



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Vitor Marcel Schühli

**Tendências e contratendências do trabalho com
grupos no contexto de disputa de modelos de
atenção em saúde mental: uma análise a partir de
dois Centros de Atenção Psicossocial**

**Botucatu
2020**

Vitor Marcel Schühli

Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental: uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Schühli, Vitor Marcel.

Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental : uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial / Vitor Marcel Schühli. - Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin

Capes: 40602001

1. Grupos de trabalho. 2. Saúde mental. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Equipes de saúde. 5. Modelos de assistência à saúde.

Palavras-chave: grupos; processo de trabalho em saúde; processo grupal; reforma psiquiátrica; saúde mental.

À minha mãe, Regina, que sem querer e sem saber me fez sentir parte da classe trabalhadora e me ensinou a importância da revolta e de me movimentar contra toda forma de exploração, machismo e iniquidade. Com amor, nos limites da minha capacidade atual.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Sueli, pela coerência entre fazer, sentir e pensar. Pelo acolhimento e exemplo de capacidade de partilha e mobilização coletiva.

Aos membros e suplentes da banca de qualificação e de defesa por acolherem o convite para examinar esse trabalho e pelas pontuações que foram fundamentais para sua conclusão: Rogério Miranda Gomes, por todo companheirismo e dedicação à produção coletiva; Elisa, pela leitura cuidadosa e pontuações generosas; Bader Sawaia e Margarida Barreto, por tão carinhosamente aceitarem examinar o trabalho e por suas produções inspiradoras; Juliana Pasqualini, pelo rigor, pela dedicação e pelo afeto; Nilson BerenchteinNetto, pela camaradagem ativa e solidária; Renata Bellenzani, pelas trocas que tivemos e por aquelas que ainda virão.

Aos trabalhadores da Saúde Mental, que resistem quando é fácil ceder; que sustentam a diferença quando a regra é homogeneizar. Em especial às participantes da pesquisa, mulheres que constroem diariamente o cotidiano dos CAPS, pela generosidade e disposição.

Aos membros do GEP – Grupo de Estudos e Pesquisa “Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva” e do NEPPM – Núcleo de Estudos e Pesquisa “Psicologia Social e Educação: contribuições do marxismo”, com os quais tive o imenso prazer de partilhar estudos, risadas e utopias nos últimos anos.

A todos e todas com quem dividi o espaço da sala de aula, que dão sentido à minha atividade e me instigaram com as questões que busquei parcialmente responder com este trabalho. Aos estudantes de Psicologia da UFPR e aos professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unesp-Botucatu. E também, aos funcionários técnico-administrativos sem os quais tudo seria impossível, em especial à Regina, Valdete, Douglas, Luciene e Paulinho, pela dedicação ao trabalho e por toda ajuda.

Aos colegas de departamento da UFPR, pelo auxílio com o afastamento e por todo encorajamento.

À Ana Flávia, Camila, Constantine e Rhana, pelo auxílio na realização do grupo focal. À Camila também pela tradução do resumo.

À Carol e à Babi pelos favores distantes e pelo incentivo.

Aos colegas de turma pela convivência afetiva, em especial à Aninha, Lisi e Ecléa, que sustentaram importantes vínculos afetivos nessa cansativa jornada de estudos e deslocamentos.

À Grazi, Mel, Bruno e João pelo cotidiano de trabalho, de sonhos e de lutas.

Aos MFC e agregados que me apoiaram nos últimos anos: Giulia, Sara, Lia, Gabriel, Tutu, Vitor, Cris, João, Maurício, Murilo, Camila, Luiz Cláudio.

Aos amigos de longas datas, conversas e viagens: Mel, Sarita, Diana, Rogério, Cris, Eduardo, Priscila, Irina, Tiago. Por todo amor e todo cuidado.

Às amigas que conseguem se manter perto mesmo quando longe e que tornaram esses anos menos solitários: Giulia, Yanne, Ana Paula, Juliana, Nicole, Renata Moraes.

Aos Súbitos do meu coração, pela paciência, pela arte, pelas canções e pelos cafés.

À Regina, Nicole, Luan, Jean, pela familiaridade que nos mantém juntos. Pelo amor e pelo cuidado, mesmo quando distante.

Ao Paulo, pela bagunça necessária, pelo carinho e incentivo, por todo companheirismo e vida partilhados.

Aos camaradas da militância, por todo sentido que dão à palavra coletividade.

Someone said *me*, and then there was nothing to be gained by saying *us*. Mostly, we are good when it makes sense. A good society is one that makes sense of being good. Suddenly [...], we were a bad society, we were disintegrating. Suddenly the sensible choice was to loook out for yourself.

Alguém disse *eu*, e não havia mais nada a ganhar dizendo *nós*. Na maior parte das vezes, nós exercemos o bem quando faz sentido. Uma sociedade boa é aquela que dá sentido a essa bondade. De um momento para o outro [...], nós estávamos em uma sociedade má, estávamos nos desintegrando. De um momento para outro, a escolha sensata era cuidar de si.

Ian McEwan – Enduring Love

RESUMO

SCHUHLLI, V. M. **Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental**: uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial. 2020. 579 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2020.

A pesquisa buscou investigar as condições atuais do trabalho com grupos realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos da política pública de atenção à Saúde Mental. No processo de reforma psiquiátrica brasileira, a transformação da rede assistencial e das práticas em saúde passou a considerar os grupos como um dos principais meios de trabalho dos profissionais em saúde mental. Os diferentes interesses e projetos políticos envolvidos neste processo se atualizam na dimensão particular da disputa entre o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial, que propõem diferentes arranjos tecnológicos e distintas finalidades para o trabalho com grupos. A fim de apreender as tendências e contratendências desse tipo de atividade, partiu-se das concepções dos profissionais acerca do trabalho que realizam com grupos em suas relações com o processo de trabalho e com os modelos de atenção. Para tanto, conjugou-se a pesquisa teórica em referenciais do campo da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica, com a pesquisa empírica em dois Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Curitiba (PR). A análise reuniu dados de observação participante, questionários aplicados para todos os profissionais que realizavam grupos no momento inicial da pesquisa (trinta), três sessões de grupo focal com dez participantes e entrevistas semiestruturadas com sete participantes. Participaram da pesquisa profissionais de diferentes núcleos profissionais, incluindo enfermagem (técnicos e nível superior), psicologia, assistência social e terapia ocupacional. Os referenciais teóricos permitiram compreender os dados no movimento mais amplo de transformação das práticas em saúde, bem como as influências do atual momento de acumulação flexível do capital no trabalho com grupos no âmbito dos CAPS pesquisados. As formas de organização e gestão do trabalho se mostraram determinações importantes nos modos de operacionalização dos grupos, que apresentam potências e obstruções, sendo tensionados em favor da lógica biomédica. Neste sentido, a produção de grupalidade se revelou uma contratendência, motivo pelo qual recuperamos contribuições teóricas da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social Latino-americana acerca do processo grupal que podem aportar contribuições para o modelo de atenção psicossocial, enquanto modelo alternativo de atenção. Este percurso nos permitiu qualificar a tese de que o trabalho com grupos, na disputa de modelos de atenção em saúde mental, tem sido tensionado no sentido da instrumentalização de práticas biomédicas, seja pelo fortalecimento do modelo biomédico nas políticas de saúde mental, seja pela refuncionalização de conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial sob parâmetros administrativos e gerenciais que subvertem as finalidades do cuidado em favor das necessidades do capital, mediadas pelas instituições.

Palavras-chave: Grupos; Processo Grupal; Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Modelos de Atenção em Saúde Mental.

ABSTRACT

SCHUHLLI, V. M. **Tendencies and countertendencies for group work in the context of dispute between mental health care models: an analysis of two Psychosocial Care Centers (CAPS).** 2020. 579 f. Thesis (PhD in Collective Health) – Botucatu School of Medicine, São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2020.

This study aimed to investigate the current conditions of the group work carried out at Psychosocial Care Centers (CAPS), which are strategic services of Public Mental Health Policy. In the course of the Brazilian Psychiatric Reform, the transformation of the assistance network and health practices began to consider groups as one of the primary work methods for mental health professionals. Different interests and political projects involved in this process are updated into the particular dimension of the dispute between a biomedical model and a psychosocial care model, which propose different technological arrangements and distinct goals for group work. In order to apprehend the tendencies and countertendencies for this kind of activity, we initially considered the professionals' conceptions about their group work practice and their relations with the work process and health care models. Therefore, we combined theoretical research in the fields of Collective Health and Psychiatric Reform with the empirical research in two Psychosocial Care Centers (CAPS) of Curitiba City/PR. The analysis gathered data from participant observation, questionnaires applied to all professionals who were conducting group work at the beginning of the research (thirty), three focus group sessions with ten participants, and semi-structured interviews with seven participants. Professionals from different areas, including nursing (technical and university levels), psychology, social work and occupational therapy participated in the research. The theoretical references enabled understanding of data on the broader movement of transformation of health practices, as well as the influences of the current moment of flexible capital accumulation on group work in the context of the studied CAPS. Forms of work organization and management revealed themselves as important determining factors for group operationalization modes, which present potencies and obstructions, being pressed out in favor of the biomedical logic. In this sense, groupality production proved to be itself a countertendency, and that is the reason for retrieving the theoretical contributions of both the Historical-Cultural Psychology and the Latin American Social Psychology for the group work process that may provide further contributions for the psychosocial care model as an alternative health care model. This path enabled to qualify the thesis that group work, in the dispute of mental health care models, has been pressed towards instrumentalizing biomedical practices, either by reinforcing the biomedical model in mental health policies or by reconfiguring concepts and practices of the psychosocial care model under administrative and managerial parameters that subvert the purposes of health care in favor of capital needs, mediated by institutions.

Key-words: Groups; Group Process; Health Work Process; Mental Health; Psychiatric Reform; Mental Health Care Models.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos modelos de atenção em saúde mental.....	257
Quadro 2: Participantes por local e formação profissional.....	305
Quadro 3: Participantes do Grupo Focal	308

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AD – Álcool e Drogas

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ALAPSO – Associação Latino-americana de Psicologia Social

ANC – Assembleia Nacional Constituinte

APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BM – Banco Mundial

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CEB – Comunidade Eclesial de Base

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CECO – Centro de Convivência

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMF – Complexo Médico Financeiro

CMI – Complexo Médico Industrial

CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DNS – Departamento Nacional de Saúde

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual* / Manual de Diagnóstico e Estatística

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EDN – Estratégia Democrático-Nacional

EDP – Estratégia Democrático-Popular

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FEAES – Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde

HIZA – Hospital do Idoso Zilda Arns

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPCC – Instituto Pró-Cidadania de Curitiba

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

Mops – Movimento Popular de Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
OS – Organização Social
OSCIP – Organização Social da Sociedade Civil de Interesse Privado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PIB – Produto Interno Bruto
PL – Projeto de Lei
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PPP – Parceria Público-Privada
PR - Paraná
PROVOPAR – Programa do Voluntariado Paranaense
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PTS – Plano/Projeto terapêutico singular
RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REME – Movimento de Renovação Médica
RH – Recursos Humanos
SARR – Serviço de Atenção em Regime Residencial
SAMS – Sistema de Atenção Médica Supletiva
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Transtornos Mentais

TO – Terapia Ocupacional/Terapeuta Ocupacional

TR – Técnico de Referência

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNILEHU – Universidade Livre para a Eficiência Humana

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS PARTICULARIDADES NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	34
1.1 Processo de trabalho	35
1.2 O processo de trabalho sob o modo de produção capitalista	47
CAPÍTULO 2 – O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	66
2.1 As necessidades em saúde	76
2.2 O objeto de trabalho em saúde.....	84
2.3 Os agentes do trabalho: do trabalhador individual ao trabalho coletivo.....	94
2.4 Sobre a tecnologia e os meios de trabalho	105
CAPÍTULO 3 – A DISPUTA DE MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE	129
3.1 Breve caracterização da atenção à saúde no Brasil ao longo do século XX.....	130
3.1.2 A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde	153
3.2 Modelos de atenção hegemônicos e alternativos na assistência em saúde brasileira ..	172
CAPÍTULO 4 – A DISPUTA DE MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	195
4.1 Antecedentes históricos das reformas psiquiátricas.....	195
4.2 A disputa de modelos de atenção em saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira	219
4.2.1 O Modelo biomédico.....	238
4.2.2 O Modelo Psicossocial.....	247
CAPÍTULO 5 – ACERCA DO MÉTODO E DA METODOLOGIA.....	259
5.1 Pesquisa Qualitativa e Materialismo Histórico-Dialético.....	265
5.2 À guisa de síntese	285
5.3 Desenho de Estudo e Fases da Pesquisa	293
5.4 Local da pesquisa de campo	296
5.5 Contato com o local	298
5.6 Procedimentos de pesquisa e formas de registro	298
5.7 Sobre as participantes da pesquisa.....	303
5.8 Devolutiva parcial para a equipe e participantes	311

5.9 Análise de dados	312
5.10 Critérios Éticos	313
CAPÍTULO 6 – O TRABALHO COM GRUPOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	314
6.1 Os Centros de Atenção Psicossocial	319
6.2 Sobre o processo de trabalho nos CAPS investigados.....	327
6.2.1 Sobre as mudanças de gestão e seus impactos no processo de trabalho e no modelo de atenção.....	327
6.2.2 Sobre o objeto do trabalho	353
6.2.3 Sobre os agentes e o trabalho em equipe	359
6.2.4 Sobre os meios de trabalho	384
CAPÍTULO 7 – IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E NO TRABALHO COM GRUPOS	408
7.1 A reestruturação produtiva, seus impactos na organização do trabalho e na subjetividade dos trabalhadores	409
7.2 Polivalência, intensificação e sobrecarga no trabalho em saúde mental	424
7.3 A lógica administrativa e gerencial produzindo inversões nas finalidades do cuidado	445
7.4 O trabalho em grupo e o reforço de uma sociabilidade privada	450
7.5 A refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo psicossocial	459
CAPÍTULO 8 – O PROCESSO GRUPAL COMO CONTRATENDÊNCIA	477
8.1 O trabalho com grupos como tecnologia na saúde mental	480
8.2 As teorias histórico-dialéticas sobre os grupos humanos	484
8.2.1 O aporte Teórico da Psicologia Histórico-Cultural.....	485
8.2.2 O processo grupal.....	494
8.3 Notas sobre o processo grupal e os serviços pesquisados	512
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	528
REFERÊNCIAS	551
APÊNDICES	570
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionários).....	571
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal e Entrevistas)	573

Apêndice C – Questionário inicial.....	575
Apêndice D – Roteiro do grupo focal.....	578
Apêndice E – Roteiro das entrevistas	579

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de nossa pesquisa de doutorado sobre o trabalho com grupos no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa foi realizada no município de Curitiba entre os anos de 2016 e 2018, com os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial III, que atendia usuários com sofrimentos relacionados a transtornos mentais e um Centro de Atenção Psicossocial III AD, que atendia usuários com sofrimentos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Participaram da pesquisa as profissionais¹ que realizavam grupos naquele momento e que manifestaram interesse, entre elas enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, e técnicas de enfermagem.

A saúde pública e o trabalho com grupos têm figurado como temas de meu interesse desde a graduação em Psicologia, quando realizei estágio profissionalizante em Unidade Básica de Saúde (UBS), com uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Chamava-me atenção desde aquele momento a incongruência entre as práticas realizadas com grupos de diabéticos e hipertensos e os conhecimentos sistematizados pela Psicologia Social Latino-americana sobre o processo grupal. Posteriormente, em minha atuação como psicólogo de um CAPS II da região metropolitana de Curitiba, tive a oportunidade de vivenciar a potencialidade do processo grupal e também alguns de seus limites no interior do cotidiano dos serviços de saúde mental propostos pela legislação brasileira.

O tema voltou a me instigar na prática da docência para profissionais da rede pública de saúde em cursos de especialização e, novamente, já na universidade como supervisor de estágios profissionalizantes de psicologia em Centros de Atenção Psicossocial. Passamos a nos deparar, os estagiários e eu, com queixas de profissionais que não se sentiam preparados para essa atividade e com relatos relacionados às exigências do processo de trabalho. Deparamo-nos, também, com situações nas quais a prática com grupos era tomada pelos profissionais como prescritiva (não se tratando de uma escolha do profissional, mas de algo prescrito pela legislação e/ou pela gestão) ou tomada como medida racionalizadora (forma de atender mais usuários em menor tempo e espaço), correndo o risco de configurar-se como uma prática majoritariamente preventivista.

Compreendíamos, no entanto, que não se trata de culpabilizar o profissional por sua atuação com grupos, mas de situar as dificuldades dos profissionais em meio às determinações

¹ No momento da pesquisa todas as trabalhadoras que realizavam grupos eram mulheres, em ambos os serviços.

mais gerais que compõem essa prática. Toda prática é histórica e, como tal, expressa determinações que vão além da compreensão singular do profissional que a operacionaliza. Como exemplos das determinações que identificávamos naquele momento, poderíamos citar: as determinações advindas do trabalho dentro do Estado no contexto das políticas públicas, a conformação histórica das práticas com grupos no território e comunidades, o enquadramento teórico das diferentes teorias e saberes sobre o trabalho com grupos humanos.

Em 2014, iniciamos um projeto de pesquisa em torno dessa temática abrangendo a produção sobre o tema nas políticas públicas de saúde e de assistência social, ainda restritas ao campo das produções em psicologia. A importância desse estudo justificava-se pelo crescimento do trabalho do profissional de psicologia no contexto das políticas públicas². Além da expansão do campo de trabalho, é possível afirmar que a nova configuração das políticas públicas tem sido marcada pela interiorização dos serviços (MACEDO et. al., 2011). No contexto atual, marcado pela crescente medicalização social, ou seja, pela crescente apropriação dos comportamentos pelas práticas da medicina³ (ALMEIDA; GOMES, 2014), percebíamos que essa capilarização dos serviços traz consigo a possibilidade de ser convertida em maior controle da população por parte dos técnicos. Essa não é uma função menor ou que dependa apenas da vontade individual, já que desde o seu surgimento a prática médica vem se mostrando atrelada aos interesses da classe social dominante, e utilizada como instrumento de controle e manutenção do poder. Um exemplo disso no contexto de desenvolvimento do Estado Moderno no final do século XVIII, foi a polícia médica, que buscou garantir o controle do poder político sobre as condições de vida da população (AYRES, 2002). Na história da psiquiatria e das intervenções no campo do que tem se denominado “saúde mental”, a relação da aplicação das técnicas e seu atrelamento ao projeto de Estado da classe dominante, também foi problematizado por diversos autores (AMARANTE, 2007; BASAGLIA, 1971).

A crítica da utilização da ciência e da técnica como instrumento de poder em detrimento das necessidades de saúde da população, é solo comum no qual vicejaram o campo da Saúde Coletiva e o conceito de desinstitucionalização⁴ que orientou a reforma psiquiátrica brasileira.

² Tomando como exemplo a expansão da atuação do profissional de psicologia junto às políticas públicas, pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (CFP) aponta que tínhamos, em 2013, 29.212 psicólogos (as) atuando no Sistema Único de Saúde (SUS); 20.463 psicólogos (as) atuando no Sistema Única de Assistência Social (SUAS) e 1.103 psicólogos (as) atuando no judiciário (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

³ Fazemos referência aqui à medicina por ser a prática em saúde mais típica e da qual historicamente outras profissões derivaram. Como esperamos deixar claro ao longo do trabalho, consideramos a medicalização como apropriação dos comportamentos pelas práticas e serviços de saúde em geral.

⁴ Preferimos utilizar desinstitucionalização aqui como “conceito”, diferentemente de outros autores (AMARANTE, 1996; VASCONCELOS, 2004), que preferem chamar de “paradigma da desinstitucionalização”.

No entanto, embora com elementos comuns e desenvolvendo-se no mesmo período histórico, as contribuições do campo da Saúde Coletiva para a compreensão do processo saúde-doença no campo da saúde mental, não estão suficientemente exploradas e pouco são discutidas em alguns cursos que formam profissionais que atuam na saúde mental (psicologia, terapia ocupacional e serviço social, por exemplo), fato que contribuiu para corroborar a necessidade do presente estudo.

Nossas preocupações acerca da prática da psicologia com grupos no cenário dos equipamentos públicos de saúde mental, no entanto, ganhavam proporções mais amplas, abrangendo profissionais com variadas profissões que realizavam essa prática. Dimensionamos nossas análises, a partir de então, no âmbito do trabalho coletivo em saúde e submetemos o projeto da investigação ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESP, o que nos possibilitaria contemplar as contribuições desse campo de estudos e práticas para a reflexão sobre o trabalho com grupos no interior do processo de trabalho em saúde mental.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, vimos a estruturação de equipamentos de saúde que passaram a preconizar a atuação de equipes multiprofissionais. Como resultado do ascenso dos movimentos sociais organizados da década de 1980, a Constituição Federal de 1988 passa a reconhecer direitos sociais que devem ser garantidos mediante políticas econômicas e sociais. Nesse contexto, ganha espaço a discussão sobre a necessidade de atuação de equipes multiprofissionais em campos de trabalho que não estavam estruturados até então – com destaque para as políticas de saúde e assistência social. Com a Lei Orgânica da Saúde aprovada em 1990 e a estruturação do Sistema único de Saúde (SUS), inicia de maneira progressiva a atuação de profissionais que não costumavam fazer parte das equipes mínimas preconizadas pelas legislações (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores de educação física etc.), o que vem a exigir mudanças nos currículos das universidades no sentido de contemplar a política social e a saúde pública como contexto emergente para a prática profissional. Essa necessidade se aprofunda a partir do ano de 2001, quando é sancionada a lei 10.216, que trata dos direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental – fruto das denúncias contra o modelo

Entendemos que essa posição já vem marcada pela influência de autores como o filósofo francês Edgar Morin e suas noções de “paradigma” e “complexidade”. Há posições contraditórias no debate acadêmico sobre as influências do marxismo na obra de Morin, mas, em geral, problematiza-se a ideia de complexidade em oposição ao conceito de totalidade, tão importante nas análises científicas nos marcos do materialismo histórico-dialético. Por compreender que essa discussão no campo da reforma psiquiátrica ainda não está suficientemente explicitada, optaremos pelo uso do termo como um “conceito” orientador das práticas em saúde mental.

manicomial de tratamento promovidas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), entre outros, que desde 1989 já apoiavam um projeto de reforma psiquiátrica em tramitação no Congresso Nacional.

Com a portaria 224 do Ministério da Saúde, de janeiro de 1992, a multiprofissionalidade passa a figurar como uma diretriz importante na organização dos serviços e se amplia a noção de profissionais técnicos que podem compor as equipes especializadas dos centros de saúde, ambulatorios especializados e NAPS/CAPS⁵. Essa portaria inclui, ainda, a psicoterapia como modalidade de atendimento ambulatorial, bem como o atendimento na forma de grupos terapêuticos, operativos, socioterápicos, ou de atividades de orientação e educativas, além das atividades comunitárias na área de referência do serviço de saúde.

Apesar de ser um marco importante para a inserção da multiprofissionalidade nas políticas públicas de saúde a referida portaria acaba por regulamentar e dar respaldo para a experiência em curso em diversos municípios, mas não produz efeito em grande parte do território nacional no que diz respeito a um aumento significativo do número e diversidade de profissionais na rede. Além disso, CAPS e NAPS ainda não são definidos, nesse momento, na legislação como serviços territoriais e substitutivos, mas como intermediários entre internação hospitalar e atendimento ambulatorial. Amarante e Torre (2001) destacam que a portaria acaba por igualar experiências distintas cujas inspirações teórico-conceituais e técnico-assistenciais foram diferentes, tomando-as apenas como uma modalidade de serviço e perdendo a pluralidade contida em sua origem.

É a partir do ano de 2002, como efeito da portaria 336 do Ministério da Saúde, que aumenta gradativamente a diversidade de profissionais na rede de atenção à saúde mental. Essa portaria passa a preconizar na equipe dos Centros de Atenção Psicossocial, além do profissional médico e enfermeiro, de três a cinco profissionais de ensino superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Ademais, a portaria prevê de quatro a oito profissionais de nível médio (a depender do porte do serviço), além de elencar entre as atividades realizadas pelo serviço, o atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras). Nesse momento os CAPS já são entendidos pela legislação como equipamentos reguladores do território, e a consolidação de um corpo técnico

⁵ Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) / Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

estatal⁶, ocorre em um movimento concomitante de territorialização das políticas públicas de saúde mental.

Desde então, principalmente nos serviços de base territorial, as legislações e normas técnicas incluem o atendimento em grupos, que passa a constituir-se em importante dispositivo no cotidiano dos serviços. No entanto, o aumento da demanda por esse tipo de atuação não tem sido acompanhado por um aumento significativo do número de publicações sobre o tema.

O trabalho em contexto territorial tem um histórico de intervenções que não se resume ao momento atual. As práticas territoriais ou comunitárias⁷ no Brasil, remontam às primeiras décadas do século XX. Desde o final do século XIX, com o agravamento da miséria e o fortalecimento do movimento socialista, os países capitalistas lançam mão de uma variedade de respostas sociais, educativas e assistenciais, na tentativa de responder à tensão instaurada (GÓIS, 2005). Remontam à essa época as primeiras experiências dos assistentes sociais com grupos, numa perspectiva de ajustamento que será depois extensamente criticada no movimento de “renovação da profissão”, nas décadas de 1960 e 1970⁸.

Nas décadas de 1940, 1950 e 1960, continuam existindo trabalhos comunitários isolados tanto por parte do Estado quanto por parte dos movimentos sociais que se fortalecem em 1960. Em 1970, já no contexto pós-implantação da ditadura empresarial-militar, as intervenções estatais nesse campo adquirem caráter assistencial com o objetivo de aproximar os jovens universitários da população pobre pretendendo com isso, gerar na opinião pública uma percepção favorável ao regime ditatorial (GÓIS, 2005).

A psicologia comunitária enquanto proposta sistematizada só surgirá no país a partir de 1975, sob influência de distintos referenciais. Ao mesmo tempo que surge por influência do

⁶ Novamente tomando como exemplo os profissionais de psicologia cujos dados foram mais recentemente compilados, é possível perceber uma mudança no perfil de inserção profissional. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2009, com exceção de cerca de metade da categoria que exerce sua atividade como autônomo, o setor público já se caracterizava como o maior empregador (dos psicólogos empregados 40,3% estavam no setor público, 24,4% em empresas e organizações privadas e 35,3% em organizações sem fins lucrativos), sendo a maior concentração de profissionais na saúde pública (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

⁷ Nessa primeira aproximação consideraremos práticas comunitárias ou territoriais como sinônimos, na tentativa de abranger as práticas desenvolvidas com a população junto de seus espaços de vida cotidiana. Esses conceitos, no entanto, não coincidem e já têm sido extensamente problematizados, inclusive, no campo da psicologia comunitária e da saúde coletiva (SAWAIA, 1996; OLIVEIRA, 2004).

⁸ O serviço social no Brasil, antes dessas décadas sofre marcadamente a influência norte-americana com a supervalorização da técnica e a defesa da neutralidade científica. O funcionalismo que lhe serve nesse momento, será criticado nas décadas de 1960 e 1970 no movimento de renovação da profissão que culminará num projeto ético-político construído pela categoria nas décadas de 1970 e 1980, numa clara ruptura com o conservadorismo. Movimento semelhante fez a psicologia social comunitária no Brasil a partir da década de 1970, criticando a “individualização” da Psicologia Social norte-americana (FAHR, 1998), tendo a Psicologia Histórico-Cultural como um dos aportes teóricos para essa crítica.

preventivismo norte-americano, esse movimento no Brasil já traz as marcas da Psicologia Social Crítica, da teologia da libertação e da educação popular – diferentemente da Europa, onde surge por influência do *welfare state* e da psicologia clínica.

Desses referenciais teóricos que influenciaram o trabalho territorial, nos cabe aqui destacar ao menos dois que continuam a influenciar a prática atual. O primeiro deles, diz respeito às influências da teologia da libertação e da educação popular, que forçam uma mudança no perfil da educação em saúde que se produzia nos Centros de Saúde, até então. Passa-se a discutir a educação para além dos Centros de Saúde, em sua vinculação com a comunidade (VASCONCELOS, 1989), além de considerar conceitos como o de conscientização, que será resignificado pela psicologia comunitária⁹. Essas concepções continuam produzindo influência, principalmente nos trabalhos no âmbito da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde), na qual parte do trabalho com grupos tem um caráter de grupos educativos ou informativos.

Outro referencial que continua a produzir efeitos nas práticas atuais é o preventivismo, que surge nos Estados Unidos da América (EUA) como resultado do censo de 1955, que revelou as condições precárias dos doentes mentais institucionalizados. A partir de 1963, o governo Kennedy inicia uma série de medidas racionalizadoras que têm como diretriz principal a criação de serviços de saúde mental intermediários entre o manicômio e a comunidade, com vistas a diminuir os gastos com saúde, e o número de internações nos hospitais psiquiátricos. É claro aí, o entendimento da desinstitucionalização tomada unicamente no sentido de desospitalização, o que, ao contrário do que se propagava, acabou por produzir aumento dos gastos e das internações (AMARANTE, 2007).

Esse modelo de atenção que ficou conhecido como Psiquiatria Comunitária e Preventiva tem como importante referência Gerald Caplan, que se inspira no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark. Com o objetivo de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais na comunidade, esse modelo acabou operando um agenciamento dos doentes no território para o manicômio. A concepção de que as doenças mentais poderiam ser prevenidas desde que detectadas precocemente levou à “busca de suspeitos”, como forma de detectar e tratar precocemente qualquer distúrbio mental. Essa estratégia acabou se

⁹ Diferentemente de concepções que consideram o sujeito passivamente, como repositório de conteúdos no processo educativo, a psicologia comunitária crítica vai compreender a conscientização como um processo de desenvolvimento da consciência em relação ao real, o que pode ser notado em textos como os de Martin-Baró (1996).

transformando em “caça por suspeitos”, numa clara expansão dos “preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2007, p.51). Reatualiza-se no século XX com o preventivismo, agora sob nova roupagem, a tendência de controle social por parte da psiquiatria, revelando também as relações entre a intervenção técnica e os interesses estatais.

A crítica à essa função de controle desempenhada pelo conhecimento técnico aliado ao Estado, também não é nova e pode ser encontrada com muito vigor na experiência da reforma psiquiátrica italiana (BASAGLIA, 1971, 1979, 2005b, 2005c). A experiência italiana demonstrou teórica e praticamente a possibilidade de um processo de desinstitucionalização na história da psiquiatria (AMARANTE, 2007). A questão da reabilitação que na Itália surge de uma luta no interior da instituição, também veio influenciar a reforma psiquiátrica brasileira que empreendeu a crítica às concepções tradicionais de reabilitação e cronicidade, contrapondo-as à noção de reabilitação psicossocial (KINOSHITA, 1996; PITTA, 1996; SCHÜHLI, 2008).

Vemos, portanto, que a tentativa de construção de uma política de saúde mental universalizante no Brasil após a década de 1980, se dá em um contexto contraditório marcado pela tradição manicomial da psiquiatria, voltada ao controle das populações marginalizadas. A influência de referenciais internacionais de crítica à psiquiatria constitui importante instrumental para a possibilidade de implantação de uma política que enfrentasse a mercantilização da saúde mental e diversificasse as ofertas terapêuticas, no sentido da ampliação das possibilidades de vida dos sujeitos atendidos, recusando o internamento como única solução e denunciando as violências perpetradas pelas instituições psiquiátricas.

A atuação com grupos não é nova nas práticas em saúde existindo desde a passagem do século XIX para o século XX, com diversas transformações e finalidades. No entanto, o redirecionamento das políticas nos últimos anos aumenta o grau de prioridade dessa atuação, levando à preocupação com a atualização do conhecimento sobre esse conjunto de práticas. O contexto atual, então, é de aumento da demanda multiprofissional no interior do Estado, numa tradição de atuação que prioriza o controle social, mas com o acúmulo de práticas que possibilitam pensar a humanização e a reabilitação psicossocial dos sujeitos assistidos por elas. Com o descenso das práticas comunitárias fora do Estado acompanhado da expansão dos serviços estatais de base territorial, no entanto, ainda predomina na formação profissional o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (COSTA-ROSA, 2006 apud YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Essa dificuldade na formação fica evidente quando se define como uma das atribuições do profissional o trabalho com grupos, que grande parte das vezes acaba por atualizar uma prática preventivista e assistencial. Dessa maneira, acreditamos que este estudo possa contribuir de maneira indireta para as reflexões sobre a formação profissional, já que os desafios e inovações teórico-práticos que a atuação nos serviços de saúde mental territorializados têm trazido para os profissionais que atuam na área estão ainda restritos ao cotidiano dos novos serviços, às discussões das entidades corporativas e à pós-graduação (VASCONCELOS, 2004), penetrando pouco na formação básica de alguns cursos da saúde, voltados para o modelo de profissional clínico liberal e individualizado e resistentes à atenção em saúde mental nos marcos da atenção psicossocial.

No contexto dos serviços públicos de saúde mental temos nos deparado com a percepção comum de que os profissionais de psicologia teriam formação para o trabalho com grupos e os demais profissionais técnicos em saúde mental não se sentem preparados para esse trabalho. Neste sentido, partimos da premissa de que há contribuições da psicologia a serem feitas à reflexão sobre o trabalho com grupos na saúde mental, mas é também necessário que se questione a efetividade da formação em psicologia para esse tipo de trabalho. A psicologia se institucionaliza como profissão no Brasil no ano de 1962, e tem seu desenvolvimento como ciência e profissão, nas primeiras décadas, sob o regime da ditadura empresarial-militar que vigora no país. Esse contexto determina em grande medida as características individualistas, inclusive, da psicologia social, que se desenvolvia nesses anos. Aprofunda-se um intenso processo de psicologização e individualização, já apontado por diversos autores (COIMBRA, 1995; VASCONCELOS, 2004) que ainda hoje deixa marcas na atuação que se (re)produz nos serviços de saúde.

O modelo hegemônico de prática psicológica no imaginário social e na formação em psicologia continua sendo a clínica centrada nos consultórios particulares, ainda que os números oficiais venham mostrando modificações na inserção prática do psicólogo nas políticas públicas, como apontamos acima. Os currículos dos cursos de graduação, em geral, têm se mostrado refratários à inserção de disciplinas voltadas à atuação na área da saúde, respondendo de maneira lenta à demanda social pelo trabalho do psicólogo nesse campo. Vasconcelos (2004) aponta como exceção nesse quadro a expansão do campo de estágio na área, o que acaba por acarretar uma reprodução de práticas clínicas individualizadas, por não estar associada a disciplinas teóricas que permitiriam compreender de maneira mais ampla a saúde pública e a saúde mental.

Esse contexto nos permite afirmar que nos cursos de psicologia ainda se estuda pouco autores clássicos do campo¹⁰ da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-americana, que trazem importantes contribuições para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e das condições de saúde das coletividades. Todavia, isso não significa dizer que não haja referenciais críticos em psicologia e o desenvolvimento de práticas contra-hegemônicas. No mesmo contexto histórico de ascenso da Saúde Coletiva no Brasil e com inquietações semelhantes em relação ao sistema social e às necessidades de saúde da população, toma corpo a proposta da Psicologia Social Comunitária, movimento que articula autores latino-americanos numa crítica à produção da psicologia social norte-americana, extremamente funcionalista e adaptacionista. Com forte inspiração no materialismo histórico-dialético e em alguns autores da Psicologia Histórico-Cultural¹¹, essa corrente teórica produz um rompimento com o modelo clínico liberal na psicologia, utilizando-se da atuação com grupos para fortalecer o trabalho nos territórios, em contato com a classe trabalhadora.

Apesar do estudo do processo grupal proposto pela Psicologia Social Comunitária predominaram nos cursos de graduação as abordagens grupistas e institucionalistas fortemente marcadas pelos teóricos argentinos e franceses, com inspiração psicanalítica (COIMBRA, 1995, VASCONCELOS, 2004), entre eles Baremblytt, Enriquez, Saidon, Deleuze, Guattari e Pichon-Rivière. Essa hegemonia do referencial psicanalítico – mesmo em suas facetas mais críticas – no estudo dos fenômenos grupais reafirma a necessidade e possibilidades de contribuições de uma nova incursão nas possibilidades teóricas da Psicologia Histórico-Cultural em relação à temática. Isso, porque acreditamos haver nesse referencial teórico uma perspectiva crítica capaz de romper com práticas preventivistas que os técnicos em saúde mental continuam a reproduzir nos serviços de saúde. Os profissionais continuam a se mostrar despreparados para a atuação com grupos, e para os desafios do serviço público, tendendo a repetir as práticas hegemônicas nos serviços privados, entre elas a seleção e hierarquização da clientela, que acaba por filtrar a clientela com maior poder aquisitivo e mais

¹⁰ Paim (1982) e Donnangelo (1983), empregam “campo” como um conceito que designa um espaço social mais amplo e complexo, que uma simples área de conhecimento.

¹¹ No Brasil essa abordagem teórica em psicologia ficará conhecida também por “Psicologia Sócio-Histórica”, tendo como principal referência e polo irradiador, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Apesar da referência ao termo “Psicologia Sócio-Histórica” no Brasil, optamos aqui pelo uso do termo “Psicologia Histórico-Cultural”, ao nos referirmos à corrente psicológica desenvolvida inicialmente por Vigotski, Luria e Leontiev na União Soviética, por sua abrangência internacional e por ser o termo mais comumente utilizado pelos pesquisadores que integraram o grupo de Vigotski. Como esclarece Prestes (2010), uma das razões para a multiplicidade de nomes decorre do fato de Vigotski não ter nominado sua teoria.

alto grau de instrução, relegando os usuários mais comprometidos e com histórico maior de internações, ao tratamento apenas com psicofármacos ou à desassistência (VASCONCELOS, 1992; SCHÜHLI, 2008).

A despeito da grande produção teórica que a psicologia tem acumulado sobre os grupos humanos, no que tange o trabalho com grupos na saúde pública as referências são escassas e concentradas na área da enfermagem. Contamos com uma série de referências já clássicas na discussão da relação entre psicologia e saúde (CAMPOS, 1992; DIMENSTEIN, 1998, 2001; SPINK, 2003, 2006), mas acreditamos que ainda é possível avançar nas contribuições da psicologia para o trabalho com grupos, contribuindo com a capacitação em serviço do trabalhador coletivo em saúde.

Desde a década de 1970, a psicologia social latino-americana tem produzido uma leitura crítica sobre o processo grupal, denunciando sua apreensão por técnicas com objetivo principal de gerar consenso e adaptação, e destacando o caráter contraditório, conflitivo e ideológico dos grupos humanos. Entre essas leituras, destaca-se a produção de Sílvia Lane (2004), no Brasil, e de Ignacio Martín-Baró (1999), em El Salvador.

Em relação à Psicologia Histórico-Cultural, que também orienta nossas análises, há que se considerar a importância que essa teoria atribui aos processos grupais na constituição da individualidade humana. Nessa concepção, não existe ser humano sem o contato com as objetivações do gênero humano, que se dá mediado pelos grupos humanos. Nesse sentido é impossível dicotomizar individual e social, sendo as relações intrapsicológicas desenvolvidas pela apropriação de relações interpsicológicas (VIGOTSKI, 1998).

A compreensão de que se parte aqui é, portanto, de que, dada a ausência de referenciais teóricos encontrados no campo da pesquisa para orientar a prática com grupos, se faz premente apontar a necessidade de aprofundamento dos estudos que articulem o aporte teórico da Saúde Coletiva, da Psicologia Social Latino-americana e da Psicologia Histórico-Cultural, que podem contribuir para o modelo psicossocial de atenção à saúde mental e fazer avançar a compreensão do trabalho com grupos nos serviços territoriais estruturados no bojo da reforma psiquiátrica, nos últimos anos.

Nossa intenção inicial com a pesquisa era justamente a de investigar a produção de grupalidade e a mediação grupal no âmbito desses serviços, e sistematizar contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social Latino-americana que subsidiassem as práticas com grupos no âmbito dos CAPS. No desenvolvimento do processo de pesquisa compreendemos que isso levava a pensar o grupo, abstraído das condições concretas de sua

realização. No contato com a realidade dos trabalhadores os relatos apontavam sistematicamente para as influências do processo de trabalho na forma e limites que apresentava o trabalho com grupos.

Os elementos concretos do processo de trabalho impulsionaram o retorno à teoria de base sobre reforma psiquiátrica e saúde coletiva, e à consequente construção do objeto de pesquisa agora tomando o grupo como tecnologia do trabalho em saúde mental, e buscando as determinações mais gerais do objeto, tal como se apresenta atualmente nas condições de trabalho em saúde mental nas políticas públicas brasileiras. A Psicologia Histórico-Cultural e a Psicologia Social Latino-americana continuaram presentes, com menor acento, como chaves analíticas importantes para compreender o processo grupal e a mediação grupal, seus limites no contexto de estudo e suas potencialidades para além das condições concretas do processo de trabalho estudado.

Acreditamos que ao desvelar as tendências gerais do processo de trabalho que agem como determinações para o trabalho com grupos, contribuímos para instrumentalizar os trabalhadores na compreensão das suas práticas de maneira ampliada, reduzindo as frustrações produzidas pela idealização sobre seu objeto e tecnologias de trabalho, e fortalecendo-os para identificar as contradições presentes em seu cotidiano, com vistas a desenvolver práticas emancipatórias, que adensem a crítica e superação dessas contradições. Ao longo do processo dedutivo-indutivo da pesquisa a construção do objeto teórico indicou a necessidade de articular o que se produz enquanto trabalho com grupos no âmbito singular dos serviços, com as determinações mais gerais do processo de trabalho no contexto de generalização da forma mercadoria, mediada pelas particularidades das formas de produção no atual momento de acumulação do capital, e dos modelos de atenção em saúde historicamente constituídos, que atualizam nas formas de gerir e organizar o trabalho em saúde, a disputa de interesses e de modelos societários.

O objeto teórico da presente investigação constituiu-se, desse modo, na apreensão das tendências atuais do trabalho com grupos no âmbito dos processos de trabalho dos CAPS. Compreendemos que essas tendências estão expressas na disputa de modelos de atenção em saúde mental, que se configura com mais nitidez desde a implantação da reforma psiquiátrica brasileira, resultante do embate das forças sociais conservadoras com as propostas do movimento antimanicomial.

Esses processos articulados integravam o objeto e objetivo da presente tese que buscava apreender, por meio das respostas profissionais às demandas sociais, as tendências e

contratendências do trabalho com grupos nos Centros de Atenção Psicossocial. A aproximação dos processos singulares, instrumentalizada pelas categorias teóricas sobre o objeto, permitiu situá-lo na disputa de modelos de atenção em saúde mental, e influenciado pelos modos de organizar e gerir o trabalho com inspiração na reestruturação produtiva, que se mostraram mediações determinantes das formas como as contradições gerais do modo de produção reaparecem no objeto.

Após as reorganizações incitadas pelo próprio objeto, a questão de pesquisa foi delineada tendo por objetivo principal: *identificar as tendências e contratendências do trabalho com grupos no momento atual da reforma psiquiátrica brasileira.*

Os objetivos específicos ou intermediários foram assim formulados:

- Apreender como se insere o trabalho com grupos no processo de trabalho em saúde mental e identificar suas principais tendências;
- Compreender as relações entre as concepções dos profissionais de saúde acerca do trabalho com grupos e os modelos de atenção em saúde mental.

Sob a lógica da mercadoria, as práticas em saúde encontram dificuldades para contribuir com modos de andar a vida mais emancipados. Tendo isso em vista, escolhemos por situar este estudo no âmbito das políticas públicas. Embora a lógica estatal acompanhe a dinâmica do capital e reproduza parte de seus mecanismos no processo de trabalho, guarda com ela uma tensa e relativa autonomia. É no campo das políticas públicas que ainda persistem experiências universalizantes e equitativas, além das tentativas de construção de dinâmicas tecnológicas nos modelos de atenção que apontem alternativas aos modelos hegemônicos. Ao permitir relativa fuga da lógica do lucro que subordina a vida individual e coletiva a processos obstrutivos e destrutivos e permitir, ao mesmo tempo, um maior planejamento e ações coletivas eficazes, a dinâmica estatal pode apontar possíveis superações nas práticas em saúde, pautadas na lógica do desenvolvimento humano. Por acreditar nisso elegemos como objeto de estudo o trabalho com grupos no âmbito dos serviços públicos estatais, que, ainda que contaminados pela lógica da reprodução do capital e da forma mercadoria, em suas práticas, conhecimentos e relações trabalhistas, apresenta maiores possibilidades de produção de experiências não completamente subsumidas ao tratamento da saúde como mercadoria.

Ademais, percebíamos que apesar de o trabalho com grupos estar inserido no processo de trabalho em saúde mental, a produção de grupalidade não era uma finalidade hegemônica do trabalho, e os relatos dos trabalhadores era de que não conheciam ou não dominavam as técnicas necessárias à realização do trabalho. Além disso, a forma como os agentes narravam

sua função nos grupos estava permeada por conteúdos ideológicos que negam sua intencionalidade e necessidade de planejamento. Compreendendo que a forma de conceituar o objeto de trabalho condiciona a forma de utilização dos meios e também as finalidades perseguidas, entendemos que a falta de intencionalidade e de domínio dos processos necessários à realização do trabalho, encontram raízes na disputa teórico-política de projetos no campo da saúde mental, que nem sempre se faz consciente para seus agentes. Esse contexto contribui para o desenvolvimento da atividade desprovida de motivos geradores de sentido e para o adoecimento e culpabilização individual dos profissionais.

Por conta disso, nos interessava tomar como participantes da pesquisa os agentes do trabalho em saúde mental, a fim de apreender as representações que têm de suas práticas, das finalidades de seu trabalho com grupos, buscando relacioná-las com os modelos teóricos e saberes que instrumentalizam essas práticas, na tentativa de apreender as tendências do trabalho com grupos no momento atual da reforma psiquiátrica brasileira. A escolha dos Centros de Atenção Psicossocial se deu por serem serviços centrais na operacionalização do modelo da reforma psiquiátrica brasileira, buscando articular uma maior oferta de possibilidades terapêuticas, práticas territorializadas e substitutivas ao modelo manicomial. A escolha do município de Curitiba, por sua vez, para além de ser a cidade de residência do pesquisador, se deu por apresentar uma rede de saúde mental desenvolvida, com cobertura de CAPS III e demais dispositivos previstos na legislação (cobertura de estratégia de saúde da família, residências terapêuticas etc.). O fato de Curitiba não apresentar um sólido histórico de reforma psiquiátrica, tendo seus CAPS, durante um período, geridos por Organizações Não-Governamentais (ONGs) e mais recentemente por uma Fundação Estatal, em nosso entendimento, contribuiu para o objeto da investigação, situado na disputa de interesses e modelos de atenção.

No contexto neoliberal de implantação da política de saúde mental, as formas de gestão do trabalho em saúde mental têm sido disputadas pelos mecanismos de terceirização e parcerias público-privadas que se apresentaram no campo de estudo. Essa tendência não se restringe ao município escolhido, mas foi por meio de sua realidade que conseguimos apreender alguns desafios e riscos ao modelo de atenção psicossocial que se anunciam no cenário nacional. Nesse sentido, nossa experiência empírica de contato e troca com outras localidades, vem confirmando que não se trata de fenômenos restritos à singularidade do campo de estudo, guardadas, obviamente, as devidas particularidades.

Partimos da premissa de que toda parte que recortamos da realidade para conhecer, é sempre determinada pelas relações em que está situada e também determinante delas. São partes construídas pelo social que o integram e também constituem. O conhecimento produzido neste trabalho parte de uma percepção inicial que é reconstruída reflexivamente em vários níveis de abstração, permitindo evidenciar conexões e significados invisíveis ao olhar inicial. É um conhecimento contextualizado histórica e socialmente, temporalmente válido, que tem a marca do quadro teórico que auxiliou na definição de seu objeto, orientou a investigação e a análise de dados.

Para a coleta de dados da parte empírica do estudo triangulamos procedimentos de investigação, de modo a conseguir a melhor apreensão possível do real. Foram realizadas observação participante, aplicados questionários para todos os profissionais que realizavam grupos no momento inicial da coleta nos dois serviços escolhidos (trinta profissionais), três sessões de grupo focal com dez participantes e entrevistas semiestruturadas com sete participantes (totalizando quatorze sessões). As participantes eram profissionais de diversas formações, incluindo enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. A pesquisa de campo, com suas várias fases, teve duração aproximada de um ano, sendo bem recebida pelos serviços e pelas trabalhadoras.

No processo de construção deste trabalho recebemos valiosas contribuições que auxiliaram na construção das relações e análises aqui apresentadas. A responsabilidade pelo conteúdo apresentado, no entanto, bem como pelas imprecisões contidas no texto, é de nossa inteira responsabilidade.

O trabalho está composto por oito capítulos que buscam construir os elementos necessários para a qualificação da tese aqui defendida. No primeiro capítulo, buscamos apresentar a compreensão mais geral e abstrata da teorização marxista acerca do processo de trabalho e, na sequência, as particularidades do processo de trabalho no modo de produção capitalista.

No segundo capítulo, nos aproximamos da discussão sobre o processo de trabalho em saúde, enquanto trabalho em serviços que apresenta particularidades em relação às características do trabalho sob o capitalismo. Como uma parte da produção social o trabalho em saúde guarda relação tensa com o todo, integrando-o, mas também se diferenciando dele. Analisamos ainda, as necessidades em saúde; o objeto de trabalho em saúde; os agentes do trabalho e a conformação do trabalho coletivo; a tecnologia e os meios de trabalho. Com estes dois capítulos iniciais buscamos identificar as tendências mais gerais da produção e da produção

em saúde sob o modo capitalista, bem como situar o trabalho com grupos como um dos meios de trabalho dos agentes na produção do cuidado em saúde mental.

No terceiro capítulo iniciamos pela caracterização da atenção à saúde e à saúde mental no Brasil ao longo do século XX, buscando apreender as mudanças em relação a seus objetos, agentes e meios de trabalho, destacando, quando possível, o papel dos grupos no processo de trabalho. Damos destaque às últimas décadas do século XX, com a constituição do movimento pela reforma sanitária e a disputa de interesses no setor saúde, que redundam na constituição de uma disputa por modelos de atenção, entre o modelo biomédico hegemônico e os modelos alternativos, constituídos pelas práticas que se fizeram possíveis no bojo do Sistema Único de Saúde. Esses modelos, além de representarem no âmbito particular a disputa de interesses e projetos políticos divergentes para o setor, propõem diferentes arranjos tecnológicos para as práticas, que configuram formas e finalidades distintas para o trabalho com grupos.

Essa discussão tem continuidade no capítulo quatro, no qual recuperamos os movimentos mundiais de reformas psiquiátricas que antecederam a transformação ocorrida no Brasil, e buscamos ressaltar suas influências teórico-práticas na constituição do modelo brasileiro de atenção psicossocial. Neste capítulo retomamos excertos de trabalho anterior (SCHÜHLI, 2008), no qual abordávamos a polarização entre o modelo da reabilitação psicossocial e os referenciais preventivistas na reforma psiquiátrica brasileira. Revisitamos esse trabalho a fim de apresentar agora uma visão mais ampla e geral, que busca compreender o modelo biomédico em suas diversas formas de apresentação, como unidade de uma diversidade que não se restringe ao preventivismo. Com base nesse debate buscamos reconstruir as principais características do que consideramos serem os dois principais modelos de atenção em saúde mental em disputa na realidade dos CAPS, o modelo biomédico e o modelo psicossocial.

No capítulo cinco, apresentamos os pressupostos metodológicos que deram sustentação ao caminho de pesquisa. Aqui é apresentada inicialmente a concepção materialista histórica e dialética sobre o processo de conhecimento e feitas algumas distinções em relação ao que tem se convencionado chamar de *metodologias qualitativas de pesquisa*, em razão do fato de termos elegido instrumentos de coleta que correntemente colocam a pesquisa em tela nesse campo de classificação. Na sequência detalhamos o desenho de estudo e os procedimentos metodológicos empregados.

