 111). Tal

ligação teria sido fonte de preconceito contra muitas pessoas, como nos lembra Castel (2001, pp. 287-288): "o pauperismo representa, assim, uma espécie de imoralidade que se faz natureza a partir da degradação completa dos modos de vida dos operários e de suas famílias. Essas apreciações fundamentam o que se pode chamar de um racismo anti-operário". Morel teve grande influência na obra de Édouard Toulouse, que criou na França, já no século XX, a Liga de Higiene Mental, que, embora tivesse a intenção de transformar a instituição asilar, teve um caráter abertamente seletivo e eugenista; o laboratório de psicologia experimental em Villejuif gerou trabalhos psicotécnicos para seleção - e exclusão para os não selecionados - de estudantes e trabalhadores (Billiard, 2001).

SOBRE A DEFINIÇÃO DE SAÚDE

Como estamos tratando de questões ligadas à saúde e ao adoecimento, em especial à saúde e ao adoecimento mental, cabe agora interrogar seu sentido. Têm-se dado à saúde diversas definições. A Organização Mundial de Saúde (200) a define como "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (online).

Entendemos que tomar a saúde como mais do que ausência de doença tem aspectos positivos, sobretudo do ponto de vista da saúde coletiva, na medida em que permite cuidar de aspectos ligados ao meio ambiente, às desigualdades econômico-sociais, indo muito além de uma perspectiva meramente curativa. No entanto, pensamos que a definição da OMS traz alguns problemas, na medida em que propõe uma saúde que parece impossível, já que um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social é algo que não pode ser experimentado senão em poucos momentos durante a vida, tendo-se em vista que cada ser humano se confronta o tempo todo com situações que podem levar - e levam - a diversos tipos de mal-estar, sem que isto represente necessariamente ausência de saúde.

Apesar de reconhecermos que a definição da OMS tem seus aspectos positivos, tomamos como referência a indicação de Canguilhem, para quem "o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar as infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas" (Canguilhem, 1999, p. 130). Desta definição, entendemos que estar saudável é poder viver e exercer diversas atividades em diferentes situações, de acordo

² Modalidade de tratamento pelo trabalho proposto por Hermann Simon que teve grande influência em hospitais psiquiátricos de muitos países ocidentais.

com o desejo e a necessidade. Em outro momento, Canguilhem (1988/2002, pp. 60-61) diz que a saúde não vai bem "quando há aumento das restrições da margem de segurança orgânica, a limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do ambiente."

Os transtornos mentais tendem a diminuir a capacidade de suportar as "agressões do ambiente" de que fala Canguilhem. Podemos pensar, então, que a organização do trabalho predominante no mercado traz uma série de agressões que a pessoa em crise não consegue suportar. Com isto, não podemos nos esquecer de que não existe aí incompatibilidade absoluta entre essas pessoas e as ditas normais, na medida em que o trabalho "nunca é neutro em relação à saúde, e favorece, seja a doença, seja a saúde" (Dejours, 1998, p. 164), de modo que sabemos quanto o trabalho, do modo como vem sendo predominantemente organizado, é fonte de sofrimento e adoecimento.

Para entender os transtornos mentais e seu lugar em relação à saúde e ao trabalho, analisaremos o exemplo da esquizofrenia, cuja descrição pela CID-10 traz a vantagem de ajudar a identificar fenômenos clínicos importantes que podem se apresentar em momentos de crise, mas nos parece problemática e criticável, à medida que acentua em excesso seu aspecto supostamente deteriorante. Como dissemos, os textos que se alinham nas perspectivas que pretendem criticar ou desconstruir o saber psiquiátrico – entre os quais este se insere – fazem por vezes uso de classificações da própria Psiquiatria, como a esquizofrenia, a fim de elaborar seus argumentos. Assim fez a antipsiquiatria, que estabeleceu discussões “em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior” (Amarante, 1995, p. 42).

A CID – 10 a descreve da seguinte maneira:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do

pensamento ou sintomas negativos. (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 85)

Encontramos aí elementos que descrevem estados patológicos, na medida em que tendem a levar a uma "redução da latitude da latitude inicial de intervenção no meio" (Canguilhem, 1978/2002, p. 91), como dissemos, considerando-se que em uma crise, quando os pacientes apresentam alguns daqueles sintomas – como distorções fundamentais do pensamento, da percepção e da consciência do eu – podemos considerar que durante esses momentos a pessoa tem certamente uma limitação na tolerância às infidelidades do meio, tornando difícil sua atividade de trabalho. Neste sentido, entendemos que a esquizofrenia e vários outros diagnósticos da CID ou do DSM representam estados patológicos, na medida em que trazem redução da latitude de intervenção no meio, a capacidade de suportar variações, como dissemos, sendo um equívoco desconsiderar que tais fenômenos psicopatológicos apresentam características próprias, que levam a um diferente modo de funcionamento. No entanto, entendemos que o fato de uma pessoa ser acometida por transtornos mentais graves não a incapacita necessariamente para o trabalho, e mesmo quando há esta incapacidade, esta pode ser passageira, não definitiva.

Ao considerarmos que há ali fenômenos patológicos, estamos afirmando, com Canguilhem, que a saúde supõe a eventualidade de adoecer e governar perigos sucessivos, admitindo a possibilidade de adoecer e voltar a ser saudável, mesmo que a saúde que se conquista após um adoecimento não seja jamais idêntica àquela que se tinha antes. Aqui novamente seguimos Canguilhem (1978/2002, p. 89) quando afirma que "as doenças do homem (...) são dramas da sua história", de modo que à pessoa com transtornos mentais é possível enfrentá-los e continuar a viver, conviver e trabalhar.

Entendemos que o trabalho, por ser elemento capaz de contribuir tanto para a saúde como para o adoecimento, pode atuar também positivamente na saúde das pessoas com transtornos mentais graves. Os dramas dessas pessoas não apenas lhes trazem questões próprias a seu adoecimento, mas carregam também consigo uma série de estigmas, em parte apoiados em saberes da Psiquiatria. Deste modo, as alterações psicopatológicas são, muitas vezes, tomadas como sinônimos de incapacidade de gerir a própria vida, mesmo passado o momento da crise, e de incapacidade de viver os debates de normas que toda situação de trabalho supõe, como veremos.

Neste sentido, entendemos que os fenômenos psicopatológicos levam, em certos momentos, à

redução da capacidade de tolerar as variabilidades do meio, assim como reduzem a capacidade da pessoa de se estabelecer e viver conforme suas próprias regras e trabalhar, fato que está na base da fundação do Alienismo por Pinel, como mostra Foucault (1987, p. 78): "as novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e de todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido".

Não obstante, é impossível determinar exatamente até que ponto um transtorno mental limita a capacidade de gerir-se de uma pessoa, mesmo porque entendemos - seguindo Schwartz ao falar da concepção de saúde de Canguilhem - que "a saúde que transforma o mundo não pode ser antecipada senão antes de ser vivida" (Schwartz, 1992b, p. 243). Apesar de não ser possível determinar previamente quanto um transtorno mental reduz a capacidade de uma pessoa gerir-se no trabalho, pensamos que há uma idéia socialmente difundida, apoiada em parte em algumas noções dos saberes *Psi*, segundo a qual essas pessoas não têm nenhuma ou quase nenhuma condição de gerir-se, o que as despotencializa ainda mais frente a uma situação concreta de trabalho.

TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS

Cada situação de trabalho específica apresenta como uma de suas características a presença de normas antecedentes, no sentido em que as entende Schwartz. Estas "reenviam (...) ao nosso universo social a nós, a isto que é da ordem das relações de poder ou das relações de propriedade. Dito de outra forma, há uma dimensão (...) que reenvia à edição de princípios, ao colocar em funcionamento estratégias decididas em outro lugar e que se pede às pessoas para executar" (Schwartz & Durrive, 2003, p. 70), isto é, ao enquadramento de uma situação antes da realização de uma atividade. O trabalho, então, apresenta, da parte daquele que o solicita, uma série de formalizações, prescrições, determinações hierárquicas, acordos entre os diversos níveis daquela organização e da sociedade na qual ela está inserida, elementos que se constituem em normas antecedentes. Frente a isso, cabe a cada trabalhador gerir essas normas a partir de suas próprias características e valores a fim de realizar o trabalho, uma vez que em cada situação de trabalho há ressingularizações que o humano realiza por ser vivente e por ser humano, visto ser impossível a uma pessoa fazer o que lhe pedem sem que algo de pessoal se coloque naquela situação, de modo que "o trabalho

real não é a estrita aplicação do trabalho prescrito" (Schwartz, 1992a, p. 41).

No caso da pessoa com transtorno mental, como de qualquer outra pessoa diante das situações de trabalho, cabe compreender e negociar com as normas antecedentes e renormalizá-las. Mas nesse caso específico, é necessário ainda lidar com as eventuais dificuldades que as alterações psicopatológicas podem trazer. Além disso - o que já não seria pouco - há uma série de saberes socialmente difundidos, em parte sustentados por saberes *Psi*, como dissemos, que tendem a despotencializar essas pessoas quando se defrontam com uma situação de trabalho. No entanto, toda atividade de trabalho "é lugar e ocasião de 'dramáticas do uso de si'", na qual estão o tempo todo em jogo valores, debates de normas "onde o infinitesimal comunica-se com os níveis mais globais da vida histórica e social" (Schwartz, 2000, p. 78), ou seja, onde interagem o histórico coletivo e a história pessoal, de modo que cabe a cada pessoa - neste caso à pessoa com transtorno mental grave - interagir com esses elementos socioculturais a fim de realizar o trabalho e desenvolver sua competência e sua saúde.

Como dissemos, às dificuldades de gerir-se somam-se concepções sociais que isolam ainda mais as pessoas com transtorno mental do mundo do trabalho. Valendo-nos novamente da descrição que a CID-10 apresenta da esquizofrenia (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 85), semelhante ao que traz o texto revisado do DSM-IV, vimos que ela traz as seguintes expressões: afetos inapropriados ou embotados; déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo; sintomas negativos.

Este é o primeiro parágrafo da referida descrição. Embora a CID-10 diga que o curso evolutivo deteriorante não ocorre sempre, vemos que as três frases componentes deste pequeno texto terminam com afirmativas que anunciam o curso degradante, ou seja: afetos embotados; déficits cognitivos no curso do tempo; sintomas negativos. Nesta tríade: o embotamento afetivo é a crescente incapacidade de sentir e expressar os sentimentos; os déficits cognitivos reduzem a inteligência; os sintomas negativos são o empobrecimento geral do funcionamento psicomotor. Vemos que tal fragmento, que se pretende cientificamente neutro, traz, logo de início, finalizando cada uma de suas frases, a descrição - perguntamos: prescrição? - de baixa significativa do funcionamento pessoal. Repetimos que não estamos negando aqui a existência de sofrimentos mentais, em parte reconhecidos pelas descrições da CID-10.

Apesar de não concordar com a atenção que a Psiquiatria historicamente reservou às pessoas com tais sofrimentos, não pretendemos aqui anular toda a tradição dos saberes *Psi* no que eles têm de reconhecimento das disfunções humanas e as possibilidades de intervenção em favor do próprio humano que daí derivam. No entanto, afirmamos que tais conhecimentos trazem muitas vezes um conteúdo que acaba por tornar ainda mais difícil a vida dessas pessoas. Ao percorrer manicômios deparamo-nos com pessoas que receberam o diagnóstico de esquizofrenia e que estão com diversos déficits, em grande parte facilitados pelo ambiente de reclusão. Questionamos, no entanto: se a própria Organização Mundial de Saúde reconhece que esta deterioração não ocorre sempre na esquizofrenia, por que apresentá-la marcando tão intensamente seus aspectos negativos?