Nos capítulos seis e sete, apresentamos a parte principal da análise de dados. No capítulo seis, são apresentados os dados relativos ao processo de trabalho nos CAPS pesquisados, organizados em quatro eixos de análise: dados relativos às mudanças de gestão do município

que figuraram como determinações importantes sobre o objeto, dados acerca do objeto de trabalho, dos agentes e meios de trabalho. Procuramos dar destaque em cada um desses eixos às principais tendências e contratendências observadas, bem como a seus impactos no trabalho com grupos. No capítulo sete, continuamos essa análise com ênfase especial nas características da reestruturação produtiva, que se mostraram relevantes em suas influências sobre o campo de estudo. A partir das repetidas leituras do material coletado, e com auxílio das mediações teóricas, foi possível organizar três eixos principais de análise, a saber: dados relativos à polivalência, intensificação e sobrecarga no trabalho em saúde mental; dados relativos ao impacto da lógica administrativa e gerencial sobre as finalidades da produção do cuidado em saúde mental; e dados relativos à possibilidade de o trabalho em grupo produzir, contraditoriamente, uma sociabilidade privada. Por esse caminho foi ficando claro o risco de apropriação e refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo psicossocial em favor de práticas biomédicas, influenciados pelas atuais formas de gestão e organização do trabalho, contribuindo para o reforço do modelo biomédico de atenção e para o desmonte da política de atenção psicossocial. Essas determinações mostraram-se fundamentais nas formas de operacionalização do trabalho com grupos, que revelou potências e obstruções no atual processo de trabalho, sendo tensionado em favor de práticas biomédicas.

Esse percurso constituiu o *corpus* principal da tese, explicitando as tendências e contratendências do trabalho com grupos na disputa de modelos de atenção em saúde mental e sob influências dos modos atuais de gestão e organização do trabalho. Como a produção de grupalidade se mostrou uma contratendência frente à tendência geral de reforço de práticas biomédicas, e como os referenciais teóricos que poderiam orientar o trabalho com grupos se mostraram ausentes da reflexão das profissionais, no capítulo oito, de maneira sucinta, buscamos recuperar a potência das concepções histórico-dialéticas de grupo, representadas por autores da psicologia social latino-americana e da psicologia histórico-cultural. Essa breve recuperação intenta apontar a necessidade de maiores estudos na sua interface com a saúde coletiva, bem como salientar as contribuições dessas vertentes teóricas para o trabalho com grupos no modelo de atenção psicossocial. Com essa base propomos algumas breves notas acerca dos processos de trabalho observados.

Acreditamos que esse caminho tenha permitido qualificar e sustentar a *tese de que o trabalho com grupos, na disputa de modelos de atenção em saúde mental, que representam dimensão particular da disputa de interesses e projetos políticos na reforma psiquiátrica brasileira, tem sido tensionado no sentido da instrumentalização de práticas biomédicas, seja*

pelo fortalecimento do modelo biomédico nas políticas de saúde mental, seja pela refuncionalização de conceitos e práticas do modelo psicossocial sob parâmetros administrativos e gerenciais que subvertem as finalidades do cuidado em favor das necessidades do capital, mediadas pelas instituições.

CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS PARTICULARIDADES NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

O desafio a que nos propusemos nessa investigação foi o de buscar compreender as contradições e tendências do trabalho com grupos nos Centros de Atenção Psicossocial, serviços que sintetizam em seu cotidiano os avanços e dilemas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por tratar-se de um objeto complexo e multideterminado, um dos passos necessários à essa empreitada é, ao nosso ver, a compreensão de como o trabalho com grupos se insere no processo de trabalho em saúde mental.

À vista disso, faz-se necessário compreender as dimensões mais gerais e particulares do processo de trabalho que se expressam nas formas singulares de trabalho nos Centros de Atenção Psicossociais que serviram de campo à parte empírica do presente estudo. O trabalho em saúde mental como uma forma particular de trabalho, não reproduz de maneira direta todos os processos contidos na descrição universal do trabalho sob relações capitalistas. Mas, é a teoria sobre os processos gerais que ilumina e auxilia a compreender a diversidade dos processos de trabalho particulares.

Assim sendo, se tomamos o trabalho apenas em suas dimensões empíricas e cotidianas, corremos o risco de absolutizar sua forma aparente sob o capitalismo, na qual se destaca a dimensão heterônoma do trabalho, como emprego e fonte de sofrimento. Todavia, o trabalho é também realização humana e condição de humanidade, já que é a forma elementar das objetivações humanas, a partir da qual outras esferas da práxis humana se desenvolvem e autonomizam, e que torna possível a apropriação e subjetivação das potencialidades humanas.

É a compreensão do trabalho enquanto processo geral, condição eterna de intercâmbio com a natureza e produtor de humanidade, que nos permite depreender a tensão existente nas formas concretas de socialidade entre o ser social e a genericidade, que pode apresentar-se contraditoriamente – e sob relações de dominação de classe efetivamente se apresenta – como entrave ao desenvolvimento dos seres humanos singulares. Ao mesmo tempo, é a compreensão da descrição universal do processo de trabalho que permite também, entender que as relações de produção, consumo e distribuição na forma de leis sociais que impedem o livre e omnilateral desenvolvimento humano, são uma forma histórica e não um destino inexorável.

Isto posto, iniciamos o capítulo pela noção mais geral de processo de trabalho, despidido de suas particularidades (aquilo que o caracteriza em todas as épocas históricas, como condição

da vida humana, em sua universalidade). Apresentamos ainda, de maneira sumária, as características mais gerais do trabalho no modo de produção capitalista, caracterizado, em última instância, pela produção na forma de mercadorias, veículos da produção de valor.

Entretanto, se a universalidade apresenta a unidade da diversidade, as diferenças nas formas concretas permanecem e não se esgotam na forma universal. Por isso, na sequência, apresentamos algumas particularidades do processo de trabalho em saúde, e buscamos realizar um apanhado das transformações das práticas em saúde mental. Do processo histórico de transformação dessas práticas que não são individuais, mas formas coletivas de responder em cada época às necessidades do processo de produção, esperamos encontrar elementos para compreender seu estado atual e suas tendências. Dado que o trabalho com grupos só se inscreve como meio de trabalho nas práticas em saúde no século XX, hegemonizando-se no Brasil, na assistência em saúde mental, somente no início do século XXI, interessa-nos acompanhar a transformação das práticas em saúde mental no seu movimento histórico (o que pode iluminar a compreensão do modo como os grupos estão sendo utilizados no processo de trabalho, bem como suas tendências e contradições).

Na tentativa de apreender o movimento particular de transformação da assistência em saúde mental, bem como as determinações mais amplas nas quais essa particularidade está contida, almejamos alcançar as modificações no seu objeto, meios de trabalho e ação de seus agentes. Desde que o consumo condiciona a produção em seu momento interno garantindo-lhe sua finalidade e criando a necessidade de novas produções, e que, por sua vez a produção conforma modos de consumo e determina também as necessidades, a compreensão das transformações do objeto de trabalho em saúde mental, informa-nos sobre as finalidades perseguidas no processo de trabalho por seus agentes e sobre o uso que fazem dos diferentes meios de trabalho para atingir o projeto imaginado. Não é suficiente, portanto, compreender o trabalho com grupos como técnica e instrumento dos profissionais de saúde mental, sendo preciso captar por que são utilizados e a quais necessidades respondem, bem como depreender a inserção dos agentes na divisão sociotécnica do trabalho.

1.1 Processo de trabalho

As formulações de Karl Marx (1818-1883) têm se mostrado fundamentais para a análise do processo de trabalho humano e influenciaram diretamente as teorizações sobre o processo de trabalho em saúde, como veremos adiante. Considerando as categorias desenvolvidas por

Adam Smith e David Ricardo, Marx reconhece o avanço desses autores ao destacarem o trabalho como fonte do valor, mas aponta que na contradição entre trabalho e propriedade privada, tomaram inteiramente o partido da propriedade privada, o que teve por consequência não focalizarem o trabalho em geral, mas uma de suas formas particulares, o trabalho alienado, subordinado ao capital (GERMER, 2003).

O ponto de partida da concepção marxiana são os indivíduos produzindo em sociedade, ou ainda, a produção dos indivíduos socialmente determinada (MARX, 2011). Dito de outro modo, busca compreender o processo de produção e reprodução da vida humana em suas especificidades e generalidade. Especificidades, porque tem qualidades distintas das formas de atividade animais e apresenta características diversas em diferentes formações sociais e épocas históricas. E generalidade, porque para além dessa diversidade de formas, há unidade nessa diversidade; elementos comuns que conferem universalidade ao processo.

Embora a representação abstrata abarque todas as formas de trabalho humano, a categoria *trabalho* concebida economicamente como abstração simples é tão moderna quanto as relações que a geraram. É com o desenvolvimento histórico que se coloca a possibilidade de passar com mais facilidade de um trabalho a outro, que o trabalho deixa de estar ligado diretamente a particularidade dos indivíduos, podendo ser tratado com maior indiferença e pensado não mais exclusivamente em uma forma particular. As abstrações mais gerais surgem, portanto, "com o desenvolvimento concreto mais rico, ali onde um aspecto aparece como comum a muitos, comum a todos" (MARX, 2011, p. 57).

Abstraídas as características particulares da diversidade de trabalhos humanos reais, a formulação mais geral e abstrata sobre o processo de trabalho pode ser tomada como:

um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. [...] No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 2004a, p. 211-212).

Surge, portanto, como atividade vital humana, a atividade que deve ser desempenhada todos os dias para garantir a produção dos meios de subsistência humana, condição eterna para

a realização da humanidade, comum a todas as formas sociais. O metabolismo entre seres humanos e natureza se diferencia da atividade dos demais animais, porque toma a natureza como objeto, não se dando como atividade direta de intervenção sobre ela, mas como atividade mediada, que inclui a preparação e fabricação de instrumentos e meios para essa intervenção. Mas, essa transformação não é fortuita, para ocorrer está subordinada a um projeto que os seres humanos figuram conscientemente e ao qual subordinam sua vontade. Quando esse projeto ideal se objetiva e o sujeito transforma a realidade por sua ação prática, as objetivações daí geradas já não se identificam com os sujeitos e podem ser apropriadas por outros, dando origem aos produtos da cultura humana, às objetivações do gênero humano que superam e expandem constantemente suas limitações biológicas.

Os indivíduos humanos, fruto do processo de desenvolvimento de sua espécie (processo comumente chamado de *hominização*, marcado por dadas particularidades orgânicas), a partir da base material corpórea que detêm, agem com suas forças físicas e psíquicas em relação ao restante da natureza, transformando-a e adaptando-a às suas necessidades. Essa ação produz uma miríade de objetivações que vão desde os gestos e palavras, até a maquinaria ou os instrumentos de trabalho. Indivíduos naturais que se destacam da natureza ainda fazendo parte dela e possibilitados pela materialidade histórica dos processos de produção e reprodução da existência. Um ser natural ativo, também corpóreo, real e objetivo.

A característica de objetivar-se ocorre pela necessidade complementar de apropriar-se do que foi objetivado. A natureza, agora transformada pela ação humana, aparece como seu *corpo inorgânico*, possível de ser apropriada, tornada própria. Os frutos do trabalho podem, depois de serem objetivados, serem pessoalizados pelo seu consumo, tornando-se órgãos da individualidade. Por esse processo que não se realiza mais nos limites estreitos da biologia, mas expande-se para os domínios do *ser* social, natureza e seres humanos são humanizados.

À vista disso, é o trabalho que funda a humanidade sendo a forma de objetivação fundamental e primária. Todavia não é a única, já que, no desenvolvimento histórico das objetivações, a práxis humana se diversifica em objetivações materiais e ideais, como é o caso da ciência, da arte, da filosofia; campos de objetivação humana derivados do trabalho e com graus de autonomia variados em relação a ele. Ainda assim, o trabalho segue sendo a condição fundamental de humanidade, necessidade cotidiana para a reprodução da vida social.

Inaugura-se com o trabalho uma nova esfera ontológica, a esfera social, na qual os seres humanos não estão apenas determinados pela causalidade natural, mas onde se faz presente a teleologia e a liberdade. Com a transformação da natureza ocorrendo de maneira mediada,

coloca-se para os seres humanos a questão da finalidade de suas ações. Sua relação não se dá de maneira direta com a natureza a fim de suprir uma carência natural, mas exige planejamento, divisão da atividade em ações intermediárias e consciência da finalidade última dessas ações, para alcançar uma adequação da vontade direcionada a esses fins, durante todo o decurso do processo de trabalho. Ao mesmo tempo, o processo de trabalho exige que escolhas sejam feitas (dos materiais adequados, dos possíveis processos para a produção etc.), inaugurando um campo de alternativas concretas com as quais o ser social se depara. O ser social é, destarte, dotado de teleologia que caracteriza sua atividade vital como consciente, e um ser que opera no domínio da liberdade, da capacidade de fazer escolhas entre alternativas concretamente colocadas em sua realidade.

O trabalho, entretanto, ocorre nas condições encontradas na realidade, não podendo violar a causalidade do real, de maneira que “implica descobrir como se estabelece, nos processos de trabalho, a mediação da teleologia pela causalidade” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 5), ou seja, como utilizar a legalidade do real para fins próprios.

Mas, se a produção dos meios de vida não é um ato determinado apenas biologicamente, também não é realização do indivíduo singular abstraído de suas relações. É realização da atividade coletiva da humanidade que desde o início se organiza em grupos para produzir, ao mesmo tempo em que a produção contribui para agregar ainda mais os seres humanos. Trata-se de uma produção social realizada sob a base de uma estrutura de divisão do trabalho, que simultaneamente possibilita a interpretação dos efeitos de sua ação e reclama a comunicação com outros seres humanos na atividade socialmente combinada.

A contínua interpretação dos efeitos negativos e positivos de suas ações permite aos seres humanos formarem representações sobre a estrutura e legalidade da natureza e dos processos sociais, bem como avaliarem constantemente essas interpretações¹² e generalizá-las para além das situações imediatas. Esse processo é possível pelo desenvolvimento da linguagem, um sistema de códigos que designa os objetos do mundo exterior, suas qualidades, ações e relações e que serve de meio de transmissão de informações. Na atividade coletiva, informações precisavam ser transmitidas entre os seres humanos. Informações das quais dependiam a vida do indivíduo ou até do grupo e que não podiam ficar restritas à expressão de estados subjetivos, devendo designar os objetos (objeto de trabalho e meios de trabalho) que fazem parte da atividade e determinadas ações ou processos (naturais e sociais).

¹² Refletimos mais detidamente sobre o tema da elaboração do conhecimento a partir do real, no capítulo sobre a metodologia.

Com a linguagem abre-se a possibilidade de influenciar a ação dos outros indivíduos, incentivando-os a uma, dentre as várias ações possíveis em cada contexto. Possibilidade que, pela internalização da linguagem e desenvolvimento do pensamento verbal e da linguagem intelectual (VIGOTSKI, 2008), se amplia para a capacidade de determinar a própria ação. A linguagem e a capacidade de pensamento abstrato¹³ têm sua origem no processo de trabalho, embora funcionalmente subordinados a ele e, para além de sua função comunicativa, possibilitam a transmissão histórica e o desenvolvimento da consciência.

Ao assimilar as práticas sociais os seres humanos incorporam a experiência pregressa das gerações na forma última a que têm acesso, o que permite desenvolver capacidades e conhecimentos que não seriam possíveis ao indivíduo isoladamente. Sua individualidade se forja, portanto, pela inserção nas práticas sociais e pelas possibilidades que engendram trabalho e linguagem. No mesmo movimento em que superam qualitativamente seu aparato biológico, os seres humanos se objetivam, inscrevendo-se na continuidade da história das gerações e contribuindo com a formação do gênero humano enquanto essência humana externamente objetivada¹⁴.

O trabalho representa um salto qualitativo comparável ao salto da matéria inanimada à animada (ENGELS, [19--]), porque sua atividade vital passa agora pela mediação de instrumentos e de outros sujeitos e seu comportamento já não depende somente dos programas genéticos de comportamento ou da variabilidade dos comportamentos individuais aprendidos por tentativa e erro, mas têm como fonte a transmissão e assimilação de conhecimentos historicamente formados, que permite a formação das novas gerações a partir do desenvolvimento alcançado pelas anteriores (LURIA, 1991; LEONTIEV, 1978a).

Dito isso, já nos é possível afirmar que a objetividade é condição de humanidade e a socialidade é condição da individualidade. As objetivações humanas em seu conjunto constituem as possibilidades do ser genérico, que não necessariamente estão objetivadas nos indivíduos. Embora o gênero não se resuma a uma sociabilidade concreta, é pela mediação de uma dada sociabilidade (sociedade) e pela participação nos grupos, instituições e relações sociais concretas, que os indivíduos se apropriam das objetivações humanas. É somente pela

13 Pensamento e consciência têm sua gênese nas relações materiais de produção contraídas pelos seres humanos, não sendo fruto do "espírito puro" como pretendem os idealistas, nem sendo inatos, como pretendem os materialistas mecanicistas (biologicistas).

14 A essência humana externamente objetivada refere-se a uma essência histórica, desenvolvida em estreita relação com a genericidade. Essa concepção está em oposição direta com as teorias que concebem a essência humana, como dado *a priori*, como universal, estática e imutável.

mediação de uma sociabilidade (particularidade) que é possível que o gênero humano (o universal) se concretize nos indivíduos (singular) (OLIVEIRA, 2005). Como as ampliações do desenvolvimento humano não são transmitidas por herança genética, mas apropriadas pelo contato com as objetivações externamente objetivadas, é na atividade social que os indivíduos se apropriam das objetivações genéricas, ao mesmo tempo, que se objetivam no mundo mediados por ela. Individualizam-se e inscrevem-se, conscientemente ou não, na continuidade das gerações pela atividade social. E a forma fundamental de atividade social que permitiu e permite a satisfação e ampliação das necessidades humanas é o trabalho.

Segundo Marx e Engels (1998) a primeira condição para a existência da história humana são os seres humanos reais, sua ação e condições de vida. É preciso que produzam a vida material, os meios para sua sobrevivência, para que se mantenham vivos e em condições de produzir história. Mas, uma vez que as necessidades são satisfeitas pela produção, “a ação de satisfazê-la e o instrumento já adquirido com essa satisfação levam a novas necessidades – e essa produção de novas necessidades é o primeiro ato histórico” (MARX e ENGELS, 1998, p. 22). O que significa dizer que o ato histórico que funda o ser social – a produção dos meios necessários à sua sobrevivência –, ao ser efetivado, externalizando no mundo sua essência genérica, transforma também os seres humanos e as condições de produção. Uma vez gerado, o produto do trabalho atualiza a necessidade de novas produções, de modos específicos de gozar o produto e a necessidade dos instrumentos já gerados.

E quando as necessidades (sejam do estômago ou da fantasia) se expandem e geram novas relações sociais, e o aumento da população gera novas necessidades, a família, que é inicialmente a única relação social, se torna subalterna. Tanto a reprodução da vida quanto a reprodução da espécie já não aparecem somente como uma relação material, mas também como uma relação social, como ação conjugada de vários indivíduos (MARX e ENGELS, 1998).

Rompida a fusão entre necessidade e objeto, os seres humanos fazem da sua atividade objeto da vontade e da consciência. Por meio dessa atividade relacionam-se com a natureza e com os demais seres humanos criando as condições necessárias para a produção e reprodução da vida humana. Ao colocar em movimento suas forças naturais para moldar a natureza às suas necessidades, apropriando-se dela, o ser humano transforma a realidade, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento em que transforma a si mesmo e complexifica suas necessidades. Humaniza a si próprio e à natureza e, concomitantemente, exterioriza e objetiva nos produtos do trabalho suas capacidades e habilidades.

Os seres humanos são, dessa maneira, sua produção e o modo como produzem. As formas como existem no mundo estão ligadas às condições materiais de produção que encontram no mundo ao nascer. Mas, essa produção é realizada de maneira associada, em agrupamentos humanos. Disso decorre que as formas de cooperação humana integram as forças produtivas de uma sociedade, e que é a produção material da vida que engendra todas as formas de relação humanas. Há uma dependência material dos seres humanos entre si, condicionada pelas necessidades e pelos modos de produção (MARX e ENGELS, 1998), que contribui para agrupá-los ainda mais ao longo da história.

Mesmo a estrutura social e o Estado nascem da existência real e dos modos como os "indivíduos determinados com atividade produtiva segundo um modo determinado entram em relações sociais e políticas determinadas" (MARX e ENGELS, 1998 p. 18), havendo relação entre a estrutura social e política e o modo de produção da vida.

Ao nascerem, portanto, os indivíduos deparam-se com sistemas de relações e leis sociais que potencializam os modos de satisfação das necessidades, mas podem também vir a limitá-los. Embora sejam seres práticos e ativos os seres humanos singulares fazem história em condições sociais legadas pelo passado, e as transformações sociais dependem não só da vontade individual, mas da coletividade e das condições sociais. Todavia, estar condicionado pelas circunstâncias sociais, não significa manter com elas uma relação somente de adaptação ou amoldamento. Sendo a produção e as relações sociais produções humanas, aquilo que fazem os seres humanos cotidianamente, possui força instituinte e tensiona continuamente as condições instituídas, numa contraditória relação entre parte e todo.

Por isso, a análise marxista não parte da forma como os seres humanos se imaginam, mas de sua vida prática e real, que em última instância determina sua consciência (MARX e ENGELS, 1998). O modo de produção aparece, então, como preocupação central, porque sobre ele se levantam as relações sociais de produção e, a mudança nesses modos de produção, determinada pela contradição com as forças produtivas¹⁵, transforma a sociedade em seu sistema político e ideológico.

Em síntese, o trabalho é a ação prática de transformação da realidade natural ou social, que ocorre de maneira mediada e consciente da finalidade que a antecede. Um processo que demanda meios e resulta em objetivações (produções) e que não transforma apenas a natureza, mas a própria sociedade, seus sujeitos e sua organização (NETTO e BRAZ, 2012). Não se trata

¹⁵ Os conceitos de *relações sociais de produção* e de *forças produtivas* serão explicados nos próximos parágrafos.

de uma estrutura atemporal, mas um conjunto de capacidade e habilidades que vem se desenvolvendo ao longo das diversas formações sociais e modos de produção e expansão das forças produtivas sociais.

As determinações em comum que caracterizam os diversos processos de trabalho particulares e constituem a 'produção em geral', enquanto uma abstração são a humanidade enquanto sujeito, a natureza enquanto objeto, os instrumentos de produção (sem os quais nenhuma produção é possível, ainda que o instrumento seja a própria mão humana), e o trabalho humano acumulado (trabalho pretérito acumulado no processo contínuo de metabolismo com a natureza, ainda que na forma de destreza dos órgãos humanos pela repetição). Também constituem determinações gerais o fato de toda produção humana realizar-se pela mediação de determinada sociedade e no interior de uma forma social, forjando relações superestruturais (formas jurídicas, formas de governo etc.) (MARX, 2011).

Pode-se afirmar, então, que os elementos fundamentais que compõem o processo de trabalho são: 1) O próprio *trabalho, ou força de trabalho*, enquanto atividade adequada a um fim que utiliza de meios de trabalho para imputar transformações nos objetos de trabalho de maneira a conformá-los como valores-de-uso, como objetos que satisfazem necessidades humanas; 2) O *objeto de trabalho*, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, podendo ser matéria bruta natural ou matéria-prima, um objeto de trabalho que já sofreu modificações de trabalho anterior; e 3) Os *meios de trabalho*, tudo aquilo de que o ser humano se vale para realizar o trabalho, que interpõe entre si e o objeto para dirigir a atividade sobre ele (instrumentos, recursos tecnológicos, saberes, ferramentas, instalações etc.) (MARX, 2004a; NETTO e BRAZ, 2012).

Reunindo objeto de trabalho e meios de trabalho temos os *meios de produção*, e ao conjunto de meios de produção e força de trabalho se denomina *forças produtivas do trabalho*. É a intervenção da força de trabalho que viabiliza a produção, que desperta o que estava no objeto apenas como potencialidade e que se revela como produto somente após o processo de trabalho. A produtividade do trabalho depende, inclusive, da capacidade da força de trabalho em mobilizar perícia e conhecimentos, ampliando constantemente a capacidade humana de satisfação de necessidades, o que se denomina também por *grau de desenvolvimento das forças produtivas*. Esse grau de desenvolvimento é reconhecido pelo grau alcançado pela divisão social do trabalho¹⁶, que não se expressa apenas pelo aumento quantitativo das forças

¹⁶ Voltaremos ao tema da divisão social do trabalho, adiante.

produtivas, mas como consequência do aperfeiçoamento e produtividade técnica derivada dessa divisão (MARX e ENGELS, 1998).

É do grau de desenvolvimento das forças produtivas em cada momento de desenvolvimento das sociedades humanas, que dependem as relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzirem a existência, as *relações sociais de produção*. Mas, essa relação não se dá de modo unilateral, senão como determinação recíproca – uma relação contraditória que, por vezes, coloca forças produtivas e relações de produção em polos antagônicos e pode gerar entraves à produção –, já que as relações de produção também determinam o grau de desenvolvimento das forças produtivas (GOMES, 2006). Como afirmamos anteriormente, por exemplo, as formas de cooperação humana integram as forças produtivas de uma sociedade (MARX e ENGELS, 1998).

Mesmo as relações de caráter técnico de produção que expressam o domínio dos agentes de trabalho sobre os meios e processos de trabalho, subordinam-se às relações sociais de produção, determinadas pelos regimes de propriedade dos meios de produção fundamentais (NETTO; BRAZ, 2012). Em regimes de propriedade particular dos meios fundamentais de produção, as relações dos membros da sociedade estão perpassadas pela relação que mantém com esses meios (proprietários e não proprietários), o que os coloca em posições distintas de acesso aos meios de trabalho e aos produtos, e acaba por conformar classes sociais antagônicas e um regime de exploração do trabalho.

As formas como se articulam forças produtivas e relações de produção definem o *modo de produção*, que implica em modos de relação com a natureza e entre os seres humanos. Por isso é que Marx e Engels (1998) definem a história humana como sucessão de modos de produção.

Feitos esses esclarecimentos categoriais, retomemos os elementos do processo de trabalho. Os objetos de trabalho se definem como tal pela relação com um sujeito que antevê um produto. Mas, cada objeto de trabalho condiciona um reduzido número de produtos, bem como pode conter mais qualidades do que as necessárias ao produto que se busca. As qualidades potenciais do objeto precisam ser evidenciadas em sua transformação (MENDES-GONÇALVES, 1992), fato que ocorre pela apropriação dos meios de trabalho, tornados instrumentos e órgãos da individualidade do agente de trabalho.

É dos instrumentos de trabalho como ampliações de suas características físicas e psíquicas que o trabalhador se apossa diretamente, e não do objeto. É nele que a finalidade do trabalho (teleologia) e as determinações das condições em que se realiza o trabalho

(causalidade) se encontram, permitindo imprimir a energia da força de trabalho, para evidenciar as qualidades do objeto perseguidas pelo agente. Mas, ao final do processo, conseguido um produto, o produto esconde o processo, pois se o objeto reaparece de alguma forma no produto, isso não necessariamente ocorre com os meios de trabalho.

Em vista disso, todo o processo está direcionado para obter produtos que sirvam para satisfazer necessidades humanas de qualquer natureza, denominados também de *valores de uso*. Um resultado adaptado às necessidades humanas e que incorpora na sua forma de ser, de maneira fixa, o que antes foi movimento por parte do trabalhador. É, portanto, o trabalho vivo que empresta vida às matérias primas para cumprirem suas funções, para transformá-las em valores de uso efetivos (MARX, 2004a).

O percurso realizado em nossa exposição até aqui, nos permite compreender de maneira mais geral e abstrata a definição marxista de trabalho, que pode ser sintetizada na clássica passagem de Marx em “O Capital”:

O processo de trabalho, que descrevemos em seus elementos simples e abstratos, é atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2004a, p. 218).

Com a possibilidade histórica de chegar a um conjunto de determinações para dar conta do trabalho humano em geral, a partir do processo de abstração dos trabalhos imediatamente dados, a análise do processo de trabalho pode ser também definida como análise do processo de produção, distribuição, troca e consumo nas sociedades humanas.

Dado que a centralidade que conferimos até aqui ao processo de produção como determinação importante das formas das atividades e das relações humanas, vem sendo questionada desde a década de 1980 por diversos autores das ciências sociais, e que temos nos deparado com afirmações como a do “fim do trabalho” ou a denominação da forma societária atual como “sociedade de consumo”, cabe nos determos de maneira um pouco mais pormenorizada na forma como Marx define e relaciona os conceitos de produção, distribuição, troca e consumo na introdução aos “Grundrisse” (MARX, 2011).

Na análise mais superficial, na produção os membros da sociedade criam os produtos que correspondem às necessidades,

a distribuição determina a proporção em que o indivíduo singular participa desses produtos; a troca o provê dos produtos particulares nos quais deseja converter a cota que lhe coube pela distribuição; no consumo, finalmente, os produtos devem ser objetos do desfrute, da apropriação individual (MARX, 2011, p. 44).

Distribuição e troca aparecem como momentos mediadores da relação entre produção e consumo. Ocorre que em uma análise mais essencial, a produção aparece não só como ponto de partida e pelo qual o processo sempre recomeça, mas também como momento predominante do processo. Isso, porque há uma identidade de contrários entre produção e consumo; a distribuição está articulada e determinada pela produção, e a troca, quando não está contida na produção, também está determinada por ela.

Vejamos como o autor desdobra essa relação. Na produção o produtor se objetiva, no consumo a coisa criada se personifica, ou ainda, se subjetiva. Há uma relação de identidade imediata em que um é o outro. A produção é consumo subjetivo e objetivo. O trabalhador não só desenvolve suas capacidades no ato de trabalho, mas também consome suas forças físicas e psíquicas. É também consumo dos meios de produção que se desgastam e em parte são transformados nos elementos gerais. Mas o consumo também é produção, é pelo consumo que o ser humano se produz (MARX, 2011).

A identidade imediata, todavia, é apenas um aspecto dessa relação, pois aparecem também como polos externos em relação de dependência. Um é mediado pelo outro. O consumo efetiva os produtos como tais, como objetos para um sujeito e, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, impulsiona a produção pela criação de novas necessidades de produção. O consumo “põe idealmente o objeto da produção como imagem interior, como necessidade, como impulso e como finalidade. Cria os objetos da produção em uma forma ainda subjetiva. Sem necessidade, nenhuma produção. Mas o consumo reproduz a necessidade” (MARX, 2011, p. 46-47). Pelo consumo o produto se torna produto, mas também o produtor se torna produtor pela repetição e elevação da destreza do ato de produção. A produção, por sua vez, também cria o consumo por fornecer-lhe seu objeto, com modo de consumo determinado. O consumo é mediado, então, pelo objeto que devém da produção que, por sua vez, fornece não só um objeto ao sujeito, mas também um sujeito ao objeto. A produção cria, objetivamente e subjetivamente, os consumidores (o objeto do consumo, o modo de consumo e o impulso do consumo)¹⁷. Há, não

¹⁷ Daqui decorre a concepção que será desdobrada pelos autores da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social Latino-americana de que a atividade determina a consciência. A produção das necessidades e motivos humanos, aspectos subjetivos e centrais no processo da consciência, tem relação direta com o consumo, com os objetos com que se deparam os sujeitos em sua história de vida no interior de sua atividade mediada por outros seres humanos e pelos objetos. Leontiev (1980) afirmará que “É o objeto da atividade que a dota de certa

só uma relação de identidade dentre ambos, nem um é apenas meio para o outro, mas criam um ao outro à medida em que se realizam (MARX, 2011).

O consumo aparece então, como um momento interno da produção, que lhe confere impulso e finalidade. Mas a relação não se encerra aí. Quando a produção se dá em sociedade, sua finalidade não é o consumo imediato e está mediada pela distribuição e pela troca. A distribuição – que aparece como quase autônoma à produção e, do ponto de vista do indivíduo singular, parece anteceder-la por condicionar sua posição na produção –, antes de ser distribuição dos produtos do trabalho, é distribuição dos instrumentos de trabalho e das posições que os indivíduos ocupam no processo produtivo. Por isso Marx (2011, p. 50) afirma que "o modo determinado de participação na produção determina as formas particulares da distribuição, a forma de participação na distribuição". A distribuição dos produtos é uma expressão de como se distribuem instrumentos e postos de trabalho, distribuição constitutiva da produção.

As formas de distribuição fixam os agentes da produção: "Um indivíduo que participa da produção na forma de trabalho assalariado participa na forma do salário nos produtos, nos resultados da produção" (MARX, 2011, p. 50). O modo de participação na produção condiciona, pois, os modos de participação na distribuição, que se revela seu produto histórico, de maneira que alterações nas relações de produção impactam também, as relações de distribuição. A maquinaria, por exemplo, modifica não só a distribuição dos instrumentos de trabalho, mas também de seus produtos.

O mesmo ocorre com a troca, que aparece em todos os seus momentos ou diretamente contida na produção (troca de atividades e capacidades que ocorre na produção; troca de produtos que são meios para o produto final) ou determinada por ela (troca entre negociantes que é determinada pela produção quanto à sua organização). Só a troca do produto imediatamente para o consumo aparece como indiferente à produção, mas ainda assim está determinada pela divisão social do trabalho e sua intensidade, extensão e modo de ocorrência também dependem do desenvolvimento e estrutura da produção (MARX, 2011).

Essa extensa, mas necessária explanação sobre a relação produção-consumo, nos auxilia a compreender como a produção se sobrepõe aos demais momentos e é a partir dela que o processo sempre recomeça. Além disso, determina as relações contraídas e também constitui,

orientação. Na terminologia que tenho estado a utilizar o objeto da atividade é seu motivo" (LEONTIEV, 1980, p. 55). E esse consumo que põe finalidades e motivos à atividade está determinado pela atividade que produziu aquilo que foi consumido.

em unidade, as formas de consumo e o aparecimento das necessidades humanas (incluídas aí as necessidades em saúde).

1.2 O processo de trabalho sob o modo de produção capitalista

Realizada essa defesa do trabalho enquanto atividade essencial para compreender as formas de produção e consumo, bem como sua mediação pelas formas de distribuição e de trocas, é preciso considerar que sob o capitalismo o *processo de produção* não se constitui somente pelo *processo de trabalho*, mas em unidade com o *processo de formação de valor* ou *processo de produzir mais-valia*. Dito de outra forma, no modo capitalista de produção o processo de trabalho não se realiza sob controle do trabalhador, é realizado em benefício do capitalista e a produção de valores de uso se dá subordinada ao valor.

Desde que os avanços da técnica no processo de trabalho começaram a permitir um excedente econômico e a consequente acumulação dos produtos do trabalho, iniciam-se as primeiras formas de troca e as raízes embrionárias da forma mercadoria. Isso acarreta uma maior divisão e especialização do trabalho e também abre possibilidade para a exploração do trabalho humano se firmar como alternativa histórica. A propriedade coletiva dos meios de produção é dissolvida nesse processo e os agrupamentos humanos passam a se dividir entre produtores diretos e apropriadores do trabalho dos produtores diretos, dando origem às sociedades de classes (NETTO e BRAZ, 2012).

Nos diferentes modos de produção anteriores, baseados na propriedade privada dos meios de produção e na exploração do trabalho (escravismo e feudalismo)¹⁸, apesar de escravos e servos não deterem os meios de produção, ainda permanecia uma vinculação estreita dos produtores diretos com os meios de trabalho. Os escravos eram tratados como propriedade e os servos estavam ligados ao feudo e tinham a posse da terra, embora não fossem proprietários.

¹⁸ Nos limites desse trabalho não discutiremos pormenorizadamente os modos anteriores de produção (comunismo primitivo, escravismo, feudalismo). Todavia, importa compreender que de maneira não necessariamente intencional sedimentam as bases para a formação histórica do capitalismo, como modo de produção atual. As contradições entre forças produtivas e relações sociais de produção em cada um desses momentos históricos, levaram à sua superação num movimento que conserva elementos do modo de produção anterior, nega parte de seus elementos e supera-os em outra formação social, com novas contradições. Esse caráter dialético das transformações históricas nos permite identificar o desenvolvimento de elementos capitalistas que já existiam em germe nos modos de produção anteriores e que passam a ser dominantes no modo de produção atual. O que nos interessa é estabelecer os elementos necessários para a compreensão das características principais do capitalismo, que permitam compreender a inserção histórica do trabalho em saúde – e em saúde mental mais especificamente – nesse modo de produção.

Com o capitalismo se consolida o processo de distanciamento dos produtores dos meios de trabalho, de maneira que os meios de subsistência e de produção são transformados em capital e os produtores são convertidos a assalariados (MARX, 2013). Dessa forma, quando o capitalista chega ao mercado para adquirir os meios de trabalho e a força de trabalho adequada ao seu processo produtivo, depara-se com o trabalhador livre dos meios de produção e das relações de produção, forçado a vender sua única mercadoria que é a força de trabalho, em troca do salário que se generaliza como principal forma de adquirir os meios necessários à sua sobrevivência.

A produção ocorre, então, com dois objetivos: por um lado, produzir um valor de uso que detenha valor de troca e possa ser vendido como mercadoria. De outro, produzir uma mercadoria com valor maior do que o conjunto dos meios de produção e do valor da força de trabalho dispendidos para sua realização, de maneira a obter lucro, ou seja, produzir valor excedente (mais-valia) (MARX, 2004a). Nem todo valor de uso resultante do trabalho humano, portanto, é mercadoria, somente aqueles que podem ser reproduzidos e vendidos. Por outro lado, não existe valor de troca sem valor de uso, é preciso que o trabalho seja empregado em valores de uso sob relações sociais de produção capitalistas, para que reapareça na forma de mercadoria. A mercadoria constitui-se da unidade entre valor de uso, resultante do trabalho concreto, e valor, resultante da dimensão abstrata do trabalho¹⁹.

Importante notar que trabalho concreto e trabalho abstrato não constituem dois tipos diferentes de trabalho, mas duas dimensões da mesma atividade realizada pelo trabalhador. Essa divisão objetiva diferenciar o caráter qualitativo do trabalho, pelo qual a diversidade concreta de trabalhos objetivamente existentes, separa-se por suas finalidades exclusivas e modos particulares de produção. A isso se denomina *trabalho concreto*. De outro lado, é possível ainda considerar as diferentes formas de trabalho em sua dimensão quantitativa, que permite reduzi-las à quantidade de trabalho social médio empregado em cada processo produtivo particular, de maneira a possibilitar a comparação e troca das mercadorias. Essa dimensão do *trabalho abstrato* homogeneiza todas as formas de trabalho concreto, reduz o trabalho especializado em diferentes ramos de produção àquilo que possuem em comum: o fato de serem dispêndio de

¹⁹ Por esse seu duplo e contraditório caráter, Marx toma a mercadoria como unidade simples de análise do modo de produção capitalista: "A riqueza das sociedades onde rege a produção capitalista configura-se em 'imensa acumulação de mercadorias', e a mercadoria, isoladamente considerada, é a forma elementar dessa riqueza. Por isso nossa investigação começa com a análise da mercadoria" (MARX, 2004a, p. 57).

energia psíquica e física. Tomados em conjunto, a diversidade dos trabalhos privados numa sociedade pode abstratamente constituir a totalidade do trabalho social.

Sucede que diferentemente da forma mercantilista simples, quando o vendedor vai ao mercado trocar mercadorias por outras mercadorias e para isso se utiliza do dinheiro como mediação, na forma capitalista desenvolvida de mercantilismo, o capitalista empenha dinheiro na produção de mercadorias para trocá-las por mais dinheiro. A produção já não se realiza somente com o objetivo de satisfazer as necessidades humanas, senão dirigida pela finalidade de obter valor de troca. O valor de uso das mercadorias torna-se um meio para obter a realização do valor de troca.

Para além de qualquer julgamento moral, essa é a função social do capitalista. Seu objetivo não reside nas características concretas do produto, mas no lucro que pode obter com sua venda. O valor de troca que se realiza na circulação é criado na esfera da produção, razão pela qual o capitalista necessita investir na produção de mercadorias.

O processo de trabalho sob a forma capitalista ocorre, por conseguinte, como uma relação entre coisas que o capitalista comprou: os objetos de trabalho, os meios de trabalho e a força de trabalho. Nesse contexto as relações de produção se dão de maneira assalariada, com o capitalista pagando pela força de trabalho o valor (tempo de trabalho médio socialmente necessário) dos meios necessários para sua (re)produção (que variam com as condições sociais e históricas). Diferentemente do escravismo, o modo capitalista supõe a relação entre indivíduos livres, razão pela qual os trabalhadores não são propriedade do capitalista, que paga por sua força de trabalho, pelo tempo de trabalho que será utilizado na produção.

Sucede que a força de trabalho que é adquirida como mercadoria revela uma qualidade especial, a de ser criadora de valor. Os demais elementos do processo de trabalho não criam valor, apenas transferem seu valor, decorrente de trabalho anterior²⁰, às mercadorias finais, desde que empregada a energia da força de trabalho. Quando o tempo de trabalho é investido no processo de trabalho na forma de energia que transforma os meios de produção, acaba por produzir mais valor do que aquele necessário para a sua reprodução.

Por esta feita, além do tempo de *trabalho necessário* para recuperar o valor investido pelo capitalista a jornada de trabalho se estende, produzindo um *trabalho excedente*, que gera um mais-valor, ou *mais-valia*, apropriada por quem detém o processo de trabalho em sua totalidade. O valor de uso da mercadoria força de trabalho é, em vista disso, o de criar valor

²⁰ Trabalho morto ou trabalho pretérito.

maior do que o que ela tem. Isso permite que o capitalista pague pela força de trabalho seu valor de troca (o valor necessário à sua reprodução), mas se utilize do seu valor de uso (capacidade de produzir), garantindo assim um lucro decorrente da exploração do trabalho, da mais-valia gerada pela capacidade produtiva do trabalho humano.

A propriedade especial da força de trabalho de gerar mais valor do que ela mesma possui, é que explica o fato de se denominar de *capital variável* a parcela do capital investida na força de trabalho, ao passo que a denominação de *capital constante* está reservada aos valores investidos nos meios de produção. Investindo valor no processo de produção em capital variável e capital constante, obtém-se ao final do processo de produção e circulação das mercadorias um valor acrescido, que aparece agora como *capital*, valor que se expande, ou valor capaz de gerar mais valor.

Logo, o capital em si, não se identifica com os elementos que entram no processo de produção; sendo antes a forma específica de produção que subordina a força de trabalho em um processo de apropriação pelo capitalista do mais-valor. Se o mesmo processo for realizado, por exemplo, sob um regime estatal de produção, as relações já não são as mesmas. Estarão presentes os mesmos elementos do processo de trabalho, mas não poderemos dizer que se gerou mais-valia. É nesse sentido que Marx afirma que o capital é uma relação social²¹ (MARX, 2004a).

A relação entre capital constante e capital variável se denomina *composição orgânica do capital* e varia com o grau de mecanização e automação do processo produtivo. De maneira que, quando os avanços técnicos científicos são aplicados aos processos produtivos, diminuindo a parcela de trabalho vivo e aumentando o trabalho morto, há um aumento da composição orgânica do capital (NETTO e BRAZ, 2012). Ocorre que se a concorrência intercapitalista impele à transformação tecnológica para alcançar uma maior taxa de mais-valia, o aumento da composição orgânica do capital constitui uma das maiores contradições do modo de produção capitalista, pois retira trabalho vivo do processo produtivo e, como vimos, é a partir do trabalho vivo que se extrai o valor excedente. Esse aspecto concorrencial impulsionado pela necessidade de valorização do capital, expõe o caráter babélico dessa produção que não obedece

²¹ "O gosto do pão não revela quem plantou o trigo, e o processo examinado [o processo de trabalho em seus elementos simples e abstratos] nada nos diz sobre as condições em que ele se realiza, se sob o látego do feitor de escravos ou sob o olhar ansioso do capitalista [...]" (MARX, 2004a, p. 218). Isso permite pensar o processo de trabalho de maneira geral, para além de suas particularidades e condicionantes.

a mecanismos de regulação e planejamento da produção, baseada nas necessidades sociais ou da repartição do trabalho.

Esse sistema que está fundado economicamente na produção de mais-valia e no trabalho alienado²², socialmente se apoia no aprofundamento da divisão social do trabalho. Nenhum produtor individual é capaz de produzir toda a sorte de produtos de que necessita para sua sobrevivência, nem quantitativamente, nem qualitativamente (diferentes produtos a serem consumidos). Por conta disso, participa da produção com apenas uma parte do trabalho social necessário para a produção dos meios de sobrevivência e tem acesso a apenas uma parte dos produtos de sua produção, cota que é menor quanto mais desenvolvida se torna a divisão social do trabalho. A produção é, desse modo, produção social e não individual, fundada numa estrutura de divisão do trabalho. E o trabalho e seus produtos devem ser divididos entre os membros da sociedade, o que acontece segundo as relações sociais de produção e distribuição que estão determinadas pelo regime de propriedade dos meios de produção. Com as formas progressivas de divisão do trabalho, cada novo estágio representa formas diferentes de propriedade, determinando relações entre os seres humanos, os objetos, instrumentos e produtos do trabalho.

O que altera a relação entre os seres humanos no processo de trabalho é o desenvolvimento das forças produtivas, que ocorre paulatinamente pela solução técnica dos entraves encontrados na produção. Cada estágio do desenvolvimento técnico está vinculado, por sua vez, a regimes de propriedade que definem as relações sociais de produção e se refletem nas estruturas jurídicas de propriedade. Dessa maneira, organizam-se modos de produção, formas de intercâmbio e relação entre os seres humanos e a natureza.

De início essa divisão do trabalho estava baseada em aspectos como o sexo, idade e força física, motivo pelo qual Marx e Engels (1998) a denominam de *divisão natural do trabalho*. Esse primeiro momento da comunidade primitiva ou comunismo primitivo, está marcado pela divisão social em grupos, famílias ou clãs e pela divisão comunitária de seus produtos, ainda bastante escassos. Não havia propriedade privada e imperava "igualdade resultante da carência generalizada e a distribuição praticamente equitativa do pouco que se produzia" (NETTO e BRAZ, 2012, p. 68), fazendo com que a diferenciação social fosse mínima. Com o domínio maior da natureza, o desenvolvimento de instrumentos, a fixação em territórios, a diferenciação entre as atividades agrícolas e o artesanato; o avanço técnico foi

²² Adiante retomaremos a discussão sobre o trabalho alienado.

permitindo um aumento da produtividade e a geração de um excedente econômico para além das necessidades mínimas de sobrevivência.

Apresentam-se aí uma maior divisão e especialização do trabalho, as primeiras formas de trocas entre comunidades e a possibilidade de acumulação e de exploração do trabalho, que modificará as relações de produção e levará à dissolução da propriedade coletiva e às primeiras sociedades escravistas. Com o estabelecimento unilateral e violento da apropriação privada dos excedentes, estabelece-se a diferença e desigualdade entre os seres humanos e as sociedades de classes antagônicas (MENDES-GONÇALVES, 1992). Desigualdade que se estabelece pela divisão social do trabalho que objetivamente coloca os sujeitos em relações assimétricas no tocante à produção; e diferença que se estabelece pela particularização dos indivíduos na sua relação com o gênero humano, que embora se efetive, ocorre de maneira cada vez menos extensiva e cada vez mais mutilada nas possibilidades de desenvolvimento.

Importa destacar que a exploração de uma classe pela outra nos modos de produção subsequentes (escravismo e feudalismo), com regimes de propriedade e relações de produção distintos, produziram de maneira contraditória o aumento da produtividade do trabalho social, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento que aumentava a opressão da classe dominada. O aumento da população e da troca entre comunidades fortaleceu a fixação dos sujeitos em diferentes ofícios e a divisão entre cidade e campo, secundarizando a divisão natural e aprofundando a divisão social do trabalho. A extração do excedente se dava baseada na coerção aberta e na violência real e potencial, mas permanece uma vinculação maior entre produtores diretos e meios de produção.

Com as colônias, o aumento populacional e o progressivo estabelecimento de um mercado mundial, aumenta a demanda pela produção de mercadorias, seja no campo, seja da produção artesanal das corporações de ofícios. Esse cenário cria as condições para a expropriação violenta dos camponeses e o estabelecimento de relações assalariadas no campo, com a consequente liberação de força de trabalho para a manufatura e a indústria incipiente. Processo semelhante ocorre nas cidades com os comerciantes mais abastados, tornando-se progressivamente capitalistas e assalariando os artesãos sob seu domínio no processo de trabalho.

O processo aqui descrito de maneira deveras abreviada se dá lentamente e de modo heterogêneo, na dependência de condições que foram geradas ainda sob o feudalismo, como o aumento do papel do dinheiro nas trocas mercantis, a necessidade de aumento da produção e o desenvolvimento da base técnica (incluídas aí as formas de cooperação para o trabalho). Para

que ocorra, no entanto, é preciso haver uma classe que acumulou excedente suficiente para comprar meios de produção e força de trabalho e uma classe de sujeitos desprovidos que detêm somente sua força de trabalho, como única mercadoria que podem vender. Esse período de pré-história do capitalismo que vai do fim do século XV até meados do século XVIII, é conhecido por *acumulação primitiva ou originária*.

Evolvendo a divisão social do trabalho, institui-se progressivamente a divisão entre os trabalhos material e mental²³, o que significa que produção intelectual e material passam a ser realizadas por diferentes indivíduos (GERMER, 2003). As duas partes da atividade prática passam a funções de indivíduos distintos, correspondendo a atividade intelectual à função privilegiada de um segmento da classe dominante. Isso tem impactos importantes na produção das ideias que conformam a consciência social. A classe que domina os meios de produção e distribuição materiais passa a controlar também a produção intelectual, que realizada pela parcela da população que não se envolve com a produção direta, aparece como autônoma em relação à ela e criando justificações acerca da dominação de classe (interpretações ideológicas)²⁴.

As mesmas ideias aparecem de maneira sintética na citação de Marx e Engels que segue:

A divisão do trabalho só se torna efetivamente divisão do trabalho a partir do momento em que se opera uma divisão entre o trabalho material e o trabalho intelectual. A partir desse momento, a consciência *pode* de fato imaginar que é algo mais do que a consciência da prática existente, que ela representa *realmente* algo, sem representar algo real. A partir desse momento, a consciência está em condições de se emancipar do mundo e de passar à formação da teoria "pura", teologia, filosofia, moral etc. (MARX e ENGELS, 1998, p. 26, grifos no original).

As classes revolucionárias na história têm seu interesse ligado às demais classes dominadas numa sociedade, portanto ligação com um interesse comum, que ainda não se desenvolveu como interesse particular. Quando a classe revolucionária assume a posição de classe dominante, é obrigada a representar seus interesses como interesses comuns da sociedade, universalizando seus pensamentos particulares que aparecem como os únicos válidos (MARX e ENGELS, 1998).

²³ Cisão possível porque a prática (ou processo do conhecimento) é composta em si por etapa material e intelectual, como veremos no capítulo sobre o método e metodologia.

²⁴ Germer (2003), localiza nessas interpretações ideológicas da realidade o fundamento do individualismo metodológico, que busca nas motivações naturais do indivíduo as explicações das estruturas sociais, e o faz pela naturalização das motivações sob o capitalismo universalizadas como próprias da natureza humana em geral.

Com o desenvolvimento das forças produtivas permitido pela divisão social do trabalho, a existência humana já se desenrola no plano da história mundial e não mais local (MARX e ENGELS, 1998), e a contradição entre a riqueza e a cultura objetivamente acumuladas e a privação a que está submetida a maior parcela da população se exacerba.

Todavia, o aprofundamento da divisão do trabalho não é notado apenas com a sucessão dos modos de produção e a mudança nos regimes de propriedade. Mesmo no interior do modo capitalista de produção, há transformações sucessivas no processo de trabalho para corresponder à necessidade de expansão do capital. Suas três fases principais são caracterizadas como: cooperação simples, manufatura e indústria. Fases que não se caracterizam pela superação completa de uma pela outra e que se diferenciam pelo grau de subsunção do processo de trabalho ao capital (processo de valorização) e pela produtividade alcançada pelo processo de trabalho.