Entendemos que os limites com os quais Kraepelin se deparou não se encontram da mesma forma nos dias de hoje. Sabemos que os neurolépticos foram inventados há cinco décadas, e os avanços da psicofarmacologia já permitem às pessoas com transtornos mentais tratamento das alterações das funções psíquicas, tanto nas crises quanto fora delas. Igualmente, diversas psicoterapias se desenvolveram de modo a permitir que as pessoas com transtornos mentais graves possam viver melhor, apesar dos próprios transtornos.

Entendemos com a Ergologia - abordagem desenvolvida para compreender/transformar o trabalho, que tem como principal centro de investigação o Departamento de Ergologia da Universidade de Provence, França, cujo diretor científico é o Professor Yves Schwartz - que toda atividade de trabalho tenta encontrar um núcleo de renormalização, ou seja, que em toda atividade de trabalho há uma tentativa da pessoa de ajustar o ambiente às suas próprias normas, embora no íntimo (Canguilhem, 1947) haja sempre algo que o humano cria frente ao que lhe é pedido, o que abre um caminho para se pensar em trabalho de pessoas que historicamente foram consideradas incapazes de trabalhar. A maneira como uma pessoa vai se colocar em seu trabalho, seja ela quem for, nunca será dada previamente, pois "se a vida é um trabalho no qual o vivente experimenta e se experimenta, então, se ela é 'improvisação', concebe-se que as 'tentativas' de vida são numerosas" (Nourouline, 2001, p. 88). No caso das pessoas com transtornos mentais graves, essas tentativas de renormalização, de tentar construir um meio de trabalho "(...) no qual ele tenta viver, em saúde, segundo as normas que ele poderá reconhecer

parcialmente como suas" (Schwartz, 2000, p. 79), passam por problemas ligados a alterações psicopatológicas e por problemas ligados à construção histórica de preconceitos segundo os quais essas pessoas não podem trabalhar.

QUEM É CAPAZ DE TRABALHAR?

Na tentativa de classificar as capacidades humanas em diversos aspectos da vida pessoal e social, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (ICF). Ali descreve, entre outras, "Preparação de refeições (d630) e Realização de tarefas domésticas (d640)" - incluídas no ítem "Vida doméstica (d6)" - e outras relativas ao trabalho no ítem "Trabalho remunerado (d850)" - incluído no ítem "Principais áreas da vida (d8)". Vamos agora analisá-los, na medida em que questões de trabalho e moradia fazem parte dos principais problemas que as pessoas com transtornos mentais graves enfrentam hoje no Brasil. Cada item destes, como outros, recebe, em sua utilização pela CIF, qualificadores de desempenho - que tratam do "que um indivíduo faz no seu ambiente atual" - e de capacidade - que trata da "habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação". Esses qualificadores podem variar, quando aplicados, de "nenhuma dificuldade" até "dificuldade completa".

Entendemos que as alterações psicopatológicas podem por vezes trazer alguma dificuldade para a capacidade de trabalho de uma pessoa. Por outro lado, parece-nos que a visão social sobre a capacidade produtiva dessas pessoas tende a vê-las, sempre ou quase sempre, como portadoras de "dificuldade completa". Estas escalas podem ser utilizadas para avaliar o "funcionamento, capacidade e saúde" de qualquer pessoa, embora se preste sobretudo a avaliar incapacidades de pessoas em situações de deficiência, o que - sabemos - tem grande importância para fins de indenização na seguridade pública ou privada.

Quanto ao trabalho doméstico, nos ítems "preparação de refeições" e "realização de tarefas diárias e a rotina diária", encontramos a seguinte descrição:

d630 Preparação de refeições

Planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros, (...) cozinhar com calor e preparar pratos e bebidas frias, e servir a comida.

d640 Realização das tarefas domésticas

Administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos,

armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar pano; (...) utilizar máquina de lavar, secadora e ferro de passar. (Organização Mundial de Saúde, 2004a, online)

Essas são, de fato, tarefas domésticas necessárias para qualquer pessoa que precise cuidar de sua própria casa. Quanto à preparação de refeições complexas, remetemos o leitor à tese de doutorado de Telles (2002), que fala do trabalho na Cooperativa da Praia Vermelha. Naquela cooperativa, usuários do sistema público de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro trabalham na produção e venda de produtos à base de castanha-do-brasil, além de outros produtos, mostrando-se capazes de gerir o trabalho, apesar de problemas de ordens diversas. Ali, apesar de não se tratar de um ambiente doméstico, preparam refeições, limpam a cozinha e utensílios, utilizam aparelhos domésticos, removem o lixo, além de outras atividades.

Por outro lado, sabemos que quando uma pessoa fica muitos anos internada em hospícios acaba por "aprender" a não realizar essas tarefas, visto que ali a autonomia é quase nula, precisando de um processo de reaprendizagem da realização de tarefas da vida doméstica quando sai do manicômio. Não estamos negando que os problemas psicopatológicos influam por vezes na realização de tarefas domésticas. Estamos marcando que ter um transtorno mental não impede que a pessoa realize as referidas tarefas na maior parte do tempo, embora a vida no hospício diminua a capacidade de alguém gerir-se nessas atividades.

Quanto ao item " Trabalho remunerado", a Classificação apresenta o seguinte :

d850 Trabalho remunerado

Participar em todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, em tempo integral ou parcial, ou como autônomo, como procurar trabalho e conseguir um emprego, realizar as tarefas necessárias do trabalho (...).

d845 Adquirir, manter e sair de um emprego

Procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão, e sair de um emprego de maneira apropriada. (Organização Mundial de Saúde, 2004a, online)

Aqui a descrição parece bizarra, já que, ao se estabelecer um critério que trate da grande massa de pessoas desempregadas ou que realizam trabalho sob condições precarizadas, se enquadrará, infelizmente,

uma quantidade cada vez maior de pessoas, já que "no cenário atual, vulgarizado como 'globalização', a concorrência capitalista alarga e aprofunda o fosso entre os que mais *avançaram* (numa determinada lógica) e o *resto*, empurrando os perdedores ao colapso" (Athayde, 1997, p. 72).

No item "Procurar um emprego", o texto diz que aqui se avalia a capacidade de "localizar e escolher um emprego, um negócio, profissão ou outro tipo de emprego, e realizar as tarefas necessárias para ser contratado, como comparecer ao local de trabalho ou participar de uma entrevista de emprego". Ora, as pessoas que estão em busca de um emprego sabem como é difícil colocar-se em um processo seletivo de forma a obter o emprego desejado (Seligmann-Silva, 1997), havendo mesmo, por vezes, dificuldade de chegar na hora para uma entrevista de emprego em função das pressões psicossociais que o desempregado vivencia. E não faltam vendedores de fórmulas milagrosas que prometem que, se seguidas, o emprego virá com certeza.

Por outro lado, por admitirmos que os transtornos mentais graves representam realmente formas patológicas, consideramos que eles podem influir negativamente na capacidade de uma pessoa gerir-se no trabalho, de modo que a seguridade social deve proteger as pessoas nesse momento. Não estamos neste artigo fazendo defesa panfletária da inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, mesmo porque o mercado, com frequência, traz problemas para o ser humano que se coloca nele, de forma que muitas vezes a organização do trabalho no mercado pode ser fonte de crise para qualquer um, em especial para essas pessoas. Quando alguém está desestabilizado, em qualquer esfera da vida, determinadas exigências mercadológicas podem ser muito mais fonte de sofrimento que de abertura de possibilidades de saúde. Igualmente, exigir que uma pessoa com transtorno mental grave se adapte às regras do mercado é algo com muita chance de levar a fracasso e frustração, situação que pode ser vivida tanto no nível de angústia e desilusão como no de problemas financeiros graves, pois uma pessoa licenciada pela previdência social, ao conseguir um trabalho formal, deve abrir mão de sua licença e possivelmente terá dificuldades para reavê-la se perder aquele emprego.