De início, a cooperação simples é uma forma de divisão do trabalho, que embora envolva assalariamento e subordinação da produção ao capital, conserva as possibilidades técnicas existentes, que são aquelas legadas pelo feudalismo. O processo de trabalho ainda é artesanal, executado integralmente por cada trabalhador que define seus métodos e realiza a totalidade das ações necessárias à atividade de trabalho. A maior diferença reside no fato de serem colocados a trabalhar reunidos num mesmo espaço sob o comando do capital, o que permite que o capitalista se libere da produção para controlar o processo, e, ao mesmo tempo, gera a economia dos meios de trabalho, que podem ser reunidos e partilhados. Como trabalhadores isolados, entram em relação com o capital, mas não entre si (MARX, 2004a).

A cooperação, como "forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos" (MARX, 2004a, p. 378), constitui a forma fundamental do modo de produção capitalista e seu ponto de partida. A sua forma simples apresenta em germe o que se apresentará de maneira mais desenvolvida em outras formas de cooperação posteriores, embora as formas simples não sejam de todo eliminadas e continuem a figurar ao lado das demais.

Todavia, a circunstância de unificar uma maior quantidade de trabalhadores no mesmo campo de atividades sob o comando unificado do capitalista, produzindo o mesmo tipo de mercadorias, começa a revelar uma qualidade distinta dessa forma de cooperação para a expansão da produtividade e, conseqüentemente, para a valorização do capital. O trabalho combinado não eleva somente a força produtiva individual, mas cria uma força produtiva nova, a força coletiva (MARX, 2004a).

Os artesãos dominam ainda o saber sobre seu fazer, mas vão sendo gradativamente expropriados da gerência da produção e da relação com a circulação das mercadorias (GOMES, 2006). Cada vez mais limitam-se a produzir mercadorias no ritmo e exigências impostos pelo capitalista, diferentemente do momento anterior em que pensavam e definiam por si a totalidade do processo produtivo.

As tentativas do capital de reproduzir-se nesse momento da divisão social do trabalho, limitam-se de forma predominante à extração da mais-valia absoluta²⁵, principalmente pela extensão da jornada de trabalho. É com a divisão manufatureira do trabalho e com a maquinaria que o capital passa a controlar ainda mais o processo de trabalho e expropriar o trabalhador do conhecimento acerca do processo, revolucionando a base material da produção e passando a conjugar de maneira mais articulada a expropriação da mais-valia absoluta com suas formas relativas²⁶.

O processo manufatureiro de produção marca a transição do modo artesanal para a forma industrial de produção, pela divisão do processo de trabalho em etapas, realizadas por diferentes trabalhadores. Na manufatura a cooperação fundada na divisão do trabalho adquire sua forma clássica, e a maior parte de suas vantagens decorre da natureza geral da cooperação (MARX, 2004a). Marx (2004a) diferencia a manufatura em duas formas de apresentação: uma forma heterogênea e uma forma orgânica.

Na forma heterogênea são reunidos, sob o comando do mesmo capitalista, artesãos especializados em diferentes ofícios, com objetos de trabalho distintos que estão ligados pelo produto final. Não é mais um trabalhador independente que realiza todo o processo como na

²⁵ Pela extensão da jornada de trabalho, conserva-se a mesma duração do tempo de trabalho necessário e aumenta-se a duração do tempo de trabalho que gera excedente, modificando a relação entre eles e permitindo maior extração de mais-valia. O mesmo ocorre quando sem alterar a base técnica intensifica-se o ritmo do trabalho, produzindo mais mercadorias e, consequentemente, mais valor (MARX, 2013).

²⁶ A extração de mais-valia relativa se dá quando no interior da jornada diminui-se relativamente o trabalho necessário, reduzindo o valor pago pela força de trabalho (investido em capital variável) (MARX, 2013). Quando a possibilidade de aumentar a exploração impulsiona a inovação tecnológica e essas inovações se generalizam nos ramos de produção responsáveis pela produção de meios de subsistência, reduz-se o tempo de trabalho necessário e expande-se a geração de excedente (NETTO e BRAZ, 2012).

Entendemos que aqui também age o Estado, quando, por meio de políticas públicas de transporte, saúde, educação etc., desonera o empregador desses gastos e garante condições de exploração do excedente, ao conjunto dos capitalistas. Note-se que se trata de um desenvolvimento contraditório, pois ao mesmo tempo em que dadas políticas podem significar possibilidades maiores de exploração, sob sua base se constituem condições sociais de generalização do acesso à saúde e a educação, por exemplo, além de permitir o avanço do planejamento e mecanismos de regulação que seriam impossibilitados quando os mesmos serviços se encontram sob domínio da lógica privada e submetidos à concorrência. Esse é um dos aspectos pelos quais o estudo da política pública estatal, ainda que orbitando em redor da lógica capitalista e influenciado por suas relações direta e indiretamente, como veremos nos dados do estudo, mostra aspectos de avanço em seu desenvolvimento, que são privilegiados para a análise do objeto de estudo aqui elegido.

cooperação simples, cada um deles realiza uma etapa da produção que podem ocorrer como independentes e se realizarem, inclusive, em espaços distintos (MARX, 2004a). Com o avanço do processo, as várias operações para realizar o produto, que são fruto de trabalhos especializados distintos, vão se tornando função de um trabalhador específico, que vai perdendo a capacidade de realizar seu ofício em toda extensão. No exemplo de Marx (2004a) da fabricação de carruagens, carpinteiros, estofadores etc., tornam-se carpinteiros e estofadores "de carruagens". A união de trabalhadores parciais, que combinam seus diferentes ofícios sob o domínio de um mesmo capital, passa a constituir a totalidade do processo de produção de carruagens.

Diferentemente, na sua forma orgânica, são reunidos num mesmo espaço e tempo, trabalhadores que realizam o mesmo ofício, responsáveis pela produção integral da mercadoria. Mas a pressão pelo aumento da produtividade vai levando à separação da produção em etapas e à fixação de cada artífice em uma mesma e única tarefa parcial, realizadas simultaneamente. Tomadas em totalidade, as operações formam um mesmo corpo coletivo sob domínio e controle do capital. Em resumo:

A manufatura, portanto, se origina e se forma, a partir do artesanato, de duas maneiras. De um lado, surge da combinação de ofícios independentes diversos que perdem sua independência e se tornam tão especializados que passam a constituir apenas operações parciais do processo de produção de uma única mercadoria. De outro, tem sua origem na cooperação de artífices de determinado ofício, decompondo o ofício em suas diferentes operações particulares, isolando-as e individualizando-as para tornar cada uma delas função exclusiva de um trabalhador especial. A manufatura, portanto, ora introduz a divisão do trabalho num processo de produção ou a aperfeiçoa, ora combina ofícios anteriormente distintos. Qualquer que seja, entretanto, seu ponto de partida, seu resultado final é o mesmo: um mecanismo de produção cujos órgãos são seres humanos (MARX, 2004a, p. 393).

Com o aprofundamento da divisão social do trabalho, portanto, o produto não é mais derivado do trabalho individual, mas revela-se um produto social, resultado do *trabalhador coletivo*. Trabalhador coletivo que não se identifica com divisão social do trabalho, pois essa já existia antes de existir o primeiro. Apresenta-se como uma forma específica de cooperação que o capital impõe ao trabalho²⁷. Um modo de organização do trabalho que surge na manufatura e

²⁷ Daqui deriva a compreensão de Dalla Vecchia (2011), de que há uma dialética entre cooperação e trabalho coletivo. Compreendendo que a cooperação faz parte dos fundamentos histórico-ontológicos da atividade humana, que sob circunstâncias históricas específicas estão em contradição com as formas de trabalho coletivo. Condição historicamente a cooperação aparece no modo de produção capitalista em dimensões contraditórias. O trabalho de Mello e Silva (2004), contribui com essa compreensão quando demonstra como as formas de trabalho em grupo que se generalizam com a reestruturação produtiva (pós década de 80 do século XX), produzem uma sociabilidade cada vez mais privada.

é absorvido pela indústria, tornando-se a forma típica, sob a qual o trabalho se submete ao capital.

O mecanismo coletivo de produção composto por trabalhadores parciais, seja na cooperação simples, seja na manufatura, pertence ao capitalista, e a produtividade do trabalho social combinado aparece como produtividade do capital (MARX, 2004a). Em vista disso, o processo de trabalho que na aparência é cada vez mais fragmentado e assim aparece aos trabalhadores em seu cotidiano, em essência continua existindo enquanto totalidade, na forma de trabalho socialmente combinado, e sob propriedade do capital. Aqui expressa-se a dimensão extremamente contraditória do trabalho coletivo: ao mesmo tempo que sua existência permitiu uma expansão da produtividade sem precedentes – o que gera as bases para a possibilidade de maior e melhor atendimento das necessidades sociais –, significa também a expropriação do saber operário, e não se reverte em apropriação individual dos produtos do trabalho.

A divisão manufatureira do trabalho, desse modo, expropria do trabalhador a possibilidade de realizar integralmente um produto e aumenta sua dependência da produção social. Com a simplificação e especialização das tarefas, aumenta por um lado a destreza dos trabalhadores nas operações e a produtividade do trabalho e, por outro, avulta-se a racionalização do trabalho, com maior intervenção e controle sobre o processo, bem como com a incorporação maior da ciência como integrante das forças produtivas.

O processo de trabalho, agora fragmentado em etapas, passa a ocorrer sob controle de diversos agentes, que assumem as funções antes exercidas pelo próprio capitalista, liberando-o ainda mais do contato com a produção. Consolida-se com isso, a divisão entre trabalho manual e intelectual no interior do processo de trabalho. Execução e planejamento já não aparecem como funções de um mesmo agente, passando as tarefas de planejamento e controle à responsabilidade dos trabalhadores intelectuais, que por isso aparecem aos trabalhadores manuais cada vez mais como um poder que os domina. Teoria e prática do processo de trabalho existem enquanto unidade quando tomado em sua totalidade, mas na concretude dos processos aparecem como funções de trabalhadores distintos, instaurando uma tensa relação entre trabalho manual e o trabalho intelectual que o subjuga.

Cumprindo funções centrais de controle sobre o trabalho e por sua distância maior da produção direta, os trabalhadores intelectuais tenderão a uma identificação ideológica com os interesses do capital e terão contato com processos de formação mais afeitos aos conhecimentos científicos disponíveis, de maneira que dominem melhor o conhecimento da produção como um todo. Em contrapartida, os trabalhadores manuais passarão por processos mais

simplificados de formação, o que diminui o valor de sua força de trabalho e amplia relativamente a expropriação de trabalho excedente. Aumenta também a capacidade do capital de dispor da força de trabalho, pois diferentemente dos artesãos que se formavam num longo processo nas corporações de ofício, a baixa exigência de qualificação permite alta rotatividade dessa força de trabalho.

À vista disso, na cooperação simples e no início da manufatura o processo de trabalho já se encontra subsumido ao processo de produção do valor. Mas essa subsunção é chamada ainda de *subsunção formal*, pois se mantém sob domínio dos artífices o conhecimento sobre o processo de trabalho, embora não possuam mais a propriedade dos meios de produção que utilizam. A *subsunção real* do trabalho ao capital vai se dar na passagem da manufatura à indústria, quando se revoluciona a base técnica da produção, e a especialização dos instrumentos leva a formas de trabalho controladas não mais pelo ritmo e saber do trabalho vivo, mas ditadas pelo ritmo e saber investido na maquinaria (trabalho morto).

A divisão manufatureira teve como seu produto o desenvolvimento de máquinas, que "eliminam o ofício manual como princípio regulador da produção social. Assim, não há mais necessidade técnica de fixar o trabalhador a uma operação parcial, por toda a vida" (MARX, 2004a, p. 424). Com isso, derrubam-se mais algumas barreiras ao domínio do capital, já que a maquinaria coloca o trabalhador para agir a seu serviço sobre o objeto. Nos momentos anteriores os instrumentos se mantinham a serviço do trabalhador, constituindo um obstáculo à subsunção real do trabalho ao capital e enfrentando, os capitalistas, resistências por parte dos trabalhadores ao seu disciplinamento. Por consequência da revolução nos meios de trabalho propiciada pela maquinaria, o trabalhador vai perdendo seu papel central na produção e ganha relevo a extração de mais-valia relativa pela diminuição do trabalho vivo e aumento da composição orgânica do capital, bem como o papel de controle dos trabalhadores intelectuais e a demanda por esse tipo de trabalhadores de caráter técnico-científico.

Embora na manufatura o trabalhador individual não realizasse mais todas as etapas da produção, ainda persistia algum controle sobre o processo e o ritmo da atividade. Na indústria passa a ser a máquina que define o ritmo do trabalhador, bem como as etapas do trabalho. O processo, portanto, não está mais limitado pelo número de ferramentas que o trabalhador consegue operar ou pela velocidade com que o faz. E, com o desenvolvimento de um sistema de máquinas combinadas, a maquinaria passa também a demandar um aumento de produtividade dos ramos de produção conexos, revolucionando os meios de trabalho não só diretamente ligados à produção, mas também à distribuição.

Enquanto na cooperação simples, em geral, não se modificava o modo de trabalhar individual, a manufatura revoluciona o modo de trabalho submetendo a força individual de trabalho e deformando-a, por desenvolver artificialmente uma habilidade parcial. Submete o trabalhador ao comando e disciplina do capital, ao mesmo tempo que cria uma hierarquia entre os trabalhadores, opondo as forças intelectuais como poder estranho que domina o trabalho manual. Esse processo iniciado na cooperação simples completa-se na indústria moderna, que recruta a ciência como força produtiva para servir ao capital. “Na manufatura os trabalhadores são membros de um mecanismo vivo. Na fábrica, eles se tornam complementos vivos de um mecanismo morto que existe independente deles” (MARX, 2004a, p. 482).

Se, inicialmente, o trabalhador se submete porque lhe faltam os meios de produção, agora só consegue desenvolver sua atividade se vende sua força individual ao capitalista; sua atividade é acessório da oficina e da máquina capitalista. O enriquecimento do trabalhador coletivo, dessa forma, se dá às custas do empobrecimento das forças produtivas individuais e “Revela-se, de um lado, progresso histórico e fator necessário do desenvolvimento econômico da sociedade, e, do outro, meio civilizado e refinado de exploração” (MARX, 2004a, p. 420).

Ao mesmo tempo, faz-se necessário o emprego de mecanismos cada vez mais refinados de disciplinamento físico e psicológico dos trabalhadores para suportar, de um lado, a intensificação do trabalho decorrente do ritmo crescente das máquinas ou da operação de várias máquinas em sequência ou simultaneamente, e, por outro, um trabalho alienante e despojado de interesse²⁸.

O trabalho na fábrica exaure os nervos ao extremo, suprime o jogo variado dos músculos e confisca toda a atividade livre do trabalhador, física e espiritual. Até as medidas destinadas a facilitar o trabalho se tornam meio de tortura, pois a máquina, em vez de libertar o trabalhador do trabalho, despoja o trabalho de todo o interesse. [...] Ao se transformar em autômato, o instrumental se confronta com o trabalhador durante o processo de trabalho como capital, trabalho morto que domina a força de trabalho viva, a suga e exaure. A separação entre as forças intelectuais do processo de produção e o trabalho manual e a transformação delas em poderes de domínio do capital sobre o trabalho se tornam uma realidade consumada [...] A habilidade especializada e restrita do trabalhador individual, despojado, que lida com a máquina, desaparece como uma quantidade infinitesimal diante da ciência, das imensas forças naturais e da massa de trabalho social, incorporadas ao sistema de máquinas e formando com ele o poder do patrão. No cérebro deste, estão indissoluvelmente unidos a maquinaria e o monopólio patronal sobre ela [...] (MARX, 2004a, p. 483).

²⁸ “Além dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho. E isto é tanto mais necessário quanto menos se sinta o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa, que lhe oferece, por isso, menos possibilidade de fruir da aplicação de suas próprias forças físicas e espirituais”(MARX, 2004a, p. 212).

Pelo exposto, é possível compreender que a divisão social do trabalho representa, em relação à atividade, o que a propriedade privada dos meios de produção significa em relação aos produtos da atividade. São a faceta social e econômica de um mesmo processo, que implica na contradição entre interesses individuais e coletivos.

Na dependência recíproca que unia os indivíduos com a divisão comunal do trabalho forjava-se também um interesse comunitário, que com a divisão social do trabalho se torna contradição entre interesses individuais (seja do indivíduo isolado, seja das famílias isoladas) e coletivos. A atividade social se fixa e cada um está ligado a uma esfera determinada da atividade que lhe é imposta, de modo que o interesse particular e o interesse comum estão cindidos e a ação humana e seu produto se tornam forças objetivas que o subjagam e dominam, fugindo ao seu controle (MARX e ENGELS, 1998). A “força produtiva multiplicada que nasce da cooperação dos diversos indivíduos, condicionada pela divisão do trabalho, não aparece a esses indivíduos como sendo sua própria força conjugada [...]; ela lhes aparece, ao contrário, como uma força estranha” (MARX e ENGELS, 1998, p. 30).

E como a produção está ligada à estrutura social e política, o próprio interesse coletivo toma forma independente na qualidade de Estado, como comunidade ilusória na qual se mantêm as lutas que existem efetivamente na realidade entre as classes e a partir da qual os interesses de classe, que são apresentados como interesses gerais, também aparecem à maior parte da população como interesses estranhos (MARX e ENGELS, 1998).

A divisão social do trabalho, a propriedade privada dos meios de produção e a dominação de classes, criam, portanto, as condições para a existência de uma massa privada de propriedade e um mundo de riqueza e cultura realmente existentes. Esta separação que toma a forma prática de alienação econômica dos meios e produtos do trabalho em face dos produtores diretos, é engendrada pela objetividade do processo de desenvolvimento da sociedade, não dependendo, desse modo, da consciência ou da vontade dos seres humanos tomados individualmente.

Se as aquisições humanas, ao se fixarem nos produtos objetivos da atividade, libertam os seres humanos da sujeição às leis da evolução e permitem a formação de novas capacidades e habilidades; simultaneamente, é esse mesmo fato, de tornarem-se objetivas externamente, que permite que as aquisições do desenvolvimento histórico possam separar-se de quem as produz. A isso Marx (2004b) denominou *alienação* e caracterizou-a das seguintes formas: 1) na alienação dos produtos do trabalho, que passam a ser vistos como objetos estranhos, alheios; 2) na alienação do trabalho, que embora seja sua própria atividade é visto como algo externo, no

qual os seres humanos não encontram a sua realização, mas a sua perdição; 3) na alienação em relação aos outros seres humanos, quando o trabalho torna cada um alienado por outros, os quais, por sua vez, são alienados da vida humana; 4) e na alienação em relação ao gênero humano.

A alienação se expressa, então, na pauperização material e espiritual dos trabalhadores, cujo mundo se desvaloriza na proporção direta da valorização do mundo das coisas por eles produzidas. Sob relações capitalistas, ao produzir mercadorias, os trabalhadores produzem a si mesmos como mercadoria (MARX, 2004b), e pelo local que estão colocados nas relações sociais de produção, encontram-se mutilados nas suas potencialidades históricas. Estão impossibilitados, com isso, de entrar em relação orgânica com os produtos do trabalho social e deles se apropriarem.

No atual estágio de elevado desenvolvimento das forças produtivas, quando a existência humana já se desenrola não mais no plano da vida local, mas da história mundial, a produtividade do trabalho social atinge níveis recordes, ao mesmo tempo que os indivíduos estão cada vez mais alijados dos processos sociais que permitiriam a apropriação das objetivações humanas, materiais e espirituais, em sua plenitude. A produção atinge alto grau de socialização, aumentando a dependência dos indivíduos da sociedade, mas, pela propriedade privada dos meios de produção, os produtores encontram-se apartados de seus produtos.

Uma decorrência disso, é que a inorganicidade²⁹ do produto se manifesta como mutilação e a capacidade de criar fica separada do sujeito. Os sentimentos que se manifestam nesse processo são próprios de uma época que Marx (2008) não hesita em denominar de “pré-história da sociedade humana”, na qual coexistem a potencialidade extraordinária e a mutilação ordinária.

Sob relações capitalistas o consumo das práticas sociais não se faz determinado pela necessidade social de produzir e consumir, mas amplia artificialmente algumas de suas potencialidades, não permitindo a apropriação do conjunto das práticas sociais. Independentemente da classe social a que se pertença, portanto, o consumo aparece como heteronomia, se faz de modo dirigido, determinado pela necessidade de lucro do capital. Não

²⁹ Se a natureza é o “corpo inorgânico do homem” (MARX, 2004b), e a sociedade aparece como seu ‘corpo orgânico’; a limitação que o faz estranhar essa mesma sociedade e que é imposta pela propriedade privada, pode ser expressa como mutilação.

aparece como consumo, mas como consumismo, impedindo a ampla satisfação das necessidades e o desenvolvimento das potencialidades humanas.

Sendo assim, na base da atividade produtiva estão os seres humanos que, ao transformarem a natureza produzindo valores de uso, criaram, também, as condições sob as quais aparece o valor. As relações sociais dos produtores se reificam e aparecem agora como relações entre mercadorias. As mercadorias produzidas pelos seres humanos, são vistas por eles como um poder alheio que os subordinam e as relações sociais tornam-se cada vez mais mercantilizadas.

No avanço desse processo o capital se ‘entifica’ e os seres humanos aí aparecem subordinados às suas determinações. “É a própria coisa que se dá como sujeito, a exigir comportamentos adequados à realização de suas determinações formais” (SILVEIRA, 1989, p.47). Ou, nas palavras de Marx, o capital é uma potência econômica que tudo domina, um "monstro animado que começa a "trabalhar", como se tivesse o diabo no corpo" (MARX, 2004a, p. 228).

O valor de troca se universaliza e a forma mercadoria se generaliza; com a lógica mercantil invadindo e saturando o conjunto das relações sociais, "**tudo** é objeto de compra e venda, de artefatos materiais a cuidados humanos" (NETTO e BRAZ, 2012, p.98, grifos no original). É o que se denomina de fetichismo da mercadoria, a ‘coisificação’ das relações sociais se expressando como heteronomia na relação produção-consumo.

Dito isso, é possível entender a dimensão contraditória do processo de trabalho na sociedade capitalista. O processo de trabalho por meio do qual os seres humanos se constituem como seres sociais, é também processo de produção de valor, concedendo autonomia aos produtos, que se contrapõem ao trabalhador. A riqueza do gênero humano produzida pelo trabalho não se reflete em igual desenvolvimento das experiências individuais, motivo pelo qual György Márkus (1974) definiu a alienação como a não efetivação na vida dos indivíduos, das conquistas já efetuadas historicamente pelo gênero humano; a ruptura entre essência e existência.

Antes de finalizar essa reflexão sobre as características gerais do processo de trabalho e do processo de trabalho sob o capitalismo, julgamos necessário reafirmar o caminho escolhido frente às críticas atuais e movimentos que questionam a centralidade do trabalho nas práticas humanas, e, por derivação, questionam também a legitimidade do referencial aqui escolhido. Frente às afirmações crescentes de que viveríamos uma "sociedade de consumo", essa esfera se autonomiza nas reflexões, perdendo sua ligação de determinação com a esfera da produção.

Também desde os anos 1980, a centralidade do trabalho vem sendo questionada e, por decorrência, a centralidade da classe trabalhadora nas perspectivas de transformação social. O trabalho não se constituiria mais no eixo organizador da vida social? Estaria se tornando menos central na determinação da sociabilidade? Ao nosso ver, a resposta é negativa, mas a possibilidade de se realizar tais questionamentos parte de transformações reais no atual momento de acumulação do capital, marcado por transformações nos processos de trabalho.

Dois fenômenos ganham vulto com a incorporação cada vez maior da ciência nos processos produtivos: a redução do contingente de trabalhadores alocados na produção de bens materiais e o desemprego crescente. Todavia, concordamos com Antunes (2005) quando afirma que esses fenômenos podem ser compreendidos se consideramos a dinâmica própria da sociedade capitalista e não autorizam por si só a desconsiderar a centralidade do trabalho.

É próprio do capitalismo a existência da população excedente que pressiona para baixo o valor da força de trabalho. Com o avanço das forças produtivas esse excedente tem se elevado ao extremo, com a necessidade imposta pela concorrência intercapitalista de diminuir a dimensão variável do capital e expandir sua parte constante. Em decorrência desse aumento da composição orgânica do capital, há economia de trabalho, o que na sociedade do capital não significa que o trabalho será redividido com o aumento de tempo livre. Pelo contrário, passa a significar uma massa de desempregados. O desemprego, por conseguinte, está ligado aos limites da sociedade burguesa para inscrever todos os seres humanos aptos no circuito do trabalho.

Logo, é a centralidade do trabalho abstrato que produz a não-centralidade do trabalho (ANTUNES, 2005), gerando uma massa de excluídos do trabalho vivo e o aumento das esferas de formação e de serviços. Porém, como o capital não pode continuar se reproduzindo sem o trabalho vivo, ao menos nos ramos com maior inserção de tecnologia, impõe-se a necessidade de explorar de maneira mais intensa e sofisticada uma força de trabalho mais complexa e multifuncional, de maneira que “intensifique as formas de extração da mais-valia em tempos cada vez mais reduzidos” (ANTUNES, 2005, p. 11). O autor defende a tese de que a “sociedade do capital e sua *lei do valor* necessitam cada vez *menos* do trabalho *estável* e cada vez *mais* das diversificadas formas de trabalho parcial ou *part-time*, terceirizado, que são, em escala crescente, parte constitutiva do processo de produção capitalista” (ANTUNES, 2005, p. 10).

Junto às tendências de transferência do saber para a maquinaria informatizada (transformação do trabalho vivo em trabalho morto); da expansão do trabalho em serviços (em esferas não diretamente produtivas mas imbricadas com o trabalho produtivo) e do trabalho

com maior dimensão "intelectual"; e da ampliação das formas de trabalho imaterial, amplia-se o trabalho intelectual nas plantas produtivas, reduz-se o proletariado estável com a generalização das formas de trabalho precário, e desverticaliza-se a produção. Tomando essas transformações em conjunto, Antunes (2005) considera que é possível defender uma noção ampliada de trabalho que dê conta da complexificação do trabalho na atualidade, quando há uma interpenetração cada vez maior entre atividades produtivas e improdutivas, entre atividades fabris e de serviço, e entre atividades laborativas e de concepção.

Os fenômenos apontados seriam, desse modo, antes de tudo, exemplos da vigência da lei do valor e continuariam subordinados à lógica da produção de mercadorias e de capital. Antes de explicar em profundidade os novos movimentos do capital, podem contribuir para a mistificação das condições pelas quais, com o aprofundamento da divisão social do trabalho, o aumento da produtividade se reverte em desemprego e impossibilidade/repressão do consumo necessário. E, se é pelo consumo das objetivações que nos apropriamos da realidade humanamente criada, desemprego e repressão do consumo necessário, redundam em desumanização.

À vista disso, para compreender a vida social, segue necessária a apreensão dos modos de produção da existência, já que praticamente o trabalho consiste no fundamento da sociabilidade e em atividade que nos constitui ontologicamente como seres humanos. Para além de garantir a sobrevivência, as formas de organização da produção estão em relação e condicionam o modo de existência, em geral. E não existe sociedade em que o trabalho não siga sendo o fundamento da vida social, necessário todos os dias para a produção e reprodução da vida e determinante das relações sociais.

O fato de uma parte dos indivíduos não desempenharem o trabalho como atividade diariamente, seja por comporem a classe exploradora, seja por não conseguirem vender sua força de trabalho, é, antes, expressão do desenvolvimento histórico das formas de trabalho e não confirmação do trabalho como supérfluo. Revela, portanto, elementos do desenvolvimento histórico que, por um lado, permitiu a divisão social do trabalho e a existência da propriedade privada dos meios de produção. Por outro, explicita as contradições geradas pela universalização do valor de troca, com a geração de excedente de produção que não é distribuído a todos e que depende do exército industrial de reserva para garantir a pressão sobre o preço dos salários. Consequentemente, é expressão do capital como relação social que engole a tudo e todos na realização de sua reprodução, subsumindo a satisfação das necessidades humanas às necessidades de efetivação do valor de troca.

O aprofundamento da divisão social do trabalho com cada ser humano contribuindo em partes quantitativa e qualitativamente muito restritas da produção, abre a possibilidade de reforçar a aparência fantasmagórica das formas de produção e o reforço da concepção individualista. Contudo, a aparente independência das relações sociais é apenas faceta de seu contrário, de uma produção em essência cada vez mais social. A aparente independência das relações sociais mais imediatas e o isolamento cotidiano dos indivíduos é, contraditoriamente, a afirmação das relações sociais em sua totalidade, a realização de potencialidades humanas que só se dão em sociedade.

CAPÍTULO 2 – O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O que vive
não entorpece.
O que vive fere.
O homem,
porque vive,
choca com o que vive.
Viver
é ir entre o que vive.

O que vive
incomoda de vida

Cão sem plumas, João Cabral de Mello Neto

Tendo exposto o processo de trabalho de modo geral, seus elementos e as principais determinações de sua existência sob o modo de produção capitalista, detenhamo-nos agora nas particularidades do *processo de trabalho em saúde*. Como esfera integrante da reprodução social, seus elementos constitutivos expressam a abstração mais geral em nível maior de concretude. O que significa afirmar que o percurso percorrido até aqui nos instrumentaliza para melhor compreender o trabalho em saúde.

Todavia, se a compreensão do todo é fundamental para desvelar as relações e determinações de um processo, as tendências gerais não são suficientes para a adequada compreensão das partes, que guardam em relação a elas relativa autonomia e idiosincrasias. Unidos de elementos mais gerais e abstratos, portanto, sigamos adicionando graus de concretude ao trabalho em saúde, de maneira a compreender como as tendências gerais se expressam em dinâmicas determinadas nessa esfera específica da reprodução social.

Ressalvamos que os temas aqui tratados em sua quase totalidade encontram-se discutidos na literatura e serão por nós abordados de maneira apenas sumária. Buscaremos indicar as principais referências utilizadas, possibilitando ao leitor o aprofundamento, quando desejado. Esse tratamento justifica-se pelos limites do presente trabalho e visa a articular categorias dispersas que possuem potencial explicativo para a aproximação ao nosso objeto de estudo. Auxiliam-nos, desse modo, na construção do objeto enquanto *objeto teórico*, construção que se dá na relação com o objeto real, mas mediada pelas categorias teóricas de base.

O processo de trabalho em saúde em seu desenvolvimento histórico, passou por rearticulações internas (referidas ao sentido interno do trabalho) e externas (referidas às suas articulações com a sociedade e a dinâmica das demais práticas sociais) (DONNANGELO,

1979³⁰; MENDES-GONÇALVES, 1994). Com base nos saberes articulados historicamente acerca de seus objetos, os agentes da prática articulam meios de trabalho para promover transformação no objeto, subordinadas a certas finalidades e visando satisfazer necessidades em saúde que não são definidas abstratamente, mas circunscritas socialmente.

Diversos modelos tecnológicos (MENDES-GONÇALVES, 1994) expressam diferentes práticas em saúde organizadas a partir de determinados saberes que instrumentalizam essas práticas e realizam certos resultados. Esses modelos não são únicos em cada momento histórico, expressando, antes, tendências dominantes que convivem com resquícios de modelos anteriores, ao mesmo tempo que gestam as práticas e interpretações teóricas que possibilitarão modelos futuros. Procuraremos explicitar neste percurso algumas particularidades do trabalho em saúde em relação a outras formas de trabalho, bem como as principais modificações em relação aos seus agentes, meios, objetos e finalidades. Julgamos, ademais, que o processo de trabalho em saúde mental – seja pela caracterização e singularidade de seu objeto, seja pela organização das práticas e funções que cumpriram historicamente – preserva certas especificidades em relação a outras formas de trabalho em saúde ou, ainda, em relação às formas dominantes. Buscaremos apontar algumas delas ao longo da exposição e, mais detidamente, no próximo item. Esperamos que esse percurso nos qualifique para o entendimento de nosso objeto em seu movimento e transformações.

É no processo de constituição do campo³¹ da Saúde Coletiva no Brasil a partir da década de 1970, que ganha maior evidência o debate sobre o processo de trabalho em saúde. Os movimentos de reforma do ensino médico da década de 1960 no Brasil, levam à fundação de departamentos de saúde pública, medicina preventiva, medicina social e saúde comunitária nos cursos de medicina, com a inserção mais extensiva de disciplinas de ciências sociais no ensino em saúde, e a possibilidade de voltar os estudos não somente para os indivíduos, mas sobretudo para os grupos sociais e a coletividade (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Claro está, que

³⁰ Essa obra é citada por alguns autores como "Donnangelo e Pereira, 1979". Como explica o editor, trata-se da reprodução integral da tese de livre-docência de Maria Cecília Ferro Donnangelo, defendida em agosto de 1976, à qual se agregou um texto de Luiz Pereira, que foi base de sua arguição na banca da autora. Quando nos referirmos à primeira parte da obra, utilizaremos a referência "DONNANGELO, 1979".

³¹ A definição de campo é emprestada de Pierre Bourdieu para se referir a um microcosmo relativamente autônomo, "com objetivo específico – a saúde no âmbito dos grupos e classes sociais e com práticas também específicas, voltadas para a análise de situações de saúde que incorpora o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle desses problemas no nível populacional" (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014, p. 10). Paim (1982) e Donnangelo (1983) empregam "campo" como um conceito que designa um espaço social mais amplo e complexo que uma simples área de conhecimento.

nesse período as definições de *coletividade* e de *social* são bastante heterogêneas, indo do coletivo como coleção de indivíduos até o entendimento do coletivo transformado em social, como campo específico de práticas (DONNANGELO, 1983).

Neste processo que abordaremos de maneira deveras abreviado, as contradições que estavam presentes na sociedade brasileira levaram parte dos autores desse campo a uma crítica mais sistematizada ao preventivismo e a uma aproximação das concepções da medicina social europeia do século XIX (tendo em Virchow seu principal expoente). Destaca-se ainda na década de 1960, os primeiros trabalhos de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que contribuem para a superação da redução do social, limitada às suas manifestações no indivíduo, em direção à compreensão das estruturas sociais em relação com a saúde. Sua obra inaugura no Brasil, um pensamento social em saúde (SCHRAIBER; MOTA, 2015) que será progressivamente expandido com a contribuição de outros estudos.

Sob a influência no cenário internacional de autores já clássicos como Georges Canguilhem, Michel Foucault, Luc Boltanski, Giovani Berlinguer, Laura Conti, entre outros; e no bojo de um contexto de ditadura empresarial-militar e do projeto nacional-desenvolvimentista, a produção brasileira sobre as práticas médicas começa a ser tematizada a partir da categoria *trabalho*. Cumpre ressaltar, ainda, a influência latino-americana de Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, com as teorizações sobre a determinação social do processo saúde-doença e, esse último, com a proposta de uma Epidemiologia Crítica em saúde.

Os estudos de Donnangelo (1975) sobre a profissão médica e o papel do Estado na assistência, e seu trabalho sobre a consubstancialidade dessa prática como técnica e social e com função de medicalização social (DONNANGELO, 1979), bem como o estudo de Arouca (2003) de 1975³², sobre o dilema preventivista de uma sociedade que não produziu mudanças em seus sistemas de saúde e confere diferentes valores à saúde humana em decorrência da estrutura de classes; contribuem para a visibilidade da prática médica³³ como tendo uma

³² A tese de doutoramento de Antonio Sérgio da Silva Arouca traz na capa, a data de 1975. No prefácio da obra publicada em 2003, Guilherme Rodrigues da Silva afirma que a tese foi defendida na Universidade Estadual de Campinas, em 24 de julho de 1976 (SILVA, 2003). Arouca, Donnangelo e Mendes-Gonçalves são três dos intelectuais que na década de 1970, realizaram importantes esforços para incorporar as ciências sociais às análises da saúde, buscando superar a ideia de equilíbrio presente na corrente funcionalista e a ideia de neutralidade científica presente no positivismo, e incorporando nas análises a sociedade composta por classes em conflito. Essa “teoria social da saúde” compôs o que ESCOREL (1987, apud SILVA, 2003), chamou de “as bases universitárias” da reforma sanitária brasileira.

³³ Os primeiros estudos do campo referem-se ao médico, enquanto trabalhador mais típico do campo da saúde. Com a socialização do trabalho médico e a diversificação das profissões no processo de trabalho, os estudos também serão direcionados a outras categorias e passar-se-á a discutir a prática não somente enquanto *prática médica*, mas como *práticas em saúde*. “A prática dos médicos é a fundadora da técnica científica moderna na área

dimensão política e social. Mas, é na obra de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979; 1992; 1994) que, em geral, se reconhece a aplicação da teoria marxista para a análise do processo de trabalho em saúde, e do trabalho médico em particular (PEDUZZI, 1998).

Partindo desses primeiros estudos que destacam o aspecto histórico do trabalho na sua relação com a estrutura social, desdobram-se aprofundamentos de categorias que já se anunciavam nesses primeiros, como o saber, as necessidades em saúde, o papel da tecnologia e os aspectos relacionais do processo de trabalho. Destacamos – para fim de contextualização de algumas das referências utilizadas para este trabalho, mas cientes de que não esgotam a diversidade dos estudos realizados – a produção de Schraiber (1989; 1993; 2008) que se debruça sobre o trabalho médico e a dimensão da relação e vínculos produzidos no e pelo trabalho, com ênfase na discussão sobre autonomia profissional. Também, acerca do aspecto relacional do trabalho, distingue-se a produção de Ayres (2001) e de Peduzzi (1998; 2007), essa última autora estabelecendo importantes reflexões sobre o trabalho em equipe. Partindo das discussões marxistas sobre a relação entre trabalho vivo e trabalho morto, Merhy (2013a; 2013b; 2013c) investigará a dimensão micropolítica do que chama de *trabalho vivo em ato*, salientando o papel da tecnologia em saúde (utiliza a tipologia de tecnologias leves, leve-duras e duras). Destacamos, ainda, Campos (1998, 2002) que avulta a discussão sobre os modelos de gestão e os impactos do *taylorismo* no trabalho em saúde.

Tendo impacto nas produções em diversas áreas do campo da saúde coletiva, como atenção em saúde, gestão, modelos assistenciais, cuidado, trabalho em equipe etc. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006), a discussão a respeito do processo de trabalho em saúde continua se mostrando profícua ao iluminar as pesquisas sobre as mudanças no mundo do trabalho a partir da década de 1970, no contexto do que se tem chamado de reestruturação produtiva (ANTUNES, 2005), como marca do momento atual de acumulação do capital. Nesse sentido, a crescente incorporação tecnológica e a precarização das relações de trabalho, com novos padrões de relação entre o sistema público e privado no setor saúde, têm sido alvo de estudos que buscam compreender e explicar essas problemáticas e suas especificidades na saúde (PIRES, 2008; MERHY e FRANCO, 2013).

Cabe assinalar ainda, que essa produção que tem inicialmente grande influência do referencial marxista, em sua diversificação, amplia o diálogo com autores de outras matrizes teóricas. A título de exemplo está a marca dos analistas institucionais (Castoriadis, Delleuze,

da saúde e o núcleo original do qual outros trabalhos derivam” (PEDUZZI, 1998, p. 29).

Guatarri) na obra de Merhy, e da teoria crítica (Jürgen Habermas), nas obras de Peduzzi e Ayres. Dalla Vecchia (2011) considera que a perspectiva marxista estruturalista com uma leitura de que a determinação, em última instância, da materialidade, implicaria em um determinismo unicausal e economicista³⁴, influenciou o campo da Saúde Coletiva com um "certo maniqueísmo a respeito de uma pressuposta incapacidade do marxismo tratar da subjetividade e de dimensões microssociais da sociabilidade dada a alegação de 'economicismo'" (DALLA VECCHIA, 2011, p.37). Em nosso entendimento, os autores da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social Latino-americana, aos quais faremos referência nos capítulos posteriores, nos dão exemplos das possibilidades do aprofundamento do marxismo para a teorização dos aspectos subjetivos e relacionais mobilizados no processo de trabalho, mantendo-se ainda, em um mesmo campo teórico-metodológico de explicações sobre as relações sociais e a concepção histórico-social de ser humano.

O trabalho em saúde, principalmente quando referido ao seu trabalhador mais típico, o médico, tem características que o diferenciam no contexto da divisão social do trabalho. O peso aparentemente maior que ganha a dimensão intelectual, a associação dos valores de seus produtos aos princípios ideológicos mais importantes no processo de estruturação das sociedades capitalistas ocidentais, e a posição na hierarquia social que garante aos seus agentes, são características objetivas que permitem com que as práticas em saúde sejam frequentemente desvinculadas da ideia geral de trabalho e tomadas como práticas mais criativas e autônomas, e, portanto, mais livres das determinações materiais e das necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). As posições que reforçam essa diferenciação do trabalho em saúde em relação ao processo de trabalho em geral, sem abordá-la criticamente, acabam por reproduzir seu caráter alienado e alienante (MENDES-GONÇALVES, 1992). Essa aparência de superioridade também reproduz nos consumidores dessas práticas, representações acerca de sua individualidade e socialidades que tendem “a conservar a vida humana alienada de sua realidade atual e de suas potencialidades imanentes” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 1).

Esse também é o ponto de partida da análise que faz Donnangelo (1979), de que a medicina tende a se revestir de uma aparência de neutralidade frente às determinações que adquire nas sociedades de classes. Numa primeira aproximação, as práticas em saúde

³⁴ Parte para isso da análise que faz Silva (2003), sobre o impacto da obra de Louis Althusser no pensamento social brasileiro. Silva, L. F. Pensamento social brasileiro: marxismo acadêmico entre 1960-1980. São Paulo: Corações e mentes, 2003 (apud DALLA VECCHIA, 2011).

apareceriam como eminentemente técnicas, como encarnações de conhecimentos técnico-científicos. Sendo assim, passariam ao largo de injunções econômicas, sociais ou históricas.

Uma das determinações para essa concepção de neutralidade, residiria no desenvolvimento do aparato científico tecnológico e sua cada vez maior inserção no processo de trabalho. O avanço das ciências biológicas e sua hegemonia na estruturação das práticas em saúde, levou a pensar essas práticas como estruturadas privilegiadamente pela aplicação científica, num processo de acúmulo de novas descobertas e intervenções. No entanto, a medicina não é em si uma ciência, mas um campo de práticas ligado à terapêutica, que busca a transformação de seu objeto, ainda que se utilize de meios cuja eficácia esteja garantida cientificamente (DONNANGELO, 1979).

A estruturação da clínica como modo e meio de trabalho que toma o corpo em sua dimensão anatomofisiológica como objeto, tende a naturalizar esse objeto com a aplicação de padrões de normalidade que ganham aparência de científicos. No entanto, a própria definição dos objetos, sejam eles o meio físico ou o corpo biológico, está investida de determinações econômicas e políticas e ganha caráter ideológico³⁵ (DONNANGELO, 1979). Conti (1972) se refere a esse processo como revelando, ao mesmo tempo, a historicidade dos meios da prática médica e a anistoricidade de seus objetivos. As representações sociais dominantes sobre o trabalho em saúde, desse modo, estão profundamente ancoradas na sua base científica e, por extensão, destacam privilegiadamente seus instrumentos e a sua dimensão material. Trata-se, portanto, de determinações históricas que privilegiaram sua aceção técnica e encobriram suas dimensões como prática social, e suas relações com a dinâmica de reprodução das sociedades.

A segunda razão para essa aparência de neutralidade e independências das determinações do modo de produção, é o fato de as práticas em saúde existirem anteriormente ao capitalismo, estando seus agentes ligados a uma das primeiras práticas técnicas da humanidade, o que lhe confere certo caráter de autonomia (DONNANGELO, 1979). Assim sendo, essa forma de trabalho não surge com o capitalismo, mas sofre importantes reorganizações no processo de transformações econômicas e sociais que o constituem. É no final do século XIX que suas bases científicas, sob a égide do positivismo, tornam-se suficientemente sólidas para serem reconhecidas como superiores à dos demais curadores, e a medicina se torna uma verdadeira profissão consultante (MENDES-GONÇALVES, 1994).

³⁵ Retomaremos essa discussão adiante, quando discutirmos o objeto das práticas em saúde.

Na transição do feudalismo ao capitalismo com a definição de novos modos de produção e com o estabelecimento de novas práticas e saberes, unifica-se a medicina praticada pelos físicos e pelos cirurgiões-barbeiros, sob a hegemonia do modelo biomédico de clínica (GOMES, 2006). As práticas antes dispersas são concentradas sob o trabalho médico, que condensa em um mesmo agente práticas manuais e intelectuais, conferindo aos médicos o monopólio de uma área específica de atividades (SCHRAIBER, 1993). O modo como se configurou esse trabalho no capitalismo, primeiramente na forma de um pequeno produtor individual no consultório liberal (contrastando com a produção fabril que já se desenvolvia), a sua dimensão intelectual, a incorporação cada vez maior de tecnologia e a influência dos saberes científicos nas formas de organização da assistência, conferiram ao agente médico uma elitização social e intelectual e uma valoração distinta de outros trabalhos (SCHRAIBER, 1993; DONNAGELO, 1979).

Todavia, esse processo não pode ser visto apenas como uma determinação da medicina, pelas relações capitalistas de produção. As práticas médicas constituíram-se em importantes formas de intervenção para garantir as condições necessárias à produção capitalista. Não somente com a atuação sobre os corpos individuais, de maneira a garantir corpos em condições de participar do processo produtivo na medida em que eram necessitados pelo crescente processo industrial, mas também, pela necessidade de higienização e sanitização do crescente espaço urbano. À vista disso, a medicina não só se conforma como prática profissional nos marcos do capitalismo, como, pelas funções que arvora a si, faz parte do movimento que auxilia a consolidá-lo. Ao mesmo tempo que oferece seus préstimos ao Estado (combate a epidemias, relação com a justiça etc.), cobra dele a luta contra o charlatanismo, e a defesa da exclusividade da profissão³⁶.

Pela legitimidade que ganha o conhecimento científico, a prática médica se rearticula concentrando maior poder em legislar e julgar sobre a saúde e doença (MACHADO et al., 1978; MENDES-GONÇALVES, 1994). As demais práticas de curadores vão sendo vistas como desviantes e como práticas que ofendem a razão, sendo seus agentes classificados como charlatães (MACHADO et al., 1978), e o projeto médico vai tendo maiores relações com a justiça, com a educação e com a moral, no contexto de uma sociedade medicalizada³⁷.

³⁶ A intervenção estatal garantiu as condições para o monopólio e para a profissionalização, mas deixou margem para uma maior autonomia profissional relativamente a outras profissões, e isso ocorre por admitir as questões técnicas como científicas e internas à profissão (SCHRAIBER, 1993; 2008; MENDES-GONÇALVES, 1994).

³⁷ Machado et al. (1978), destacam o papel que tem o saber médico no contexto histórico brasileiro, na medicalização das instituições como hospitais, cemitérios, escolas, quartéis, prisões, bordéis e fábricas.

O processo de constituição da medicina moderna, de sua prática liberal até o contexto da medicina tecnológica – do agente médico até a individualização de outras profissões e constituição do trabalho coletivo em saúde –, confirma a tese da extensão da prática médica proposta por Donnangelo (1979). Extensão essa, que se dá em pelo menos, dois sentidos. De um lado, na expansão quantitativa dos serviços de saúde e na incorporação de populações e grupos sociais aos cuidados em saúde. De outro, pela extensão do campo de normatividade da medicina em relação às concepções de saúde, do regramento das condições para se obtê-la e das condições gerais de vida.

É nesse segundo sentido, que Conti (1972) afirmará que a medicina cumpre função de tranquilizante social em grande escala quando tende a resolver em termos "médicos", contradições que são próprias da forma de organização capitalista. A essa crescente apropriação dos comportamentos e fenômenos sociais pelas práticas médicas, têm se reservado a expressão *medicalização social* (DONNANGELO, 1979; ALMEIDA; GOMES, 2014).

A legitimação da ordem social, exige, assim, respostas no campo científico e a prática médica na modernidade se consolida dando respostas às necessidades de organização social e aos processos de desgaste humano, apoiando-se no referencial biomédico (ALMEIDA; GOMES, 2014). Atua, portanto, tanto nas dimensões infra estruturais, garantindo as condições de reprodução da força de trabalho e participando das determinações econômicas das relações sociais, quanto superestruturais, tendo o saber e a prática médica função política e ideológica (DONNANGELO, 1979).

Superada a concepção da prática médica como neutra, e desveladas algumas das suas determinações externas (na relação com a dinâmica da reprodução social e com as demais práticas) e internas (na reorganização de seus saberes e práticas assistenciais), a análise das práticas em saúde como trabalho permitiram avançar na apreensão de seus elementos constituintes e da dinâmica entre eles.

Guardando certas particularidades decorrentes de sua constituição histórica, o trabalho em saúde visa a responder certas necessidades pelas intervenções e transformações operadas sobre seus objetos pelos agentes, com a mediação de instrumentos. Esse processo está instrumentalizado por saberes que auxiliam a recortar e definir o objeto, com vistas a atingir um dado projeto terapêutico (dadas finalidades, portanto). A própria definição dos objetos, desse modo, informa sobre as finalidades perseguidas e define certa articulação entre agentes e meios de trabalho com vistas a alcançá-la.

Antonio Sérgio da Silva Arouca, em sua tese de 1975, toma o *cuidado* como unidade simples de análise do processo de trabalho em saúde, e define-o da seguinte maneira:

A unidade mais simples de análise a ser considerada no interior da Medicina, é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a este conjunto de necessidades determinadas doenças. (AROUCA, 2003, p. 219)

Essa definição, em nosso entendimento, apreende a provisoriedade e dinamismo dos fenômenos sociais envolvidos na conformação das práticas em saúde. Ao mesmo tempo que define, explicita o mecanismo histórico que a conformou. Ressalta, como evidenciaremos à frente, a delimitação de espaços especializados para o atendimento, com o hospital sendo alçado à instituição médica por excelência. A definição de espaços próprios e de instituições de formação adequadas, garantirão o monopólio das práticas. Afirma, ainda, o caráter monopolizado do conhecimento em saúde que se estabeleceu com as relações capitalistas de produção, colocando produtor e consumidor numa relação de troca estabelecida pela divisão social do trabalho.

Se antes a relação com o sofrimento se dava como experiência coletiva, difundida nas relações sociais, e o saber sobre ele passava de geração a geração, agora encontra-se concentrado em alguns agentes sociais, e os demais sujeitos estão expropriados desse saber (FOUCAULT, 1994; AROUCA, 2003). A experiência do sofrimento vai exigindo a intervenção de alguém que seja capaz de aliviá-lo. Desse modo, o consumidor, de posse de uma necessidade, entra em relação com o produtor que detém um conhecimento que ele acredita que poderá suprir seus carecimentos. Mas, o que ele obtém nesse encontro não é o conhecimento que segue monopolizado pelos agentes, e sim, uma forma instrumental desse conhecimento, o cuidado.

E a definição segue:

Portanto, o cuidado é o próprio processo de trabalho de agentes que monopolizam o conhecimento e habilidades para esta atividade, utilizando instrumentos determinados.

Desta forma, consideramos como cuidado, em geral, um processo de trabalho, que se compõe de conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e uma relação social específica (nível social), satisfazendo as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida (AROUCA, 2003, p. 220).

O trabalho em saúde realiza uma intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais e psicológicos que obstruem os modos de andar a vida. E, ao realizar esse processo de transformação sobre o objeto, atendendo necessidades sociais, a ele é atribuído certo valor (AROUCA, 2003). Com base principalmente em conhecimentos de base biomédica atua com uma concepção de normalidade que é técnica, mas também tem função social, e por meio dela apreende um conjunto de necessidades como seu objeto. Os instrumentos e condutas objetivados historicamente na forma de trabalho pregresso, serão mobilizados como meios para a realização dessa intervenção. Mas, não só os instrumentos e condutas são meios do trabalho, como os próprios saberes que instrumentalizam as ações (MENDES-GONÇALVES, 1994), razão pela qual, a própria clínica, enquanto forma de organização do trabalho baseada em certos pressupostos acumulados, pode ser tomada como meio de trabalho (DONNANGELO, 1979).