O que pontuamos é que tentativas de estabelecer critérios 'objetivos' como as da ICF, que reproduzimos há pouco, capazes de justificar a ausência dessas pessoas no trabalho, não se sustentam. Pensamos que, ao invés de buscar explicações para tal ausência, cabe investigar em que o trabalho daquelas

peças pode ajudar a questionar o próprio mercado e a pensar formas de organização do trabalho que sejam mais humanas.

As iniciativas de trabalho ligadas aos serviços de saúde mental parecem muitas vezes ficar perdidas entre uma quase-impossibilidade de inserção de grande parte de sua clientela no mercado de trabalho e a criação de atividades de trabalho ditas "ocupacionais" que podem ter em alguns momentos uma função terapêutica fundamental, mas podem também acabar por estabelecer a repetição de tarefas infantilizantes, submetidas a prescrições da equipe de saúde mental. Acabam, assim, nem levando a uma inserção social fora do âmbito da unidade de saúde mental nem favorecendo uma inserção profissional.

Cabe questionar o próprio mercado, assim como as tentativas de classificação de pessoas e suas capacidades que criam rótulos facilmente causadores de mais isolamento, e pensar outras formas de organizar o trabalho, diferentes das que têm sido predominantes.

CONCLUSÃO

A Psiquiatria e o trabalho dos pacientes estiveram sempre, paradoxalmente, próximos e distantes. Ainda hoje, as pessoas com transtornos mentais graves conseguem colocar-se muito pouco no trabalho, seja no mercado – formal ou informal – seja fora dele. Frequentemente essas pessoas são impedidas de realizar mesmo o trabalho doméstico em suas próprias casas. Interação aí dificuldades ligadas a alterações psicopatológicas e uma tradição de parte dos saberes *Psi* que diz serem estas pessoas incapazes de gerir os debates de normas que toda atividade de trabalho supõe, assim como a organização predominante do mercado de trabalho, que parece respeitar cada vez menos o ser humano.

Não obstante as dificuldades apontadas, o trabalho pode ser sempre fonte de desenvolvimento das potencialidades de todos os humanos, e cada pessoa deve poder encontrar ali as possibilidades para lutar e escapar ao que se coloca para ela como um destino que se pretende inexorável (Athayde, 1996), - no caso das pessoas com transtornos mentais graves, um destino socialmente colocado como o de incapaz.

O trabalho de pessoas com transtornos mentais graves é algo a ser ainda melhor explorado pela Psicologia, tanto quando esta se aproxima do campo da reforma psiquiátrica quanto no momento em que se aproxima do mundo do trabalho. Com relação a este aspecto, entendemos que a Psicologia do Trabalho não

deve se restringir ao que acontece no âmbito das organizações, na medida em que o trabalho, como algo próprio do humano, supõe sempre "(...) transformação dos atos do sujeito e uma atribuição de valores" (Clot, 2004, p. 52), sempre debate de normas (Schwartz, 2000, p. 79), sempre possibilidade de criar frente ao que lhe é proposto. Por isso o trabalho é lugar de conhecimento e desenvolvimento do ser humano (Clot, 2004), de modo que cabe investigá-lo no ambiente doméstico, nas indústrias, nas escolas, nos CAPSs, nas cooperativas especiais de trabalho de pessoas com transtornos mentais e onde quer que encontremos o ser humano desenvolvendo suas possibilidades.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (Coord.) (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em P. Amarante (Coord.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp.45-66). Engº Paulo de Frontin. Rio de Janeiro: Nau.
- American Psychiatric Association . (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fourth edition (DSM-IV)*. Disponível em: <www.psychology.net/org/schiz.html>. (Acesso em 13/12/2004).
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2005). *Psiquiatria Biológica*. Disponível em <http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/?dep=7>. (Acesso em 17/12/2005).
- Athayde, M. (1996). *Coletivos de trabalho e modernização*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Athayde, M. (1997). Produção de subjetividade frente à produção bloqueada: os 'sem' e a cena do corte. Em J. F. Silva Filho & S. Jardim (Orgs.), *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*, (pp.65-78), Rio de Janeiro: Te Corá.
- Basaglia, F. (1977). Qu'est-ce que la psychiatrie? En F. Basaglia (Ed.), *Qu'est-ce que la psychiatrie?* (pp.13-26) Paris: PUF.
- Basaglia, F. (2005). Introdução a Asylums. Em F. Basaglia. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond. (Original publicado em 1969)
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Billiard, I. (2001). *Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail*. Paris: La Dispute.
- Canguilhem, G. (1947). Milieu et normes de l'homme au travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie* 3(2), 120-136.
- Canguilhem, G. (2002). Une pédagogie de la guérison est-elle possible? En G. Canguilhem (Ed.), *Écrits sur la*