Esse cuidado ocorre na relação entre o agente e o sujeito que é objeto de cuidado, e pela dimensão corporal em que as necessidades são identificadas, torna-se difícil distinguir o objeto do próprio produto (DONNANGELO, 1979), e a esfera da produção identifica-se com a do consumo (AROUCA, 2003). A extensão da medicina que apontamos anteriormente, manifesta-se, por conseguinte, pela extensão do cuidado no âmbito da sociedade, seja ele individual ou por meio de ações coletivas (ações de saneamento, imunizações, educação em saúde etc.).

Necessidades, agentes, objeto, meios e finalidades do trabalho, não estão dissociados e precisam ser compreendidos em sua complexa dinâmica e na historicidade que os constitui. Com vistas a aprofundar a compreensão de seus elementos principais, na sequência veremos de maneira um pouco mais detida alguns aspectos dos elementos fundamentais do processo de trabalho, que merecem destaque e que podem nos auxiliar nas análises vindouras.

Daremos destaque, primeiramente, à dimensão do objeto e das necessidades conformadas historicamente. Na sequência, abordaremos o deslocamento da dialética teoria e prática do agente individual, para o trabalhador coletivo em saúde. Não se trata somente do agente individual dotado de finalidade, mas do trabalhador coletivo (unidade de vários trabalhos especializados combinados), munido de um projeto terapêutico. A respeito dos meios de trabalho (saberes e tecnologias), explicitaremos também, a concepção de tecnologia da qual partimos, aquela utilizada por Mendes-Gonçalves (1994), que nos será útil para analisar a ideia de modelos tecnológicos, e para refletir sobre os modelos históricos de atenção à saúde mental. Por fim, teceremos alguns comentários sobre o trabalho em saúde na fase atual de acumulação do capitalismo, no contexto do que tem se denominado de reestruturação produtiva.

2.1 As necessidades em saúde

Como todo processo de trabalho, o processo de trabalho em saúde visa a satisfação de necessidades. As necessidades, desse modo, conferem ao conjunto do processo uma finalidade, um caráter teleológico. Necessidades e processo de trabalho são estruturas relacionadas e há consubstancialidade entre o processo de trabalho e o processo de (re)produção das necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). As necessidades são interiorizadas no processo produtivo como finalidades e auxiliam a condução de todo o processo de trabalho. É sobre elas que converge o objetivo dos diferentes trabalhos especializados em saúde, mas podem ser apreendidas e conceitualizadas por diferentes ângulos. Mesmo manifestando-se diferentemente, são definidas enquanto *necessidades em saúde*, quando se referem ao âmbito mais geral dos carecimentos dessa esfera da vida humana (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Costuma-se abordar as necessidades em saúde em referência à assistência, à procura de serviços médicos e a oferta de serviços de saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). A princípio, poderíamos afirmar que são as necessidades que suscitam os serviços e sua estruturação (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). Porém, quando um indivíduo busca ativamente um serviço de saúde à procura de uma intervenção, está reconhecendo naquele espaço especializado e naqueles conhecimentos que embasam a ação, a possibilidade da existência de meios que possam “corrigir” os valores vitais que sente obstruídos. Isso ocorre, porque já os percebeu como eficazes para outros na sociedade, o que faz com que anteveja ali, uma solução possível. Está reconhecendo, dessa maneira, a própria intervenção como uma necessidade (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

É, nesse sentido, que se afirma que os serviços e práticas assistenciais (re)produzem necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; AROUCA, 2003). A busca pelas intervenções fica reiterada e os serviços não apenas respondem às necessidades, mas pelo modo como definem socialmente seu espaço de cobertura, também instauram necessidades. A organização da produção e da distribuição condicionam também, as formas de consumo dos serviços de saúde.

Ocorre, que, mesmo quando o agente está atuando de maneira individual, responde a necessidades que são sociais, assim como são histórica e socialmente construídos os modos de atender às necessidades de saúde pela organização do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O primeiro destaque a se fazer, então, é que as necessidades não são abstratas e anistóricas, variando com as condições de organização social e com os diferentes padrões de desgaste e reprodução dos grupos sociais, definidos pelas formas de trabalhar e de viver (LAURELL, 1982). Afirmar que o processo de trabalho em saúde tem como finalidade responder às necessidades sociais, significa dizer que elas não são homogêneas para todas as épocas ou, ainda, heterogêneas, mesmo no interior de uma dada sociedade. Variando social e historicamente as compreensões sobre o corpo, sobre o processo saúde-doença, sobre a morte e as condições almejadas de vida, variam também a percepção dos sujeitos e grupos humanos sobre suas necessidades em saúde.

Entretanto, a produção de serviços e formas de cuidado é tarefa na divisão social do trabalho de um grupo restrito de especialistas, e há a possibilidade de se produzirem necessidades que não correspondam às carências dos sujeitos tomados individualmente, ainda que correspondam à necessidade de muitos. Isso pode resultar em manipulação ideológica e política quando são apresentadas como necessidades “de todos”, e acabam por criar respostas a demandas que são apenas de um segmento populacional (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). Daí resulta a possibilidade de compreender o aspecto social das necessidades enquanto “necessidades da sociedade”, como se existissem necessidades homogêneas que se sobrepõem às variadas necessidades individuais.

O problema dessa acepção é que, não raras vezes, ignora a efetiva desigualdade das necessidades sociais. No contexto de uma sociedade dividida em classes, quando a produção tem um caráter social, mas a apropriação ocorre de maneira privada, e a distribuição e o consumo se fazem de maneira desigual, as necessidades se concretizam nos indivíduos de maneira tão desigual quanto o acesso aos produtos que as satisfazem. E o que acaba sendo alçado à condição de necessidades gerais são as necessidades da classe dominante, validadas como universais. As necessidades podem se apresentar, por conseguinte, de maneira reificada, como definidas “por sobre os indivíduos” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000) ou como necessidades alienadas (CAMPOS, 2013).

O capitalismo amplia as necessidades pela forma-mercadoria, restringindo-as àquelas que podem ser supridas por mercadorias, restringindo as necessidades a necessidades materiais e substituindo valores éticos e estéticos pelo valor de adquirir mercadorias (SOARES, 2007). O “ser” vai cada vez mais sendo substituído pelo “ter”, as relações sociais se reificam, o trabalho morto vai sendo valorizado em detrimento do trabalho vivo, tendo como resultados um reforço da propriedade material, da competitividade e do individualismo.

Essa reificação das necessidades revela outro aspecto de seu caráter social, o seu reconhecimento como demanda, não porque se encontram enraizadas nos modos sociais de viver, mas por resultarem da disputa entre diferentes interesses sociais. Sob o capitalismo, as necessidades de valorização do capital tendem a se sobrepor às necessidades de desenvolvimento dos indivíduos. Isso ocorre quando, por exemplo, reformas racionalizadoras no sistema de assistência à saúde são apresentadas como interesse social (CAMPOS, 2013); ou ainda, no empuxo a identificar as necessidades com formas de intervenções que consomem bens e mercadorias que incorporam e realizam o valor de troca (AROUCA, 2003). Vão sendo cada vez mais valoradas positivamente aquelas que são supridas por produtos materiais passíveis de adquirirem a forma de mercadorias, em detrimento de outras necessidades sociais (CAMPOS, 2013).

A tendência desse movimento é de reproduzir a vida social com as desigualdades que já ocorrem em sua estrutura, excluindo os que são tidos como tecnicamente inaptos para vocalizar suas necessidades, ou invalidando suas demandas, e inviabilizando sua participação política (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

O primeiro destaque que fizemos, das necessidades enquanto sociais, refere-se, portanto, a que o objeto do cuidado em saúde, a saber, o ser humano em suas dimensões biológicas e psicológicas (AROUCA, 2003), inclui a dimensão vital da doença, ao significar as condições de saúde e doença como necessidades que demandam cuidado. Mas, incluem também, as dimensões sociais das necessidades, pela forma como se determinam socialmente os valores vitais, e a distribuição desigual do cuidado.

O segundo destaque, é que a conformação das necessidades em saúde está determinada por elementos externos e internos à própria prática. Como exemplos de elementos internos está a organização da produção que incide sobre as formas de distribuição e de consumo (assim como as formas de consumo colocam à produção sua finalidade interna). Nesse sentido, a estruturação de serviços, as formas de atender, os instrumentos e meios mobilizados na assistência a partir da definição do objeto e dos projetos terapêuticos, (re)produzem as necessidades. Ressalte-se aí, a dimensão dos saberes, como cristalização de conhecimentos, pela influência que têm na definição e recorte do objeto do trabalho. Retornaremos a essa discussão, logo adiante.

Há também elementos externos, porque na relação da medicina com as demais dimensões da reprodução social, outros elementos concorrem nas definições das necessidades internas ao processo de trabalho, e da forma como as necessidades dos usuários se apresentam

ao processo. Exemplos disso, são a crescente demanda pela medicalização de aspectos da vida social, que implica em extensão dos objetos de trabalho (GOMES, 2017); as práticas de tutela e controle social historicamente demandadas aos profissionais de saúde; as necessidades de valorização do capital, seja pela influência do Complexo Médico-Industrial, seja pela influência do Complexo Médico Financeiro³⁸. Ao longo das reflexões posteriores procuraremos explicitar o impacto de alguns desses interesses no interior das práticas. Daqui se vê que a divisão entre aspectos internos e externos à prática é apenas didática, pois, a rigor, apresentam-se de maneira indissociável, à exemplo da discussão de Donnangelo (1979) sobre a consubstancialidade da medicina como prática técnica e social.

Não é possível, portanto, falar de necessidades de saúde da sociedade em geral, porque essa sociedade está cindida em classes com interesses divergentes, com diferente acesso à produção e consumo das objetivações humanas, e com diferentes padrões de desgaste e reprodução, que conformam padrões de adoecimento. Concorrem, nesse processo, distintos interesses. Interesses do Complexo Médico Industrial, por exemplo. A indústria farmacêutica, como um de seus setores, tem a necessidade de aumentar a realização de seus lucros pela via do aumento do consumo de suas mercadorias.

Com o desenvolvimento de uma medicina cada vez mais tecnológica, com o uso maior de instrumentos e equipamentos, a própria qualidade do atendimento vai sendo localizada no uso maior de recursos materiais, seja dos equipamentos diagnósticos, seja dos fármacos na terapêutica. Isso leva a um aumento crescente de custos, que coloca aos sistemas públicos o desafio de universalizar a atenção com racionalização de custos (DONNANGELO, 1979). Mas, essa não é uma dificuldade somente do setor público, estando presente também no sistema privado, que, ao mesmo tempo que precisa aprofundar a ideia de que os recursos da indústria para o cuidado são imprescindíveis, tem dificuldade de sustentar seus altos custos, e precisa compatibilizar o uso intensivo de tecnologia com a contenção de gastos. Faz isso, entre outros modos, pela implementação de mecanismos de auditoria e controle.

³⁸ Segundo Vianna (2002), o conceito de Complexo Médico-Industrial (CMI) tem sido utilizado no Brasil desde a década de 1980, para ressaltar as complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia. Designa um conjunto de indústrias ligadas por relações mais fortes entre si do que entre outros setores da economia. Se refere a articulações entre a assistência, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. Com o crescimento do sistema *managed care* nos EUA aumenta a pressão pela eficiência dos sistemas de saúde, inclusive nos países europeus com sistemas predominantemente públicos, que adotam algumas das práticas propostas pelas empresas de *managed care* e orientam-se pelo mercado. O sistema financeiro passou a financiar a oferta e demanda adotando medidas de securitização do risco, com o objetivo de respaldar as práticas do CMI. Com isso, grupos financeiros se expandiram tendo como uma de suas áreas de acumulação de capital o setor saúde, impondo ao setor mecanismos de racionalização pautados por seus interesses (VIANNA, 2002).

Aumentando a mercantilização do setor saúde, não só o Complexo Médico Industrial passa a ser um ator importante, mas o capital financeiro, na forma de um Complexo Médico Financeiro, tem peso cada vez maior pela atuação de seguros saúde, e o mecanismo da securitização do risco. Vianna (2002) considera, por conta disso, que o sistema de saúde tem hoje dois atratores fundamentais moldando o comportamento de seus agentes: a tecnologia e o aspecto financeiro da valorização do capital. Logo, mesmo no âmbito das necessidades de reprodução do capital, encontramos interesses divergentes. De um lado, o Complexo Médico Industrial que necessita realizar seus lucros pelo consumo cada vez maior de recursos da indústria do setor, de outro, a necessidade de seguros e planos de saúde de restrição do acesso a essas mercadorias, para que o serviço prestado seja de baixo custo.

Inegável também que as necessidades percebidas pelos usuários e as formas como os serviços organizam a demanda, estão perpassadas por esses interesses. Os usuários apresentam a necessidade de acesso aos recursos disponíveis, sem as limitações de custos e já esperam que a relação com os profissionais ocorra mediada pela tecnologia (SCHRAIBER, 2008). Mas, se atribuem a um dado procedimento sua demanda, isso tem relação com o fato de a assistência estar centrada no procedimento. Há relação entre o modo como se estrutura a produção do cuidado, e a construção de significados para o cuidado que fazem os usuários (FRANCO; MERHY, 2013). Ao longo do século XX, a clínica centrada nos conceitos flexerianos³⁹, restringindo as intervenções ao corpo anatomofisiológico, levou a um modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimentos e gera uma demanda por procedimentos e não por cuidado (MERHY, 2013b). O projeto terapêutico da medicina tecnológica reduz as situações de encontro entre trabalhador de saúde e usuário à forma de procedimentos, deslocando o vínculo cada vez mais para o exame e a consulta. Isso somado à fragmentação dos atos sobre o usuário, dividido por várias unidades de produção, e à perda de eficácia global no conjunto das práticas em saúde, mesmo ganhando em termos focais, leva a um movimento consumista dos usuários, para compensar a baixa efetividade (MERHY, 2013b).

Concorrem, nesse processo, também, os interesses dos trabalhadores de saúde, por condições de trabalho adequadas para exercer a atividade e fruir de condições de reposição da

³⁹ Abraham Flexner (1866-1959), foi um pesquisador das condições do ensino médico nos EUA e Canadá, apresentando em 1910, um documento que ficou conhecido como *Relatório Flexner*, e que propunha mudanças no ensino médico. O relatório é assumido como um marco na reforma das escolas médicas com a definição de um ciclo básico de disciplinas, e um profissionalizante centrado no hospital. A expansão das escolas médicas a partir daí consolidou a centralidade do modelo biomédico e do hospital como *locus* privilegiado das intervenções e da formação.

capacidade de trabalho. Esses interesses também não são homogêneos. Podem se apresentar como mais homogêneos quando dizem respeito à remuneração digna, a uma jornada de trabalho que não esgote as forças físicas e uma intensidade que permita executar as funções técnicas da melhor maneira possível. Podem se apresentar como menos homogêneos, por exemplo, quando se referem às necessidades de condições técnicas para a realização do trabalho, pois, formados em condições da medicina tecnológica, a solicitação dos profissionais, em alguns momentos, podem apontar para uma maior protocolização da atividade e redução da autonomia profissional, embora isso apareça de maneiras contraditórias⁴⁰.

O que nos cabe ressaltar é que a definição das necessidades em saúde e, desse modo, do objeto do trabalho em saúde sobre o qual o processo de trabalho estará organizado para promover intervenções e mudanças, não é apenas técnica e, integrando as práticas sociais, tem sido disputada por concepções liberais que buscam operar no setor saúde, pela lógica da transformação da assistência em mercadorias possíveis de realizar valor. Os sujeitos, por essa ótica, deveriam buscar satisfazer suas necessidades no âmbito do mercado, e a esfera da atenção pública se restringiria cada vez mais a uma “cesta básica” de serviços oferecidos à população, com políticas cada vez mais focalizadas. Dessa maneira, os demais serviços poderiam ser mantidos na esfera do mercado⁴¹. Essa conformação acaba por reforçar a lógica que se instaura desde o início da institucionalização da medicina, de que os corpos recebem assistência diferenciada de acordo com a classe à qual pertencem (DONNANGELO, 1979). Por essa via, as necessidades de saúde podem ser entendidas como restritas às situações que impeçam a livre exploração da força de trabalho, ou na forma de políticas de alívio e contenção à miséria.

Essas dificuldades estão expressas quando se busca organizar a demanda por níveis que requerem tecnologias mais intensivas na assistência. Essa organização poderia refletir um acesso mais universal e equânime, mas quando o mercado interfere como um valor social dominante, a demanda é vista acima de tudo como custo, e a satisfação como chance de consumo (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). No contexto de uma crescente incorporação tecnológica e aumento de custos, essa estratificação acaba representando uma racionalização da assistência para garantir equilíbrio entre demanda e custos. “Essa intenção

⁴⁰ Ainda do ponto de vista dos agentes, à medida em que as práticas em saúde se institucionalizam e se subordinam ao mercado, com o aumento da fragmentação da assistência, percebem suas práticas como mais independentes, mas também como mais ineficazes, no sentido da atenção integral às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 1998).

⁴¹ O que tem ocorrido, é que com a atuação do Complexo Médico Financeiro (CMF) e com a lógica da securitização do risco, os cuidados de alto custo também acabam ficando sob domínio da esfera pública, a fim de garantir as taxas de lucro do setor (VIANNA, 2002; GOMES, 2017).

racionalizadora da produção social dos serviços termina por valorizar, como problemática referente às necessidades, muito mais o plano de sua satisfação que o de sua origem, voltando-se para necessidades já dadas" (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 32). A *demanda* enquanto busca ativa por cuidado termina por ser enquadrada na lógica da produção dos serviços e de delimitação de um “cardápio” de possibilidades pré-determinadas, delimitando as necessidades em soluções já conhecidas e que tendem a ser reproduzidas acriticamente. Rotteli, Leonardis e Mauri (1990) também fazem semelhante reflexão quando afirmam que os serviços prefiguram as demandas em saúde mental e nesse processo o cuidado refere-se mais à doença enquanto entidade nosológica, do que à *existência-sofrimento* do doente. Esse modo de organizar a assistência levaria a reiterar a estrutura social e seus valores.

Mas não é o único possível. A proposição de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) é de que a estratificação dos serviços pode se referir às necessidades conhecidas sem se restringir a elas, abrindo espaço para os carecimentos relacionados ao adoecer humano que não são considerados pela medicina tradicional e que por isso não estão incluídos nas ações técnicas conhecidas.

No âmbito da consulta individual com a interposição de aspectos tecnológicos, a consideração dos aspectos “sociais” ou “psicológicos” sendo vistos como empecilhos ao bom andamento do diagnóstico clínico, as relações se dando de um conjunto de profissionais com um coletivo de usuários com a demanda organizada de forma coletiva; as relações tornam-se cada vez menos permanentes (SCHRAIBER, 2008), dificultando a identificação das raízes das necessidades na vida social. “O produto desse processo é uma tal naturalização das demandas que elas parecerão sem *história* ou sem *razão social*, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 31, grifos no original).

Para reverter a reificação das necessidades e a automatização das soluções, na visão de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) seria preciso reconstruir as necessidades, não as restringindo a processos fisiopatológicos, revalorizando as formas de assistência totalizadoras do cuidado e não compreendendo as dimensões interativas (relações humanas) das formas tecnológicas, como cindidas do seu conteúdo técnico-científico.

É nesse sentido que se encaminham as propostas mais críticas no campo da saúde coletiva, buscando reconhecer as necessidades em saúde sem escamotear sua natureza estrutural, e sem desconsiderar os significados que ganham no âmbito dos sujeitos individuais, necessários de ser compreendidos para guiar as ações em saúde. Os autores desse campo têm proposto a revisão das concepções de saúde e doença, bem como uma reconceitualização de

seu objeto: as necessidades em saúde (PAIM, 2008). Esses autores retomam conceitos da Medicina Social incorporando conhecimentos das Ciências Sociais para analisar o processo saúde-doença como um processo social, e as necessidades em saúde como tendo relação com os processos mais gerais de produção da vida social (SOARES; ÁVILA; SALVETTI, 2000). Para além das necessidades, portanto, é preciso considerar os contextos instauradores dessas necessidades e tomar como objeto da saúde o coletivo, considerando que é em si heterogêneo. Os perfis de adoecimento dos grupos sociais estão em relação com as formas como se inserem na produção e como se relacionam com outros grupos sociais, definindo distintos processos críticos em relação com a reprodução social e distintos potenciais de desgaste e adoecimento (BREILH, 2007; LAURELL, 1982).

As necessidades de saúde seriam, dessa maneira, necessidades de reprodução das classes sociais e devem ser respondidas também no âmbito de seus determinantes, encaminhando-se, no âmbito da política pública, na direção de um direito (CAMPOS, 2013) e não como mercadoria. Essa reconceitualização busca superar as concepções funcionalistas do processo saúde-doença, compreendendo que as necessidades em saúde são amplas e abrangem, para além da dimensão biológica, as dimensões cultural, econômica, ecológica e política (CAMPOS, 2013), que não devem estar completamente subordinadas à dimensão econômica, como ocorre no capitalismo e devem permitir espaço para a recriação no âmbito dos serviços (SOARES; ÁVILA; SALVETTI, 2000).

Vistas como *necessidades ampliadas*, para serem respondidas em sua complexidade, convocariam a presença do Estado e de ações intersetoriais, possibilitando a participação política e a construção de um projeto emancipatório, no qual estejam representadas as necessidades de todos e não apenas na forma de programas verticais voltados a minorar doenças e agravos que impedem os serviços de reconhecer as necessidades dos usuários, e encaminhar a atenção a partir das necessidades (CAMPOS, 2013). Dessa maneira, identificar as necessidades em saúde da população que vive em um dado território, só constitui medida eficiente quando se consegue articular as demandas particulares com a totalidade social. Do contrário, a intervenção – seja ela voltada a indivíduos, famílias ou comunidades – incorre no risco à adaptação social.

2.2 O objeto de trabalho em saúde

Ao apreender seu objeto de trabalho visualizando possíveis transformações a serem operadas, os trabalhadores da saúde o fazem mediados por um saber (MENDES-GONÇALVES, 1994). Uma das funções do saber é, à vista disso, auxiliar na definição dos objetos sobre os quais incide a prática, conceituando as necessidades em saúde. Nesse processo as necessidades reaparecem no objeto, e as determinações externas se interiorizam no processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1994). Dessa maneira, há relação entre as necessidades, as demandas e a forma como o objeto de trabalho é conceituado.

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994) chama a atenção para o fato de que como necessidades e objetos estão situados no mesmo espaço, os saberes sobre o objeto, algumas vezes, ganham o estatuto de teoria das necessidades e acabam regulamentando suas formas de existência social. Assim sendo, os saberes que instrumentalizaram as práticas médicas historicamente, desempenharam função na construção e controle do papel de doente, abstraindo as necessidades de suas determinações extra-biológicas e definindo o que seria legítimo ou não como normal e patológico. Tome-se o exemplo da psiquiatria que em sua relação com o sistema jurídico auxiliou a modelar comportamentos anteriores à doença e ao crime, definindo quem deveria ser punido e quem deveria ser tratado. Consideramos, no entanto, que essa definição (dos saberes auxiliando na apreensão do objeto) não é unidirecional, sendo que os saberes sobre a saúde também foram se definindo à medida em que as práticas ganhavam legitimidade social pelas funções que desempenhavam.

A medicina, ante os interesses e finalidades que elencamos anteriormente, ao longo da sua história, definiu a articulação interna de seus elementos em torno a dois grandes conjuntos de objetos: o meio físico e o corpo biológico (DONNANGELO, 1979), não necessariamente a partir de pressupostos divergentes. A extensão do cuidado no âmbito da sociedade se deu por ações sobre o corpo, tomado individualmente ou por meio de ações coletivas (sobre o meio social, a exemplo das campanhas sanitaristas, medidas higienistas, de imunização e de educação em saúde). Consolidam-se, dessa forma, os dois grandes conjuntos de saberes que orientam a medicina moderna, a epidemiologia e a clínica. Afirmamos que suas bases não necessariamente são divergentes, porque a epidemiologia acaba abrindo mão de um objeto próprio em um processo de submissão à clínica (MENDES-GONÇALVES, 1994).

As primeiras formas que adquiriu a medicina moderna na transição do feudalismo ao capitalismo surgiram voltadas predominantemente ao meio social, quando as bases

morfológicas e fisiológicas do modelo biomédico ainda não estavam estabelecidas. Impulsionadas pelas necessidades econômicas – que se expressam também como políticas – de higienizar as cidades, garantir força de trabalho, disciplinar e normatizar, surgem as primeiras intervenções que buscam enfrentar as doenças no âmbito populacional.

Durante o desenvolvimento do mercantilismo e da formação do Estado Moderno, aparecem as primeiras iniciativas de coleta de informações populacionais sobre mortalidade e natalidade, com vistas a informar ações estatais e combater a peste. Iniciativas que surgem inicialmente na Inglaterra, com a Aritmética Política, e na Alemanha, com a Polícia Médica, ainda no século XVII (ROSEN, 1994).

Com a expropriação da população camponesa e o crescimento da população urbana, essas primeiras abordagens coletivas estavam ligadas à importância da população como força produtiva potencial (MENDES-GONÇALVES, 1994). Começa a sistematização no Ocidente de um saber normativo que orientava as ações do Estado sobre as populações. O objeto das práticas em saúde tem aqui proporções coletivas⁴², ainda que com repercussões individuais, mas sua manifestação no corpo ainda é entendida como acidental (FOUCAULT, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994). Os instrumentos que começam a ser desenvolvidos são populacionais e tomam por objeto o meio, a cidade, comportamento e hábitos (MENDES-GONÇALVES, 1994), adaptando o saber às demandas do modo de produção nascente.

Iniciativas pela mesma lógica de intervenção do Estado nas condições de vida e saúde, controle de epidemias e organização do espaço urbano, são gestadas no final do século XVIII e início do século XIX na França, como "Higiene" e, posteriormente, na Alemanha, com as proposições de Rudolf Virchow e Salomon Neumann, que consideravam a ciência médica como essencialmente social. Esse movimento será nomeado a partir de 1848 como “medicina social” (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Como decorrência da Revolução de 1848, esse movimento já trará as marcas das contradições sociais e maior envolvimento com o nascente movimento operário. A Medicina Social expressará não mais uma subordinação ao Estado com a função de promover a acumulação de riqueza, mas uma tentativa, com Virchow, de subordinar o Estado ao projeto médico de reorganização geral da sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1994).

⁴² O que vigora nesse momento são as preocupações com as epidemias, e as noções para compreendê-las ainda estão ligadas ao contágio, à teoria dos miasmas, às possibilidades operativas da quarentena e exclusão. A epidemia ainda não está associada ao corpo individualizado.

Ainda que na forma simplificada de coletivo, o objeto ganhava até aqui uma orientação social e dicotomizado do saber médico que se desenvolvia no âmbito individual, e permaneceu preservado dessa “intrusão” do social. Com a derrota do movimento de 1848, a burguesia se hegemoniza e as propostas da Medicina Social caem em descenso⁴³. As práticas coletivas hegemonizadas pela epidemiologia, a partir de então, passam a integrar o movimento de reprodução social e o movimento mais amplo de normatização do social operado pela medicina. Esse não é o único modelo de conhecimento da saúde e doença em condições coletivas, mas aquele que se hegemoniza (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), as dimensões coletivas vão sendo codificadas pelo método científico com inspirações positivistas (o mesmo que será adotado pela clínica) e tomam como objeto o corpo anatomofisiológico em sua relação com o social. A epidemiologia assume, assim, o objeto da clínica fisiopatológica como invariante. Focalizando as dimensões biológicas do objeto acaba por negar as demais dimensões como substantivas, passando a considerá-las facilitadoras ou dificultadoras do adoecimento. No plano concreto, portanto, “o coletivo (social ou não) se verá fragmentado e dessubstancializado”⁴⁴ (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 79).

A partir da segunda metade do século XIX, todos os processos de formalização científica no campo da saúde tenderam a essa normatividade naturalizada e quantificada, passando – incluindo aí a epidemiologia –, a apreender a dimensão social do processo saúde-doença a partir de constantes e quantidades. Por meio da noção abstrata de meio é que o biologicismo adentra a epidemiologia estabelecendo parâmetros do campo das ciências naturais na apreensão das relações entre os seres humanos e desses com o meio social (AYRES, 1993). O social, visto como influência, levará tanto a clínica quanto a epidemiologia a proporem modificações não no social, mas em seus efeitos sobre os indivíduos, diferindo assim da Medicina Social que se via como política (MENDES-GONÇALVES, 1994).

É nesse sentido que Mendes-Gonçalves argumenta haver uma solidariedade e ambiguidades entre elas. Ambas fazem o mesmo movimento de aparecerem puramente como técnicas e instrumentalizam práticas que se institucionalizam no Estado e contribuem para mitigar os efeitos da estrutura social nos indivíduos (MENDES-GONÇALVES, 1994).

⁴³ Segundo Mendes-Gonçalves (1994), essas propostas ressurgem modificadas em outros momentos históricos, quando as crises econômicas colocam em questão a qualidade de vida das populações.

⁴⁴ A proposta de uma Epidemiologia Crítica de Jaime Breilh (2007), vai no sentido de substituir essa noção abstrata de social presente na epidemiologia clássica, articulando-a com um objeto que não é somente natural, mas histórico-social. Critica, assim, a faturação do objeto realizada pela epidemiologia que acaba incidindo sobre fatores isolados ou conjugados.

Esse autor adverte ainda, que isso não significa insuficiência tecnológica, pois talvez a epidemiologia tenha tido efeitos maiores na redução da morbimortalidade, por exemplo. Mas como mantém o mesmo objeto biológico e individual da clínica, essa última acaba por ter maior visibilidade social. Ambas passam a fazer parte de uma mesma concepção de medicina, à qual nos referiremos a partir de agora como *modelo biomédico*⁴⁵, com a clínica tendo papel hegemônico. Para esse autor, ambas se desenvolvem historicamente como complementares, tendo a clínica estabelecido os parâmetros básicos para ambas. Não são, portanto, incongruentes, mas diversidade de uma mesma unidade (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O estabelecimento da clínica como modo de operação tendo por objeto o corpo em suas definibilidades anatomofisiológicas, também não passou ao largo da intervenção estatal. Com a rearticulação da prática médica em torno dos avanços dos conhecimentos biológicos no século XIX e sua funcionalidade enquanto conhecimento e como prática para cumprir funções estruturais e superestruturais no modo de produção capitalista, a intervenção estatal eleva essas práticas à profissionalização e garante sua exclusividade e monopólio (DONNAGELO, 1979).

Os profissionais de saúde que são reconhecidos em oposição aos charlatães e legitimados pelo nascente conhecimento científico de base micro bacteriana, passam ao lugar de normalizadores, com o objetivo de transformar os desviantes em sujeitos normalizados, afim de realizar o objetivo de uma sociedade sadia (MENDES-GONÇALVES, 1994). É nesse sentido que instrumentalizadas pelos conhecimentos do campo da medicina, as práticas em saúde passam, a partir do século XIX, a localizar nos corpos individuais a sede das doenças e das intervenções, tendo efeitos sociais (coletivos) (FOUCAULT, 1994). Individualizando o normal e o patológico no âmbito biológico, físico e químico do corpo tomado individualmente, as práticas em saúde se transformam em práticas quase exclusivas sobre a doença e excluem outras práticas que poderiam ter efeitos até mais imediatos sobre as condições de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Os sofrimentos que advém das mais diversas ordens e são vivenciados pelos indivíduos como empecilhos ou obstruções em seus modos de viver (CANGUILHEM, 1966/1978), passam a ser compreendidos e significados nos limites dos corpos individuais. Para tanto, é preciso que partindo de um conjunto de saberes que as legitimem, as práticas em saúde passem a definir padrões de normalidade e patologia associados à materialidade do corpo. Ocorre que

⁴⁵ Adiante, no Capítulo 3 (item 3.2) definimos com mais profundidade as características e particularidades desse modelo.

o corpo não está apenas investido biologicamente, mas socialmente, de maneira que essa normatividade é também histórica e social (DONNANGELO, 1979).

Os corpos são históricos e adquirem significado pelas normas da vida coletiva na relação com a sociedade e suas estruturas⁴⁶, havendo uma dimensão extra científica na definição de corpo normal, pois recorrem aos modos de andar a vida como critério normativo (DONNANGELO, 1979). Isso não significa dizer que não haja uma normatividade biológica, mas que mesmo quando mantidas as mesmas condições estruturais e funcionais, os corpos podem ser tomados como normais ou anormais em diferentes contextos. O objeto da saúde, desse modo, não é homogêneo, pois ainda que reduzido ao corpo, este integra as relações de produção social da vida (DONNANGELO, 1979; AROUCA, 2003).

Os padrões de normatividade, agora naturalizados, ultrapassam os limites do corpo biológico e se impõem aos modos de andar a vida, adaptando-os às necessidades sociais. As demais determinações que agem sobre os corpos passam a ser vistas como justapostas ao objeto (DONNANGELO, 1979). Em nosso entendimento, no processo de divisão social e técnica do trabalho, a incorporação de profissões como a Psicologia e a Assistência Social no processo de trabalho em saúde, tende a confirmar essa lógica geral. Pela impossibilidade de negar outras ordens de determinação que agem sobre o objeto, incorpora-se conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais, mantendo, em geral, a lógica de externalidades que se sobrepõem ao ato médico, enquanto ato clínico.

Assim, como a epidemiologia fatorou e "dessubstancializou" o social, na clínica o social se reduz ao caso individual, transmutado em comportamentos individuais que se relacionam com o adoecimento (SCHRAIBER; MOTA, 2015). Subjaz à clínica a quimera de que o somatório de casos individuais constituiria o social, o que obriga o saber clínico a uma manobra, que depende de revestimento ideológico, para fazer crer que o atendimento das necessidades individuais equivaleria ao atendimento de necessidades sociais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Não se questiona que as práticas em saúde estruturadas com base no positivismo tenham superado no plano concreto os conhecimentos metafísicos da etapa histórica anterior (MENDES-GONÇALVES, 1994), mas é importante reconhecer que adquiriram funções econômicas (ligadas à gestão da força de trabalho), políticas e ideológicas (medicalização e

⁴⁶ Para Canguilhem (1966/1978), a vida é em si normativa, capaz de instituir normas e modificar as normas que instituiu. O ser humano sadio seria, então, aquele capaz de muitas normas. O uso atribuído ao corpo pelas relações sociais e os mecanismos de intervir sobre ele que tomam a forma de normas, constituem a *normatividade social*.

normatização social) (DONNANGELO, 1979). Essas práticas e os saberes a elas associados adquirem nesse processo papel de normatividade social, de maneira que, ainda que omitida, a normatividade social está presente no próprio objeto de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Essa compreensão é fundamental, porque a maneira como os agentes do trabalho conceitualizam o objeto, direciona o uso que fazem dos meios de trabalho para alcançar suas intervenções (transformadoras ou normativas). Os saberes sobre a o processo de saúde-doença participam desse processo instrumentalizando a definição do projeto terapêutico (GOMES, 2017) que adquire formatos específicos nos modelos de atenção à saúde, pela forma como se realiza o encontro das necessidades com as capacidades de produzir certas práticas em saúde (MERHY, 2013b). A conceitualização do objeto com base nesses saberes determina, desse modo, as finalidades que serão perseguidas no processo de trabalho, mas, também, os instrumentos que serão produzidos para atingir essas finalidades.

Ao reduzir o objeto ao corpo anatomofisiológico, a clínica como tecnologia e meio de trabalho, deixa de apontar as demais determinações que agem sobre os corpos, ou as inclui de maneira subordinada ou acessória na concepção de saúde-doença⁴⁷. Mas, não é por ser individualizante que a clínica deixa de instrumentalizar as práticas sociais, mantendo função de normatividade social.

O que estamos chamando aqui de *modelo biomédico*, refere-se a essa construção de saberes sobre o processo saúde-doença que apreendem os modos de andar a vida que são históricos, a partir de um quadro de referência positivista que as toma como absolutas e localizadas na espacialidade do corpo individual. As obstruções aos modos sociais de andar a vida são buscadas nesse modelo nas lesões ou disfunções do organismo (órgãos ou sistemas). A ideia funcionalista do corpo como um mecanismo leva a compreender a doença como desequilíbrio de uma normalidade natural, naturalizando e expandindo essa interpretação para determinações que são extra biológicas. Reduz-se, dessa forma, o social à condição de *meio externo* ao corpo que facilita ou dificulta os processos naturais. Por essa compreensão, as relações entre organismo e meio são abstraídas de suas determinações no interior dos modos de produção da vida, da realidade do trabalho, das opressões e explorações a que os corpos estão submetidos socialmente. As intervenções daí derivadas tendem a dirigir-se para os efeitos do

⁴⁷ Conti (1972), exemplifica isso com a noção de competência técnica que se constrói para os profissionais, de maneira que é valorizada como uma ação competente aquela que atende a um infarto, por exemplo, mas desvalorizada a atuação que se dirige às condições que produzem estresse nas relações cotidianas.

social nos indivíduos, produzindo efeitos já amplamente denunciados por diversos autores, de adaptação social e conformação dos indivíduos à realidade social dada.

Esse modelo hegemonizou-se nas ciências biomédicas desde o século XIX, e, em que pese suas diversas modificações e adaptações, continua por dirigir as práticas em saúde e a construção de tecnologias para a intervenção. Durante o século XX, a clínica simplificou a ideia de cuidado com base nos conceitos flexerianos, e os modelos alternativos que existiam estavam centrados na ideia de vigilância em saúde e não chegaram a impactar a reforma da clínica (CAMPOS, 1992).

A expansão da clínica como modelo da moderna medicina, ao mostrar seus limites, sofreu outras tentativas de reformulação, em meados do século XX. As principais delas estão representadas pelo movimento por uma Medicina Integral e pela Medicina Comunitária⁴⁸. As críticas estavam voltadas à progressiva especialização e fragmentação da prática médica que impedia o cuidado global do sujeitos atendidos, mas também estavam articuladas com as dificuldades de cobertura assistencial na realidade norte-americana, e com os altos custos gerados pela medicina tecnológica (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Essas iniciativas surgidas entre 1940 e 1960, focalizaram a formação médica como espaço de mudança, acreditando que daí derivariam mudanças nos serviços. Resultam desse processo a criação das disciplinas de Medicina Preventiva (proposta da Medicina Integral) e de Medicina Comunitária.

A Medicina Preventiva instaura um movimento de identidade e de diferença com a medicina. Expande o conhecimento e a prática para fora dos muros do hospital, com a inclusão de categorias como "comunidade, ambiente, agente e hospedeiros". Mas, faz isso inspirada no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, não superando o modelo biomédico e realizando uma naturalização do social (AROUCA, 2003). A tentativa era de recompor o todo "biopsicossocial", que, no entanto, continua fatorado e hegemonizado pela concepção biológica e natural.

Já a Medicina Comunitária, partindo da crítica ao ensino centrado no hospital, que propiciava o contato com as patologias mais raras e impedia o contato com situações mais frequentes, com tecnologias mais simplificadas e com o cuidado em situações familiares e comunitárias (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014), reorganizou práticas tecnologicamente

⁴⁸ Retomamos esses movimentos pela influência que acreditamos que têm na estruturação dos modelos de atenção à saúde mental no contexto brasileiro.

mais simplificadas e, ao mesmo tempo, ampliadas com relação às suas funções sociais (DONNANGELO, 1979).

Fez parte do amplo movimento de políticas sociais no contexto estadunidense da década de 1960, iniciado pelos governos Kennedy e Johnson com o lema de “guerra contra a pobreza”. As tensões sociais visibilizadas pelos movimentos por direitos civis e pelo movimento negro, impeliu esses governos a um novo tratamento das questões sociais (DONNANGELO, 1979).

Donnangelo (1979) considera que a Medicina Comunitária não introduziu um novo campo conceitual, mas assentou sua estratégia de prestação de serviços à população nos princípios já elaborados, estendendo a medicina sob a forma de serviços a serem individualmente consumidos. Esse movimento recompõe a prática médica, em vista disso, reafirmando sua participação no processo econômico e político. Faz isso tomando por objeto a “pobreza” e depois dilui esse objeto no conceito de "comunidade". As propostas de intervenção, desse modo, estariam centradas na ideia de criação ou recriação de uma comunidade. "Nesse sentido, a interferência sobre os grupos que constituem objeto da prática talvez deva mover-se com vistas a reorientar os seus padrões de ação social e a compatibilizá-los, política e ideologicamente, com o padrão dominante, político-ideológico" (DONNANGELO, 1979, p. 93).

Dessa maneira, a Medicina Comunitária transcenderia a prática médica, desvelando as dimensões de controle político subjacente às práticas que se direcionavam majoritariamente aos negros. Participação e mobilização social dos grupos seriam instrumentos importantes dessa estratégia, desde que a prática comunitária conseguisse definir e orientar os limites dessa participação e as vias pelas quais se manifestava. A mobilização grupal se daria, então, em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos, com vistas a enfrentar interesses conflitantes e deslocar ou eliminar tensões sociais (DONNANGELO, 1979).

A articulação da medicina com o aspecto econômico da estrutura social que se deu historicamente pela manutenção e recuperação da força de trabalho (incluindo a potencial)⁴⁹, não esgota, portanto, seu papel na reprodução da sociedade de classes. A estratégia proposta pela Medicina Comunitária não se dirigiria à integração da força de trabalho ao processo produtivo e imediatamente à obtenção do valor. Contribui com a manutenção da estrutura da sociedade de classes pela mediação do político, agindo nas contradições e resistências que se

⁴⁹ Conformando práticas diferenciadas para os corpos que integram as diferentes classes sociais, como demonstra o clássico trabalho de Boltanski (1984).

manifestam em determinadas categorias sociais e compatibilizando o aumento do consumo com a contenção de custos.

Constitui-se, assim, como uma prática alternativa frente às outras, criando uma diferenciação interna à medicina, mas ainda articulada à estrutura social, com a diferença de que não estavam impostas a ela a produtividade na forma de recursos, a formas determinadas de cuidado (DONNANGELO, 1979). A incorporação de novas práticas teve como campo privilegiado o exercício da manipulação do comportamento social dos grupos humanos e a diversificação e ampliação do objeto não abalou a hegemonia da racionalidade biomédica (DONNANGELO, 1979).

Medicina Preventiva e Medicina Comunitária propuseram a rearticulação dos conhecimentos biomédicos na dimensão social e populacional do adoecimento. A crítica dos excessos da abordagem individual e biomédica de que partiram foi retomada pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil, que apontou para a necessidade de reformas não só no modelo educacional, mas na realidade do sistema de saúde e das políticas econômicas e sociais (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). A obra de Arouca (1975/2003) com críticas à Medicina Preventiva e a de Donnangelo (1979) com críticas à Medicina Comunitária foram importantes referenciais no combate à apropriação acrítica desses modelos, que rapidamente se estenderam ao continente.

A instrumentalização dos saberes biomédicos – que geraram *individualização* pela apreensão dos fenômenos da saúde e doença nos limites do corpo anatomofisiológico, homogeneização das nosologias frente à heterogeneidade dos casos singulares, e universalização dos conceitos expandindo-os para além do corpo biológico e alinhando-se assim com a ideologia dominante – levou, por um lado, a população a perceber as necessidades em saúde como necessidades de serviços de saúde e de procedimento e, por outro, os serviços de saúde a apreenderem as necessidades como problemas do corpo bio-psíquico, que devem ser corrigidos pelas práticas fundamentadas na clínica médica.

A hegemonia da racionalidade biomédica continua se mostrando quando o diagnóstico se modifica no sentido de uma localização mais radical no corpo humano, indo do órgão ao gene, com técnicas de investigação mais restritivas e aprofundadas no corpo. As modificações ao longo do século XX, no entanto, como nos informa DALMASO (2000), não são apenas de quantidade, mas provocam alterações qualitativas na clínica e em seus padrões tecnológicos. Em seu estudo sobre as práticas médicas nos anos 1950, 1970 e 1990, Dalmaso (2000) identificou um aprofundamento do padrão "localização, objetivação, intervenção". A

localização se acentua com a genética e os receptores viscerais, a objetivação do diagnóstico pelos exames subsidiários e quantificação de parâmetros, e a intervenção passa a incluir medidas preventivas tomando como objeto não só o indivíduo sintomático, mas aquele nos quais seja possível identificar uma condição de risco. Ocorre que com o estreitamento do que se considera admissível enquanto risco, estreita-se a faixa de normalidade e amplia-se os candidatos à intervenção a partir da década de 1970.

A medicina moderna tende também a padronizar e tornar rotineira a assistência, com a matematização dos critérios e o cálculo de probabilidades. Os indivíduos não são mais tomados individualmente, mas como série de indivíduos que tiveram determinados resultados com os procedimentos. A medicina baseada em evidências e os *guidelines* são exemplos disso, sistematizando e orientando o que se considera boas práticas em saúde (DALMASO, 2000). As relações dos agentes com os usuários tornam-se mais tecnicizadas e aumenta o controle sobre o trabalho dos agentes (SCHRAIBER, 1993; 2008), além de serem mais quantificadas e padronizadas as medidas relacionadas ao comportamento e de aumentar a mercantilização das práticas (DALMASO, 2000).

Em síntese, as práticas em saúde, embora tenham sofrido expressivas modificações desde o século XIX, continuam hegemônicas pelo modelo biomédico. Os modelos alternativos a ele ou se desenvolveram paralelamente sem questionar suas bases epistemológicas – como foi o caso do modelo de vigilância em saúde informado pela epidemiologia –, ou não se tornaram hegemônicos e tiveram pouca expressividade na totalidade das práticas – como no caso da Medicina Social ou das propostas críticas em epidemiologia. A alteração nos objetos se deu historicamente, desde a conformação da moderna medicina, como alteração, expansão ou aprofundamento do objeto sem questionar a homogeneização, individualização e normatização, presentes no modelo biomédico.

As modificações que têm sofrido o objeto, os meios e as relações entre os agentes, no entanto, precisam ser apreendidas se queremos caminhar na direção de uma atenção à saúde mais integral, sob pena de reafirmar velhas práticas sob novas roupagens. Dalmaso (2000, p. 55) sintetiza da seguinte maneira as tendências de transformação das práticas em saúde na segunda metade do século XX e ainda atuais:

Por exemplo, em uma leitura mais linear das características da Medicina no período estudado podemos verificar as seguintes tendências: a concepção de doença passa da lesão ao risco e à anomalia, da qualidade à quantidade, da doença específica à síndrome/ao problema, do emocional ao visceral. O conhecimento epidemiológico e o clínico ganham legitimidade contribuindo de forma significativa para a apreensão

da doença e para avaliar e legitimar as formas de diagnóstico e terapêutica. A incerteza, identificada como inerente à Medicina e ao caso individual, é aparentemente controlada pelo estudo da série e o cálculo de probabilidades, procedimentos que têm na Matemática sua base teórica e de aceitação social. A preocupação com o acerto do diagnóstico (preciso) e com o bem-estar e apoio ao paciente é relativamente deslocada pela preocupação com custos e resultados.

2.3 Os agentes do trabalho: do trabalhador individual ao trabalho coletivo

Na definição de Arouca (2003) sobre o "cuidado" como unidade de análise do processo de trabalho em saúde que citamos anteriormente, o autor afirmava que o cuidado é um processo "que envolve uma relação entre duas pessoas". O aspecto que aqui queremos destacar em relação a essa afirmação é o do trabalho em saúde como integrante do trabalho em serviços. Como tal, caracteriza-se por ter como produto uma atividade e ser consumido ao mesmo tempo que é produzido.

Para Braverman (1981) o setor de serviços inclui uma variedade de atividades diferentes da produção material de tipo industrial e tem experimentado um crescimento nas sociedades capitalistas ao longo do século XX. Com a mudança do padrão de acumulação fordista-taylorista para o regime de *acumulação flexível*, também chamado de *reestruturação produtiva*, o capital penetra diversas esferas da vida que antes não eram tidas como fontes de mais-valia, transformando-as em atividades comercializáveis no mercado.

Essa tendência inicia na fase monopolista do capitalismo, transformando em mercadorias toda forma de atividade humana (BRAVERMAN, 1981) e chega ao ápice na sua fase imperialista, com a tendência de "relocação" do trabalho na sociedade atual (GOMES, 2006). Nesse contexto, a tendência de substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, expressa-se com a redução relativa (até absoluta em alguns casos) do proletariado estável, herdeiro do fordismo/taylorismo, ao mesmo tempo que ocorre uma ampliação do trabalho mais intelectualizado nas plantas produtivas, do trabalho imaterial⁵⁰, das formas de trabalho

⁵⁰ Não acreditamos que a distinção entre trabalho material e imaterial seja traço distintivo fundamental nesse momento de análise. Primeiramente, pela dificuldade de definir com rigor essa separação. Se tomarmos o próprio trabalho em saúde ele poderá ter como resultado uma série de prescrições imateriais, mas também é composto por atividades que resultam em atos materiais de intervenção sobre os corpos. Ainda assim, grande parte daquilo que se considera imaterial pode vir a ter efeitos materiais importantes nas relações sociais concretas. O segundo motivo é a concordância com Antunes (2005) de que há uma crescente tendência de imbricação entre trabalho material e imaterial, com a consequente ampliação e complexificação da atividade laborativa, motivo pelo qual deveríamos considerar uma noção ampliada de trabalho, na qual trabalho material e imaterial imbricados encontram-se centralmente subordinados à lógica da produção de mercadorias e de capital. Ao nosso ver, a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo oferece maiores consequências operativas para a análise da realidade do que a distinção entre trabalho material e intelectual.

precarizados, e do trabalho em setores como o de serviços e o setor estatal⁵¹ (ANTUNES, 2005).

Integrando o trabalho em serviços, o trabalho médico – que se unificou sob o capitalismo na forma de trabalho artesanal e subsistiu por décadas como trabalho de profissionais liberais – passa no século XX por uma série de transformações com o advento da *medicina tecnológica* (SCHRAIBER, 1993; 2008). Entre as características dessa transição está a maior socialização do trabalho com a transferência de atividades antes concentrada nos médicos para outros profissionais e a inclusão de novos profissionais e atividades no processo produtivo. No primeiro caso, são exemplares as atividades manuais que são passadas ao domínio da enfermagem, ou ainda aspectos da atividade delegados a nutricionistas e fisioterapeutas. No segundo caso, novos campos do saber são anexados ao processo de trabalho, como é o caso da assistência social. Se em um primeiro momento essa divisão técnica do trabalho mantém sob controle do médico a dimensão intelectual do trabalho e delega as atividades manuais, com a complexificação dessa divisão, outros profissionais passam também a contar com assistentes, como é o caso da divisão do trabalho entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, de maneira que preservam também certo núcleo de decisões e atividades intelectuais dentro de seus campos de atuação (GOMES, 2006; 2017).

Outra característica desse processo é o progressivo assalariamento⁵² da categoria. Embora figure entre os ideais da profissão, de maneira ainda acentuada, o modo liberal de trabalho⁵³, cada vez mais esses profissionais têm suas condições de trabalho determinadas

⁵¹ Ressalte-se que, para OFFE (1991), uma das possibilidades explicativas para o aumento do setor de serviços reside na socialização dos custos com a reprodução da força de trabalho. Com o elevado custo de vida urbano e as reivindicações trabalhistas, esse custo é viabilizado pelo Estado de maneira a diminuir o gasto das empresas com salários (diretos e indiretos). Ao mesmo tempo, desde a década de 1980, com a retração do *Welfare State* e as políticas neoliberais em diversos países, os empregos estatais têm tido uma tendência de retração (PIRES, 2008). Em nosso juízo, essas tendências não são excludentes, de maneira que a inserção do capital no setor de serviços tem passado pela disputa de fundos públicos e pela possibilidade de açambarcar parte desses fundos pela exploração privada de atividades antes estatais.

⁵² Dados sobre a crescente proletarização da profissão médica podem ser encontrados no trabalho de Gomes (2017). Essa tendência não é exclusiva do trabalho médico. Entre os profissionais da Psicologia, outra profissão com histórico liberal, desde 1988 as pesquisas do Conselho Federal de Psicologia vêm mostrando que cerca de 40% da categoria se concentra em atividades autônomas, mas com forte associação de outras atividades e locais de trabalho, pois a renda obtida como autônomo, em geral, não é suficiente para a reprodução da vida (ROSAS; ROSAS; XAVIER, 1988). A pesquisa mais recente de 2009, apontou a manutenção de cerca de 50% da categoria em atividades autônomas. A novidade aqui é que, diferentemente das décadas anteriores, o setor público já se caracterizava como o maior empregador (dos psicólogos empregados 40,3% estavam no setor público, 24,4% em empresas e organizações privadas e 35,3% em organizações sem fins lucrativos), sendo a maior concentração de profissionais na saúde pública (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Apesar da tendência geral, há entretanto, diferenças entre as categorias, já que algumas delas são mais facilmente absorvidas pelas unidades de produção privadas.