- médecine* (pp. 69-100) Paris: Seuil. (Original publicado em 1978).
- Canguilhem, G. (2002). La santé: concept vulgaire et question philosophique. En G. Canguilhem. *Écrits sur la médecine* (pp. 49-68). Paris: Seuil. (Original publicado em 1988)
- Canguilhem, G. (1999, 8ª ed.). *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige / PUF.
- Castel, R. (2001, 3ª ed.). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2004, 4ª ed.). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yausi, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em P. Amarante (Coord.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp.13-44). Engº Paulo de Frontin. Rio de Janeiro: Nau.
- Dejours, C. (1988, 5ª ed.). *A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.
- Foucault, M. (1987). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Laing, R. (1991). *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes.
- Le Blanc, G. (2003, juin/sept.). Les Maladies de l'homme normal. *Passant*, 45-46. Disponível em <<http://www.passantordinaire.com/revue/prin.qsp?id=558>> (Acesso em 12/12/2004)
- Le Guillant, L. Groupe de Recherche Louis Le Guillant (Org.) (1984). *Quelle Psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*. Toulouse: Erès.
- Nourouline, A. (2001). *Techniques et cultures: comment s'approprie-t-on des technologies transférées?* Toulouse: Octarès.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (2004a). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Retirado de: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm> (Acessado em 13/12/2004).
- Organização Mundial de Saúde. (2004b). *Definitions*. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/>>. (Acessado em 14/12/2004)
- Rotelli, F. & Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. Em P. Amarante (Org.), *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Schwartz, Y. (1992a). Travailler, gérer. Em Y. Schwartz (1992). *Travail et Philosophie: convocations mutuelles* (pp. 39-42). Toulouse: Octarès.
- Schwartz, Y. (1992b). Une remontée en trois temps, G. Canguilhem, la vie, le travail. En Y. Schwartz (Ed.), *Travail et Philosophie: convocations mutuelles*. (pp. 237-256). Toulouse: Octarès.
- Schwartz, Y. (2000). Ergonomie, philosophie et exterritorialité. Em Y. Schwartz. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe* (pp. 71-106). Toulouse: Octarès.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès.
- Schwartz, Y. & Durrive, L. (2003). *Entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarès.
- Seligmann-Silva, E. (1997). A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. Em J. F. Silva Filho & S. Jardim (Orgs.), *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico* (pp.19-64). Rio de Janeiro: Te Corá.
- Sousa, I. D. S. (2001). *A primeira reforma psiquiátrica: uma história do tratamento moral*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós- Graduação em Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva, J. P. L.; Coutinho, E. S. F. & Amarante, P. (1999, jul./set.). Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 505-511.
- Telles, A. L. (2002). *Trabalhando como loucos: em busca de novas formas de organização do trabalho a partir de um estudo da Cooperativa da Praia Vermelha*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Zusman, J. A. (1999). Mitos e manicômios. *Cadernos do IPUB*, 14, 59-66.

Recebido em 25/04/2005

Aceito em 19/01/2006

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UERJ, em especial a meu orientador, Prof. Milton Athayde.

Endereço para correspondência: Paulo César Zambroni-de-Souza. Rua Paulo Miranda da Fonseca, n. 61, ap. 803, São Geraldo, CEP 27253-630, Volta Redonda-RJ. E-mail: paulozamsouza@yahoo.com.br