⁵³ Contribui para reforçar esse ideal o fato dos trabalhadores nem sempre se perceberem como assalariados quando

institucionalmente. O acesso ao objeto e aos meios de trabalho não está de todo controlado por eles. Se antes determinavam seus próprios horários e honorários, decidiam sobre a jornada e condições de trabalho e tomavam decisões independentemente; agora essas decisões são cada vez mais partilhadas com outros profissionais e mediadas por relações institucionais, expressando a subsunção cada vez maior do trabalho ao capital (GOMES, 2017; PIRES, 2008).

Todavia, essa subsunção do trabalho em saúde ao capital se dá de maneira formal, porque diferentemente dos processos industriais verificados com a maquinaria – quando o saber é transferido à máquina e o trabalhador lhe serve de acessório –, o objeto do trabalho em saúde é dotado de incertezas e discontinuidades, de maneira que a maquinaria encontra dificuldades em subsumir esse processo de trabalho e a subsunção do trabalho ao capital, só tem lugar aí, de maneira limitada (PIRES, 2008; GOMES, 2006).

A autonomia profissional no campo da saúde é relativamente maior do que em outros tipos de trabalho, embora esteja mais no plano técnico e já bastante superada no plano do controle do processo de trabalho (SCHRAIBER, 1993; 2008; GOMES, 2017). Isso não significa, entretanto, que nas tentativas de aumento da composição orgânica do capital, com sua tendência de substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, esse trabalho também não enfrente redução da autonomia técnica e graus de padronização da assistência (GOMES, 2017). Como veremos adiante e aparecem nos relatos das profissionais entrevistadas para essa pesquisa, essa redução da autonomia se dará mais na forma de instrumentos, equipamentos, protocolos e estabelecimento de fluxos.

Alguns autores, entre eles Offe (1991) chegam a afirmar que o trabalho em serviços se caracteriza por ser essencialmente "não produtivo"⁵⁴. Ou seja, mesmo com a tendência de se

não estão em um contrato formal de trabalho com uma instituição. As novas formas de assalariamento, como os planos e seguros saúde, no entanto, generalizam-se nas relações concretas de subordinação do trabalho ao capital. Exemplo disso é que a relação da clientela se dá, não mais diretamente com o profissional liberal, responsável pela captação da clientela, mas mediada pelos seguros. Da mesma forma o processo de trabalho vai sendo conformado por essas relações, seja por protocolos e estabelecimento de critérios, limitações a certos recursos tecnológicos, auditorias etc.

⁵⁴ Trabalho produtivo aqui se refere ao contexto da produção capitalista, quando não se considera produtiva a atividade produtora de valores de uso, mas a produção de valores de uso torna-se meio para a produção do valor. Define-se, então, pela capacidade de ser fonte de mais-valia. Trabalho que é consumido no processo de produção para gerar valor. Considerando as afirmações marxianas, Netto e Braz (2012, p. 128) afirmam que as "atividades que não estão *direta e imediatamente* ligadas à transformação material de que resultam mercadorias, mas que são *indispensáveis* à sua elaboração, podem ser consideradas produtivas. Distinguem, entretanto, o trabalho que cria valor apropriado pelo capitalista, do trabalho que permite ao capitalista apropriar-se do valor criado na esfera da produção. Nesse sentido, o capitalista se apropriaria do valor produzido pelo engenheiro projetista na indústria automobilística, sendo esse um trabalho produtivo, ainda que não "coloque a mão na massa" diretamente na produção do automóvel. No segundo caso está o trabalho do vendedor da concessionária, fundamental para a realização do valor, mas que não constitui trabalho produtivo. A mais-valia de que o capitalista dono da concessionária se apropria, nesse caso, diz respeito àquela produzida no ramo industrial.

tornar assalariado, não participaria dos processos de produção de mais-valia. Tendemos a concordar com Braverman (1981) nesse ponto, pois verifica-se na atualidade a tendência do trabalho em serviços em ser tomado por relações capitalistas de produção, adquirindo caráter produtivo ou não, a depender do tipo de relação econômica que se estabelece.

Por esse raciocínio, quando realizado enquanto trabalho autônomo ou como assalariado do Estado, o trabalho em saúde não participa diretamente do processo de valorização do capital, muito embora o processo de trabalho esteja também marcado pela lógica da produção capitalista que invade todas as esferas da reprodução social. Já se expressam aí, a divisão cada vez mais acentuada entre trabalho intelectual e manual, uma maior inserção da tecnologia e a especialização crescente, por exemplo, bem como formas de gestão e controle do trabalho que emulam a produção industrial.

Além dessas características que invadem a esfera estatal, proprietários de empresas de prestação de serviços se consolidam no setor desde meados do século XX e passam a investir capitais em setores como educação e saúde. Com isso o capital, ao mesmo tempo que diversifica seus investimentos a fim de garantir a recuperação de suas taxas de lucro no contexto da crise de acumulação que ocorre no último quartel do século, aproveita também do contexto de crise fiscal dos estados que aplicam políticas de desinvestimento nas políticas públicas que garantiam em parte a reprodução da força de trabalho (ANTUNES, 2005).

À vista disso, fica cada vez mais difícil considerar, como faz Offe (1991), o trabalho em serviços como atividades realizadas fora da esfera da produção material. Nos parece mais correto considerá-lo como uma apresentação particular do processo de trabalho em geral. Vai nesse sentido também a afirmação de Antunes (2005), de que a ampliação da esfera de serviços se dá de maneira imbricada com as atividades produtivas e deve fazer parte das análises do que ele considera uma *noção ampliada de trabalho*, necessária de ser levada em conta para uma melhor compreensão do trabalho na atualidade. Nas palavras do autor:

o que vem ocorrendo no mundo contemporâneo é uma maior inter-relação, maior interpenetração, entre as atividades produtivas e as improdutivas, entre as atividades fabris e de serviços, entre atividades laborativas e atividades de concepção, que se expandem no contexto da reestruturação produtiva do capital. Uma concepção ampliada de trabalho nos possibilita entender o papel que ele exerce na sociabilidade contemporânea (ANTUNES, 2005, p. 14).

Acreditamos que a definição do trabalho em serviço fica mais precisa se considerarmos a afirmação de Marx (1979, p. 118), de que o trabalho em serviços “não é, em geral, mais do

que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade”. Essa citação nos auxilia a explicitar uma das características mais importantes do trabalho em saúde, qual seja, a de os produtos não poderem ser separados do agente que o produz. O cuidado não está objetivado num produto que será consumido após a distribuição. O indivíduo que busca o cuidado, consome o trabalho do agente em ato, no próprio momento da produção. Dessa maneira, as esferas da produção e do consumo são indissociáveis e ocorrem no momento do encontro entre o produtor e seu objeto de trabalho, que é também o consumidor.

O processo de trabalho em saúde consome o trabalho de seus agentes e seus instrumentos, e não seus resultados. O que se consome, por consequência, é o próprio trabalho (o cuidado) e não o produto do trabalho (AROUCA, 2003). Isto posto, é possível compreender que o trabalho em saúde adquire características peculiares na relação com o capital. O cuidado é uma forma de intervenção sobre valores vitais (biológicos e psicológicos) que instrumentaliza para isso, conhecimentos. O agente que opera a atividade tem papel central nessa transformação do conhecimento em práticas instrumentais e na operação dos meios de trabalho para alcançar as finalidades pretendidas. Como agente e produto são indissociáveis, o trabalhador – enquanto polo subjetivo da atividade – detém o conhecimento sobre o trabalho e oferece dificuldades à subsunção real do trabalho vivo pelo trabalho morto. Quando ocorre, essa subsunção costuma ser apenas parcial (MERHY, 2013b; GOMES, 2017).

O trabalho em ato, ou *trabalho vivo em ato* (MERHY, 2013a; 2013b) continua hegemônico na produção do cuidado e oferece resistência à implantação de um processo industrial em saúde. Pela própria configuração interna ao trabalho, as formas tecnológicas que se apresentarão, em geral, estarão restritas a instrumentos acessórios do trabalho vivo (GOMES, 2006). Ainda quando a maquinaria se faz presente, seu papel não chega a ser dominante a ponto de controlar o processo de trabalho. Terão mais peso, portanto, as tecnologias na forma de saberes e técnicas que instrumentalizam os modos de operar o trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994). Dado que a tecnologia na forma de maquinaria não pode funcionar como elemento unificador do processo de trabalho, e que os processos de parcelarização também se apresentam no trabalho em saúde (ainda que em graus menores do que nos setores de produção de bens), ganha importância a interdependência entre os diferentes trabalhadores parcelares que integram o trabalhador coletivo em saúde (GOMES, 2006).

Cabe aqui uma ressalva ao trecho da definição de Arouca ao qual nos referimos acima (do cuidado como envolvendo uma relação entre duas pessoas). Essa relação entre consumidor

e produtor de serviços em saúde já não se apresenta somente como uma relação "entre duas pessoas". No contexto de socialização do trabalho, o trabalho em saúde está cada vez mais caracterizado pela complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, pela articulação entre eles, autonomia técnica e interação entre seus agentes (PEDUZZI, 1998).

Já discutimos em item anterior as formas de cooperação de trabalho, por meio das quais diversos trabalhadores operam juntos de acordo com um plano em um mesmo processo de produção ou em processos diferentes, mas conexos. Discutimos também, como as formas de cooperação sob o capitalismo, a partir da produção manufatureira alteraram não só em quantidade, mas também em qualidade o processo de trabalho, bem como a conformação de um trabalhador coletivo a partir desse processo. No trabalho coletivo, diferentemente da produção artesanal, o trabalhador já não é responsável pela produção em sua totalidade. O processo de fragmentação do trabalho, ao mesmo tempo que expropriou os trabalhadores do saber sobre a totalidade do processo e transferiu aos instrumentos e máquinas o saber operário, foi responsável pela elevação da produtividade e pela maior especialização dos trabalhadores. Desse modo, a categoria *trabalho coletivo* se refere à produção que é realizada por vários trabalhadores parciais e limitados que cooperam para a realização de um produto.

Como uma das consequências desse processo de socialização do trabalho está o fato de que o trabalhador isolado não domina o processo de produção e não é capaz de produzir o produto em sua totalidade ou fora do contexto da produção que lhe confere o capitalista. Na produção industrial sob a maquinaria, por exemplo, cerceado do acesso às máquinas, o trabalhador isolado já não é capaz de realizar a produção. Em vista disso, o produto é resultado da combinação de trabalhos especializados, trabalhos esses que comportam diferentes graus de complexidade.

O caráter coletivo do trabalho permitiu aos capitalistas um aumento de produtividade e da exploração, pois com a concentração do saber operário nas máquinas, essas passam a dirigir o trabalho, o que diminui o valor da força de trabalho. Fato corroborado pelo caráter cada vez mais parcial da força de trabalho que pode ser comprada como elementos dissociados e não mais concentrada em um mesmo trabalhador, como no trabalho artesanal (PEDUZZI, 1998).

No trabalho em saúde, esse processo ocorre com algumas limitações e particularidades, apontando, entretanto, na mesma direção de divisão técnica cada vez maior, aumento da tecnologia no processo produtivo e com maior parcelamento e especialização. É na segunda metade do século XVIII e início do século XIX, que, em geral, se localiza a transformação do hospital em espaço privilegiado da prática médica. Com a reorganização dos saberes sobre o

corpo, o hospital é alçado à condição de instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1994), e o trabalho do médico antes realizado em domicílio agora passa a requerer o apoio de outros profissionais (MENDES-GONÇALVES, 1992). A princípio, os médicos passam a controlar e a subordinar o trabalho de práticos e de religiosas que realizavam a assistência e o cuidado. A partir de 1860, a enfermagem se profissionaliza, já como atividade assalariada e ligada ao hospital, tendo certa autonomia, mas subordinada ao gerenciamento dos casos realizado pelos médicos e às regras institucionais (PIRES, 2008).

Daí se segue um processo de fragmentação e especialização cada vez maior, com a divisão interna do trabalho médico em especialidades, pelo desdobramento de atividades médicas que são assumidas por outros agentes, tais como enfermeiros, e pela agregação de outros profissionais com atuação complementares, como serviço social e psicologia (MENDES-GONÇALVES, 1992). Com a parcelarização do trabalho, núcleos cada vez mais manuais da atividade vão sendo destacados e passando a profissionais auxiliares ao cuidado. Dessa maneira, enfermeiros com formação superior, por exemplo, vão assumindo funções de ensino, supervisão e administração, reservando a si um núcleo mais "intelectual" do trabalho e delegando as funções mais "manuais".

Nesse processo, cuidado direto e indireto vão se cindindo. Também há relativa separação entre as funções de curador que se concentram no médico, responsável pelo diagnóstico e terapêutica, e as funções de cuidador, concentrada nas equipes de enfermagem responsáveis mais diretamente pelo cuidado manual e cotidiano (PEDUZZI, 1998).

Mendes-Gonçalves (1992) contudo, estabelece uma diferença entre alguns núcleos profissionais que partem do mesmo campo de saberes biomédicos e biológicos e trabalhos especializados que passam a atuar no campo da saúde, mas têm origem em saberes sistematizados no campo das ciências sociais e humanas. No primeiro caso estão odontologia, fisioterapia, nutrição, enfermagem e fonoaudiologia, por exemplo, que apreendem diferentes aspectos do corpo e constituem sobre ele suas intervenções. No segundo caso, psicologia e assistência social, que tenderiam mais facilmente a entrar em conflito com a concepção de saúde-doença individualizante e biologicizante. De todo modo, esse autor destaca que, em geral, terminam por orientar suas práticas sob a normatização do trabalho médico. Mantêm-se, assim, a centralidade biomédica e a abordagem individualizante. Destarte, a divisão do trabalho em saúde não pode ser caracterizada apenas por seus aspectos técnicos, mas possui dimensões sociais (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 1998).

Dessa forma, estruturam-se uma diversidade de trabalhos especializados na saúde, que implicam em novos recortes do objeto e na sistematização e instrumentalização de novos saberes, resultantes da prática cotidiana e da apropriação de conhecimentos científicos dominantes. Essas profissões se individualizam por necessidades históricas e vão sendo responsáveis por ações próprias e singulares no processo assistencial.

O trabalho médico moderno é o núcleo original do qual outros trabalhos derivam (PEDUZZI, 1998) e sua característica de trabalho intelectual e normatizador da atividade em saúde advém de ter produzido uma concepção de saúde-doença com fundamentação científica e de ter legitimado suas práticas como competência exclusiva e monopólio de agentes que passam por uma prolongada formação (SCHRAIBER, 1993; MENDES-GONÇALVES, 1979). Com a socialização do trabalho em saúde e a inclusão de outros campos profissionais, já não faz mais sentido referir-mo-nos apenas à *prática médica*, mas sim a *práticas em saúde*.

Peduzzi (1998) dá destaque ao fato de que nesse processo não se reproduz somente a divisão técnica do trabalho, mas a desigual valorização social desses trabalhos. Além das diferenças técnicas dos trabalhos especializados, portanto, há uma desigualdade de valor a eles atribuída. E essa desigualdade não está somente na relação das demais profissões com o trabalho médico que conserva sua centralidade entre o trabalho intelectual, mas também internamente às especialidades médicas; que se repartem entre médicos mais e menos especializados, valorados técnica e socialmente de maneiras distintas, modificando a cooperação entre eles e a homogeneidade da categoria que era característica da fase da medicina liberal.

Isso acarreta, segundo a autora, relações hierárquicas e de subordinação, derivadas dessas diferenças técnicas e desigualdades sociais, que estarão presentes no trabalho em equipe que tem marcado a atuação no contexto do trabalho socializado. A equipe, operando com diversos saberes, reproduziria vários planos de fragmentação em relação ao trabalho, aos saberes e campos disciplinares (PEDUZZI, 1998).

Se por um lado, a divisão técnica permite o aumento de produtividade e o aprofundamento qualitativo dos cuidados especializados, por outro, fragmenta as ações e coloca no horizonte o desafio da sua recomposição com vistas à totalidade do processo e do objeto. A divisão do trabalho está ligada, portanto, à perda do controle intelectual sobre o projeto e a execução das atividades (SCHRAIBER, 1993). E o trabalho em equipe, como modalidade de trabalho coletivo, buscaria uma recomposição parcial dessa fragmentação pela relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes (PEDUZZI, 1998). A equipe

somente conseguiria uma recomposição parcial da fragmentação com o estabelecimento de um projeto assistencial comum, o que se dá na interação dos profissionais no contexto das relações de trabalho. Quando isso ocorre, Peduzzi (1998) considera que se trata de uma *equipe integração*⁵⁵.

Daí percebemos o desenvolvimento de trabalhos a partir da temática do processo de trabalho em saúde que enfatizam as dimensões do trabalho em equipe, da interação e da autonomia profissional. Temas como o trabalho em equipe e a integralidade também foram propostas da reforma sanitária brasileira, incorporadas pelas políticas de saúde com a defesa de promoverem melhorias na qualidade do atendimento.

No processo de concentração espacial da assistência em saúde em torno do hospital, então, o processo de trabalho passa a ser resultado de um trabalho coletivo, com o médico assumindo o controle do processo. Mas as demais profissões, ao mesmo tempo que subordinadas ao trabalho médico, também resguardam certa autonomia. A divisão de trabalho entre especialistas do mesmo grupo profissional, em geral, não implica em perda do controle do processo, e eles tendem a colaborar em decisões técnicas conjuntas (PIRES, 2008).

A divisão técnica que fraciona o processo de trabalho antes hegemonizado pelos médicos, também impõe certa complementariedade objetiva e interdependência entre os trabalhos especializados na mesma área de produção (PEDUZZI, 1998). Mesmo entre médicos de especialidades distintas e com valorações sociais distintas, a colaboração entre esses "desiguais" vai sendo solicitada pelo trabalho no contexto da medicina tecnológica.

Todavia, se a concentração espacial possibilitou historicamente o aumento da produtividade e do parcelamento do trabalho, não é ela que caracteriza o trabalho coletivo, e sim a interdependência dos trabalhos especializados, que podem se dar num mesmo espaço ou em espaços distintos, mas conectados por um mesmo processo de produção. Isso já se mostra com o trabalho ambulatorial e em clínicas privadas, e é potencializado pela tendência atual de desconcentração de parte das atividades que, ainda assim, continuam integrando o fluxo assistencial. Exemplo disso é o trabalho de análises clínicas, que nas últimas décadas do século XX, começa a ser externalizado ao hospital, passando a funcionar como serviços terceirizados

⁵⁵ A autora propõe uma tipologia que diferencia *equipe agrupamento* de *equipe integração*. A primeira se referindo a um agrupamento de agentes com justaposição de ações, e a segunda, caracterizada pela interação dos agentes e articulação das ações, o que somente seria possível com a superação do isolamento dos saberes e seus campos disciplinares (PEDUZZI, 1998).

(PIRES, 2008), mas ainda participando do fluxo entre o diagnóstico e a terapêutica, centralizado no médico consultante⁵⁶.

As práticas em saúde passam a ser realizadas, desta maneira, por um conjunto de agentes que incluem médicos em diversas especialidades, demais profissionais de nível universitário, profissionais de ensino médio, profissionais que se formam em serviço (a exemplo disso no Brasil estão os Agentes Comunitários em Saúde e os Agentes de Combate a Endemias) e outros trabalhadores que não desenvolvem atividades específicas da saúde, mas das quais depende o trabalho institucional (PIRES, 2008).

Nas palavras de Pires (2008, p. 86): "O avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas tornam necessária uma intervenção cada vez mais complexa, gerando instituições de grande porte, com especialização em unidades e serviços". A tendência de socialização do trabalho, conseqüentemente, produz não só hierarquias e subordinações internas ao processo, mas um movimento de institucionalização e assalariamento, que impõem ao trabalho regras relativas às instituições, legislações acerca do funcionamento da assistência e relativas aos direitos trabalhistas, além de regras concernentes ao funcionamento das profissões (PIRES, 2008).

Embora a organização do trabalho em saúde tenha sofrido grande influência da gerência nos moldes tayloristas (CAMPOS, 1998; PIRES, 2008), a expropriação do saber e do controle sobre o processo de trabalho se dá apenas de forma parcial, sendo essa uma das particularidades da divisão do trabalho nesse campo. Schraiber (1993) define o trabalho médico como complexo, especializado e unificador de práticas manuais e intelectuais operadas pelo mesmo agente. Peduzzi (1998) expande essa reflexão para o trabalho em saúde, para além da prática médica. Por conseguinte, a parcelarização do trabalho em saúde, ainda que conforme núcleos de atividades "mais manuais" e outros "mais intelectuais", jamais o expropria totalmente de momentos reflexivos e de interação, preservando sempre relativa consciência sobre o projeto assistencial.

O processo de divisão cada vez maior do trabalho permite maior especialização dos agentes e desenvolvimento do conhecimento científico em cada área específica, mas contribui para expropriá-los de parte do saber e da sua autonomia técnica. Contraditoriamente, esse processo possibilitou a expansão do acesso à assistência à saúde, mas sua dinâmica tende, à

⁵⁶ Esse processo de horizontalização da produção é uma das características do regime de acumulação flexível, que discutiremos adiante.

medida em que aprofunda o conhecimento, contribuir para dividir ainda mais o processo (GOMES, 2006).

Nesse processo algumas tendências são sentidas com mais força, das quais destacamos:

- Embora preserve um caráter reflexivo, as atividades manuais e intelectuais diferem em quantidade e qualidade, sendo também valoradas socialmente de maneiras distintas (PEDUZZI, 1998);
- Com a socialização e reorganização do trabalho, as profissões que se individualizam a partir do trabalho médico não são apenas trabalhos auxiliares, de maneira que contribuem com conhecimentos científicos que se atualizam de modos particulares nas relações com os usuários e preservam certo espaço de julgamento e decisão nessas relações (PEDUZZI, 1998);
- A especialização progressiva e as produções científico-tecnológicas tendem a homogeneizar as formas de agir, subordinando a esfera subjetiva do trabalho e restringindo-a a práticas menos reflexivas. Isso não se reduz apenas à máquinas e equipamentos, mas também aparece na definição de protocolos e rotinas técnicas (GOMES, 2006; 2017);
- Integrando o modo de produção capitalista, as práticas em saúde necessitam diminuir a autonomia e controle do trabalhador sobre o processo de trabalho. Ciência e tecnologia participam ativamente desse processo e se tornam não somente meios de trabalho, mas de valorização (GOMES, 2006; 2017). Expressa-se aqui a tendência do trabalho morto objetivado em subsumir o trabalho vivo em ato (MERHY, 2013a; 2013b);
- A crescente especialização e composição tecnológica do trabalho tende a reduzir a reflexividade do agente individual, impondo a necessidade de formas parciais de recomposição do objeto e do processo de trabalho, seja na forma de trabalho em equipe (PEDUZZI, 1998), seja pela maior necessidade de funções de gerência (CAMPOS, 1998). Destaque-se que o controle do processo gerencial se apresenta, não somente, como função técnica, mas política, como parte do trabalho intelectual que exerce função de controle;
- Os modelos científico-tecnológicos quando inseridos no processo de trabalho, tendem a se apresentar de maneira homogeneizante e normativa – principalmente em sua acepção biomédica, pela normatização de aspectos

orgânicos. Isso contribui para uma práxis reiterativa ou imitativa⁵⁷. Essa prática é tensionada no cotidiano pela particular natureza do objeto, com seus graus de incerteza que solicitam do agente autonomia técnica e reflexividade para controlar o agir sobre o objeto. Frente à nosologia que apresenta a doença em geral, de maneira homogeneizada e padronizada, cada doente apresenta-se ao processo assistencial com suas necessidades singulares. Há, desse modo, uma tensão entre os modelos técnicos e tecnológicos baseados no conhecimento científico e o saber-fazer prático (GOMES, 2017).

- A divisão do trabalho e o acúmulo científico-tecnológico ao mesmo tempo que facilitam as intervenções técnicas, complexificam a manipulação dos saberes e instrumentos. Complexificam também as relações, não somente com os usuários, mas também entre agentes e intermediários (plano das interações) (GOMES, 2017; PEDUZZI, 1998; SCHRAIBER, 2008). A interação entre profissionais e usuários, por exemplo, na fase da medicina tecnológica, se torna mais provisória, os vínculos dificultados e o trabalho na forma de equipes mais rotativo (SCHRAIBER, 1993; PEDUZZI, 1998);
- O processo de medicalização social, com a apropriação pelo saber biomédico de aspectos amplos da vida social, modifica as necessidades em saúde, ampliando a atuação dos serviços e forçando novas formas de organização do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992; DONNANGELO, 1979).

2.4 Sobre a tecnologia e os meios de trabalho

Com a passagem da medicina da fase liberal à fase tecnológica, a tendência à substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto e a tecnificação cada vez maior das relações entre agentes do trabalho e usuários, o tema da tecnologia tem sido objeto de diversas teorizações no campo da saúde. Considerando que o trabalho com grupos no âmbito da saúde mental, nosso objeto de estudo, faz parte das redefinições do modelo de atenção à saúde mental

⁵⁷ GOMES (2017) utiliza-se da diferenciação que faz o filósofo Adolfo Sánchez-Vázquez entre uma práxis criadora e uma práxis reiterativa ou imitativa. Utiliza tal distinção para refletir sobre os diferentes graus de criação possíveis de existirem nas atividades em saúde. A primeira delas estaria ligada a atividades em que planejamento e execução são indissociáveis e permitem reflexividade e reorganização do agir a partir das necessidades da realidade. No segundo caso predominam a aplicação e reprodução de modelos, com atividades mais mecânicas e os agentes estando cindidos dos processos de planejamento do trabalho.

e figura como um dos principais meios de trabalho utilizados no cotidiano dos serviços, cabe algumas reflexões sobre a tecnologia e sua relação com os meios de trabalho que nos auxiliem a compreender os dados da pesquisa em tela.

Os meios de trabalho servem de instrumento aos agentes para executarem suas atividades e concretizarem o projeto terapêutico. São, desse modo, mediações entre os agentes e o objeto, estando, a princípio sob controle dos trabalhadores. Mas o próprio projeto terapêutico adquire formatos determinados pela maneira como os modelos de atenção reúnem a capacidade de produzir certas práticas e o mundo das necessidades de saúde como seu problema de ação tecnológica, incorporando-as nos seus objetivos (MERHY, 2013b). O perfil da assistência em saúde que se realiza está definido, assim, pelo processo de trabalho, mediado pelas tecnologias do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). No projeto terapêutico está refletida, portanto, a maneira como os agentes operam com os meios de trabalho.

Não é demais lembrar, entretanto, que os meios de trabalho não estão dissociados dos agentes e do objeto. Ocorrendo mudanças no objeto ou dificuldades na forma de apreendê-lo, isso impulsionará a busca por meios novos ou mais adequados, assim como a inserção de novos meios no processo de trabalho exige novas qualificações por parte dos agentes para operá-los.

Com a tendência a cada vez maior especialização e fragmentação do processo de trabalho, ao mesmo tempo que aumenta a extensão e aprofundamento dos conhecimentos sobre os objetos, fenômenos e processos do mundo, do ponto de vista do trabalhador individual, nos deparamos com um conhecimento cada vez mais limitado e restrito a alguns aspectos da realidade. A constituição do trabalho coletivo em saúde é produto e também determinação dessas transformações, expressando a necessidade de interdependência entre agentes especializados, vinculados a um mesmo processo de produção, para a apreensão e transformação do objeto. Ao mesmo tempo, essa fragmentação e a divisão progressiva entre trabalho manual e intelectual vão exigindo tentativas de recomposição do trabalho, expressando-se, no caso do trabalho em saúde, por exemplo, pela necessidade de gerências diretas no processo de produção e pelo trabalho em equipe.

Essa expropriação do conhecimento do trabalhador individual e sua concentração no trabalhador coletivo vão sendo dirigidas e unificadas pela maquinaria, no caso da produção de bens materiais, configurando a subsunção real do trabalho ao capital e aumentando a composição orgânica do capital. Nesse caso, já não é mais o trabalhador que se utiliza dos meios para executar seu projeto sobre o objeto, mas a máquina que se utiliza do trabalhador, aparecendo como unificadora do processo de trabalho.

Os autores que analisamos até aqui demonstram como no caso do trabalho em saúde esse processo apresenta algumas particularidades. Uma delas, reside no fato de que nesse setor da produção a tecnologia na forma de máquinas e equipamentos encontra dificuldades em subsumir o trabalho totalmente, desempenhando papel mais acessório no processo produtivo. As tecnologias aí tendem a aparecer mais na forma de saberes e técnicas, que exigem a operação do agente do trabalho, conservando algum grau de autonomia técnica e um *quantum* de trabalho intelectual, ainda que essa relação varie de acordo com a posição do agente no processo produtivo. Isso está ligado às características do objeto que mantém um grau de incerteza, exigindo do trabalhador certa autonomia, decisão e criação no processo.

No caso do processo de trabalho em saúde mental, essa diferenciação entre as formas de aparência da tecnologia faz-se ainda mais importante, visto que as tecnologias na forma de equipamentos existem em menor número do que em outras áreas da saúde. Mesmo os exames complementares que têm sido apontados como importantes instrumentos para a mudança dos modos de agir clínico e dos vínculos entre trabalhadores e usuários (SCHRAIBER, 2008; GOMES, 2017) são pouco frequentes e, quando necessários, nos atendimentos no sistema público, não raras vezes os usuários são encaminhados para realizá-los no âmbito da atenção primária. As tecnologias que aparecem com maior peso nos Centros de Atenção Psicossocial estão consolidadas na forma de técnicas e saberes, alguns deles consubstanciados em protocolos e rotinas. Mesmo os consensos que têm sido apontados como elementos tensionadores da autonomia técnica (GOMES, 2017; DALMASO, 2000), são menos frequentes no campo da saúde mental.

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) foi um dos primeiros autores a ampliar essa discussão da tecnologia no campo da saúde no Brasil, fazendo a crítica à concepção restrita do conceito de tecnologia. A concepção mais corrente de *tecnologia* costuma identificá-la com o arsenal material, ao mesmo tempo que toma a *técnica* como o modo de operar essa tecnologia (DALMASO, 2000). Reduz-se, assim, o significado ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho e obnubila-se a compreensão das relações sociais de produção em que a tecnologia está inserida (MENDES-GONÇALVES, 1994). Essa concepção está assentada, em geral, numa visão linear da história como progresso (DALMASO, 2000) que toma a inovação como positiva em si mesma, o que acaba por conformar uma ideologia do progresso técnico (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Tomado dessa maneira, o conceito acaba por reduzir o processo de trabalho a uma função técnica abstrata. Como nos explica Mendes-Gonçalves:

Ora, ainda quando se possa restringir o termo *tecnologia* à teoria relativamente mais abstrata dos processos de trabalho, vale dizer, reduzir seu significado à dimensão técnica geral, não há sentido em associá-lo exclusivamente a uma função técnica particular dentro daquela dimensão técnica geral, qual seja, a constituída pelos instrumentos de trabalho. Até por motivos etimológicos, *tecnologia* refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.18, grifos no original).

Logo se vê que essa forma mais corrente de considerar a tecnologia reforça no conjunto da sociedade a representação do trabalho em saúde como um trabalho que seria científico por estar embasado, cada vez mais, na dimensão dos instrumentos materiais do trabalho. Esse revestimento ideológico da medicina, e das práticas em saúde em geral, como uma prática técnica, fundamentalmente científica e neutra (DONNANGELO, 1979), ao qual já fizemos referência, não representa o todo do processo e esconde as suas relações mais amplas com a estrutura social.

No entanto, não é de todo falsa, já que sob relações capitalistas de produção a inovação tecnológica subordina-se ao princípio da concorrência e à lei do valor-trabalho, possibilitando baratear a produção e obter lucro excedente, enquanto a mudança tecnológica está sob domínio de parte dos capitalistas e ainda não se generalizou para o conjunto da produção (KATZ, 1995). Daí se depreende o destaque que ganham as inovações materiais no processo de trabalho. Trata-se, no entanto, de uma interpretação ideológica, porque representa apenas parte da realidade. Esconde, por exemplo, que na confrontação entre relações de produção e forças produtivas, inovações que são efetivas tecnicamente, mas carentes de rentabilidade, acabam por ser desprezadas, de maneira que a mesma concorrência que impulsiona a mudança tecnológica pode também entravar seu aproveitamento (KATZ, 1995). Outro exemplo da força ideológica dessa interpretação é o que destaca Mendes-Gonçalves na citação transcrita acima, qual seja, a tecnologia sendo reduzida a uma função técnica particular dentro do processo de trabalho, abstraída de suas relações com os demais elementos de trabalho que são conformadas por cada modo de produção particular. “Um martelo é um martelo na *plantation* escravista, na fazenda feudal ou na fábrica capitalista, mas a forma e os propósitos de sua utilização mudam drasticamente em cada um destes casos” (KATZ, 1995, p. 10).

No processo de trabalho em saúde, quando as inovações de caráter material têm mais dificuldade em assumir a posição de unificadoras do processo de trabalho, tomar a tecnologia apenas na forma de instrumentos e equipamentos restringe a compreensão do processo de

trabalho. Há que se considerar, também, que a disputa entre diversos atores no setor saúde e as funções sociais que a prática em saúde cumpriu historicamente, levaram a articulação técnica do processo de trabalho com as finalidades sociais a assumir em alguns momentos, conformações que contrariam a tendência geral de crescimento das inovações materiais. Embora a tendência mais geral da medicina em sua fase tecnológica siga nessa direção e realize os interesses do Complexo Médico Industrial com a maior inserção de tecnologias nas formas materiais, a Medicina Comunitária, por exemplo, se apresentou como uma prática baseada em tecnologias mais simplificadas tendo maior função política do que econômica (DONNANGELO, 1979). Há que se considerar que nas últimas décadas a inserção do Complexo Médico Financeiro, também levou a uma tensão por uma atenção que incorporasse mecanismos de controle do uso das tecnologias com vistas a baratear a assistência (MERHY, 2003b; VIANNA, 2002).

Contrariando essa visão dominante da tecnologia, a partir da década de 1970 no Brasil, o conceito vai sendo recolocado de maneira mais ampliada, "abrangendo a tecnologia material e não material, sendo que esta última envolve tanto o conhecimento que instrui a ação, como as formas de operação não baseadas imediatamente em substrato material, como o contato interpessoal e a comunicação" (DALMASO, 2000, p. 50).

Dessa acepção compreendemos porque Donnangelo (1979) considera a clínica como um modo e meio de trabalho, um saber que instrumentaliza o processo de trabalho e auxilia na organização interna de seus elementos articulando-os com as finalidades, tendo impactos técnicos (internamente ao processo de trabalho) e sociais (externamente) (DONNANGELO, 1979; MENDES-GONÇALVES, 1994). Mendes-Gonçalves chama a atenção, também, para a epidemiologia como uma tecnologia operante nas práticas em saúde. Ambas, no entanto, fazem o mesmo movimento de, valendo-se de concepções cientificamente elaboradas sobre o corpo, orientarem a produção do objeto sob a concepção de uma normalidade específica (MENDES-GONÇALVES, 1994). Aparecem desse modo como "puramente" técnicas e reduzem o objeto à sua realidade anatomofisiológica.

Em decorrência dessa compreensão, podemos considerar que o saber não só está presente no início do processo de trabalho auxiliando a recortar seu objeto, mas se expressa também em técnicas materiais e não materiais que têm esse saber como fio condutor, estando presente durante todo o processo de trabalho, mediatizando a relação com os meios (MENDES-GONÇALVES, 1994).

No âmbito da Saúde Coletiva, à vista disso, o saber como apreensão da realidade por meio da prática e forma de organizar internamente o processo de trabalho sobre as condições de saúde e doença, integra a dimensão tecnológica e a análise dos meios de trabalho. Refere-se às formas de controlar o processo de trabalho, de manipular o objeto e os meios de trabalho, que se dão em relações sociais específicas. Os próprios instrumentos, nesse sentido, como formas de operação do saber, só podem ser compreendidos em seu contexto social (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A escolha pelo termo *saberes* também não é fortuita, pois busca diferenciar as ciências em que os saberes podem estar embasados, da articulação que realizam nas práticas sociais, que não respondem necessariamente à lógica interna da ciência (MENDES-GONÇALVES, 1994). Importa diferenciar também, os termos *técnica* e *tecnologia*. Derivada do radical grego *téchne*, que significa “arte ou habilidade”, a palavra *técnica* representa o “conjunto de processos de uma arte” ou “maneira ou habilidade especial de executar ou fazer algo” (CUNHA, 2010, p. 626). Como “modos de fazer”, as técnicas incluem o saber-fazer prático, acumulado na experiência cotidiana e transmitido também entre pares (GOMES, 2017). Com a modernidade, no entanto, a ciência passa a integrar as forças produtivas materiais de maneira mais acentuada e a subordinar os modos de operar as técnicas às tecnologias, compreendidas aqui como materiais e não materiais. Ou seja, as técnicas vão sendo cada vez mais subsidiadas pelo conhecimento científico com a hipertrofia do polo tecnológico material (DALMASO, 2000). Os modos de fazer, todavia, não se prendem às características dos recursos materiais, estando subordinados às necessidades e às formas de viver (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Destaque-se, dessa distinção anterior, que os saberes embasados na ciência instrumentalizam práticas e ganham dimensão tecnológica, conformando *modelos tecnológicos* (MENDES-GONÇALVES, 1994), como se pode perceber mais claramente no caso da clínica, que passa a organizar os procedimentos internos do processo de trabalho com uma certa concepção de objeto, diagnóstico e terapêutica. Mas o saber-fazer prático também conforma *modelos técnicos*, que passam a ter menor peso com a influência da ciência no processo produtivo, mas também influenciam no caráter reprodutor das práticas em saúde (GOMES, 2017).

A discussão sobre o caráter reprodutor e criador das práticas em saúde ganha maior destaque no último quartel do século XX, quando o processo de trabalho passa a se centrar também em protocolos e rotinas (instrumentos não materiais) que buscam controlar a subjetividade e garantir uma prática mais padronizada e com menos erros (DALMASO, 2000).

Justificadas pela garantia de qualidade, essas práticas também visam o controle de custos. Respaladas pelo conhecimento científico esses procedimentos tendem a homogeneizar e a tornar mais rotineira a assistência, diminuindo a autonomia técnica⁵⁸ e aproximando ainda mais a relação entre técnica e ciência (DALMASO, 2000).

Constituem-se, desse modo, ciências, saberes, técnicas e práticas que historicamente orientam e organizam o processo de trabalho e conformam certos modelos tecnológicos de assistência à saúde. A compreensão de tecnologia que esses autores têm utilizado, e com a qual operamos também nesse trabalho, diz respeito aos nexos estabelecidos entre os elementos do processo de trabalho no seu nível interno e em função das suas finalidades, que incluem as articulações sociais que determinam essa prática (MENDES-GONÇALVES, 1994). Estão integrados, portanto, nos modos de fazer, as concepções sobre o objeto, os meios diagnósticos e de tratamento, o papel esperado dos agentes e as articulações sociais da prática (DALMASO, 2000). Esse sentido amplo de tecnologia, que inclui os saberes⁵⁹, vai da dimensão técnica mais geral dos modelos tecnológicos conformados historicamente, até a dimensão particular dos processos singulares de produção, quando se constituem gerências tecnológicas, por exemplo, para coordenar as interações e atividades, articulando as necessidades em saúde e as necessidades econômicas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Emerson Elias Merhy é um dos autores que tomará a dimensão da tecnologia como central nas suas teorizações. Partindo da análise do *trabalho vivo em ato*, proporá uma classificação das ferramentas com as quais operam os agentes de trabalho em saúde. A imagem que nos oferece é a das *valises tecnológicas*, com as quais os trabalhadores atuam a partir das finalidades que almejam. Categoriza essas valises ou caixas de ferramentas em três tipos: uma delas corresponde ao que denomina *tecnologias duras*, e inclui resultados do trabalho morto que capturam o trabalho vivo do agente em ato na lógica dos equipamentos (inclui aí equipamentos tecnológicos vinculados “à mão” dos agentes, que vão desde as máquinas e instrumentos como o estetoscópio, até as normas, estruturas organizacionais, chegando a instrumentos como canetas e papéis). À segunda categoria denomina como *tecnologias leve-duras*, e estaria vinculada “à cabeça” dos agentes. Incluem os saberes estruturados que operam

⁵⁸ Com o movimento pela Medicina baseada em evidências, os *guidelines* também aparecem como um tipo de literatura médica com a mesma finalidade (DALMASO, 2000).

⁵⁹ É preciso considerar, ainda, que com a constituição do trabalho coletivo em saúde, a dimensão dos saberes também se amplia, incluindo aí contribuições do behaviorismo, psicanálise, taylorismo, toyotismo etc. Campos (1998), por exemplo, centra parte de suas análises sobre os impactos do taylorismo na conformação da organização dos instrumentos e relações na produção.

no processo de trabalho (clínica, epidemiologia, pedagogia etc.). Auxiliam a significar o objeto de trabalho e a recortá-lo, servem para "armar" o olhar do agente que se singularizará em cada ato produtivo. Daí sua dupla caracterização: por um lado composta por saberes já estruturados e produtos de trabalho morto, por outro atuam sobre os usuários numa relação singular e composta por incertezas. O usuário impõe uma relação mais leve no processo, mas, ainda assim, os produtos podem resultar da imposição do lado mais duro do raciocínio clínico, por exemplo, interditando a captura das finalidades do trabalho pelas necessidades do usuário. As tecnologias leve-duras também exerceriam dominância sobre as duras, que adquirem significado a partir delas. Já as *tecnologias leves* estão presentes no espaço relacional entre trabalhador e usuário e só têm existência no momento singular do encontro entre ambos, só têm materialidade em ato. São aquelas que permitem produzir relações, expressando com seus produtos a presença ou ausência de acolhimento, vínculos, responsabilizações, autonomia, jogos transferenciais etc. (MERHY, 2013a, 2013b, 2013c).

Esse autor destaca, ainda, que o trabalho médico⁶⁰ deve desenvolver competências em duas dimensões das intervenções, uma *dimensão cuidadora*, que é pertinente a todos os tipos de trabalho em saúde e uma *dimensão profissional*, própria de seu recorte tecnológico específico. Na dimensão cuidadora se produziriam as relações de acolhimento e de vínculo, o posicionamento ético, os processos de fala e escuta que produzem a intercessão com o mundo subjetivo do usuário e suas necessidades, bem como a articulação dos saberes para compor os projetos terapêuticos. Na dimensão profissional se daria a relação entre os saberes tecnológicos da dimensão anterior com as tecnologias duras, focando a produção dos procedimentos (MERHY, 2013b, 2013c).

Merhy parte da análise da tendência do trabalho morto em dominar o trabalho vivo e expropriar seu controle sobre a produção, nas relações de produção capitalista. Considera que na história do desenvolvimento da assistência em saúde no Brasil, a clínica esteve sob domínio do modelo biomédico e do mercado, resultando em um modelo focado na produção de procedimentos e centrando os processos de trabalho na lógica dos instrumentos e da maquinaria, em detrimento das abordagens mais relacionais (MERHY, 2013a, 2013b; FRANCO; MERHY, 2013). O modelo da medicina tecnológica, desse modo, teria produzido uma centralização da assistência nos procedimentos e a relação dos agentes se daria preferencialmente com os procedimentos, empobrecendo as tecnologias leves. Esse parece ser

⁶⁰ Suas reflexões partem do trabalho médico mas podem ser generalizadas para os demais agentes do trabalho em saúde.

o centro de sua análise para apreender as tensões nas relações produzidas na assistência, análise que é consoante à realizada por outros autores (SCHRAIBER, 1993; 2008; CAMPOS, 2002). É dessa análise que deriva sua compreensão de que os diferentes arranjos entre as valises tecnológicas são estratégicos e definem os modelos de atenção (MERHY, 2013c).

Nesse contexto, a produção do cuidado centrado em procedimentos teria relação direta com a conformação dos significados que os usuários atribuem aos serviços. Se o modelo tecnoassistencial induz ao alto consumo de procedimentos, o que aparece na forma de demanda é a busca por procedimentos, e não por cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). A produção, assim, define o consumo. A partir daí, consideram – Merhy e também Franco, com quem produz diversos textos – que o desafio está em construir processos de produção centrados em tecnologias leves que se constituam em referência de cuidado e dêem segurança aos usuários (FRANCO; MERHY, 2013). O que propõem é a mudança da composição técnica do trabalho e a transição tecnológica nos serviços em favor do trabalho vivo, centrado nos usuários e capazes de produzir vínculos⁶¹ (MERHY, 2013a, 2013b; FRANCO; MERHY, 2013).

Frente à diversidade e complexidade de aspectos abordados pelos autores em relação ao tema das mudanças tecnológicas e da articulação dos meios de trabalho no processo produtivo, passaremos a partir de agora a dar destaque a alguns deles que nos parecem mais importantes para a relação com nosso objeto de estudo e com os dados a serem analisados.

O primeiro destaque diz respeito aos instrumentos que possibilitam uma maior padronização na assistência na forma de protocolos, normatizações e rotinas. Com a progressiva incorporação dos preceitos científicos no processo de trabalho, a ciência, consubstanciada nos equipamentos, mas também nos conhecimentos, técnicas e modelos tecnológicos de organização das práticas (clínica, epidemiologia etc.), vai guiando cada vez mais o processo de trabalho (DALMASO, 2000). Esse processo concentra maior importância no polo objetivo do trabalho (ciência, tecnologia) e vai progressivamente expropriando os trabalhadores (polo subjetivo) do saber sobre o trabalho. Merhy (2013a) e também Campos (2002) dão destaque para as normatizações e protocolos que estão presentes no trabalho em saúde e auxiliam no processo de padronização da assistência e captura do trabalho vivo pelo trabalho morto. Como para esses autores a autonomia e a subjetividade são elementos importantes na garantia do que consideram um projeto de "defesa da vida" no processo de trabalho em saúde, os instrumentos

⁶¹ No Capítulo 6 (item 6.2.4), estabelecemos algumas críticas aos desdobramentos das concepções desse autor.

de padronização que contribuem com a diminuição da autonomia podem acarretar menor eficiência tecnológica, em razão da menor liberdade que permitem ao trabalho vivo em ato.

Isso ocorre não somente por padronizações internas ao campo da saúde (protocolos terapêuticos, por exemplo), mas também com instrumentos orientados por conhecimentos do campo da administração, dirigidos aos aspectos organizacionais da assistência e do processo de trabalho. Embora não se apresente no trabalho em saúde a subsunção real do trabalho ao capital, os setores improdutivos passam também a ser contaminados pela lógica de busca da produtividade da produção de bens materiais, incluindo aí o trabalho estatal⁶² (GOMES, 2006). Nesse contexto, os protocolos e normatizações ganham uma orientação claramente racionalizadora.

No entanto, ainda que contaminado pelo processo industrial de produção de bens materiais, o processo de trabalho em saúde apresenta particularidades. Os equipamentos e máquinas estão presentes na saúde, tendo efeitos de aumento de produtividade, intensificação do trabalho e expropriação do saber do trabalhador. Todavia, existem em menor número e não se verificam nesse processo de trabalho a existência de um “sistema de máquinas” autônomo, que centralize a produção e dirija o trabalho dos agentes (GOMES, 2006). Daí porque afirmar que no trabalho em saúde não se completa a subsunção real do trabalho ao capital. Essas tecnologias ainda são dirigidas pelo trabalho vivo que ocupa lugar central nesse processo produtivo. Daí também a importância que conferem diversos autores à análise da tecnologia na forma de saberes e técnicas que organizam o “modo de operar” do trabalho vivo em ato.

Isso tem ligação com a peculiaridade do objeto de trabalho em saúde e com a complexidade que apresenta o ato do cuidado. Ainda que a ciência hegemônica se estabeleça

⁶² A dinâmica estatal, embora não participe diretamente da produção do valor pela extração de mais-valia direta, integra a lógica geral da reprodução do capital de diversas maneiras, estando em relação com ela e com seus mecanismos de subsunção do trabalho. O Estado participa da formação e da recuperação da força de trabalho, assumindo seus custos como adiantamento ao capitalista, dessa maneira, responsabilizando-se por custos da produção na forma de salário indireto. Enquanto valor biológico, a saúde pode também ser considerada atributo da força de trabalho para que possa ser utilizada no processo de trabalho. Nesse sentido o trabalho em saúde incorpora trabalho à força de trabalho, mas sua função aqui não é a de incorporar valor, mas possibilitar o aumento de sua exploração (AROUCA, 2003). Donnangelo (1979) e Arouca (2003) consideram que o trabalho em saúde incorpora valor à força de trabalho, mas, em geral, isso é compensado com o aumento da mais-valia relativa, pelo aumento da produtividade da força de trabalho, e pelo aumento da mais-valia absoluta, já que mantém o trabalhador em condições de saúde que permite jornadas extraordinárias. Há discordâncias entre esses autores se esse trabalho pode ser diretamente produtivo ou não. O que nos interessa destacar aqui é que mesmo quando se trata de um trabalho que não produz diretamente mais-valia, no âmbito das relações estatais (Arouca prefere chamar de relação puramente comercial), o trabalho em saúde acaba por assumir funções junto à força de trabalho ou, ainda, em relação à manutenção de uma força de trabalho potencial, ou exército de reserva. Integrando direta ou indiretamente o ciclo de reprodução do capital, está submetido às suas influências e mecanismos de controle de produtividade. Impacta também essa relação, o peso ideológico que possuem as várias propostas de reorganização científica do trabalho.

nos limites do corpo anatomofisiológico, apreende essa realidade de maneira homogeneizadora e universalizadora. Mas a singularidade dos casos individuais impossibilita a sua completa padronização e a eliminação do trabalho vivo da dinâmica do cuidado (GOMES, 2017; DALMASO; 2000).

Ganham destaque, então, os saberes científicos que se operacionalizam nas normatizações terapêuticas, organizacionais e relacionais. Além de Merhy (2013a), Campos (1998) também salienta alguns desses mecanismos como padronizadores do trabalho. Sua análise está centrada na crítica à apropriação dos princípios do *taylorismo* para a organização das práticas em saúde, como um mecanismo de aumento de produtividade que contribui para diminuir a autonomia profissional e distanciar planejamento e execução das ações em saúde.

Gomes (2006) sinaliza, no entanto, algumas discordâncias com o fato de Merhy (2013a) entender a tecnologia na forma de saberes/técnicas/normatizações como trabalho morto que agiria de maneira semelhante à maquinaria (com o mesmo papel de controle e direção do processo de trabalho) na tentativa de captura do trabalho vivo. Desse modo, exercendo o mesmo papel de controle e direção do processo de trabalho, esse tipo de tecnologia poderia capturar o trabalho vivo com a mesma intensidade. Merhy (2013a) também entende que a captura total nas práticas em saúde é impossível pela própria natureza tecnológica do trabalho, mas inclui na mesma categoria máquinas, normatizações e estruturas organizacionais. Chama-as de "tecnologias duras" em oposição às tecnologias na forma de disciplinas científicas (leve-duras). Tomadas desse modo, as normatizações representariam formas de trabalho morto que capturam mais amplamente o trabalho vivo e o controle do trabalho pelo agente.

Segundo Gomes (2006), ainda que reconheça que essa captura encontra limitações no trabalho em saúde, Merhy admite a potencialidade das normatizações para realizá-la na mesma intensidade que a maquinaria em outros processos produtivos. Gomes (2006) argumenta, então, que historicamente o trabalho vivo e o conhecimento e controle do trabalhador vão perdendo espaço no processo de desenvolvimento da produção artesanal até a maquinaria (passando pela cooperação e manufatura). Todavia, desde o modo de produção artesanal, já havia rotinas e normas que, não necessariamente, se apresentavam como hostis ao trabalhador. Com a progressiva especialização e fragmentação do trabalho no modo de produção capitalista, o saber se desloca do trabalhador individual ao trabalhador coletivo, mas o trabalho vivo ainda é dominante no processo produtivo. Essa fase da subsunção formal atingida na manufatura só é superada com o surgimento da maquinaria, quando, além da expropriação da propriedade dos meios de trabalho, atinge-se a expropriação do saber dos trabalhadores e do controle do

processo de trabalho (subsunção real). A partir desse raciocínio, chama a atenção para o fato de que, normatizações mais rígidas já existiam na manufatura e que a gerência científica do trabalho (com o fordismo e o taylorismo) não foi a responsável por finalmente subjugar o trabalho vivo ao trabalho morto, mas sim a inserção da maquinaria no processo.

À vista disso, não acredita que as normatizações e a maquinaria possam ser enquadradas em uma mesma categoria, sendo a segunda, a única capaz de realmente subsumir o trabalho ao modo de produção capitalista. No trabalho em saúde, portanto, como a maquinaria não consegue tornar-se dominante e as outras apresentações tecnológicas não conseguem cumprir seu papel em totalidade, a dimensão subjetiva do trabalho sempre se apresentaria como central (GOMES, 2006).

Mesmo com essas discordâncias, podemos afirmar que a ciência, quando utilizada para padronizar condutas, tem contribuído para a diminuição dos poros produtivos e o aumento do heterocontrole sobre os trabalhadores. Reforça-se, assim, a análise de que, ainda que não consiga subsumir totalmente o trabalho em saúde, o capital lança mão de tentativas de captura do processo de trabalho em seus polos objetivo e subjetivo. Nessa luta do capital pelo controle da atividade, além das normatizações e protocolos, vemos o aumento dos mecanismos de controle como auditorias e perícias, impulsionadas pela pressão exercida pelos seguros-saúde, para controle e diminuição dos custos da assistência que resultam aumentados com a progressiva inserção tecnológica. Além disso, as gerências diretas nos serviços de saúde têm, em parte, a função de heterocontrole na atividade.

Com a coletivização e institucionalização do trabalho em saúde, essas formas tecnológicas ganham mais espaço. Exemplo disso, é o impacto que as várias formas de organização do trabalho e gestão da força de trabalho, surgidas na produção industrial, têm na produção em saúde, mesmo no setor público. As tentativas de Campos (1998) de fazer a crítica ao taylorismo na saúde com a proposição de funções mais generalistas e de participação dos trabalhadores nas definições do processo de trabalho, em nosso entendimento, têm sido capturadas na direção da implementação de propostas toyotistas de organização do trabalho, que se utilizam da polivalência e do trabalho em grupos/equipes para intensificar o trabalho e diminuir ainda mais os poros improdutivos. Voltaremos a esse tema adiante, já que esses dados apareceram com relevo em nosso estudo de campo.

Outro aspecto destacado na literatura é o de que as operações práticas não representam mera transposição da ciência, incluindo saberes práticos desenvolvidos ao longo da atividade e transmitidos entre os trabalhadores, seja por mecanismos formais ou informais (SCHRAIBER,

1993; PEDUZZI, 1998; GOMES, 2006; 2017). Ou seja, a técnica é uma dimensão mais ampla do que a tecnologia. Mas, com a incorporação de conhecimentos técnico-científicos, a técnica passa a ser hegemonizada pelas tecnologias que operacionalizam os saberes científicos, o saber tácito vai tendo menos espaço e sendo menos necessário nas ações. Nossa hipótese, entretanto, é de que no campo da saúde mental, por conta das dificuldades de reduzir seu objeto à dimensão anatomofisiológica, o saber tácito, embora se apresente diminuído, existe em maior grau do que em outros processos de trabalho em saúde, estando as práticas cotidianas conformadas também pela empiria.

Acreditamos, também, que por conta das mesmas determinações em relação ao objeto, apresentem-se nesse campo um menor número de consensos e protocolos terapêuticos e, quando existem, seu conteúdo mistura aspectos terapêuticos e administrativo/organizacionais. Essas normatizações, que têm aspectos mais ou menos coercitivos de acordo com suas tendências racionalizadoras, podem camuflar, sob discursos técnicos, determinações econômicas e políticas (GOMES, 2017), despertando maior ou menor resistência por parte dos agentes. É importante ressaltar, que os agentes médicos, pela centralidade e autoridade historicamente investidas em seu papel social, acabam tendo maior poder de resistência a esse tipo de normatização. Ainda assim, tendem a aceitar protocolos com inflexão mais terapêutica e resistir a normatizações com caráter mais institucional (GOMES, 2017).

Há, ainda, uma tendência por parte dos agentes de recorrer a esses consensos, protocolos e rotinas como respaldo técnico e jurídico (GOMES, 2017) frente às incertezas da atividade e às cobranças de usuários e gestores. Em nossa pesquisa essa tendência se manifesta e, ainda que sem muitas diretrizes terapêuticas internas aos serviços para buscar esse respaldo, os trabalhadores acabam encontrando-o nas publicações e normativas dos órgãos e conselhos das categorias profissionais. Essas normativas que, em geral, existem para garantir uma atuação ética e proteger os profissionais nas relações de trabalho, ganham, outras vezes, caráter corporativista e podem ser utilizadas, contraditoriamente, como forma de recusa a desempenhar aspectos da atividade, responder às necessidades dos usuários ou de engajar-se nos modelos technoassistenciais⁶³. A relação dos profissionais com os protocolos e normatizações se

⁶³ Aqui o perigo da defesa da autonomia profissional converter-se na defesa da autonomia nos moldes da medicina liberal, tendência contrária à do movimento histórico (GOMES, 2017) e, em geral, mobilizada com interesses corporativos e com interesses de garantir autoridade e prestígio social, conquistadas pela medicina pelo ajustamento da profissão aos interesses da sociedade capitalista. No caso das demais profissões, que não gozam da mesma valoração social (PEDUZZI, 1998), essa defesa mostra a força desse ideal em outros campos profissionais, mas também a força do modelo biomédico hegemônico ante os modelos alternativos de organização do trabalho.

apresenta de maneira ambígua em diversos momentos da atividade. Ao mesmo tempo que resistem à constrição imposta por eles à atividade e à sua autonomia profissional, também legitimam e solicitam maior padronização do agir. Em relação ao nosso objeto isso se revelou, em diversos momentos, pela solicitação de maior padronização da atividade com grupos, um dos poucos espaços do cotidiano de trabalho que não está normatizado em seu interior por normas e protocolos.

Na impossibilidade de conhecer e controlar os recursos tecnológicos e a totalidade do processo assistencial, os agentes se apoiam nas padronizações e instrumentos que consideram facilitadores da prática. Esses instrumentos, desse modo, expressam sua capacidade, em maior ou menor grau, de exercer a integração do processo de trabalho.

De acordo com Gomes (2017) as normatizações, rotinas e protocolos, ainda que diminuam a autonomia dos trabalhadores em relação ao caso individual, instaurando a tensão entre a operacionalização homogeneizadora dos conhecimentos científicos e a singularidade do caso individual⁶⁴, pelo fato do trabalhador continuar dominando o saber sobre seu trabalho, não tenderiam a se constituir em relações de estranhamento. Isso se daria, porque essas normatizações apresentam-se como externalizações do saber do trabalhador em instrumentos que ainda são reconhecidos por eles como produtos do trabalho. Nesse sentido, o modo de operar com esses instrumentos não seria de todo reconhecido pelos agentes como contraditório com suas percepções sobre como deveria ser o trabalho (GOMES, 2017).

Contudo, esse mesmo autor admite que, nos casos em que as normatizações se consolidam na forma de "Ações Programáticas em Saúde", por exemplo – caso em que há a tentativa de articular a assistência individual a instrumentos coletivos, tendo por fundamento a epidemiologia –, o fenômeno do estranhamento seria mais frequente, decorrendo do fato de as práticas estarem historicamente embasadas na racionalidade biomédica, fazendo com que os agentes não reconheçam os fundamentos das ações programáticas, fundadas em uma ciência orientadora que não está sob seu domínio. Aventamos a hipótese de que isso também ocorra na disputa de modelos em saúde mental. Quando as práticas estão hegemonicamente fundadas na psiquiatria clássica e no modelo biomédico, as ações, protocolos e normativas fundamentadas no modelo de atenção psicossocial, podem instaurar, no nível das práticas, as tensões existentes na disputa teórica, política e ideológica entre os distintos modelos. Sendo diferente a compreensão do modelo psicossocial sobre o objeto e sua relação social, passa a exigir dos

⁶⁴ Outros efeitos seriam a burocratização e a baixa responsabilização dos trabalhadores consequente à excessiva "objetivação" do processo de trabalho (GOMES, 2017).

agentes uma nova relação com instrumentos orientados por compreensões teóricas que não estão sob seu domínio.

Esse estranhamento também se faria presente quando os agentes detêm apenas parcialmente o saber consubstancializado nas normatizações, o que ocorre com frequência nas profissões assentadas sobre um trabalho mais manual, como as profissões de nível técnico. A parte do saber que o agente não domina, está objetivada na tecnologia, manifestando-se o estranhamento em diversos graus. Revela-se aí o papel que cumprem as normatizações referenciadas nos saberes como integradoras do processo de trabalho, dando-lhes maior produtividade e organicidade. Nesse caso, essas aparições tecnológicas garantem a continuidade do processo assistencial dentro de certos limites, sendo vivenciada contraditoriamente como autonomia, ainda que sejam objetivamente um elemento de constrição do trabalho. Explicamos: na ausência da padronização, esses trabalhadores estão mais sujeitos às características autoritárias das chefias imediatas e dos agentes que detêm parcelas mais intelectuais do trabalho.

Um segundo aspecto a destacar, diz respeito ao impacto que têm as mudanças na organização tecnológica das práticas na relação entre usuários e profissionais. Com a incorporação progressiva de conhecimentos técnico-científicos no processo de trabalho em saúde, essas formas tecnológicas passam a interferir sobre os “modos de operar” o trabalho com o destaque cada vez maior para a produção de procedimentos. Os usuários e suas necessidades vão sendo capturados pelos procedimentos e o vínculo do agente passa a ocorrer com o procedimento, empobrecendo as tecnologias leves (MERHY, 2013c).

Dalmaso (2000) ressalta que na segunda metade do século XX, a técnica na saúde se transforma, indo da noção de doença-lesão para a de doença-risco; da incerteza do conhecimento e da prática para o cálculo de probabilidade; da valorização da experiência clínica pessoal e da autonomia técnica do agente para a busca do respaldo científico e a medida dos resultados dos procedimentos. Essas alterações, resultantes da incorporação de novos meios diagnósticos e terapêuticos, caracterizam a fase da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1993) e alteraram profundamente os métodos de trabalho. Embora na saúde mental as máquinas e equipamentos, os protocolos terapêuticos e os exames complementares estejam menos presentes do que em outros campos da saúde, é inegável que essa tendência geral da transformação da técnica e das práticas também atinge esse campo, seja pela concepção de doença-risco, seja pela provisoriedade dos vínculos próprias do tipo de relação que passa a ser desenvolvida, ou pela centralização dos fármacos no processo de trabalho.

Schraiber (2008) toma como objeto a investigação das causas do fenômeno que é percebido pelos profissionais⁶⁵, nesse contexto, como “crise dos vínculos de confiança”. Encontra na base do fenômeno a maior valorização por agentes e usuários das práticas centradas nas tecnologias materiais. Com os conhecimentos e recursos tecnológicos se interpondo de maneira mais extensiva entre profissionais e usuários, a prática tem se tornado impessoal e despersonalizada. No âmbito dos serviços de saúde mental, se os equipamentos não têm papel tão importante, isso não significa que as práticas não busquem o mesmo respaldo de cientificidade, referenciando-se nos parâmetros normativos da biomedicina moderna⁶⁶.

Uma das características dessa incorporação tecnológica, como vimos, é a maior padronização das práticas, que passa a ser vista como garantia de qualidade e reduz os agentes a meros aplicadores de conhecimentos. Uma das consequências desse processo é que a esfera reflexiva do trabalho vai sendo diminuída com os equipamentos, mas também pelo conhecimento como intermediário, que objetivado perde sua referência na realidade social e nas necessidades de saúde que motivaram as intervenções (SCHRAIBER, 2008). Gomes (2017) evidencia, ainda, que a dimensão criadora do trabalho em saúde não se encontra em seu polo científico-tecnológico (no trabalho objetivado), mas no trabalho vivo em ato, que não deixa de ser cientificamente embasado.

O elemento criador do trabalho médico se encontra na riqueza e complexidade que envolve a produção do projeto de intervenção – a teleologia – e a manipulação dos diferentes instrumentos de trabalho, entre eles os recursos tecnológicos, tendo em vista a consecução da intervenção sobre seu objeto (GOMES, 2017, p. 174).

Ao mesmo tempo que, no polo dos agentes, o trabalho vai perdendo referência na prática, sendo homogeneizado pelas diretrizes científicas (DALMASO, 2000) e distanciando-se de suas finalidades, no polo dos consumidores, a confiança vai sendo transferida para a tecnologia material, gerando um fetiche dos equipamentos e a expectativa do uso dos elementos intermediários como indicação de uma boa prática (SCHRAIBER, 2008). Os agentes vão se tornando um meio na relação do usuário com a tecnologia, assim como os usuários tornam-se

⁶⁵ Em seu estudo trata-se de profissionais médicos, mas acreditamos que as reflexões podem ser generalizadas para o trabalho em saúde.

⁶⁶ Há, no entanto, diferenças que acreditamos fundamentais na relação com o objeto. Com a dificuldade de enquadrar o objeto em padrões normativos que podem ser encontrados em marcadores biológicos com o auxílio de exames complementares, a normatividade da prática acaba se construindo principalmente sobre elementos comportamentais. Mesmo com essa diferença, gozam do mesmo aspecto de cientificidade e neutralidade técnica da medicina moderna e se amparam, em parte, nos mesmos meios de trabalho, como o controle da normalidade por meio de fármacos. Ainda que os fármacos tenham modificado a assistência substancialmente, ainda é nesse campo que se expressam as técnicas mais coercitivas e violentas, como o isolamento e as contenções físicas.

meios na relação dos agentes com seu conhecimento e com as engrenagens empresariais para o exercício da profissão (os seguros-saúde, por exemplo) (SCHRAIBER, 2008). Daí se depreende o destaque que ganha o conceito de “autonomia” nas teorizações sobre esse período, já que os agentes se encontram cada vez mais expropriados, não só da propriedade dos meios de trabalho, mas das decisões técnicas acerca da intervenção sobre o objeto. Essa autonomia, embora tensionada, não é subsumida na relação, dado que a particularidade do objeto de trabalho na saúde coloca incertezas e exige reflexividade sobre o caso individual, a despeito da homogeneização e generalização que produz o conhecimento científico. Ela continua existindo, em graus variados, enquanto autonomia técnica, mas na concretude das relações, no contexto de intensa divisão social e técnica do trabalho, é preciso considerar que os agentes têm cada vez menos autonomia sobre os aspectos mercantis da profissão, não captando sua clientela, nem definindo o ritmo, intensidade e amplitude do trabalho, sendo subordinados constantemente a mecanismos de controle.

Schraiber (2008) destaca ainda, duas problemáticas que emergem e dificultam o encontro do agente com o usuário. A primeira delas, diz respeito à complexificação que o saber especializado acarretou e que está disponível também para o usuário, aumentando as negociações em torno da intervenção. A segunda, diz respeito à dificuldade de encontrar uma linguagem comum para compartilhar os juízos e decisões. A complexificação tecnológica agindo na relação entre agente e usuários e também na relação entre os agentes, tem acentuado a divergência de linguagens e trazido dificuldade na tradução dos conceitos que não são compartilhados nem entre diferentes especialistas, quem dirá pelos usuários.

Com a maior divisão social e técnica do trabalho e as relações de assalariamento, os vínculos dos usuários passam a ocorrer com um número maior de agentes e a ser marcados por maior provisoriedade. A tendência é que os vínculos sejam transferidos para as instituições (SCHRAIBER, 2008). Além disso, a precarização das relações de trabalho acarreta maior rotatividade nas equipes tornando os vínculos ainda mais instáveis e menos duradouros. Uma das consequências nesse contexto, é que os instrumentos acarretam em maior produtividade e intensificação do trabalho, gerando, ao mesmo tempo, maior dependência das formas instrumentais para atingir as finalidades do trabalho. Ou seja, com o tempo de relação com usuário sendo cada vez menor, para atingir aquilo que se conseguia com anamnese e exame físico, lança-se mão de maior número de exames complementares afim de compensar a diminuição de tempo e qualidade dos vínculos. Isso alimenta a espiral fazendo com que os

usuários identifiquem nas tecnologias, na forma mercadoria e no consumo de procedimentos, o reflexo de uma “boa prática”, demandando maior uso de tecnologias materiais.

Demonstra-se, desse modo, as transformações que a tecnologia tem produzido na clínica enquanto meio de trabalho, mas também uma radicalização da concepção do objeto enquanto identificado com as dimensões anatomofisiológicas, visto que mecanismos como anamnese e exame físico prestavam-se a meios de trabalho por intermédio dos quais os agentes capturavam a realidade das necessidades em saúde e enquadravam-nas nos limites da normatividade biomédica (SCHRAIBER, 1993). Os exames complementares e tecnologias na forma de equipamentos, não representam, dessa forma, senão uma radicalização dessa compreensão do objeto, permitindo uma localização mais precisa no âmbito corporal (seja do órgão, seja nas células), tornando menos necessárias as tecnologias relacionais (GOMES, 2017). Altera-se a organização tecnológica das práticas, mas mantém-se a tríade localização, objetivação (do diagnóstico), intervenção (DALMASO, 2000).

A tecnologia que traz mais informações sobre as patologias, coloca os agentes na posição de compartilharem com os usuários as informações, mas não as decisões, aumentando a insegurança do usuário. Ao agente interessa o controle sobre o ato, enquanto ao usuário interessa o resultado (SCHRAIBER, 2008).

A análise de Schraiber (2008) nos auxilia a compreender de maneira mais ampla, no movimento de mudança histórica das práticas, o surgimento de propostas e discursos que buscam uma valorização das tecnologias leves com o investimento nos vínculos, acolhimento e humanização dos atendimentos. No caso da autora, entretanto, sua proposição nos parece mais profícua e passa pela “revalorização da dimensão prática da intervenção”, valendo-se da ciência e da experiência criticamente ao abordar cada caso.

De todo modo, o que nos cabe destacar nesse momento, é a tendência operante nas práticas em saúde de os meios substituírem os fins, da tecnologia aparecer cada vez mais reificada e da cooperação nas relações aparecerem dificultadas. O cuidado enquanto dimensão de encontro entre as pessoas vai sendo substituído pela “relação de cada um com intermediários das trocas interindividuais” (SCHRAIBER, 2008).

No caso da saúde mental, importa ressaltar que embora as apresentações tecnológicas materiais apareçam com menor impacto, isso não significa que as necessidades não apareçam como demanda já direcionadas pela forma biologicista e individual de cuidado, direcionando-se também para os intermediários da prática. O enquadramento dos comportamentos em nosologias diagnósticas tem forte efeito sobre a apreensão do sofrimento no âmbito biológico,

ainda que não localizado por exames ou procedimentos, deslocando a demanda para recursos como os fármacos ou o internamento. No caso dos sofrimentos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas (não somente, mas de maneira mais visível), a demanda por internamento e controle social se superpõem, pois, essa tem sido historicamente a maneira de individualizar a intervenção, com a segregação servindo de instrumento de normalização e controle.

Um terceiro aspecto, ainda bastante relacionado com o segundo, diz respeito ao uso dos fármacos como meio de trabalho. Dado que a psiquiatria historicamente enfrentou dificuldades em se enquadrar no rol das práticas embasadas pelos conhecimentos anatomofisiológicos, por não conseguir comprovar a localização física dos sofrimentos por ela atendidos, a individualização e normatização promovidas pela medicina encontraram nesse campo maiores empecilhos para isolar os fenômenos relacionados ao objeto de seu âmbito social. Revela-se, nesse campo da prática médica, de maneira mais explícita a vinculação do conhecimento e da prática com a tarefa de normatização e medicalização social.

A partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento crescente de novas medicações psiquiátricas, grande parte do controle da sintomatologia que era atribuída a contenções físicas e ganhava ares de recursos terapêuticos, vai sendo progressivamente deslocada para os fármacos e a contenção química. Isso ocorre no mesmo momento de ascensão dos movimentos de reforma psiquiátrica na Europa e Estados Unidos da América (EUA) (posteriormente na América Latina), com a denúncia das violências realizadas nos serviços assistenciais sob a forma de recomendações terapêuticas.

Se afirmamos que as tecnologias na forma de equipamentos que se interpõem na relação agente-usuário não aparecem com a mesma frequência no campo da saúde mental, há, entretanto, em nosso entendimento, um deslocamento nessa relação que é produzido principalmente pelos fármacos. Os medicamentos têm ocupado um papel de centralidade nas práticas em saúde (VIANNA, 2002), e daqui deriva uma de nossas hipóteses de trabalho.

Ainda quando se trata de um trabalho não produtivo, no âmbito dos serviços estatais, essa atividade envolve a distribuição e consumo de equipamentos produzidos no setor industrial, sendo seu custo incorporado ao custo do cuidado, como trabalho morto objetivado. Além disso, a produção é responsável não só por definir um objeto para o consumo, mas o modo e o instinto de consumo (MARX, 2011). No setor saúde, produção e consumo se dão simultaneamente e o cuidado também delimita necessidades ao definir seu espaço e formas práticas de atuação. Dessa maneira, com base na reflexão de Arouca (2003), destacamos que o cuidado pode estar sendo cada vez mais determinado pela produção de objetos médicos

advindos do setor industrial (máquinas, equipamentos, instrumentos, medicamentos). Sendo no consumo dessas mercadorias que se realiza parte da mais-valia do setor saúde, as necessidades de reprodução do capital tendem a contribuir para que os processos de trabalho e seus saberes tecnológicos estejam centrados no consumo dessas mercadorias, sob pressão do Complexo Médico Industrial.

No campo da saúde mental, essa reprodução da mais-valia do setor industrial se dá, principalmente, pelo setor da indústria farmacêutica do CMI, de maneira que a realização do valor dessas mercadorias tende a exercer certo empuxo ao seu centramento no processo produtivo. Reforçadas pelas concepções biomédicas que instrumentalizam o cuidado, as possibilidades terapêuticas centradas nas medicações acabam exercendo força centrífuga que relega à periferia do processo de trabalho as tecnologias relacionais, incluindo aí o trabalho com grupos. Quando o cuidado está centrado no consumo de mercadorias e nas necessidades da reprodução e acumulação do capital, acaba por expressar a hegemonia do modelo biomédico e não essencialmente responder às necessidades em saúde. A consequência disso é sentida no aumento da prescrição e do consumo de psicotrópicos.

Há que se considerar, também, que os agentes – principalmente os profissionais médicos, mas não só eles – funcionam como elementos fundamentais na troca e consumo dessas mercadorias, que só se realiza com a mediação do trabalho especializado dos vários agentes do setor, que possuem o controle de suas formas de utilização (AROUCA, 2003).

Apesar da contratendência produzida pelos movimentos de reforma psiquiátrica, persiste a centralidade do consumo na forma mercadoria-procedimento, visualizada pela demanda e utilização efetiva de medicamentos e de procedimentos na forma de internação psiquiátrica. As boas práticas e o bom atendimento vão sendo identificados com a prescrição de fármacos, tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos profissionais. Não raras vezes o vínculo aqui se dará entre o usuário e o fármaco, tendo o agente como meio; ou ainda, entre o agente e o fármaco, tornando-se o usuário um suporte para a realização do valor da mercadoria.

Além do impacto dos interesses da racionalidade industrial no processo de trabalho, é preciso salientar a relação das técnicas com a estratificação social. A incorporação da técnica no cuidado está relacionada com "a quem" são prestados os cuidados e quem pode arcar com seus custos (AROUCA, 2003). O cuidado adquire, portanto, diferentes significados, sendo dirigido não somente a indivíduos, mas a uma classe social em particular (AROUCA, 2003).

Ainda que no espaço desse trabalho compreendamos as potencialidades do processo grupal para o desenvolvimento individual e coletivo, é preciso deixar claro a possibilidade de seu uso se converter em um racionamento de outras técnicas no processo de trabalho. A individualização do cuidado, dominante nas relações capitalistas atuais, faz com que as técnicas grupais sejam em sua maior parte aplicadas à classe trabalhadora em seus extratos mais empobrecidos, enquanto os trabalhadores com maior poder de compra e consumo, e a burguesia, fruem de um cuidado individualizado e com maior acesso a outras técnicas e apresentações tecnológicas. Há, também, o risco do trabalhador de saúde converter sua proximidade com os usuários e seus territórios de vida, em instrumentos de tutela e controle dessa parcela da população. A instrumentalização do trabalho com grupos nessa direção, aumenta em proporção direta com a assunção de referenciais biologicistas e individualizantes para orientar as práticas, com a falta de formação e experiência no contato com grupos e com a falta de espaço no interior do processo de trabalho para planejamento e avaliação dessas ações. Nesse contexto, o cuidado grupal pode se confirmar como uma técnica que corporifica pouco conhecimento, atingindo poucos resultados em relação aos seus resultados potenciais e submetido a linhas de força que o mantém no âmbito do controle e da tutela.

O último ponto que nos interessa destacar não está restrito à tecnologia, mas tem sido frequentemente identificado com seus efeitos. Trata-se do fenômeno da alienação nas práticas em saúde. O desenvolvimento das técnicas e seu consequente potencial para melhor intervir sobre o objeto e contribuir com o alívio do sofrimento, desvela o enorme desenvolvimento das forças produtivas e seu potencial para contribuir com a humanização dos seres humanos. Ocorre que sob relações sociais capitalistas, o processo de trabalho é socializado e sua apropriação privada, gerando antagonismos e estranhamento entre os seres humanos e a riqueza humanamente produzida. O desenvolvimento tecnológico, nesse cenário, expressa contraditoriamente as condições de humanização, mas também de alienação.

Ainda que a tendência mais geral do capitalismo, de objetivação das capacidades e habilidades humanas nas formas tecnológicas (trabalho morto), em detrimento do trabalho vivo, ocorra, no campo da saúde, hegemonicamente sob parâmetros que restringem o objeto ao corpo anatomofisiológico individual, é imperioso reconhecer seu massivo desenvolvimento. A perda da propriedade dos meios de produção e a submissão às relações de assalariamento e à divisão social do trabalho, representam bases reais ao fenômeno da alienação que se expressará na relação que os agentes de trabalho experienciam com a tecnologia, que de produto do trabalho humano objetivado, passam a lhes aparecer como um poder que os domina.

Como vimos, a interferência mais ou menos direta dos interesses do Complexo Médico Industrial e do Complexo Médico Financeiro (portanto do capital) no processo de trabalho contribui para a dissociação entre finalidades e motivos do trabalho, com as ações respondendo a necessidades que nem sempre correspondem às necessidades dos usuários. A progressiva especialização e a conformação de trabalhos mais manuais e trabalhos mais intelectuais, também acarretam a perda do controle e perda do conhecimento integral sobre o processo e meios do trabalho. De controlador do processo de trabalho, o agente vai sendo subordinado a ele. No processo de produção de bens materiais isso culmina com a maquinaria e o sistema de máquinas autônomas, que passam a ditar o ritmo e as necessidades da produção. A ciência aparece aí como síntese unificadora e controladora do processo produtivo.

Diferentemente, no processo de trabalho em saúde, no qual não se está nem perto do desenvolvimento de um sistema de máquinas autônomas, o trabalho vivo continua sendo dominante e sendo necessário para a operação dos meios de trabalho. Todavia, isso não significa que o trabalhador individual não venha sofrendo as consequências da perda do controle e do saber, que se deslocam cada vez mais para o trabalhador coletivo, como unidade de trabalhos especializados. Essa especialização do trabalho, se a um tempo propicia a ampliação dos conhecimentos em cada área parcelar e a definição de novos objetos de trabalho, torna impossível o conhecimento da integralidade, fragmentando não só o processo de trabalho, como o próprio objeto.

Outra característica do processo de trabalho em saúde é a manutenção de momentos intelectuais e manuais do trabalho sob o mesmo agente, o que contribui para manter uma autonomia técnica na intervenção sobre o objeto e um caráter reflexivo-criador na atividade (GOMES, 2017). Nesse sentido, a complexidade tecnológica simplifica o aspecto reflexivo do trabalho. A reflexividade não reside no polo do trabalho morto, da tecnologia objetivada, mas no polo contrário, no polo do trabalho vivo. O aspecto criador do trabalho está na adequação das intervenções aos carecimentos por meio de um projeto terapêutico que produza cuidado com a mediação e integração dos instrumentos (GOMES, 2017).

Quanto aos demais trabalhos específicos componentes do processo produtivo em saúde, pensamos que a dinâmica propiciadora da alienação é tanto mais hegemônica quanto menos o elemento criador, reflexivo, do trabalho em ato esteja presente em face das tendências mecanizadoras. Quanto menos essas práticas contenham de componente criador, de possibilidade de elaboração pelo agente de trabalho de um projeto de ação comandado pelo trabalho vivo, em que a subjetividade do trabalhador comande os meios de trabalho, maiores são as possibilidades de alienação no trabalho em saúde (GOMES, 2017, p. 217).

Um dos impactos da alienação nas práticas em saúde foi descrito acima como a tendência aos agentes se constituírem em meios na relação entre usuários e a tecnologia (SCHRAIBER, 2008). Essa reificação da tecnologia se expressa na tendência a ultravalorizar a ciência e elevá-la, no plano da consciência, ao lugar de sujeito das práticas (GOMES, 2017).

Os impactos dessa inversão de fins pelos meios no processo de trabalho são sentidos na fragilidade e provisoriedade dos vínculos entre profissionais de saúde e usuários. A alienação, portanto, partindo de bases materiais, expressa-se não somente face aos produtos do trabalho, mas também, em relação à própria atividade e aos outros seres humanos. A redução das práticas ao modelo biomédico, por sua vez, com a tendência a isolar as manifestações sociais que produzem os sofrimentos, reduz também a efetividade das práticas e, é sentida, não somente pelos usuários como também pelos agentes, que sofrem não somente pelas condições de realização do trabalho, mas também por perceberem as limitações de sua prática na transformação das condições de saúde da população atendida.

Se a alienação não pode ser superada sem a transformação das relações que a produzem, não se pode desconsiderar que os diferentes trabalhos concretos produzem graus diversos de alienação. No caso do trabalho em saúde, quando a esfera da produção e do consumo estão unidas, a alienação tende a se apresentar em menor grau (GOMES, 2006) pela proximidade com o consumidor das práticas e a possibilidade maior de visualizar seus efeitos sociais. Pensamos, ademais, que parte do sofrimento vivenciado no trabalho advém, contraditoriamente, dessa proximidade que coloca os agentes, a depender do local em que se insere na produção, em contato direto com as determinações sociais do sofrimento e com a impossibilidade de superá-las apenas pelas práticas em saúde relacionadas à sua atividade. Junte-se a isso a percepção dos limites do modelo biomédico hegemônico e das suas funções de normatização e medicalização, contribuindo para aliviar as tensões sociais e não o sofrimento dos indivíduos e coletividades.

Nesses tempos em que os processos de reprodução social apresentam uma socialização não vista anteriormente e, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, apresentam-se sob formas individualistas e produzindo isolamento social, as relações coletivas e comunitárias aparecem dificultadas. Isso ocorre não somente nas relações sociais mais amplas, mas no trabalho em saúde, quando as tentativas de recomposição da integralidade do processo de trabalho por meio, por exemplo, do trabalho em equipe, podem vir a se apresentar como um trabalho em grupo que produz uma sociabilidade privada (MELLO E SILVA, 2004). Todavia, são essas limitações

que podem vir a se expressar como desânimo e sofrimento dos agentes, que em parte, impulsionam a construção de modelos e iniciativas contratendências ao modelo biomédico hegemônico e que podem se constituir em embriões de sua superação.

CAPÍTULO 3 – A DISPUTA DE MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Até aqui discutimos o processo de trabalho em geral, e o processo de trabalho em saúde, buscando apreender seu movimento e tendências de desenvolvimento. Nosso objetivo central está localizado na compreensão do trabalho com grupos no campo particular da saúde mental. Como um meio de trabalho, a utilização dos grupos no processo de produção do cuidado em saúde mental se dará pautado na busca de certas finalidades e compreensão que se tem, sobre as transformações buscadas no objeto sobre o qual se age. O processo de trabalho em saúde pode se pautar por diferentes objetos, meios e finalidades. A eleição de diferentes objetos e finalidades, por sua vez, condiciona diferentes combinações tecnológicas dos meios de trabalho, que estão representadas na organização de modelos de atenção distintos, que podem vir a se constituir como modelos alternativos uns aos outros. Alternatividade aqui não expressa somente uma diferença entre eles, mas uma contradição pautada em interesses divergentes e inconciliáveis.

Os diferentes arranjos de modelos de atenção podem prescindir do trabalho com grupos ou incorporá-lo de distintas maneiras, a depender das finalidades que persegue e das concepções teórico-epistemológicas que os informam. Para compreender a constituição desses interesses em disputa nos diferentes modelos de atenção, iniciamos o capítulo pela breve caracterização da atenção em saúde e em saúde mental no Brasil, ao longo do século XX. Nesse percurso assinalamos, entre outras coisas, a constituição da saúde pública no Brasil, na lógica liberal-privada, apoiada sobre o desenvolvimento da medicina previdenciária. A retomada histórica auxilia a compreender a constituição dos modelos de atenção hegemônicos no Brasil, mas também o percurso pelo qual se estabeleceram os atores sociais e interesses em disputa nesses modelos.

Na continuidade, destacamos o período da reforma sanitária e da formação do Sistema Único de Saúde, importante momento de modificação nas políticas e que constrói as bases para a experimentação de modelos de atenção alternativos ao modelo biomédico hegemônico, que serão abordados no item seguinte. A construção contraditória do SUS, que constitui a primeira política pública universalizante do Brasil, mas que se dá simultaneamente sem romper a lógica liberal-privada, coloca impasses ao seu desenvolvimento e manutenção. Abordamos brevemente algumas dessas contradições, pois se reproduzem, guardadas as devidas proporções, na reforma psiquiátrica e nos modelos de atenção em Saúde Mental, que serão objeto de reflexão no próximo capítulo.

As contradições na conformação do SUS constituem, também, um momento importante de agudização dos conflitos de classes, cujas estratégias das classes em ação definirão os rumos das políticas de saúde nas próximas décadas. Desse modo, defendemos os modelos de atenção como organizações particulares do processo de trabalho e dos seus meios tecnológicos por mediação dos quais se atualizam em cada contexto singular, de ações e serviços de saúde, os interesses contraditórios presentes na sociedade e também no setor saúde.

3.1 Breve caracterização da atenção à saúde no Brasil ao longo do século XX

Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí e das demais vilas e cidades, mediante um dispêndio, que a Câmara lhe daria quando a família do enfermo o não pudesse fazer. [...] A idéia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma um sintoma de demência, e não faltou quem o insinuasse à própria mulher do médico.

O Alienista – Machado de Assis

A história da atenção à saúde no Brasil e suas transformações tem sido objeto de estudo de diversos autores (MACHADO et al., 1978; LUZ, 1991). São ainda mais vastas as referências ao período que vai do final do século XX ao presente momento, marcado pela reforma do sistema de saúde e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com expressiva participação do Movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; CAMPOS, 1992; AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002; PAIM, 2008; YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Em relação a esse último período, consideramos que o balanço da Reforma Sanitária Brasileira, bem como da Reforma Psiquiátrica, está em aberto, seja pela quantidade de trabalhos que se põem a avaliar a efetiva implantação do SUS como modelo universalizante de atenção à saúde, seja pelos trabalhos que vêm questionando a viabilidade de retomada de força do movimento reformista (CAMPOS, 2007; PAIM et al., 2011), ou ainda criticando o abandono de seu horizonte socialista com o consequente amoldamento à ordem social vigente (DANTAS, 2017; COELHO, 2017).

Não ambicionamos reconstruir esse histórico, mas sumariar alguns elementos importantes para a compreensão dos diferentes interesses envolvidos, a nosso juízo, nas

disputas de modelos de atenção em saúde e em saúde mental, dentre eles a complexa e imbricada relação entre público e privado na constituição dos sistemas de saúde (e consequentemente dos modelos de atenção à saúde).

Ao longo do século XIX, durante o Brasil Império, as poucas estruturas de saúde existentes estavam centradas no controle dos portos e epidemias e seguiam a lógica da polícia médica (PAIM et al., 2011). É com a Primeira República, a partir de 1889, que são implementadas as primeiras ações de saúde pública em nível nacional.

Em relação à saúde mental, até a segunda metade do século XIX, os sujeitos que eram considerados "loucos" permaneciam pelas ruas ou eram trancafiados nas celas especiais da Santa Casa de Misericórdia. Desde 1830, inicia um movimento por parte de um grupo de médicos higienistas, no Rio de Janeiro, para que se construa um hospício para os alienados, onde pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral (alienista), em local menos insalubre do que as celas que havia (COSTA, 2006). O Hospício D. Pedro II foi criado em 1841⁶⁷ e permaneceu vinculado à Santa Casa de Misericórdia até a instauração da República, quando passa à tutela do Estado sob o nome de Hospital Nacional dos Alienados. Com a influência do alienismo europeu, a loucura passa a ser medicalizada e o ensino regular de psiquiatria se estabelece em 1886.

Dada a superlotação do Hospital Nacional de Alienados, logo após a proclamação da república são criadas duas colônias na Ilha do Governador, para onde seriam enviados os doentes homens, indigentes, e com capacidade de trabalho. Começa nessa época a ser utilizado no Brasil o modelo institucional das colônias, que já era utilizado mundialmente para o tratamento de diversas enfermidades associado à ideia do isolamento, como necessário para evitar contaminação (principalmente em relação às doenças infectocontagiosas). No caso da psiquiatria, o modelo das colônias era reforçado pela concepção alienista de que o isolamento era, em si, uma medida terapêutica em relação aos excessos da vida urbana, tidos como causas das perturbações mentais (VENANCIO, 2011). A própria estrutura de asilos, hospícios e colônias, portanto, era vista como medida terapêutica capaz de isolar do convívio social e conduzir a um caminho de cura.

O modelo das colônias, seja as da Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, ou o "Asilo de Alienados do Juqueri", fundado em 1898 em Franco da Rocha, São Paulo, era reforçado,

⁶⁷ Considerado um marco do alienismo no país, o Hospício Dom Pedro II só começou a funcionar a partir de 1852 (VENANCIO, 2011).

ainda, pela associação com a vida rural e pela possibilidade de exercício do trabalho agrícola. Por um lado, o trabalho era utilizado como princípio terapêutico, ancorado nos princípios do tratamento moral alienista, mas também, tratava-se de uma estratégia dirigida aos indivíduos considerados “incuráveis” que, além de mantê-los ocupados, contribuía para seu sustento e da instituição. A ideia inicial era a de que as colônias da Ilha do Governador, por exemplo, se tornariam autossustentáveis (VENANCIO, 2011).

Em 1899, durante o governo de Campos Sales, há uma drástica redução do orçamento para a assistência psiquiátrica e já em 1902 começam as denúncias do Hospital Nacional como uma casa de detenção, sem tratamento adequado (COSTA, 2006). Nesse momento, Juliano Moreira é nomeado para a direção do hospital e a psiquiatria ganha novo fôlego, com a promulgação da primeira Lei Federal de Assistência aos alienados, em 1903; a criação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal, em 1907; bem como as primeiras publicações especializadas. Em 1912, a psiquiatria se tornará especialidade autônoma em solo nacional e até 1920 aumenta o número de instituições destinadas aos doentes mentais (COSTA, 2006). Vemos, portanto, que, no Brasil, o desenvolvimento da psiquiatria acompanha a consolidação do trabalho médico como trabalho artesanal, que ocorre entre os anos de 1890 e 1920, e vive seu auge nas primeiras décadas do século XX, no contexto de urbanização e aumento das escolas médicas (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993; GOMES, 2017).

Durante a Primeira República (1889 – 1930) foram criados e implementados programas de saúde pública em nível nacional e a Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), sob o comando de Oswaldo Cruz. O contexto nessas primeiras décadas do século XX foi marcado pela crise do capital de 1929, a abolição da escravidão (1888) e a imigração europeia e japonesa que ocasionaram um aumento da população das cidades, bem como por revoltas populares e militares (Revolta da Chibata, Revolta dos 18 do Forte, Coluna Prestes).

Paralelamente ao estabelecimento das primeiras instituições públicas de higiene e saúde, adotou-se o modelo das “campanhas sanitárias” para combater epidemias urbanas, que se tornou um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e foi depois expandido para áreas rurais. Essas campanhas tinham características militares e autoritárias o que gerou oposição por parte da população. É bastante conhecido, por exemplo, o episódio da Revolta da Vacina, de 1904, com a oposição popular a uma campanha de vacinação contra a varíola (LUZ, 1991; PAIM et al., 2011).

Com a concentração urbana expandem-se as mazelas sociais e de saúde, que começam a ser campo de intervenção do Estado, como forma centralizada do poder capitalista com a

prerrogativa de intervir de maneira jurídica e por políticas públicas. As ações estatais vão se constituir na interface entre ações de saúde e ações jurídico-morais (MORAES, 2018). Primeiramente essas ações, como as campanhas sanitárias, estão voltadas ao controle das doenças infectocontagiosas e às medidas de higiene urbana.

Com a derrota do movimento operário nos levantes de 1848 e na Comuna de Paris em 1871, arrefecem as explicações no campo da medicina social que consideravam as condições de trabalho que obstruíam a vida e degradavam a saúde da classe trabalhadora, que passam agora a ser explicadas, de maneira hegemônica, pela etiologia microbiana. Quando chega ao Brasil na forma de campanhas sanitárias, a explicação organicista está em seu auge e será a guia para ações de saúde. É, portanto, a *Teoria Unicausal* ou *Monocausal* da doença que orientará essas ações, buscando a etiologia das infecções nos vírus e bactérias, reduzindo as causas de adoecimento ao campo da microbiologia e contribuindo para naturalizar a pobreza e a exploração do modo de produção (COSTA, 2006; MORAES, 2018).

As cidades vão aparecendo, cada vez mais, como local de desordem, por seu crescimento desregrado e por reunir em seu interior as causas das doenças. Com a ideia de prevenção em relação a um meio que é hostil, a medicina começa a deslocar o foco da doença para a saúde, ampliando sua atuação para o espaço social com a finalidade de chegar às causas das doenças. O saber médico vai se tornando, então, uma ferramenta de normalização das cidades e “nada do que é urbano lhe é estranho” (MACHADO et al., 1978, p. 260).

Ocorre que, como os referenciais dominantes eram organicistas, o meio a que se referem restringe-se ao meio ambiente. Os higienistas se preocuparão nesse momento com a organização das instituições e do espaço físico das cidades e encontrarão as causas do adoecimento nos pântanos, morros, espaços pouco ventilados, que seriam produtores de miasmas. Chegaram, ainda, a relacionar a apatia e a indolência como naturais das populações, ligadas ao clima quente e úmido, responsáveis por alterar as paixões e perturbar a inteligência e a sensibilidade moral (MACHADO et al., 1978).

Nesse percurso a medicina vai se constituindo como uma instância de controle social, tomando a cidade como objeto e como seu objetivo. Uma cidade que deveria estar “submetida, pelo controle, à norma do conhecimento” (MACHADO et al., 1978, p. 277). A medicalização das instituições vistas como fonte de desordem e doença (cemitérios, prisões, hospícios, fábricas etc.) vai ocorrer, por um lado, com a recomendação para que sejam expulsas dos centros urbanos, justificando pelo perigo de contaminação. Por outro lado, o saber médico será

direcionado também para a reordenação do espaço interno dessas instituições, de modo a controlar esses locais fontes de indisciplina e insalubridade.

No que concerne à atenção em saúde mental, na década de 1920, algumas mudanças são dignas de nota. Desde os primeiros relatórios ministeriais à presidência da república, as colônias da Ilha do Governador já eram apontadas como tendo graves problemas sanitários, sem água potável e com a ocorrência de enfermidades. Sob a bandeira da modernização da psiquiatria, Juliano Moreira vinha defendendo, desde a década de 1910, a construção de uma nova colônia no continente, que possibilitasse o desenvolvimento de um melhor trabalho terapêutico. A construção da nova instituição inicia em 1921 e é concluída em 1924, em Jacarepaguá, na área da Fazenda do Engenho Novo. No contexto de higienização das cidades, a nova construção, situada em área rural, mantinha o modelo institucional das colônias, baseado no isolamento, e buscava articular a ele a proposta de oferta de assistência familiar (VENANCIO, 2011). Tratava-se, no entanto, de assistência heterofamiliar, prestada por funcionários das colônias que morariam em casas próximas, construídas e alugadas com essa finalidade pelo Estado, ou, ainda, por famílias que morassem próximo e pudessem oferecer convívio familiar aos internos. Seria um estágio intermediário para depois tentar a assistência homofamiliar (VENANCIO, 2011)⁶⁸.

Sob o comando de Juliano Moreira, a praxiterapia continuava o centro das diretrizes terapêuticas e se aliava agora à proposta de assistência familiar, que teve muito mais dificuldades de implantação, já que quando a instituição foi inaugurada, as casas destinadas a esse fim não haviam sido construídas. As oficinas que já existiam no Hospital Nacional foram reorganizadas e ampliadas e a nova colônia (Colônia de Psicopatas Homens) dedicou-se à atividade agrícola (VENANCIO, 2011).

Para além das mudanças institucionais, um importante ator entra em cena nesse momento. Trata-se da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro em 1923, com a direção de Gustavo Riedel⁶⁹ e composta pelos mais importantes psiquiatras da época. A LBHM era uma entidade da sociedade civil que recebia entre suas fontes de renda, auxílios e subvenções estatais. A Liga é fundada com o objetivo de auxiliar a modernizar a

⁶⁸ A proposta de assistência familiar vinha sendo defendida também por Franco da Rocha, então diretor do Asilo de Alienados do Juqueri que, a partir de 1929, passa a se chamar Hospital e Colônia de Juqueri. A mudança de nome é indicativa dos ideários da psiquiatria nesse momento e da expansão do papel do hospital na assistência nas primeiras décadas do século XX.

⁶⁹ Gustavo Riedel havia realizado seu internato no Hospital Nacional dos Alienados, sob o comando de Juliano Moreira.

psiquiatria brasileira que, até então, estava centrada na prática realizada nos asilos por pessoal leigo ou religiosos.

Jurandir Freire Costa (2006) considera que da sua fundação até 1925 o objetivo maior da Liga estava centrado no aperfeiçoamento da assistência aos doentes. A partir de 1926, no entanto, esse objetivo vai sendo abandonado em favor da prevenção, eugenia e educação dos indivíduos. Os psiquiatras passam a se definir como higienistas e a tomar a eugenia como referencial teórico, deslocando sua atuação dos doentes para os “normais”, com a finalidade de prevenção e de atuação no período prépatogêncio, o que vai justificar a expansão da psiquiatria para além dos muros dos hospícios.

De 1926 até 1930, Costa (2006) considera que a eugenia permanecia como um simples modo de prevenção da doença mental. Ou seja, havia ainda uma preocupação em ligar as medidas eugênicas ao pensamento psiquiátrico dominante (organicista). Juliano Moreira, por exemplo, que esteve à frente do Hospital Nacional de Alienados de 1903 a 1930, vinha buscando constituir um sistema psiquiátrico coerente, com base na causalidade biológica, aos moldes do projeto de Emil Kraepelin (1856-1926). A ideia de que a doença mental tinha componentes biológicos e genéticos já estava bem estabelecida na psiquiatria e, desde que Bénédict Morel (1809-1873) introduzira o conceito de *degeneração*, em 1857, já se admitia que havia uma tendência à piora dos quadros com a transmissão de geração a geração, causando uma degeneração progressiva da população (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009).

A uma explicação biológica, se adicionava ideias eugênicas como forma de prevenir que as doenças fossem herdadas pelas próximas gerações. A degeneração aparecia como uma ameaça social e chegavam a prescrever a esterilização dos quadros mais graves (alienados, delinquentes e degenerados alcoólicos inveterados), contudo, ainda com base na hereditariedade dos quadros. Essa etapa inicial da LBHM é descrita como *etapa da higiene psíquica individual*. De 1926 a 1930, a eugenia permanecia um modo de prevenir as gerações futuras das doenças de seus ascendentes. A melhoria da raça não incluía os indivíduos sadios, bem como a origem étnica não era levada em consideração (COSTA, 2006).

Importa destacar, no entanto, que a origem das ideias eugênicas no Brasil não se deu pela psiquiatria, antes, essa adaptou ao seu campo as discussões que estavam presentes nos meios intelectuais da época e favorecidas pelo contexto político. Um conjunto de explicações intelectuais ratificava a desigualdade presente nos primeiros anos da república e retirava a culpa das elites para imputá-las aos indivíduos (COSTA, 2006). Nos trabalhos de Oliveira Viana, Euclides da Cunha ou Nina Rodrigues, já estava presente a ideia dos negros como inferiores e

incapazes de se adaptar à nova sociedade, criando uma hierarquia biológica das raças. Afirmava-se que a miscigenação seria responsável por tornar a população mais preguiçosa, indisciplinada e pouco inteligente (COSTA, 2006). Nessa primeira etapa, subsiste a ideia do embranquecimento da raça, traduzida pela psiquiatria como melhoria progressiva da raça.

Mas, isso não se mostrava suficiente para os defensores da higiene social, que abandonam a ideia de embranquecimento e vão reter do racismo a ideologia de pureza racial. “Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia” (COSTA, 2006, p. 52). Cresce, desse modo, até 1934, a influência da eugenia nos programas de higiene mental, tornando-se seu principal objetivo.

A segunda etapa da LBHM, portanto, é conhecida como *higiene social da raça* (COSTA, 2006), e vai levando a um alinhamento maior com a psiquiatria alemã e as concepções nazistas. À ideia de que haveria uma base hereditária para a doença mental, o higienismo vai acrescentando a noção de uma origem social da loucura. Desse modo, alcoolismo, miséria, ignorância e religiosidade extremas podem ser vistas como possíveis causas da loucura, reforçando políticas sociais de esterilização, eutanásia e perseguição de “degenerados” (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009).

Em vista disso, pode-se afirmar que a psiquiatria utilizava a biologia de maneira parcial para legitimar seus preconceitos, fazendo entrar à força na causalidade biológica, elementos a ela estranhos. O biologicismo vai se conformando aos preconceitos da época e tornando-se uma ideologia biologizante (COSTA, 2006). É por conta disso que Costa (2006) considera que os ideais eugênicos tiveram seu receptáculo não nas teorias psiquiátricas, mas no contexto político-ideológico dos anos 1920 e 1930. Os efeitos da crise capitalista de 1929, o alto fluxo de imigrantes, a recente abolição da escravidão e o crescimento urbano desordenado, colocam ao Estado a necessidade de conter as possibilidades de revolta, dando corpo a esse tipo de modelo classista e racista. Esses modelos encontrarão um solo ainda mais fértil na segunda metade da década de 1930 quando entra em vigor o “Estado Novo”, regime político armado de ideias antiliberais e atitudes repressivas. A constituição de 1937, por exemplo, incluía em alguns de seus artigos a limitação de número máximo de imigrantes que seria permitido por grupo étnico (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009).

A crise dos anos 1920, já havia provocado uma onda xenófoba nos brasileiros, não só por parte dos trabalhadores que competiam em grau de desigualdade com a força de trabalho embranquecida e qualificada, mas por parte da classe dominante que buscava leis para expulsar

estrangeiros por atividade política⁷⁰. Dessa maneira, reforçando a noção de que os estrangeiros eram portadores de problemas, a eugenia encontrou outros correspondentes além do racismo. Xenofobia, racismo, moralismo e antiliberalismo⁷¹ aparecem como marcas dos programas higienistas da LBHM (COSTA, 2006). Por conta disso, Costa (2006, p. 130) conclui que a eugenia representou “um instrumento teórico posto a serviço da crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República” e os programas de higiene mental expressavam a influência dos modelos culturais de pensamento sobre a atenção psiquiátrica.

Seguindo a tendência geral da medicina, a expansão da psiquiatria para o espaço social se deu marcada pela medicalização dos comportamentos individuais e das instituições, numa tentativa de “normalizar” a população e inibir o adoecimento mental. A eugenia, que não estava presente somente na psiquiatria, encontrou um momento social e político favorável à sua expansão e sua grande influência na conceitualização da doença mental nesse período, fincará raízes que seguirão influenciando a apreensão do fenômeno até os dias atuais. Um exemplo dessa expansão foram as campanhas antialcoólicas da LBHM.

No final dos anos 1920, a Liga já vinha defendendo que suas campanhas antialcoólicas tinham surtido efeito e seus esforços seriam canalizados em outra direção. A ditadura Vargas, no início dos anos 1930, entretanto, encontra o solo político favorável para a retomada das campanhas, agora de maneira ainda mais policialesca⁷². A LBHM fazia pressão desde 1926, para que se aprovasse uma lei proibicionista nos moldes da estadunidense, o que foi recusado pelo congresso em 1930, pouco antes da dissolução do parlamento por Getúlio Vargas. Mesmo assim, a posição da Liga foi ganhando peso com o apoio governamental e com a extensão e continuidade das campanhas antialcoólicas. Nesse período, a saúde pública se institucionaliza no Ministério da Educação e Saúde Pública (PAIM et al., 2011), que passa assumir no plano

⁷⁰ A chegada de militantes anarquistas espanhóis e italianos já resultava em certo grau de organização dos trabalhadores e enfrentamentos com os capitalistas em solo nacional.

⁷¹ As instituições liberais eram consideradas pelos higienistas como permissivas à miscigenação racial e à imigração, daí parte dos ideais antiliberais da LBHM. E como a moral que inspirava a democracia liberal tinha origem no catolicismo, a igreja também era uma frente de combate dos eugenistas (inclusive, por ser contrária às práticas de esterilização) (COSTA, 2006). No campo da saúde mental, o biologicismo se expressa também nas interpretações que partem das ideias de Francis Galton (1822-1911) – com a defesa da possibilidade da reprodução seletiva para melhoramento da raça – e Herbert Spencer (1820-1903) – com a ideia da “sobrevivência do mais apto”. O curioso é que embora Spencer seja tido como um defensor do liberalismo, no Brasil essas ideias ajudaram a fermentar o antiliberalismo, pois as instituições eram vistas como responsáveis por desequilibrar as relações sociais, ferindo a lei da sobrevivência dos mais fortes.

⁷² Costa (2006) analisa as inconsistências entre as estatísticas divulgadas pelos higienistas nessa época e os argumentos que sustentam, operação que visa elidir o peso das condições sociais sobre o alcoolismo, o que explicitaria as dificuldades do modelo organicista de dar conta do fenômeno.

nacional os dispositivos institucionais psiquiátricos e aparentemente adere às ideias de combate ao alcoolismo propostas pela LBHM (COSTA, 2006).

Sob a concepção do alcoolismo como doença hereditária que deveria ser prevenida com medidas eugênicas, o espaço de atuação da higiene, antes mais restrito ao Rio de Janeiro, agora se organiza em nível nacional e liga-se à vigilância policial em torno dos delinquentes, alcoólatras e outros marginais. A psiquiatria solicita medidas cada vez mais autoritárias, faltando pouco para que o internamento psiquiátrico compulsório se generalizasse a motivos outros que não a doença mental (COSTA, 2006). Os objetivos da polícia e da Liga eram similares, já que esta não se voltava mais à doença mental, mas às qualidades morais dos indivíduos. As campanhas estavam voltadas, portanto, para extirpar vícios e moralizar e disciplinar os "desvios"⁷³.

O alcoolismo, que estava ligado às condições inumanas de vida das massas urbanas empobrecidas, agora era tomado pelos psiquiatras como causa da desestruturação social, numa inversão ideológica e legitimadora do *status quo*. Assim como a loucura historicamente aparece ligada às diferentes formas do mal, ao crime, à desordem e à libertinagem, o que acaba por justificar seu isolamento social; no caso do consumo de drogas, a associação entre saúde e prática jurídico-moral vai possibilitando a construção da imagem do usuário em torno das noções de desviante, viciado, doente, e associada à ideia de criminalidade.

Sob a seletividade da compreensão de superioridade racial, o objeto da intervenção psiquiátrica era concebido "como animais, que lhes parece possível sacrificá-los legitimamente, em proveito da raça ou da sociedade" (COSTA, 2006, p.80). Dirigidos por essa concepção de objeto, a seleção dos meios terapêuticos privilegiava a esterilização e a segregação. Em que pese o fato de que abordagens alternativas a essa já eram conhecidas pelos psiquiatras nesse momento, em particular as explicações psicanalíticas da etiologia das perturbações psíquicas.

Logo se vê que a higiene dos espaços urbanos se tornou também a higiene dos corpos, *locus* ao mesmo tempo da biologia e da moral. Dessa maneira, o higienismo serviu também para justificar as mazelas sociais, obscurecendo suas causas decorrentes das precárias condições de vida e do processo de industrialização e localizando-as no corpo dos trabalhadores que

⁷³ Almeida e Gomes (2014), ao recuperarem o conceito de medicalização como "processo de apropriação e normatização de crescentes aspectos da vida social pela medicina" (p. 156-157), destacam que inicialmente os estudos sobre a temática estavam focados na medicalização do desvio, onde predominavam as desordens sexuais, desordens mentais e desordens morais. Isso demonstra por um lado a relação do trabalho em saúde desde seu início com a dimensão político/ideológica/jurídica, mas, por outro, a importância da noção de "desviante" nesse primeiro período, que continuará influenciando o campo da saúde mental, mas que se aproximando da metade do século XX, vai cedendo parte do terreno para as concepções que se manterão no campo da "doença".

precisavam ser "ordenados", disciplinados, embranquecidos e até esterilizados, a fim de garantir o desenvolvimento do modo de produção capitalista. Baseando-se na teoria unicausal da doença e na eugenia, a medicina e a psiquiatria operaram no limite entre a saúde e o plano jurídico-moral, constituindo-se como importante instrumento de controle social a apoiar, sob o manto de um discurso científico, projetos políticos e governos.

Ao mesmo tempo que se aprofunda o papel da Liga e das campanhas antialcoólicas durante a ditadura Vargas, expande-se também a atuação da medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A medicina previdenciária teve seu início ainda no período da Primeira República, em 1923, quando foi aprovada a Lei Eloy Chaves, considerada a primeira legislação previdenciária do país. Essa lei estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) e os trabalhadores associados a elas poderiam, a partir de então, contar com algum tipo de benefício funerário, pensão ou auxílio médico.

Inicia-se aí uma dicotomia entre a previdência social (que no caso das CAPs eram organizadas pelas empresas e seus empregados) e as ações de saúde pública, que adotavam "um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social" (LUZ, 1991, p. 79). Data, portanto, das décadas de 1920 e 1930, o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social, quando os direitos civis e sociais vão sendo vinculados à participação dos indivíduos no mercado de trabalho formal (PAIM et al., 2011).

Luz (1991) nomeia de "período populista" aquele que vai dos anos 1930 a 1950, marcado pela hegemonia do Estado populista e com tendência centralizadora do governo. Nesse período, a exemplo da saúde que foi institucionalizada no Ministério da Educação e Saúde Pública, a previdência social e a saúde ocupacional são institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e os IAPs passam a ser organizados por categorias profissionais, privilegiando as categorias urbanas com sindicatos mais combativos e mais importantes para a economia agroexportadora (ferroviários, marítimos, estivadores, bancários, funcionários públicos, empregados do comércio).

Cada IAP, entretanto, contava com diferentes serviços e níveis de cobertura, o que levou à formação de um sistema de proteção social fragmentado e desigual. De um lado um Ministério da Saúde subfinanciado e de outro o sistema de assistência médica da previdência social, cuja assistência era realizada pelos IAPs (PAIM et al., 2011), que estavam impregnados de práticas clientelistas e consistiam em parte da estratégia de cooptação de lideranças sindicais, com o atrelamento dos sindicatos e dos IAPs ao Estado (LUZ, 1991). As pessoas com empregos esporádicos deveriam buscar os poucos serviços públicos existentes, os filantrópicos ou a

assistência privada (PAIM et al., 2011). A organização da medicina previdenciária nesse período revela o papel do Estado para o início da acumulação capitalista no setor saúde, com a contratação de serviços privados em volume maior do que a expansão dos serviços públicos, tendência que se aprofundará nas próximas décadas, levando a rede privada a uma hegemonia e cobertura maior do que a rede pública no âmbito hospitalar.

Nesse contexto, reorganiza-se a prestação de serviços e a divisão do trabalho com maior especialização, mas também se amplia o objeto da atividade médica, já que parcelas maiores da população passam a ter acesso à assistência. Nos anos 1940, o hospital passa a ser o espaço privilegiado da assistência e a concentrar os doentes e os recursos tecnológicos (PEDUZZI, 1998). A reorganização da assistência em torno ao hospital não está dissociada da formação profissional. Os impactos do relatório Flexner – publicado em 1910, mas tendo efeitos posteriores no Brasil –, reforçam a assistência e formação no espaço hospitalar como prioritários, fornecendo também, força de trabalho mais barata aos hospitais na forma de estudantes internos. Os jovens médicos já não se ligam a outros na condição de aprendizes, mas à instituição (PIRES, 2008).

A especialização do trabalho que inicia aí, se aprofundará na década de 1960, com a regulamentação das profissões de psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e com as reformas universitárias que expandiram os cursos superiores da área da saúde. A subordinação do trabalho em saúde à dinâmica socializadora, tanto da assistência quanto do processo de trabalho, que nos países de capitalismo avançado começa a ocorrer no início do século XX (GOMES, 2017), no Brasil se completará, desse modo, na década de 1960, com o trabalho adquirindo caráter de trabalho coletivo, assalariado e institucionalizado. Em vista disso, o período que vai de 1930 a 1960, é considerado a transição da medicina liberal à medicina tecnológica no Brasil (SCHRAIBER, 1993), com o compartilhamento cada vez maior da atividade privada dos médicos com o assalariamento em hospitais públicos e privados.

Essas mudanças na dinâmica do processo de trabalho e na organização da assistência também foram sentidas no campo da psiquiatria. Do fim dos anos 1930 e durante toda a década de 1940, no bojo de políticas públicas para a assistência psiquiátrica, as colônias agrícolas sofrem modificações institucionais em direção ao modelo dos "hospitais-colônia" (VENANCIO, 2011) e ocorre a tentativa de nacionalização do modelo de assistência psiquiátrica.

Após o golpe de 1937, se confirma a intenção centralizadora do governo que já havia submetido as instituições, antes dispersas, ao comando do Ministério da Educação e Saúde.

Nesse momento os órgãos ligados à saúde dentro do ministério passam a integrar o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que compreendia quatro subdivisões, entre elas a de “Assistência a Psicopatas”. De 1937 a 1941, a DNS realizou um inquérito sobre as condições de saúde, incluindo um específico sobre a assistência psiquiátrica. A partir desse diagnóstico e da constatação da diversidade de condições de assistência (ou falta delas) no território nacional, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)⁷⁴ passaria a expandir suas ações nacionalmente (VENANCIO, 2011). Sob o comando de Adauto Botelho, o SNDM elabora o Plano Hospitalar Psiquiátrico, uma forma de ajuda supletiva da União para viabilizar a disponibilização de leitos psiquiátricos, que continuava privilegiando o desenho institucional dos hospitais-colônia, e que foi responsável por generalizar esse padrão para a quase totalidade dos estados brasileiros, seja construindo novas unidades ou ampliando as já existentes.

O formato institucional dos hospitais-colônia se apresentava como um híbrido, que buscava aproveitar os investimentos feitos nas décadas anteriores na estrutura das colônias agrícolas, conservando também a praxiterapia como uma forma de terapêutica e de retorno financeiro, ao mesmo tempo que se defendia a modernização das colônias e inclusão de novas formas de tratamento (VENANCIO, 2011).

As colônias deveriam se adequar ao formato das instituições hospitalares ou do que se considerava como as modernas técnicas psiquiátricas. A colônia de Jacarepaguá, por exemplo, tem seu nome alterado em 1935, para “Colônia Juliano Moreira”⁷⁵ e sua estrutura física e terapêutica são expandidas, passando a abrigar também mulheres. Ao longo da década de 1940, as mudanças na instituição são bastante significativas, indo da inclusão de atividades esportivas, culturais e artísticas no cotidiano institucional, até a ampliação dos pavilhões nos moldes hospitalares, incluindo diversas clínicas especializadas (cirúrgica, radiológica, otorrinolaringológica) (VENANCIO, 2011). O estabelecimento da condição de hospital ao longo da década de 1940 e também 1950, representou a hegemonia dos tratamentos biologizantes em relação à saúde mental, com a implantação de estruturas que permitiam eletrochoques e lobotomias, por exemplo. A década de 1940, representou um maior afluxo de internos para a Colônia Juliano Moreira. Somente em relação ao sexo masculino, foram registrados 2805 novos

⁷⁴ Novo nome da “Assistência a Psicopatas” o que já indica uma mudança nas concepções da psiquiatria que vai se deslocando do campo do desvio para o campo da doença, num movimento teórico que acompanha a centralidade do hospital, a especialização e fragmentação do trabalho, a mudança do perfil epidemiológico da população, e a transição do modelo unicausal para o modelo multicausal de explicação do processo saúde doença em meados do século XX.

⁷⁵ Juliano Moreira faleceu em 1933.

internamentos, em contraste com os 122 na década de 1920, ou os 1602 da década de 1930 (VENANCIO; CASSILIA, 2010 apud VENANCIO, 2011).

As décadas de 1950 e 1960, são nomeadas por Luz (1991) como "período do desenvolvimentismo". Nesse momento, ainda marcado por governos liberais e populistas que buscavam implementar um projeto nacional de desenvolvimento econômico integrado à ordem capitalista industrial (LUZ, 1991), o país vivencia o fortalecimento de uma burguesia nacional, ao mesmo tempo que há a penetração do capital internacional. Parte das importações começa a ser substituída por produção em solo nacional e há o advento da indústria automobilística (PAIM et al., 2011).

É também na década de 1950, que iniciam os repasses de recursos financeiros das fundações internacionais, principalmente agências públicas e privadas estadunidenses⁷⁶, para o Brasil, que se manterá por décadas como um dos principais países a receber esse tipo de recurso. Essa transferência de recursos estava ligada a uma política de hegemonia cultural na América Latina e viabilizou por meio de financiamento de projetos, bolsas e intercâmbios acadêmicos a difusão dos modelos teóricos estadunidenses (ROCHA, 2017). Política essa, que se intensifica após a Revolução Cubana de 1959, tendo como motivação central o anticomunismo.

Nos EUA, pós-Segunda Guerra Mundial, a existência de bolsões de pobreza nos grandes centros urbanos, o fluxo migratório, a ascensão dos movimentos por direitos civis com pronunciado destaque à combatividade do movimento negro, levaram a um ascenso de políticas com foco assistencialista. O funcionalismo e o individualismo eram a marca das teorias sociais nesse momento (FARR, 1996) e a tônica das intervenções estava situada no trabalho com os segmentos sociais “desadaptados”, ou seja, na normatização dos grupos sociais tidos como *minoritários*, na tentativa de conter as possibilidades de revolta. No campo da saúde, fizeram parte desse movimento a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1979) com a ampliação do objeto para a comunidade e o incentivo da participação dos grupos sociais de maneira controlada e disciplinada, e também, a partir da década de 1960, a Psiquiatria Preventiva e Comunitária (preventivista), com medidas de desospitalização que criavam serviços

⁷⁶ Entre elas a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e a Fundação Kellogg. A Fundação Ford atuará no Brasil a partir de 1962, e terá impacto no financiamento a centros de excelência acadêmica. A Fundação Kellogg, terá pronunciado papel na década de 1990, na reformulação dos currículos dos cursos da saúde, em especial da medicina. A influência dos referenciais norte-americanos em detrimento dos europeus será sentida nos meios acadêmicos nas próximas décadas. No campo da saúde mental terá expressão o referencial da psiquiatria preventiva e comunitária, no campo da psicologia, a psicologia social de vertente norte-americana e influência funcionalista.

intermediários entre a comunidade e a internação, de caráter marcadamente saneadores e racionalistas (AMARANTE, 1996).

Portanto, até a metade do século XX, os referenciais da psiquiatria nacional estavam localizados hegemonicamente na Europa, a institucionalização constituía a principal resposta terapêutica e o isolamento figurava como um dos principais meios de trabalho dos agentes profissionais. Os referenciais estadunidenses que começam também a influenciar as políticas e modelos de saúde pós-Segunda Guerra Mundial, trazem consigo um relativo questionamento ao referencial organicista da psiquiatria clássica. O objeto da intervenção se amplia para a comunidade e para o território, ao mesmo tempo que isso não vem a significar um questionamento ou abandono do modelo biomédico. Antes, expressam-se aí os limites do modelo monocausal de explicação do processo saúde-doença.

Com o declínio do movimento da medicina social no final do século XIX, e o desenvolvimento de uma medicina bacteriológica (ROSEN, 1983), o modelo unicausal de compreensão da doença se hegemonizou e deslocou as explicações dos aspectos sociais para os individuais. A explicação dos fenômenos do adoecimento se restringia a suas causas mais imediatas e unilaterais. A despeito do desenvolvimento científico que acarretou, essa concepção também teve marcado papel ideológico ao reduzir as causas de adoecimento à biologia.

Dada a crescente industrialização e desenvolvimento das forças produtivas, os países capitalistas centrais passam a vivenciar uma transição epidemiológica ao longo do século XX, com a redução da morbimortalidade pelas doenças infectocontagiosas e um predomínio das doenças crônico-degenerativas (LAURELL, 1982), incluindo aí os transtornos mentais. No Brasil, um país de industrialização tardia, essa transição epidemiológica se dá com a coexistência de padrões epidemiológicos, porque, ao mesmo tempo que a industrialização produzia um novo perfil patológico que precisava ser enfrentado pelo Estado, a morbimortalidade por doenças infectocontagiosas continuava uma questão relevante para as ações de saúde pública.

No contexto das décadas de 1940 a 1960, a transição de um modelo agropecuário para um modelo agroindustrial e crescimento de importantes centros urbanos, vai sendo acompanhada por uma maior centralidade do hospital (com predominância dos hospitais privados) na assistência à saúde e pelo avanço de conhecimentos anatomoclínicos para restaurar os corpos doentes dos trabalhadores, a partir de práticas médicas clínicas individuais (GOMES, 2010). As intervenções vão se tornando cada vez mais individualizadas, o que é uma característica do modelo biomédico centrado na clínica (MENDES GONÇALVES, 1994).

Com o aumento das condições crônicas de adoecimento, ficam mais explícitas as limitações do modelo unicausal em explicar e guiar as intervenções com razoável grau de eficiência, o que força a racionalidade biomédica a incorporar em seu quadro explicativo a influência das condições de vida no processo saúde-doença (ALMEIDA; GOMES, 2014). Isso levará à consolidação de um outro modelo, o "modelo multicausal" ou "biopsicossocial", que aparecerá como teorização mais acabada em 1965, com o modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark (AROUCA, 2003), mas que já está presente na concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1946, quando os Estados Membros definem em sua Constituição que a "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, on-line). Além de irreal, essa definição biopsicossocial contribui para a compreensão do social, do biológico e do psicológico como fatores cindidos, sem explicar as devidas determinações entre eles.

No modelo da História Natural da Doença a dicotomia entre biológico e social aparecerá de maneira ainda mais marcada. No curso natural da doença seria um desequilíbrio na tríade agente-meio-hospedeiro que interromperia o curso saudável. Logo se vê que o social é retomado nas teorizações, mas como um fator com o mesmo peso de outros. A concepção biomédica se mantém hegemônica pela compreensão de um curso biológico natural, em relação ao qual, a historicidade das relações e das sociedades humanas age como um dos fatores entre diversos, que a rigor não podem ser conhecidos ou determinados, dado o grau de complexidade e esquadrinhamento da realidade. O social que é considerado nessa relação está radicado na noção de "meio natural", no qual os corpos biológicos estão situados e onde estão presentes também diversos outros fatores capazes de desequilibrar o processo saúde-doença (fatores de risco) (AYRES, 1997). Note-se que, ao mesmo tempo que as condições de vida são retomadas nas teorizações, diluem-se na falta de hierarquização ou determinação entre elas. A realidade é fatorada e não se faz distinção de qualidade entre esses "fatores de risco" que são considerados com igual peso (LAURELL, 1982; BREILH, 2007).

Na tentativa de recompor o todo "biopsicossocial", que continua fatorado e hegemonizado pela concepção biológica e natural, incorre-se a uma naturalização do social (AROUCA, 2003), que não supera o modelo biomédico e que continua a reduzir à biologia e ao corpo individual o processo de adoecimento, ocultando o caráter histórico e contraditório dos processos sociais. A adoção de um modelo multicausal, portanto, acaba por revelar uma

perspectiva agnóstica (LAURELL 1982) e que não significa o rompimento com as concepções epistemológicas do modelo biomédico, embora amplie seu objeto e formas de atuação.

Essas concepções terão maior incidência nas ações de saúde no Brasil, no momento que Luz (1991) denomina de crise do regime populista e nacionalista da década de 1960. E se tornarão mais influentes até a década de 1970⁷⁷, sendo ainda sentidas nas políticas atuais. A consciência da população sobre as duras condições de vida foi se tornando mais clara, ao mesmo tempo que as instituições já não eram capazes de engendrar soluções, incluindo as políticas de saúde já burocratizadas na gestão dos Institutos de Previdência e nos órgãos de saúde pública responsáveis pelo campanhismo. Junto com a expansão da assistência hospitalar, surgem também as empresas de saúde (PAIM et al., 2011) e se aprofundam as possibilidades de mercantilização da saúde, num contexto de aumento do desemprego, do custo de vida e de greves em vários setores.

Movimentos de resistência diante do modelo capitalista que não supre as necessidades dos trabalhadores se intensificam (período de intensa movimentação das Ligas Camponesas, por exemplo) e uma “saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 1960 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam ‘reformas de base’ imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e consequente” (LUZ, 1991, p. 80-81). Há também uma disputa entre o campo burguês pelos termos em que vai se dar o nacional desenvolvimentismo e, nesse contexto, as forças políticas conservadoras reagem com o golpe empresarial-militar de 1964.

No período de 1968 a 1974, conhecido como *milagre econômico*, ocorre uma reorientação institucional na administração estatal com uma grande limpeza nos aparelhos de Estado e o poder institucional sendo ainda mais centralizado, reforçando medidas autoritárias (LUZ, 1991). O sanitarismo campanhista da Primeira República e o modelo curativo de assistência médica previdenciária do período populista foram sintetizados “numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país” (LUZ, 1991, p. 81).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado, unificando todos os IAPs e a política de convênios com prestadores de serviços foi ampliada, ao mesmo tempo que o orçamento da saúde pública se mantinha reduzido. A privatização da assistência médica e a

⁷⁷ Não à toa Donnangelo (1979) produz uma obra de fôlego com a crítica à Medicina Comunitária e Arouca (1975/2003) com a crítica à Medicina Preventiva. Duas importantes contribuições na constituição do campo que se denominará de Saúde Coletiva no Brasil e importantes referenciais para o movimento da reforma sanitária brasileira.

capitalização do setor saúde tornam-se a tônica desse momento (PAIM et al., 2011) e o setor empresarial de serviços médicos cresce rapidamente com o financiamento do Estado (LUZ, 1991). Os efeitos dessa política não demoram a aparecer. Por um lado, a lógica do lucro que passa a controlar o setor, vai se mostrando mais importante aos prestadores de serviço do que a saúde de sua clientela. Por outro, os trabalhadores de setores de ponta da economia conseguem ter acesso à saúde, enquanto a massa trabalhadora estava submetida a baixos salários que obstaculizavam o acesso à saúde vista como bem de consumo.

Inúmeras clínicas e hospitais privados foram reformados com financiamento da Previdência Social e multiplicaram-se as faculdades particulares de medicina, com ensino desvinculado da realidade sanitária brasileira e voltado para a especialização e incorporação tecnológicas, dependente da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares (LUZ, 1991). É no período de consolidação da medicina tecnológica que o trabalho coletivo se estabelece na saúde. É nesse momento também que o Complexo Médico Industrial passa a influenciar, de maneira mais direta, as formas de assistência, de organização do trabalho e a conformação das necessidades em saúde. Devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas privadas e capitalistas (em relação com o Estado e a lógica pública) tornam-se hegemônicas e determinantes das relações entre os atores do setor saúde (VIANNA, 2002).

Com a expansão da indústria farmacêutica após a Segunda Guerra Mundial nos anos 1950, e o aparecimento de um setor capitalista produtor de materiais e equipamentos médicos, a partir da década de 1960, aumenta a demanda por especialistas para operar os novos equipamentos e a demanda social por equipamentos e medicamentos como sinônimos de uma boa assistência. Daí a afirmação de Vianna (2002) de que a tecnologia se torna um dos principais atratores do sistema.

Ao mesmo tempo, e no mesmo movimento que se consolida uma relação autoritária e tecnificada entre profissional de saúde e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991), a saúde se torna uma mercadoria e o aumento dos custos do desenvolvimento tecnológico já não podem ser sustentados no modelo liberal autônomo. Como a reprodução do capital passa a depender do uso extensivo de tecnologia ofertada e a demanda por parte dos usuários é crescente, as políticas públicas ficam a reboque da lógica privada, com um aumento de custos também crescentes.

Na conjuntura da ditadura empresarial-militar brasileira, o hospital continua sendo central na assistência e a expansão do número de leitos se dá majoritariamente em hospitais

privados, mas com financiamento público (GOMES, 2017). O exemplo da mercantilização do setor saúde na assistência em saúde mental é ilustrativo:

Na assistência psiquiátrica, Luiz Cerqueira (1984), apresenta os seguintes dados: em 1941, havia 3.034 leitos privados, enquanto, em 1978, esse número era de 78.273. Um crescimento de quase vinte vezes, em menos de quarenta anos. Em contrapartida, o número de leitos oficiais permaneceu quase inalterado no mesmo período: 21.079, em 1941, e 22.603, em 1978. O tempo médio de permanência oscilava sempre acima dos noventa dias, indício de uma duração média de internação alta, favorecendo a institucionalização dos pacientes, isto é, a constituição de uma população cativa de "consumidores compulsórios" das internações psiquiátricas. (YASUI, 2010, p. 33).

Somente nos primeiros sete anos da ditadura empresarial-militar no Brasil, o número de hospícios particulares triplicou, atingindo a marca de 269 em 1971, enquanto o país possuía 72 hospícios públicos. Com a facilidade que tinham para conseguir financiamento junto ao governo militar, em 1981, os hospitais psiquiátricos particulares somam número de 357, enquanto apenas um hospital público havia sido construído, sendo então 73. Esse total de 430 hospitais psiquiátricos chegava a uma média de 600 mil internações por ano, gerando a maior despesa com saúde da história do Brasil, o que certamente resultou, além da marca de “maior parque manicomial do mundo”, em muitas novas fortunas na área da psiquiatria, e em um número de vitimizados que é impossível de calcular (CARRANO, 1990; SCHUHLI, 2008).

Mesmo com o avanço do projeto de industrialização brasileiro entre 1960 e 1970, o país vivenciou um aumento sem precedentes na concentração de renda (ROSA, 2016) e a lógica alimentada durante esse período de milagre econômico das consultas médicas como resposta às graves condições de saúde vai mostrando a ineficácia da lógica privatizante, levando a um aumento da insatisfação popular em relação à política da ditadura (LUZ, 1991).

No intervalo entre 1975 e 1982, vivencia-se uma crise do modelo de política social vigente e as políticas de saúde se tornam o centro da agitação contra a política econômica que aumentava a carestia dos trabalhadores. Madel Luz afirma que se assistiu, “como no início dos anos 60, a um intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e da saúde” (LUZ, 1991, p. 83). Movimentos de internos e residentes médicos se articulam a outros movimentos sociais, sindicatos e partidos, que encampam a pauta da saúde em sua agitação política, ao mesmo tempo que movimentos comunitários denunciavam a situação caótica dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções.

O ascenso da luta popular e a reorganização dos organismos da classe trabalhadora, somada à crise do regime ditatorial, levarão a um amplo movimento por reformas das políticas

sociais e a saúde, pela primeira vez, passa a ser vista socialmente como dever do Estado e como direito universal. Todavia, as reformas que derivaram desse movimento não passarão ilesas aos traços desenvolvidos pela assistência à saúde ao longo de todo o século XX. Madel Luz, em sua análise sobre os períodos de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, considera como argumento central que as políticas e instituições de saúde desempenharam papel histórico na constituição e estabilização da ordem sóciopolítica brasileira e ajudaram a moldar a “tendência a concentração do poder e exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país” (LUZ, 1991, p. 78). Pelo que expusemos até aqui, consideramos ainda, que não só as políticas e instituições de saúde auxiliaram nesse processo, mas é preciso enfatizar que cumpriu papel o conhecimento técnico (que auxiliou a moldar essas políticas e instituições) aliado ao Estado na sua função de controle social.

Do percurso que traçamos do fim do século XIX até o fim da ditadura empresarial militar, dois pontos nos parecem importante de destacar no desenvolvimento da atenção em saúde no Brasil. Ambos se apresentam de maneira germinal já no começo do século XX e se aprofundam com o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

O primeiro deles diz respeito à medicalização social, ou ao processo de apropriação da vida social pela medicina (ALMEIDA; GOMES, 2014), que se apresenta no começo do século XX, como medicalização das instituições e como medicalização do desvio. Com a crescente incorporação tecnológica e o ascenso do modelo multicausal na explicação do processo de adoecimento, aquilo que é desviante passará a integrar o campo da patologia (o que ocorre com a loucura e também com o consumo de drogas, que passarão a receber a alcunha de *transtornos mentais*). De qualquer modo, a medicalização social desvela a face político-ideológica das práticas em saúde ao longo de todo seu desenvolvimento. O que não quer dizer que esse processo não responda também a necessidades sociais, a dificuldades de corresponder aos padrões sociais, cujas obstruções requerem intervenções que são, inclusive, desejadas não somente pelas classes dominantes, mas pelos próprios indivíduos que as recebem. Mas, a resposta que é dada no campo da saúde continua sendo a que Machado et al. (1978) denominam de “esquadrinhar e totalizar”, ou ainda a que Mendes Gonçalves (1994) localiza como característica do modelo biomédico hegemônico: homogeneização, individualização e normatização.

Se considerarmos o avanço do Complexo Médico Industrial e a centralidade que os fármacos passam a desempenhar nos tratamentos em saúde mental, a medicalização (que não se reduz ao uso de fármacos, mas transborda a uma série de prescrições de comportamentos)

revela uma face ainda mais perversa na atualidade. A medicalização social está presente para além das instituições de saúde mental e os tratamentos e prescrições se generalizam para todas as idades e classes sociais (obviamente com diferenças entre classes, gêneros e etnias bastante marcadas), contribuindo para uma maior individualização das formas de sofrer e sentir, desvelando a centralidade do modelo biomédico que continua a homogeneizar, individualizar e normatizar.

O segundo destaque refere-se à cisão que se inicia já nas primeiras décadas do século XX, entre as ações de saúde pública e uma medicina previdenciária nos moldes liberais e com credenciamento de serviços privados (pela via de contratos com profissionais e empresas privadas subsidiados pelo Estado). A relação entre público e privado na assistência à saúde inicia com o público sendo responsável pelas ações de saúde pública (campanhismo/sanitarismo) enquanto relega ao setor privado a atenção médica previdenciária (clínica). Essa lógica foi responsável por privilegiar e auxiliar a expansão do setor privado na saúde com subsídios públicos, com consequências que se estendem até os dias atuais. Foi, desse modo, contraditoriamente, pela via da mercantilização da saúde que ocorreu a expansão da cobertura assistencial no país. Atualmente, essa lógica continua a se reproduzir se considerarmos que o sistema público se responsabiliza majoritariamente pelas ações de atenção básica, enquanto o privado, inclusive, pela via de financiamento público, domina as ações de atenção secundária e terciária em diversas áreas clínicas (ações diagnósticas e terapêuticas de alto custo). Essa hegemonia do privado figurará como uma das maiores dificuldades de sustentação e implementação de um Sistema Único de Saúde, acarretando em dificuldades de gestão por parte do SUS (PAIM et al., 2011).

Vemos, portanto, que no Brasil o modelo biomédico encontrou condições propícias a se reproduzir na esteira do modelo liberal-privatista que estruturou a atenção à saúde ao longo de quase todo o século XX. Modelo econômico liberal e modelo teórico-prático biomédico que se interseccionam em suas finalidades e se sobrepõem na constituição dos modelos de atenção, reforçando-se reciprocamente.

No que concerne ao desenvolvimento da assistência em saúde mental no mesmo espaço de tempo, sua trajetória pode ser sintetizada também em alguns pontos. Desde 1852, com a inauguração do Hospício Pedro II, até a década de 1960, o modelo de atenção à saúde mental esteve centrado nos hospitais públicos. Apesar das variações de nomenclaturas (asilos, colônias agrícolas, hospitais-colônia, hospícios) que refletiam diferenças de concepção e de referenciais teóricos na compreensão do adoecimento e da organização da terapêutica, o que se oferecia

como assistência era a internação em hospitais psiquiátricos, não raras vezes como medida vitalícia para enfermidades que eram tidas como "incuráveis".

Não obstante, as denúncias à violência, violações de direitos e falta de condições sanitárias dessas instituições ocorriam desde seus primórdios e diversas experiências que se contrapunham a esse modelo e buscavam humanizar o atendimento psiquiátrico são registradas na história da saúde mental brasileira. Lembremos, por exemplo, de Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho (1892-1943), considerado um dos pioneiros da psiquiatria social no Brasil, que na década de 1930, participou da reforma da Assistência a Psicopatas em Pernambuco com uma preocupação preventiva, comunitária e multidisciplinar que destoava das concepções hegemônicas (BARRETO, 1992). Em conferência proferida em 1943, sustentava que o psiquiatra deveria ser um defensor do doente mental e mostrava preocupação com os laços dos doentes com o meio social (PERNAMBUCANO, 1943/2005).

São dignas de nota, também, as incursões de Osório César (1895-1979) que por mais de quatro décadas trabalhou no Hospital do Juqueri e se opunha aos métodos agressivos utilizados nos tratamentos, propondo a arte como recurso terapêutico alternativo, bem como a potente experiência de Nise da Silveira (1905-1999) desde a década de 1940, na sessão de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Engenho de Dentro, com seu ateliê de pintura e modelagem que resultou no Museu de Imagens do Inconsciente. Yasui (2010) relata, ainda, a experiência de comunidades terapêuticas desenvolvidas em São Paulo e Rio Grande do Sul nas décadas de 1960 e 1970.

A partir da ditadura empresarial-militar o modelo dos hospitais públicos se inverte rapidamente, com a expansão da rede privada de manicômios e o emprego maior dos fármacos no campo da saúde mental. O isolamento continua, entretanto, sendo a tônica das propostas terapêuticas e crescem as denúncias aos maus tratos no interior das instituições. As fortunas que se multiplicaram no campo da psiquiatria não foram acompanhadas por melhorias no cuidado e na rede de atenção. Constitui-se nesse percurso um modelo hospitalocêntrico e excludente (YASUI, 2010), que adquire o status de prática assistencial de massa e que, ao mesmo tempo, vai ganhando poder na atuação política e econômica para defender esse modelo (principalmente após a mercantilização da loucura por meio dos convênios do INPS). Esse poder se fará sentir nos impasses institucionais que enfrenta a reforma psiquiátrica brasileira, até a aprovação da lei da reforma psiquiátrica em 2001 e posteriormente.

Do ponto de vista dos saberes que informam essas práticas, o referencial alienista foi hegemônico quando da criação das primeiras instituições, articulando-se no início do século

com tentativas de organizar uma psiquiatria moderna de base organicista. Estava presente nessas instituições, além do isolamento, a praxiterapia e uma preocupação com a inserção familiar, que se pautava ainda no formato de grupos heterofamiliares. Coexistia nesse período a atuação da psiquiatria na medicalização das instituições e do espaço urbano como um todo. Essa atuação a partir dos anos 1930, se torna fortemente marcada por ideais eugenistas e na década de 1940 e 1950, com a transição para uma medicina tecnológica e centralização das ações curativas no espaço da instituição hospitalar, a psiquiatria se expandirá nacionalmente na forma de instituições que preservavam o acúmulo dos hospitais colônia conjugado com a diversificação das atividades terapêuticas no interior das instituições, mas com o foco principal na clínica baseada na organicidade do corpo. Já surgem, nesse período, propostas alternativas e de crítica ao modelo biomédico (à exemplo de Nise da Silveira e de Osório César), mas ainda restritas ao interior do ambiente institucional.

Desde a década de 1970, documentos de encontros nacionais e internacionais apontavam para uma mudança no modelo de atenção em saúde mental (YASUI, 2010). Na III Reunião de Ministros de Saúde promovida pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1972, por exemplo, o ministro da saúde do Brasil esteve presente e reafirmou acordo para execução de um programa de saúde mental no Brasil, até 1974. Entre as recomendações do encontro estavam a ênfase na prevenção; a priorização do atendimento ambulatorial e da hospitalização breve; a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental; o estímulo ao ensino de Saúde Mental nas escolas de formação de profissionais da saúde; e a modernização da legislação e dos tratamentos, utilizando principalmente técnicas grupais (YASUI, 2010). Em 1973, o Ministério da Previdência aprovou o Manual para Assistência Psiquiátrica, e em 1974, o Ministério da Saúde lançou a portaria número 32, que enfatiza princípios que privilegiavam a psiquiatria de comunidade. Entretanto, ambos os documentos não redundaram em modificações na prática (YASUI, 2010). Integravam, antes, o movimento internacional pela implantação de uma medicina preventiva, a que já fizemos referência.

A luta contra o modelo hospitalocêntrico e pela participação comunitária será retomada no movimento social que ganha fôlego ao fim da ditadura, mas agora já contando com importantes referenciais de crítica à medicina preventiva (AROUCA, 2003) e à psiquiatria preventiva. Na luta por reformas legislativas e pela implementação de serviços substitutivos ao hospital, parte do movimento agora tinha conhecimentos teóricos e práticos (advindos do

acúmulo dos movimentos de reforma psiquiátrica ao redor do mundo) para questionar a própria psiquiatria enquanto instituição, bem como seu fundamento biomédico.

Além da influência dos movimentos internacionais de reforma psiquiátrica, as práticas alternativas no Brasil sofrerão influência dos movimentos com forte verve comunitária que tiveram seu início na década de 1960⁷⁸, foram reprimidos nos anos da ditadura empresarial-militar, e voltam a crescer no final da década de 1970 e início da década de 1980. Nesse momento, há um ascenso das associações de moradores e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), por exemplo, com vários quadros técnicos contribuindo para os objetivos desses movimentos. Há que se considerar que não se tratava apenas de uma mudança geográfica da prática, mas de uma compreensão dos seus limites e da assunção de um compromisso ético-político com a redefinição dos referenciais teórico-práticos no contato com a realidade da população brasileira. É nesse momento que se estabelece o movimento de “renovação da profissão” no âmbito do Serviço Social, e a psicologia social comunitária, no âmbito da Psicologia⁷⁹.

O movimento reformista do fim da década de 1970 e início dos anos 1980, vai retomar a luta por uma saúde mental comunitária no Brasil, e incentivar o desenvolvimento das primeiras experiências alternativas ao modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo que a crítica à massificação das instituições, à violência, mortes e violação de direitos que acompanhou toda a história da assistência psiquiátrica se torna incontível; a chegada de referenciais europeus e norte-americanos coloca na pauta do dia a reforma do sistema psiquiátrico, as possibilidades de experiências extramuros e de críticas à psiquiatria clássica. Mas, o movimento comunitário no Brasil já havia influenciado diversas disciplinas, de maneira que coexistiram a saúde mental comunitária, a pedagogia da libertação, a teologia da libertação, a psicologia comunitária, a

⁷⁸ Nas décadas de 1940 e 1950, já se utilizava a expressão *trabalhos em comunidade* referindo-se a projetos coordenados pelo Estado nas áreas educacional e assistencial que buscavam atender aos interesses do desenvolvimentismo (FREITAS, 1996). Prestando serviços básicos e preparando força de trabalho para o desenvolvimento das forças produtivas industriais, esses projetos eram marcados pelo paternalismo e assistencialismo. Na década de 1960, com os movimentos de resistência diante do modelo capitalista que não supria as necessidades dos trabalhadores, surgirão projetos comunitários que terão objetivos de desenvolvimento de consciência crítica da população e com o resgate de seu papel como agentes sociais e históricos, como o método de Paulo Freire de educação popular.

⁷⁹ A psicologia, que havia se formalizado como profissão na década de 1960, já começa a estabelecer suas primeiras críticas em solo nacional. No bojo da crítica ao modelo biomédico hegemônico, da falta de consideração do contexto histórico e político, e da psicologia como uma profissão voltada à produção de ajustamento e adaptação, vicejaram também as bases de uma teoria crítica sobre o processo grupal, à qual se constitui em referencial importante para o presente trabalho. Esse movimento ocorre não somente no Brasil, mas concomitantemente em diversos países da América Latina e vai desembocar na criação da Associação Latino-Americana de Psicologia Social (ALAPSO), em 1973, e da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), em 1980.

medicina comunitária, entre outras vertentes. A psicologia comunitária, por exemplo, que se forjava ao mesmo tempo que se construía uma concepção de saúde mental comunitária (RODRIGUES; CARVALHO; XIMENES, 2011), avança da ideia de saúde mental na comunidade para o interesse em problemas que não são compreendidos necessariamente como de saúde mental (MONTERO, 2004).

Convergem, então, o debate sobre a saúde como direito, a crítica à mercantilização da saúde, a organização dos territórios e das comunidades com iniciativas populares, e a pauta da saúde mental – que ainda sofrerá maiores resistências que a pauta da reforma sanitária, por exemplo, conseguindo legislação própria somente posteriormente. O trabalho terapêutico virá convergir com a promoção de saúde, ao mesmo tempo que se realizava a crítica aos traços de dominação que trazia a psiquiatria social norte-americana. Vejamos na sequência alguns dos elementos desse período reformista que influenciarão os modelos de atenção em saúde.

3.1.2 A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde

No âmbito da Saúde Coletiva, uma extensa literatura recobre o histórico do período reformista marcado pelo embate entre o projeto liberal-privatista e os princípios defendidos pelo movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que também estava formado por diferentes concepções em luta. No escopo desse trabalho, nos interessa focalizar a transformação desse período com base em literatura da época e literaturas mais recentes que têm apontado de que formas as contradições de interesse deram conta de garantir por um lado princípios constitucionais avançados do ponto de vista de uma ação estatal no campo social, pela primeira vez marcada pelo princípio da universalização e da participação popular, mas, ao mesmo tempo, constituindo aspectos estruturais do sistema de saúde que tergiversavam a esses mesmos princípios.

Como vimos, o desenvolvimento da assistência em saúde nos anos da ditadura empresarial-militar no Brasil esteve orientado para a assistência médico-hospitalar, privilegiando a subcontratação de serviços privados que cresceram exponencialmente até o fim da década de 1970, comprimindo a participação dos serviços públicos no âmbito ambulatorial e hospitalar. Essa ênfase privatista se expressou na política do INPS e, depois de 1978, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e auxiliou a fortalecer o setor privado na área da saúde. Por um lado, os recursos da Previdência Social financiavam o custeio dos serviços e, por outro, as linhas de financiamento do Fundo de Apoio ao

Desenvolvimento Social (FAS) financiavam a expansão da rede de serviços privados (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, o capitalismo vivia sua primeira grande crise no pós-Segunda Guerra Mundial. A crise do petróleo e seus efeitos na economia mundial afetariam significativamente os rumos da participação social e do Estado de bem-estar social. Uma das consequências desse cenário foi o recrudescimento do individualismo e da xenofobia nos países desenvolvidos, além do desemprego e mais repressão, principalmente nos países latino-americanos (GÓIS, 2005). Com o arrefecimento da ameaça socialista na década de 1980 e com a crise do socialismo real, cresce a crítica liberal à presença massiva do Estado na economia e a ofensiva neoliberal. No âmbito econômico, a resposta do capital para a crise de acumulação do pós-guerra veio com a reestruturação produtiva e o regime de acumulação flexível, no âmbito político e social, a proposta de reforma da máquina estatal com a redução do Estado de bem-estar e o aumento da permeabilidade do Estado à participação social (DANTAS, 2017).

A crise da ditadura empresarial-militar brasileira desse período se defrontará com o nascimento do novo movimento sindical paulista e com as greves operárias de 1978, que se generalizaram pelo país. No contexto social de extrema desigualdade, carestia, precárias condições de trabalho e alta inflacionária, a reorganização e unificação da classe trabalhadora em torno a sindicatos, partidos políticos e organizações comunitárias vai colocar obstruções ao projeto de acumulação do capital como, por exemplo, a consolidação da universalidade como princípio da política pública de saúde brasileira. No entanto, essa disputa não cessou nesse momento e passará por diferentes caminhos ao longo das próximas décadas.

No campo da saúde, o principal ator a galvanizar esforços contrários aos interesses privatizantes de mercantilização da saúde foi o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Em que pese sua diversidade interna, esse movimento que incluía organizações populares, trabalhadores da saúde e intelectuais, com apoio de sindicatos e organizações políticas progressistas, foi o principal responsável pela proposta que se consolidou em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, e que serviu de base às discussões da Assembleia Nacional Constituinte, em 1987 e 1988, e para a formulação do Sistema Único de Saúde.

O movimento sanitaria, portanto, surge no final da década de 1970, acompanhando o ascenso da classe trabalhadora e pautando, além das questões setoriais, um projeto de sociedade socialista (DANTAS, 2017). Não se trata, entretanto, de um movimento coeso e sua trajetória será marcada por intensa institucionalização e por dissidências internas que auxiliam a

compreender o caráter da participação popular na saúde nas últimas décadas. As principais ações do movimento foram a crítica ao modelo preventivista de saúde; a pressão pela realização de conferências nacionais de saúde que definissem as diretrizes da política a ser implementada; a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); a relação com o congresso nacional; organização de fóruns de debates pelo país e de núcleos de saúde coletiva nas universidades; a ocupação de espaços estratégicos nas instâncias governamentais (DANTAS, 2017).

Em suma, de um lado, conforma-se um bloco que representa principalmente os interesses da burguesia da saúde, que saiu fortalecida da política de mercantilização e repasse de fundos públicos, identificadas como principais causas da crise política do setor nesse momento. Integram esse bloco os grandes empresários da saúde e industriais ligados à produção de equipamentos médicos nacionais e internacionais, e também de produtos farmacêuticos, além dos médicos liberais defensores de uma ideologia privatista (LUZ, 1991). Por esse motivo, Campos (2007) identifica o movimento médico corporativo como tendo importante papel de mediação na defesa de uma política de saúde liberal privatista, fazendo a defesa da contratação de prestadores privados e de profissionais semiautônomos.

No outro bloco estariam representados os interesses de trabalhadores rurais e urbanos e suas famílias, além de uma crescente parcela das camadas médias impossibilitada de arcar com os custos da assistência médica individual, afetados pela alta inflacionária (LUZ, 1991). Nesse bloco, Campos (2007) identifica influências socialistas e do Estado de bem-estar europeu com a defesa inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde estatais, tendo o movimento sanitário como principal mediação e ator político.

Essas lógicas contrapostas redundaram em diferentes proposições para o setor nesse período de reformas, polarizadas em termos de propostas privatizantes e internacionalizantes e, de outro lado, orientações estatizantes e nacionalizantes (LUZ, 1991). O avanço dessas posições, bem como a miríade de combinações que surgiu entre elas, são resultantes da força política dos atores sociais em cada momento histórico. Esses conflitos se expressaram no debate sobre o que deveria ser estatizado, a maior ou menor intensidade da medicalização social, as formas de hierarquização e integração dos serviços, a concepção de gestão, distribuição, financiamento e avaliação dos serviços (LUZ, 1991).

A atuação de interesses econômicos e políticos, internos e externos ao setor saúde, é o pano de fundo dos embates que culminaram na estruturação da proposta do SUS. O primeiro grande avanço nesse sentido, que é identificado por diversos autores, é a afirmação, na

constituição de 1988, da saúde como direito de todos e dever do Estado, o que demonstra o impacto do movimento sanitarista na constituição da nova política de saúde. A consigna “Saúde – direito dos cidadãos e dever do Estado”, surgida no seio do movimento sanitário, aponta o princípio da universalidade como norteador do novo sistema de saúde.

O primeiro destaque a se fazer, portanto, é de que, mesmo com as marchas e contramarchas da reforma sanitária e frente às sucessivas derrotas que o projeto sanitarista amargaria para a burguesia do setor, o SUS constitui uma das principais conquistas da classe trabalhadora organizada nesse período. Sua constituição configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção do Estado na saúde, que permanecia intocado em seus traços mais fundamentais desde a década de 1930 (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). A defesa da universalização do acesso rompe com a ideia do benefício como um privilégio que dependia da contribuição previdenciária para ser acessado. Por esta feita, ganha também um caráter redistributivo para quitar parte da dívida social com aqueles que não contribuem diretamente (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Empresários e, inclusive, alguns setores sindicalistas defendiam a saúde como direito adquirido pelo trabalho, o que tornava os serviços inacessíveis à grande parte da população (LUZ, 1991). A percepção social da saúde como um direito sem qualificações é, por conseguinte, um traço distintivo desse momento.

O segundo destaque, ainda em relação ao preceito constitucional, é resultado de intensos debates que questionavam a visão tradicional de saúde como ausência de doenças:

[...] implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição *afirmativa* (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como *efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência*, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais, etc. Assim a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de *normalidade* (ou de ausência de patologia). (LUZ, 1991, p. 88, grifos no original).

As contribuições das teorias críticas sobre a determinação social do processo saúde-doença influenciaram a defesa de que a saúde deveria ser considerada na totalidade das condições de vida e que as ações estatais, antes centradas na assistência médica individual, passassem a considerar a intervenção nas determinações desse processo e não apenas em ações diagnósticas e curativas. A consideração da saúde como um processo em estreita relação com as condições de vida; a crítica à mercantilização da saúde e sua afirmação como direito social

universal são contribuições do movimento sanitário ao debate e que ganham amplitude social por meio das conquistas legislativas e da atuação dos movimentos populares.

Embora o processo de abertura democrática tenha sido dirigido pelas forças políticas conservadoras e moderadas, excluindo da negociação sindicatos e partidos de esquerda recém-saídos da clandestinidade (LUZ, 1991), o movimento sanitário teve papel fundamental em neutralizar o centrão⁸⁰ no debate constitucional sobre a saúde, em aliança tática com liberais e conservadores (DANTAS, 2017). Dessa forma, o movimento conseguiu responder em parte à ofensiva privatista e se manter à frente na disputa entre projetos de saúde que defendiam a compra de serviços pela Previdência Social (conservadores) ou via convênios-empresas para oferta de serviços aos trabalhadores urbanos (modernizantes-privatistas) (DANTAS, 2017).

O debate entre a orientação privatista e estatizante já estava presente na política brasileira desde a década de 1950. Com o fortalecimento do empresariado da saúde, a novidade desse momento é que esse ator passa a defender publicamente seus posicionamentos com *lobbies* no congresso, assembleias legislativas, ministérios e instituições formadoras de recursos humanos, de maneira que as políticas sociais enfrentaram bloqueios no âmbito legislativo e executivo, com tentativas permanentes de rejeição das propostas populares (LUZ, 1991).

Apesar dessas resistências, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com mais de quatro mil delegados presentes, foi praticamente unânime o posicionamento em favor de uma reforma sanitária em caráter de urgência. Dantas (2017) considera, no entanto, que aí já começava a se expressar com mais clareza o distanciamento do movimento de sua base social e uma tática institucional que tinha o Estado como centro. A principal disputa na VIII CNS se deu entre as propostas de estatização imediata do sistema de saúde (proposta que era defendida pelo Movimento Popular em Saúde (Mops), pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), por sindicatos ligados à Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pelo Partido dos Trabalhadores (PT), e que foi derrotada) e a proposta de estatização progressiva (formulada pelo CEBES, ABRASCO, Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e outras centrais sindicais). O debate culminou na cisão entre o Mops e as lideranças intelectuais

⁸⁰ O centro democrático foi um bloco criado no primeiro ano da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), com o objetivo de barrar as demandas dos trabalhadores na nova constituição. Apesar de na ANC o movimento sanitário ter se mostrado já frágil na articulação com sua base social, foi bem sucedido nas alianças táticas que permitiram fazer frente às tentativas de embargo por parte do centro democrático (DANTAS, 2017).

e políticas do movimento sanitarista⁸¹. Um forte consenso em torno da reforma sanitária impediu que o movimento sofresse novas cisões, mas as disputas internas já denunciavam uma dissociação entre teoria e prática em meio ao aparente êxito da tática institucional, e davam pistas do processo de abandono e substituição do referencial marxista do qual partiu em sua origem, em direção a uma defesa do pluralismo de ideias e posicionamentos políticos dentro do movimento (DANTAS, 2017).

A proposta elaborada na VIII CNS foi a de um grupo executivo que pudesse encaminhar as demandas ali sistematizadas. De maneira distinta, formou-se, após a conferência, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) de caráter apenas consultivo e que teve seus trabalhos criticados pelo movimento sanitarista, incluindo o relatório final que atendia em demasia os interesses do setor privado (DANTAS, 2017). Dantas (2017) considera que aí já é possível perceber influências liberais na agenda do movimento que busca estabelecer um consenso para incluir suas pautas na constituição de 1988. Operando com a tática de ampliação máxima do leque de alianças, a defesa do pluralismo de ideias e posicionamentos políticos vicejou no movimento sanitarista. A busca do consenso necessário para uma tática institucional que tinha o Estado como objetivo central, levou a reinterpretar a existência de diferentes projetos de saúde e de sociedade como expressão da pluralidade natural à ordem democrática (DANTAS, 2017).

Assumindo o pluralismo dentro da ordem e a democracia como valor fundamental, o movimento se torna mais tolerante às intervenções da burguesia em favor da aprovação de suas pautas e da criação do SUS, distanciando-se cada vez mais da luta pela emancipação humana e da construção do socialismo. A tática de ocupação dos espaços institucionais, por esse percurso, vai, pouco a pouco, convertendo-se em estratégia⁸² (DANTAS, 2017).

⁸¹ Segundo Dantas, as explicações dadas pelos sanitaristas sobre o desfecho do debate giram em torno de uma suposta imaturidade e imediatismo do Mops perante um "acerto incontestável da tática sanitarista reformista, que de tão acertada poderia prescindir de sua base social" (Dantas, 2017, p.173). Essa análise está ancorada na obra de Gerschman (GERSCHMAN, S. A. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004).

⁸² Em termos bastante gerais, a pesquisa de Dantas (2017) sobre o histórico do movimento sanitarista brasileiro das décadas de 1970 e 1980 até os dias atuais, demonstra uma trajetória de aposta na ocupação dos espaços estatais como tática (meio) que acaba por converter-se em fim. Surgido na transição entre a Estratégia Democrática-Nacional (EDN), estratégia de luta da esquerda formulada e conduzida pelo PCB a partir dos anos 1950 (pela análise de uma necessária aliança com a burguesia nacional para cumprir as tarefas democráticas em atraso), e a Estratégia Democrático-Popular (EDP), dirigida pelo PT, mas apropriada e reproduzida amplamente pela esquerda democrática; o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira representaria uma expressão da EDP no campo da saúde, com características de ambas as estratégias por estar situado num momento de transição entre elas. A EDP investiu esforços na conquista do Estado via eleições para executar reformas no âmbito econômico e político que possibilitassem alcançar o socialismo de forma pacífica, gradual e progressiva. Para Dantas (2017) a aposta na democracia comprometeu a crítica à burguesia nacional e o movimento restringiu sua agenda a uma luta institucional e setorial, abandonando a perspectiva socialista e a articulação das pautas com as transformações gerais da sociedade. Conforme demonstra Iasi (2006), nas disputas internas ao PT havia aqueles que afirmam que

Logo se vê que a construção do SUS foi mais contraditória do que pode transparecer a leitura apenas de seus princípios constitucionais, de maneira que a que defesa quase idílica da retomada dos princípios reformistas e constitucionais com a qual alguns autores concluem seus artigos nos parece parcial e insuficiente, pois acabam por pintar um quadro do SUS como uma conquista consensual que apenas precisa ser efetivada. Por um lado, essa argumentação desvia o debate, não raras vezes, para questões de financiamento, gestão e responsabilização dos profissionais com a atenção. Por outro, deixa de fora a complexidade de forças e atores políticos existentes na conformação do SUS que nunca cessou de estar em disputa por várias vias (legislativas, econômicas, jurídicas) e que já nasce sob o signo de pressões internacionais por ajustes econômicos e reformas neoliberais.

Compreender esse percurso como conflitivo e contraditório, perpassado por interesses divergentes defendidos por atores sociais distintos, nos permite olhar para as conquistas legislativas de maneira mais contextualizada e realista, como produto dessas disputas. A construção de uma política social universalizante no Brasil na década de 1980, segue na contramão dos recuos do Estado de bem-estar europeu do mesmo período, dos efeitos da crise do capital e das pressões por ajustes fiscais. Desse modo, as conquistas representam produto da luta da classe trabalhadora organizada e, parte das concessões realizadas pelo capital só foram possíveis porque outros caminhos foram encontrados para garantir os patamares de acumulação. Essas disputas de interesses políticos, econômicos e sociais também melhor nos

o investimento na institucionalidade poderia levar ao afastamento de sua base social e do debate estratégico revolucionário. Ainda assim, a defesa de uma política de acúmulo de forças conseguiu minimizar as disputas internas, com a defesa da combinação das lutas sociais com a disputa das eleições (IASI, 2013). Por essa leitura, a disputa institucional somada à pressão popular das massas poderia levar a um acúmulo gradual de forças que contribuísse para a transformação rumo ao socialismo. Produziu-se então uma luta dentro da ordem como transição para a transição socialista e que contribuiu para a leitura de que a participação dos trabalhadores na política e na gestão dos serviços públicos era uma estratégia legítima e necessária de instalação do poder popular no aparelho estatal burguês, pauta que veio a ter centralidade no debate sobre a gestão democrática no SUS (DANTAS, 2017). De um partido de negação da ordem o PT vai se tornando amoldado a ela, com a ampliação do leque de alianças e a defesa da democracia sobrepondo o caráter popular da estratégia, que agora se rende ao pragmatismo (IASI, 2006). A democracia de cooptação que aí se desenvolveu originou uma conciliação de classes capaz de garantir os patamares de acumulação do capital ao mesmo tempo em que apassivava os trabalhadores no limite da ordem burguesa com o investimento na capacidade de consumo e em programas sociais compensatórios e focalizados. Como exemplo ilustrativo, Iasi (2013, p. 17) afirma que em 1989, os 10% mais ricos acumulavam 53,2% da riqueza nacional e em 2008 passaram a acumular 75,4%, enquanto aqueles que viviam com menos de U\$2,00 ao dia passaram a viver com U\$3,00, saindo da miséria absoluta para a miséria. Em nosso entendimento, compreender a desorganização e o recuo de consciência que esse movimento produziu na classe trabalhadora, é fundamental para o debate sobre o avanço das políticas de saúde. A análise que fazem alguns autores atualmente, apontam para a necessidade de retomada do movimento sanitário e seus princípios, mas de maneira quase abstrata, sem apontar elementos para a compreensão da desmobilização ou para superar as determinações que conformaram o movimento aos espaços institucionais e aos limites de uma participação quase "regulada".

qualificam para compreender, adiante, seus impactos na disputa de modelos de atenção e as forças políticas que influenciam a adoção teórica e prática desses modelos.

A partir dos princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, apesar das modificações e boicotes, a saúde como direito é consagrada na constituição de 1988, como uma das políticas que compõem a seguridade social. O Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Lei 8.080/1990 e pela Lei 8.142/1990, tendo por princípios a universalidade, equidade e integralidade, além da regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e a participação popular.

As contradições existentes quando da sua construção não cessaram e continuam por se expressar não só na dificuldade de operacionalização desses princípios, mas também na forma pelas quais são implementados. Ainda em 1990, ano da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Faveret Filho e Oliveira publicam um artigo com um levantamento de tendências do SUS que já apontam algumas contradições. Na defesa dos autores, o discurso reformista aponta para a construção de um modelo de sistema de saúde universalizante implicitamente inspirada no modelo inglês, mas sua estrutura tenderia a se aproximar cada vez mais do sistema estadunidense, com uma hegemonia do setor privado e ação residual do Estado, alcançando apenas grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados pela via do mercado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Uma das questões apontadas pelos autores diz respeito ao princípio da **universalidade**. O modelo inglês que estatizou serviços e manteve o subsistema privado de maneira regulada, estaria marcado por uma universalização inclusiva. Já o modelo brasileiro estaria sob o risco de efetivar uma “universalidade excludente”, com a conversão de amplos setores sociais como clientela do subsistema privado e uma focalização maior nas camadas empobrecidas da população.

O subsistema privado no Brasil cuja força residia até o final da década de 1970 na sua articulação com o Estado mostrava no início da década de 1980, justamente aí sua maior fragilidade, pois as propostas de reforma apontavam todas para maior efetivação do controle governamental sobre o setor privado. Ocorre que ainda na década de 1980, diversas inovações financeiras começaram a permitir uma maior autonomia do setor privado, tornando secundária a interferência direta dos gastos públicos. Os planos de saúde individualmente contratados; os planos de seguro de grupo com participação das empresas (que constituem formas de salário indireto não submetidas às taxações usuais e contam com deduções fiscais); e a expansão das caixas próprias das empresas estatais, passaram a garantir o acesso de amplas camadas médias

ao subsistema privado e começam a caracterizar distintas clientelas em torno do subsistema público e do privado (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

A insatisfação com a qualidade dos serviços, a baixa velocidade de expansão e consolidação da rede pública, bem como mecanismos de financiamento que potencializaram a capacidade de gastos das camadas populacionais médias, alavancaram a demanda pelo setor privado e permitiram sua sustentabilidade e relativa autonomia. Em contexto de crescente incorporação tecnológica, essa parcela da população passou a recorrer ao sistema público apenas para prestação de serviços de alto custo e densidade tecnológica, que não são prestados pelos planos de seguro mais acessíveis (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

A trajetória da Previdência Social ao longo do século XX, marcada pela gradual incorporação de novos segmentos sociais, com o esforço político do movimento sanitarista passa a incorporar a totalidade da população, sem critérios ocupacionais ou de renda, o que atribuiria um caráter redistributivo para a política de saúde. Todavia, a universalização do sistema foi acompanhada de mecanismos de racionamento (filas, queda na qualidade etc.) que contribuiria para expulsar segmentos sociais que pudessem ter acesso ao mercado de saúde e que passam a ter o subsistema privado como sua principal referência. Os mecanismos de racionamento, por um lado, garantiriam a acomodação do sistema e seu caráter redistributivo se confirmaria por garantir o acesso aos serviços àqueles que por eles não podem pagar. Por outro lado, os controles de acesso que exercem os mecanismos de racionamento frente à demanda ampliada excluem parcelas da população que, ao não terem o subsistema público como referência de atendimento, passam a opor menor resistência à sua precarização (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

O cenário que se seguiu após a implementação do SUS em 1990, foi o de governos que apoiaram a iniciativa privada, negligenciando o SUS e facilitando o consumo dos planos de saúde privados (SANTOS et al., 2017). O projeto de tornar a saúde uma mercadoria seguiu com força, com novas investidas burguesas que conduziram a uma americanização do sistema de saúde brasileiro. Agências internacionais como o Banco Mundial (BM) tiveram importante participação nessas investidas do capital sobre as políticas sociais. O BM já se posicionava contrário à política de saúde brasileira nos anos anteriores à implantação do SUS, defendendo a revisão da premissa que atribuía ao setor privado um papel de complementariedade e sugerindo que o Brasil facilitasse a oferta privada de ações e serviços de saúde (RIZZOTO; CAMPOS, 2016).

Pereira (2010) tem demonstrado como o BM, criado em 1944, foi crucial para a afirmação do dólar como moeda internacional e sustentou a projeção mundial do poder político e financeiro estadunidense. Os EUA utilizam a instituição para disseminar a política neoliberal e seus interesses como potência mundial, de maneira que extrapola o papel de um banco, sendo um gigantesco conjunto de entidades comandadas pelos EUA, possuidor de estratégias políticas, intelectuais e financeiras⁸³, defendendo a abertura do mercado e a privatização dos serviços públicos.

O condicionamento de seus empréstimos e a influência sobre os governos latino-americanos vem impondo um modelo privatista e mercadológico que permitem afirmar uma americanização da política pública brasileira (SANTOS et al., 2017). As diretrizes do BM têm defendido os interesses e necessidades sociais do capital e conferido legitimidade à atuação dos governos no âmbito das políticas públicas. Essas diretrizes afirmam, por exemplo, que os serviços não precisam ser públicos nem gratuitos para serem acessíveis e, desse modo, continuariam em consonância com as defesas de cobertura universal defendidas pela OMS e pela OPAS. O processo de ampliação da cobertura, no entanto, deveria ser capitaneado pelo setor privado, em parceria com o setor público, apontando a um só tempo seu caráter de mercantilização dos direitos sociais e de promoção de uma nova onda assistencialista e de políticas focalizadoras, típicas de um Estado com atuação residual no campo social.

Logo se vê que essas diretrizes são contrárias à ideia reformista contida na constituição brasileira da saúde como direito universal e gratuito. A racionalidade político-emancipatória da reforma sanitária vai sendo confrontada com as diretrizes de promoção do enfoque neoliberal, defesa da recuperação de custos em serviços públicos e aumento do controle privado presentes nos documentos do BM.

As contrarreformas de conteúdo neoliberal têm início no governo de Fernando Collor e nos governos de Fernando Henrique Cardoso se avolumam, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido por Luiz Carlos Bresser-Pereira, que orientava a redução das funções do Estado pela via das privatizações e terceirizações. Inclusive,

⁸³ Nosso foco nesse trabalho está nas influências das agências internacionais sobre a conformação da política de saúde e seus impactos no processo de trabalho. Outros estudos têm demonstrado como as políticas do BM foram implementadas também no âmbito da educação. Na educação superior, por exemplo, durante o governo de Luis Inácio Lula da Silva, a implementação das diretrizes internacionais levou ao estímulo do empresariamento do setor; ampliação da privatização interna das universidades públicas; ao estabelecimento de contratos de gestão que alteraram o financiamento e as diretrizes político-pedagógicas. Este processo tem resultado no desmonte da educação brasileira como direito social e na conformação de uma universidade voltada à atual etapa de acumulação do capital (LIMA, 2011). Rocha (2017), também aponta o envolvimento de outras agências internacionais como a Fundação Ford na formação e consolidação dos campos científicos no Brasil.

programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), criados nesse momento, tinham a marca das recomendações internacionais de promoção de políticas de combate à pobreza com propostas de focalização do atendimento na atenção básica, contratação de força de trabalho desqualificada, não universalização do acesso e desresponsabilização do Estado, com consequente responsabilização da sociedade civil.

As inflexões iniciadas na década de 1990, continuaram durante os governos do PT e se acirram na atual conjuntura, com especial impacto na saúde. Durante os governos de Lula, a gestão do Ministério da Saúde foi assumida por quadros histórico da reforma sanitária que, na leitura de Santos et al. (2017), já não defendiam os princípios sanitaristas na gestão, deixando de representá-la. Na visão de Soares (2010), a partir desse momento tomaria corpo um novo projeto relacionado ao projeto privatista, o projeto “SUS possível”, defendido pelas antigas lideranças do movimento sanitarista e que agora passariam a defender, aquém da transformação social, propostas vinculadas ao crescimento econômico e ao desenvolvimento social, flexibilizando os princípios do SUS. A racionalidade hegemônica no SUS manteria elementos do projeto sanitarista, rompendo com sua radicalidade e incorporando políticas focalizadas e seletivas que se restringiam a determinados segmentos sociais, ao invés de estar atreladas ao caráter público e universal, contribuindo assim para situar a política de saúde no campo dos desmontes sociais (SOARES, 2010).

Na gestão Lula, seguindo a diretriz de incentivo às Parcerias Público-Privadas (PPPs), foram aprovados os novos modelos de gestão: as Organizações Sociais (OSs); Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs); e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). Essas entidades passaram a poder gerir instituições públicas, dentre elas as de saúde. No governo de Dilma Rousseff, foi aprovada a Lei 12.550/2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa de direito privado cujo objetivo é a exploração direta da atividade econômica (o que inclui a produção de lucro) e a privatização dos serviços de saúde e educação dos hospitais universitários. Também em seu governo foi editada a Medida Provisória 656/2014, que permite a entrada de capital estrangeiro para financiar a saúde⁸⁴.

⁸⁴ O acompanhamento das ações governamentais deixa clara a adoção do receituário internacional. No relatório de 1997, o BM já indicava a reforma do Estado voltada para a criação de instituições públicas com mais eficiência ao cumprimento da política neoliberal, com sete ações prioritárias: 1) racionalização da burocracia estatal 2) ajuste fiscal e redirecionamento do gasto público 3) aperfeiçoamento da estrutura administrativa e legal necessária à privatização das empresas do setor produtivo estatal 4) transferência da prestação de funções e serviços públicos

Por meio desses sucessivos ataques, a política de saúde vem se esvaziando do seu caráter público e universal em favor da mercantilização, privatização e apropriação dos fundos públicos pelo capital a fim de sustentar suas taxas de acumulação (SANTOS et al., 2017). As contrarreformas das políticas sociais têm sido instrumentos viabilizadores dessa transferência de fundos, que ocorre de maneira indireta ou como um mecanismo direto de apropriação de recursos públicos (caso das OS e das comunidades terapêuticas no âmbito da saúde mental).

A argumentação que sustenta as PPPs reforça as dificuldades organizativas, gerenciais e de gestão do Estado e das políticas brasileiras, apresenta o conceito de governança como nova diretriz para o Estado, atribuindo centralidade para a eficiência da gestão privada, e apostando na mediação das entidades da sociedade civil para assumirem parte dessa gestão. Vão ganhando cada vez mais destaque nesses discursos as pautas administrativas e de gestão, que deslocam o enfoque para a melhoria técnica da corresponsabilização e da gestão do trabalho. Esse discurso aparentemente crítico contribui para localizar os problemas na dimensão micropolítica do trabalho, ao mesmo tempo que perdem espaço os debates estruturais sobre o sistema, a insuficiência de financiamento, a precarização do trabalho em saúde e a priorização do mercado.

A pauta da **descentralização** dos serviços de saúde – tão cara nos debates da década de 1980 como forma de desconcentração do poder, visto a tendência histórica concentradora das políticas de saúde e sua falta de transparência –, com transferência efetiva de responsabilidade para estados e municípios, também foi utilizada como parte das estratégias de garantir a implementação da racionalidade neoliberal nas políticas. Com estados e municípios sendo também gestores do sistema, a estratégia do BM foi a de injetar empréstimos não mais em nível federal, mas em nível estadual, onde via maior possibilidade de implementar suas diretrizes, como contrapartida dos contratos firmados com os governos subnacionais (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Essa intervenção tem potenciais de descaracterizar o SUS por meio de ações estatais que ainda precisam ser melhor estudadas.

diversos para ONGs, vistas como veículos mais eficazes na promoção da participação popular e do alívio da pobreza 5) reforma do judiciário 6) legislação favorável ao capital financeiro 7) garantia do direito à propriedade (PEREIRA, 2010, p. 284). Em documento de 2007, o BM oferece recomendações visando melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade da atenção ao SUS. Centradas no conceito de governança como uma nova roupagem para o Estado brasileiro, que deveria adotar modelo de gestão em parceria com o setor privado (BANCO MUNDIAL, 2017 *apud* RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Em documento de 2013, o BM retoma as propostas de estado mínimo, agora com a abertura às OS, Parcerias Público-Privadas (PPP) e Fundações Públicas (FP) (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Mas o discurso da boa governança antes de apontar para as OS como inovações modernizadoras que trariam maior eficiência e agilidade na gestão pública, já vinha apontando desde a década de 1980 para a sociedade civil por meio de Organizações Não-Governamentais (ONGs) que poderiam auxiliar na falta de inovação dos modelos organizacionais e na maior agilidade por sua autonomia financeira e administrativa. Fontes (2010) caracteriza esse processo como a passagem de um **eixo mercantil-filantrópico** (com a gestão da política social sendo assumida pelas ONGs), que não deixa de existir, mas vai se subordinando a um **programa capital-imperialista**⁸⁵ à medida em que o capital conquista modificações na estrutura legal e passa a gerir mais diretamente esse processo por meio das OS. Um programa que trocava direitos em nome da urgência e da miséria.

Desde a gestão de McNamara no Banco Mundial (1968-1981), havia sido introduzida a diretriz de combate a pobreza como uma das linhas de atuação do BM, que vai configurando o eixo mercantil-filantrópico de atuação. A relação capital/trabalho e a explicação das causas da desigualdade vão sendo substituídas progressivamente pelo termo “exclusão social” e a necessidade de “incluir” com esforços que envolvem da filantropia ao mercado. “Difundia-se a crença na possibilidade de solução de transtornos urgentes, contanto que se postergassem (ou se abandonassem) as questões referentes à própria organização de conjunto da vida social” (FONTES, 2010, p. 231-232).

Na década de 1980, cresce exponencialmente o número de ONGs no Brasil e novas ambiguidades são introduzidas na possibilidade de compreender a relação entre as lutas sociais e as classes sociais. Muitas vezes com patrocínio de países capitalistas ou associações internacionais, essas entidades eram levadas a agir como substitutas do Estado ou como ponta de lança do mercado e do grande capital (FONTES, 2010). Não mais coligadas a partidos ou a um projeto social e político em comum, mas em demandas específicas (meio ambiente, hiv/aids, gênero, etnia, centros de estudo, movimentos rurais e urbanos etc.), essas entidades modificaram substantivamente as formas de organização popular e serviram como meios de

⁸⁵ “Falar, pois, de capital-imperialismo, é falar da expansão de uma forma de capitalismo, já impregnada de imperialismo, mas nascida sob o fantasma atômico e a Guerra Fria. Ela exacerbou a concentração concorrente de capitais, mas tendencialmente consorciando-os. Derivada do imperialismo, no capital-imperialismo a dominação interna do capital necessita e se complementa por sua expansão externa, não apenas de forma mercantil, ou através de exportações de bens ou de capitais, mas também impulsionando expropriações de populações inteiras das suas condições de produção (terra), de direitos e de suas próprias condições de existência ambiental e biológica” (FONTES, 2010, p. 149).

encapsulamento das lutas sociais (FONTES, 2010). Mas isso não autoriza a uma leitura linear da sua relação com o neoliberalismo, estavam presentes contradições acirradas pela luta de classes e grupos que destoavam das diretrizes centrais, embora tenham sido também crescentemente criminalizados. Por depender fortemente de financiamento internacional, defendiam procedimentos de abertura política, mas nem sempre de abertura de mercado e percebiam também que sua relação com agentes financeiros internacionais poderia resultar em sua instrumentalização (FONTES, 2010).

Surgidas do solo comum dos movimentos sociais populares que enfrentavam a ditadura, em muitos casos se contrapunham à lógica capitalista e permaneciam em terreno contra-hegemônico, embora parte delas recusasse o reconhecimento de vínculos de classe, conservando apenas os temas populares deslocados das referências às classes sociais. Uma parte da militância nesse momento vai se movendo para o terreno das "assessorias" e "prestação de serviços", alterando o teor de sua participação no engajamento direto nas lutas e aumentando a necessidade de busca de recursos para remunerar essa forma de participação (FONTES, 2010).

Até os anos 1980, entretanto, apesar da imprecisa definição socialista do PT, o partido cumpria importante função para politizar os movimentos de base populares, conectando-os às lutas sociais mais amplas e possibilitando articulações em favor de políticas universalizantes que dependiam da superação das pautas corporativas. Nos anos 1990, com a consolidação e crescimento das ONGs, com a pobreza sendo alçada a grande urgência genérica do país, as campanhas midiáticas em torno da ineficiência dos serviços públicos e reforço do trabalho voluntário,

A democracia seria um terreno precioso para a investida empresarial e das agências internacionais do capital, com ênfase para o Banco Mundial. [...]. Tratava-se, portanto, de, admitindo a existência da pobreza (separada das relações sociais que exacerbam as desigualdades), incorporar de maneira subalterna entidades e associações populares, convocadas a legitimar a ordem através de sua participação na gestão de recursos escassos (FONTES, 2010, p. 281).

As lutas sociais pelo controle popular do orçamento público foram sendo institucionalizadas e subalternizadas, canalizadas pelo "Orçamento Participativo", sendo limitadas economicamente e reduzindo-se ao gerenciamento de magros recursos em tempos de ajustes fiscais que desmontavam o financiamento público das políticas sociais. Especialmente na saúde, o modelo de **participação social**⁸⁶ foi se resumindo ao controle social pela via dos

⁸⁶ A participação popular nos serviços públicos é também tema recorrente no histórico da assistência à saúde, mas até sua presença nas décadas de 1950 e 1960, era entendida como "participação comunitária", herança dos

Conselhos de Estado e Conferências (DANTAS, 2017) e a democracia reduzindo-se à gestão de conflitos imediatos (FONTES, 2010).

Esses conselhos estavam compostos não só pelas ONGs que se reivindicavam interlocutores da sociedade civil, mas também pelos interesses empresariais na saúde⁸⁷. Compostos por gestores, trabalhadores e usuários, expressam a tentativa sanitarista de reeducar o estado via participação popular nos espaços de decisão do setor. Mas a tática institucional e a defesa do pluralismo levaram ao ecletismo teórico e político⁸⁸, bem como ao abandono da pauta da transformação social, acarretando uma centralização das pautas, restrita ao âmbito da saúde e tornando-se uma via de atuação setorial e institucionalizada (DANTAS, 2017).

Nesse contexto, a consolidação das ONGs transfigurou o espaço em que se moviam os movimentos sociais e, embora estivessem cientes do risco de integração subalterna e denunciassem o papel do capital, exigiam cada vez mais acesso aos recursos públicos e buscavam se qualificar no discurso da eficiência para a gestão. Segundo Fontes (2010), essas entidades acreditavam estar ampliando direitos sociais, mas sustentavam seu desmantelamento.

O processo de mercantil-filantropização das lutas sociais ampliou as intervenções de cunho filantrópico, o empresariamento da solidariedade e do voluntariado, e a institucionalização das lutas específicas como única maneira possível de luta, abandonando projetos políticos de ampla transformação social. Por um lado, amorteceram o desmonte dos serviços sociais e por outro, com o discurso de maior eficiência na gestão dos recursos públicos, auxiliaram a crítica à incompetência do Estado e do funcionalismo público nos setores que mais

discursos desenvolvimentistas e populistas que tinham por objetivo conquistar a adesão da população aos programas a ela destinados, portanto, parte de uma prática autoritária e verticalizada (LUZ, 1991). Interessante notar que parte desses programas comunitários na América Latina na década de 1960, já contava com financiamento de organismos internacionais como a Fundação Ford.

⁸⁷ Interessante notar que os interesses empresariais apareciam ora como sociedade civil apartada do Estado, ora com interferência direta no Estado, à sua melhor conveniência. Desde 1998, a saúde suplementar vinha introduzindo novas pautas, entre elas a da abertura para o capital internacional na saúde. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano 2000, e a permissão em 2015 para participação de capital estrangeiro, direta ou indiretamente, contribuíram para uma inversão da complementariedade. Com a desestruturação da política pública, o SUS vai aparecendo cada vez mais como complementar ao subsistema privado. Essa americanização da saúde brasileira tem forte lastro no financiamento econômico das grandes corporações de saúde nas eleições partidárias (SANTOS et al., 2017).

⁸⁸ Dantas (2017) considera que a defesa do pluralismo pelo movimento sanitarista deriva do abandono da perspectiva de ruptura, pelo investimento na tática institucional de ocupação do estado burguês. A crise do socialismo real e o arrefecimento da luta de classes teriam contribuído para a aproximação ao referencial eurocomunista, na tentativa de se diferenciar das experiências do socialismo real, pela valorização da democracia como via pacífica para a superação do capitalismo. A leitura sanitarista de Gramsci nas décadas seguintes teria se tornado menos revolucionária e mais reformista, perdendo de vista o enfoque socialista emancipatório. Essa tática teria se mostrado insuficiente, pois mesmo ocupando cargos no executivo, não conseguiu fazer frente aos ataques da burguesia ao setor, que, como vemos, tornaram-se mais refinados e passaram pelo apelo à participação social e à democracia.

interessava ao capital privatizar. Esse reforço de um padrão de gerenciamento competitivo e voltado para o imediato e rentável, abriu passagem para a plena feição da gestão privada dos recursos públicos, com a formação de OS, Fundações, OSCIPs etc. (FONTES, 2010).

A pergunta que Fontes (2010) se lança a responder é: como foi possível suscitar adesão popular (ativa e passiva) na década de 1990 para o desmonte de serviços e conquistas sociais que diziam respeito diretamente à essa mesma população? A resposta que encontra está vinculada à coerção, que se utilizou de uma forte máquina de propaganda, capaz de amplificar os aspectos deficitários e ambivalentes do setor público.

Além disso, teve importante papel, uma estratégia que Faveret Filho e Oliveira (1990) já haviam sinalizado como tendência: a expulsão de alguns setores da referência do setor público, o que na visão dos autores diminuiria a capacidade de vocalização (dada a influência que os setores médios têm na opinião pública) e reivindicação pela ausência de setores politicamente dinâmicos (potencial de mobilização dos grandes sindicatos voltando-se para a reivindicação de planos de seguro privados ou para garantir controle nas decisões das caixas próprias). Fontes (2010) destaca ainda os sindicatos que duplicam funções públicas e sindicais pela oferta de serviços médicos e odontológicos e as caixas de previdência complementar que geram diferenciações no interior do próprio funcionalismo e em relação aos demais assalariados, dessolidarizando-os da massa trabalhadora; como estratégias do capital para cooptação e neutralização de parcelas do funcionalismo público.

A análise de Fontes (2010) e também de Pereira (2010) demonstram como o BM gestou formas organizativas, educativas e pedagógicas para os quadros econômicos, políticos e ideológicos, cumprindo papel de intelectual coletivo de um grupo internacional de países capital-imperialistas, com apoio das Fundações Rockefeller e Ford para penetrar nos Estados periféricos a partir de seus próprios intelectuais, que agora agiriam de maneira afinada com a dinâmica do capital internacional. Agir enquanto entidades privadas permitiria a esse grupo de países difundir seus interesses de forma mais extensa, sem as amarras das decisões governamentais e dos acordos internacionais, extrapolando as modalidades de dominação precedentes.

Não estando restritos às corporações, as ações desses grupos se dariam apoiadas em fundações e entidades diversas, ramificando-se para interesses não diretamente econômicos. No caso da saúde, esse tipo de política influenciou também a formação de recursos humanos na saúde, configurando um quadro em que as respostas para os impasses do setor são relegadas,

não só a novos modelos de financiamento e de gestão, mas também de formação profissional, obscurecendo o debate tático e estratégico.

Santiago (2017) analisa como esses ideais de democracia, pluralismo e participação social constituíram a base ideológica para a adoção do paradigma construtivista na formação do profissional de saúde e influenciaram a adoção das chamadas "metodologias ativas" nos currículos da área da saúde nas últimas duas décadas. Em seu entendimento, a defesa de um profissional ativo e capaz de intervir sobre os determinantes da saúde e transformar a realidade social está mais ligada com o movimento de promoção da saúde, com a defesa de estilos de vida saudáveis e com a humanização do cuidado, do que com a necessidade de transformação da realidade social a partir da superação da ordem, expressa nos primeiros anos da luta sanitária. O problema dessa concepção, como apontamos em outros momentos desse trabalho, é que sob o manto da criticidade, reforçam a ideia do estilo de vida como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e redundam na culpabilização dos indivíduos pelos riscos autoimpostos. O ideal da promoção da saúde também acaba por reforçar as habilidades pessoais e comunitárias como capacidades adaptativas diante dos contextos de privação, não propondo a superação do próprio contexto. Da mesma forma, o debate sobre a humanização do cuidado corre o risco de restringir-se ao debate da corresponsabilização entre usuários, profissionais e gestores, reduzindo o debate estrutural das políticas ao cotidiano de trabalho e abstraindo as dificuldades estruturais do sistema de saúde.

O conteúdo ideológico que reveste essas práticas, bem como seu poder de sedução, que têm sido alvo de severas críticas no campo da educação crítica, tornam ainda mais impressionante o poder de adesão que tiveram entre os setores mais críticos da saúde pública. Para essa adesão, alguns atores importantes cumpriram papel na aproximação do movimento pela reforma sanitária e das metodologias ativas de base construtivista. Um deles foi a Rede Unida, que com financiamento da Fundação Kellogg desde 1985, tem atuado na formação de recursos humanos e organização dos serviços de saúde, mantendo relação estreita com quadros históricos da reforma sanitária e componentes dos governos de conciliação de classes.

Tal entidade teve influência importante na reformulação dos currículos dos cursos da área da saúde, em especial dos cursos de medicina. Expandiram suas preocupações posteriormente, para a participação social, formação de recursos humanos e transformação do modelo assistencial; e a partir dos anos 2000, formaram uma OSCIP.

As fotos dos congressos da Rede Unida nas últimas décadas são imagens bastante ilustrativas da discussão que estabelecemos até aqui, pois unem quadros históricos da reforma

sanitária, sentados à mesa com ministros da saúde em eventos promovidos com auxílio de capital internacional, resultado de uma trajetória de alianças amplas e estratégia institucional que vai da definição da política de saúde à formação profissional.

Nesse sentido, o debate da formação profissional também explicita não só a agenda do capital de formação para o contexto de acumulação flexível e de reestruturação produtiva, mas também o risco de apropriação teórica dos referenciais críticos em favor de modelos de atenção que, se afirmando como alternativos ao modelo biomédico, acabam por reforçar a culpabilização dos profissionais e reduzir o debate da atenção em saúde ao cotidiano das práticas, sem contextualizá-las no movimento de desmonte das políticas públicas brasileiras.

Buscamos nesse breve percurso sobre as últimas décadas da atenção em saúde, destacar alguns elementos principais da estruturação do SUS como política social e evidenciar as disputas de interesse que conformaram e deformaram seus princípios e diretrizes. Sem apurados detalhes históricos, tentamos destacar a racionalidade político-emancipatória que impulsionou as transformações reformistas do fim do século XX e as contrarreformas que apontam tendências de americanização do sistema de saúde brasileiro, com o reforço da mercantilização da seguridade social, da assistencialização e focalização da política, que concorrem para a sua precarização.

O projeto neoliberal representa interesses sociais de reprodução do capital que se expressam em diversas formas de privatização, mercantilização de serviços e modelos de gestão privados que corroem o caráter público do SUS e têm sido impulsionadas pelos governos brasileiros que facilitam, sucessivamente, a entrada do mercado e do consumo dos planos de saúde privados. O receituário neoliberal que foi aplicado desde a década de 1990, segue em voga com suas diretrizes de estado mínimo com cortes orçamentários, privatizações, redução do funcionalismo público, revisão da legislação trabalhista, reforma da previdência, reforma educacional, arranjos público-privados para o fornecimento de bens públicos, teto de gastos, lei de responsabilidade fiscal etc.

Trouxemos contribuições de alguns estudos mais recentes que aportaram importantes elementos para a compreensão dos impasses do movimento sanitário em torno do conceito de democracia (DANTAS, 2017) e das investidas do capital-imperialismo sobre as políticas públicas no Brasil (FONTES, 2010), não só de maneira direta, mas por meio de entidades como o Banco Mundial (PEREIRA, 2010). Essa instituição de ordem privada tem obscurecido o debate sobre a estrutura do sistema de saúde sob o véu dos novos modelos de financiamento, da gestão, formação profissional e participação social.

Esses elementos nos auxiliam, ainda, a compreender que as investidas do capital no setor saúde não se deram somente pela disputa direta de privatizações e pela influência privada na disputa pelas formas legislativas (textos da lei), mas atingiram e deformaram o conteúdo reivindicatório das demandas populares (como o controle popular sobre as políticas públicas) da década de 1980, pela mediação da cooptação intelectual, das ONGs, das mudanças conceituais e de foco das ações públicas, contribuindo para a conservação e fortalecimento da assistência complementar (privada) e para o enfraquecimento das iniciativas de universalização da assistência.

Parecem-nos um tanto ingênuas as conclusões que apontam somente para a retomada do texto constitucional, de seus princípios e diretrizes. Ingênuas, porque ignoram, ao menos na retórica, que o texto constitucional é fruto de conflitos de interesses e foi escrito em momento de crise mundial do capital e de abertura do mercado nacional ao capital-imperialismo, com mediações de organismos variados que se articularam em torno da pauta da democracia, mas contribuíram, ao mesmo tempo para o arrefecimento do tom crítico dos movimentos populares, inclusive, aqueles articulados em torno das reformas sanitária e psiquiátrica.

Defender o controle social sem considerar as formas amansadas com que foi sistemática e refinadamente constituído desde a década de 1990, apresenta-se como pauta estéril que propõem um retorno a formas já esvaziadas em parte de seu conteúdo crítico e passíveis de existência dentro de uma ordem social, que impede o desvelamento das determinações mais essenciais da desigualdade. Ao invés disso, canaliza-se o debate para a pobreza como fenômeno estático, a ser combatido pela via da filantropia-empresendedorismo-voluntariado, mediada por organizações não-estatais com caráter privatizante, as quais desempenharam importante papel na não-efetivação da universalização das políticas públicas no Brasil.

Esperamos que esse percurso nos auxilie a compreender os modelos de atenção como expressões particulares dessa disputa de interesses, no bojo dos quais, se atualizam como disputa de projetos políticos e terapêuticos. As ênfases que reduzem as mudanças de modelos a práticas operacionalizadas no cotidiano pelos técnicos, abrandam, em nosso entendimento, a potência de debates como o acolhimento, integralidade e humanização à micropolítica do processo de trabalho, com o risco de aumentar a culpabilização dos trabalhadores. Esses conceitos precisam estar articulados a dimensões mais estruturantes do processo de trabalho, que expressam a disputa de interesses própria à sociabilidade capitalista, com o reforço da medicalização e da mercantilização dos serviços e consequentes impactos no processo de trabalho (diminuição da porosidade, intensificação do trabalho), estando expressas nas disputas

de modelos de atenção. Como veremos a partir dos dados do estudo, o processo de trabalho tem se mostrado fortemente eivado pelas características atuais do modo de produção e pela disputa dos diversos atores e interesses, que não podem ser combatidas de maneira individual e fragmentária.

3.2 Modelos de atenção hegemônicos e alternativos na assistência em saúde brasileira

Até aqui estabelecemos um percurso que iniciou pela caracterização da atenção à saúde e à saúde mental no Brasil, ao longo do século XX, destacando o período da reforma sanitária e seus impasses. Buscamos apreender as disputas de interesses construídas ao longo da história que impactaram na definição dos modelos de atenção em saúde mental hegemônicos e alternativos. É no bojo desses modelos, hegemônicos ou alternativos, que se estabelece o trabalho com grupos e o caráter programático desses modelos e suas formas particulares de organização acabam por conformar certos limites e modos de atuação com a grupalidade no âmbito dos serviços de saúde. As influências desses interesses distintos na conformação do sistema de saúde brasileiro e dos modelos de atenção em saúde contextualizam a discussão que estabeleceremos no próximo capítulo acerca da reforma psiquiátrica e dos modelos de atenção em saúde mental.

Os sistemas de saúde, ou sistemas de atenção à saúde, são respostas organizadas pelas diversas sociedades para dar conta das necessidades e demandas em saúde de suas populações. São definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) e podem se apresentar com diferentes formatos organizacionais. Nesse sentido, aspectos como o direcionamento pelas necessidades da população ou pela demanda, foco nas condições agudas ou crônicas, foco nos indivíduos isolados ou nas coletividades, planos de cuidado realizados em conjunto com usuários ou centrados nas decisões dos profissionais, territórios definidos por limites geográficos ou pelo fluxo populacional, financiamento por valor global ou por procedimento, são todas decisões políticas que vão conformando o sistema de saúde com base em modelos de atenção, informados por distintos referenciais teóricos e ancorados em práticas também diversas.

A Constituição Brasileira de 1988 definiu em seus artigos 196 a 200, alguns direcionamentos que devem reger as ações em saúde em território nacional. Além do reconhecimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e

igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, o artigo 198 afirma que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2016a, p. 119), organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, e participação comunitária⁸⁹.

A organização do sistema de saúde brasileiro, desse modo, inclui as noções de rede (integração dos serviços e ações), regionalização (divisão por regiões de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Esse sistema se consolida com as leis orgânicas da saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) que instituíram o SUS e uma proposta de controle social. Os chamados *princípios doutrinários* do SUS, a saber, universalidade, integralidade e equidade, junto a outros princípios organizativos, entre eles a descentralização político-administrativa e a participação popular; encaminham um certo modelo de funcionamento no âmbito desse sistema de saúde.

Os sistemas organizados em rede, como é o caso do SUS, pressupõem a territorialização com conhecimento do território sanitário, bem como a organização em rede de atenção se contrapondo a um sistema fragmentado, o que depende da integração e comunicação dos pontos de atenção com complexidade e densidade tecnológicas distintas. Estando centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade, a atenção básica é a porta de entrada e a ordenadora do SUS, que também está composto pela atenção secundária e terciária, ou, dito de outro modo, média e alta complexidade e densidade tecnológicas. Nesse sentido, a atenção básica ou primária⁹⁰ tem papel central na resolução e no referenciamento dos

⁸⁹ Relevante notar, também, que o artigo 199 da Constituição Federal resguardou os interesses do capital na saúde ao afirmar que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 2016a, p. 120).

⁹⁰ A denominação *atenção primária* prevalece na Europa e também em documentos da OPAS, e pode levar à compreensão de prioritária, ou essencial. Em alguns países, redundando na ideia de uma cesta básica de serviços disponíveis à população e oferecidos pelo Estado, isentando as ações públicas da responsabilidade com os demais níveis de atenção. Embora não mencionado na Constituição Federal ou na Lei 8080/90, o termo que se tornou mais corrente nos documentos oficiais no Brasil foi *atenção básica* (a título de exemplo citamos a Política Nacional de Atenção Básica / PNAB, e a cartilha sobre Saúde Mental na Atenção Básica), razão pela qual utilizamos na maior parte das vezes, esse termo. O termo *básica*, no entanto, também pode trazer a conotação de mínima, em contraposição a outros níveis de atenção que seriam supérfluos, estando além das necessidades básicas. No Brasil, país em que a tendência foi a de centralizar as ações básicas sob o controle direto do Estado e manter as ações diagnósticas e terapêuticas de média e alta complexidade sob hegemonia da iniciativa privada (ainda que com financiamento público), importa destacar que, independentemente do termo utilizado, a concepção gestada nos movimentos críticos em saúde, afirma que a atenção primária/básica não pode ser concebida como menos complexa, dada a sua função central ao sistema. Compreender a atenção básica como menos complexa, tecnicamente, acaba por levar à sua desvalorização em detrimento de práticas com maior densidade tecnológica. Inclusive, por seu custo, as ações de atenção primária tendem a ser dispersas, enquanto os serviços com maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados (WHO, 2000). Atenção primária e atenção básica são tomadas como termos equivalentes na PNAB (FERTONANI et al., 2015).

casos para os demais níveis de atenção, o que tende a conformar um sistema piramidal de base alargada. Há, ainda, autores (MENDES, 2002) que defendem que, ao invés do modelo de pirâmide, a rede deva funcionar como uma rede poliárquica composta de pontos de atenção com distintas densidades tecnológicas, sem grau de importância entre eles e coordenada pela atenção primária.

Ao definir o desenho organizativo do sistema, no entanto, não estão garantidos, de todo, os contornos dos modelos de atenção que podem ser informados por distintas teorias e conformar diferentes práticas. "Atenção à saúde" é o modo como tem se designado a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde como resposta às necessidades da população (MATTA; MOROSINI, 2016). Segundo esses autores:

A compreensão do termo 'atenção à saúde' remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (MATTA; MOROSINI, 2016, on-line).

Ao nos referirmos a "Modelos de Atenção", estamos fazendo referência a um dos componentes dos sistemas de saúde, relativo à prestação da atenção, ao cuidado, assistência, intervenção, ações ou práticas de saúde (PAIM, 2012). Jairnilson Silva Paim (2012) destaca que, para além da preocupação com os continentes dos sistemas de saúde (infraestrutura, organização, gestão e financiamento), ao descrever modelos de atenção estamos nos referindo também, ao conteúdo dos sistemas de saúde (suas práticas). Há, portanto, nesse autor, um destaque para a dimensão técnica ou tecnológica das práticas em saúde. Modelo de atenção ou modelo assistencial (ambas denominações são utilizadas pelo autor) referindo-se ao conteúdo do sistema de saúde, se diferenciariam desse modo de "modelo organizacional-gerencial", que se referiria somente aos continentes do sistema (sua estrutura). Campos (1992) também corrobora que o modelo assistencial não deve ser entendido apenas como desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como as ações de saúde são produzidas e como o Estado se organiza para realizar esse processo. Trata-se da forma lógica de organizar o funcionamento das redes de atenção, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias de maneira singular, definida em função da visão de saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais de saúde (MENDES, 2007).

A definição de modelos na relação com os sistemas de saúde, no entanto, carrega uma polissemia e tem sido utilizada com diversas variações terminológicas: modelo assistencial, modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos, modos de produzir saúde, modelo técnico ou tecnicoassistencial e modelo técnico-assistencial, modos de intervenção, modelos de atenção, ou modelos de cuidado (FERTOANI et al., 2015). Todos esses termos se referem a como são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas e aos valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e o direito dos seres humanos em relação à vida, em um determinado contexto histórico-social (FERTOANI et al., 2015).

Optamos pelo uso do termo *modelos de atenção* por ser o mais comum na literatura atual e aquele que pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade (que caracteriza a história da atenção em saúde no Brasil). Nas palavras de Matta e Morosini (2016, on-line): "remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública". Em vista disso, nos parece a expressão mais ampla, não focando somente na assistência (modelo assistencial) e nem só nos nexos técnicos (modelo tecnológico). Não se trata somente de um modo de organizar serviços em rede, mas envolve as dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial ou operacional⁹¹ (TEIXEIRA, 2003).

Como adverte Paim (2012), o termo “modelo” está mais próximo de um esquema mais ou menos convencional e sempre parcial, que ignora as variações individuais (embora elas existam). Modelo de atenção poderia ser entendido, então, como uma representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde no que se refere à prestação da atenção. "Não como algo exemplar, uma norma ou um padrão que todos devem seguir, mas a identificação de seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas, enfim, sua razão de ser ou as racionalidades que lhe informam" (PAIM, 2012, p. 548).

Trata-se, portanto, de uma abstração, uma representação da realidade de saúde, que busca apreender seus traços fundamentais e as racionalidades que conduzem à adoção de uma dada combinação de tecnologias ou meios de trabalho em cada situação concreta. Com a noção de modelo, pretendemos ressaltar o caráter programático dos discursos sobre a atenção e o

⁹¹ A dimensão gerencial seria aquela relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, a dimensão organizativa diria respeito às relações entre estabelecimentos de prestação de serviços, e a dimensão técnico-assistencial ou operativa, se referiria às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e os objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologia (TEIXEIRA, 2003).

cuidado em saúde (e em saúde mental), enquanto propostas a serem implementadas. Reflete, desse modo, os projetos discutidos, difundidos ou instituídos por diversos atores – pelo poder público, movimentos sociais, pesquisadores e acadêmicos, trabalhadores da saúde, usuários e familiares. São conceitos abstratos, “indicativos de projetos políticos articulados a partir de valores e de interesses distintos” (CAMPOS, 2007, p. 1867).

Na prática, esses discursos podem se apresentar com fronteiras borradas e não raras vezes, encontramos em uma mesma rede, programas, serviços ou práticas que remetem a distintos modelos de atenção, operadas por diversos ou ainda por um mesmo trabalhador. Apesar da possibilidade de combinações e mesclas entre essas racionalidades e modelos, na maior parte das vezes é possível destacar a predominância de algum desses modelos na realidade concreta.

Ao falar de modelos de atenção estamos tratando dos modos como se articulam a estrutura operacional ou os componentes da atenção à saúde, que são orientados por certos conhecimentos teóricos e visão de mundo. Isso envolve a dimensão do projeto, o estabelecimento de finalidades e a articulação dos elementos necessários ao cuidado. Trata-se, não somente da tecnologia a ser empregada, mas de suas relações com a totalidade social, de modo que permanece como questão de fundo nesse debate o processo de trabalho em saúde, particularmente os meios de trabalho ou as tecnologias envolvidas, materiais e não-materiais (PAIM, 2012).

Por esta feita, faz sentido vincular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, referindo-se às tecnologias como meios de trabalho, integrantes da dimensão técnico-assistencial ou operativa do modelo de atenção. "Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas" (PAIM, 2012, p. 554).

Os modelos de atenção, informados por certas racionalidades, orientam a articulação dos elementos do processo de trabalho (definição do objeto de trabalho, dos meios de trabalho e do modo de emprego da força de trabalho para atingir determinadas finalidades) a fim de suprir necessidades em saúde. Segundo Paim (2012):

Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os modelos de atenção refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas em saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde fornece elementos

fundamentais para a compreensão e crítica dos modelos de atenção à saúde. Conceitos como práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica, meios de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias e o trabalho propriamente dito (atividades) são de grande utilidade para o entendimento dos modelos de atenção estruturados para intervir sobre problemas e atender necessidades de saúde (PAIM, 2012, p. 554-555).

Com essa definição, ganha sentido o recorte desse trabalho que busca articular os elementos do processo de trabalho em modelos de atenção que estão em disputa na realidade concreta e apontam para distintas finalidades e projetos societários e de sistema de saúde, atribuindo diferentes papéis e objetivos para o trabalho com grupos. Em nossa atual compreensão, os modelos de atenção correspondem à dimensão particular do objeto estudado. São formas particulares de organização das práticas nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial ou operacional (TEIXEIRA, 2003), resultantes dos diversos interesses em disputa e que se singularizam em cada tempo e espaço, em cada sociedade e momento histórico específicos. Sintetizam, portanto, interesses, concepções de mundo, acúmulos teóricos e posicionamentos políticos. Existem, todavia, como modelos abstratos, já que na realidade o que se apresenta na maior parte das vezes são formas híbridas, nas quais coexistem práticas e organizações dos serviços e meios tecnológicos provenientes de distintos modelos.

Modelos de atenção atualizam em cada momento histórico as formas e lógicas particulares de apresentação do processo de trabalho em saúde. Constituem-se como dimensão particular, porque guardam certo grau de abstração e mediam a singularização das práticas em cada contexto de trabalho concreto. Por meio das racionalidades que compõem os modelos de atenção é possível depreender as formas particulares e extremamente complexas e contextualizadas, pelas quais a universalidade do processo de trabalho se expressa na singularidade de cada serviço e ato de produção do cuidado; bem como é por meio dos modelos particulares que se torna possível apreender as formas cotidianas para além de sua singularidade, nas relações que estabelecem com a universalidade.

Na história da atenção à saúde no Brasil, a que já fizemos referência, os autores costumam identificar dois modelos de atenção predominantes ou hegemônicos, além de alguns modelos alternativos. A cisão que se consolidou desde o início do século XX entre um modelo biomédico (com caráter individual e curativo, estruturado inicialmente sobre as bases de uma medicina previdenciária e com fomento à iniciativa privada) e um modelo campanhista/sanitarista (com caráter coletivo, massivo e preventivista, estruturado como ações de saúde pública), conferiu a esses modelos a posição de modelos hegemônicos, o que, ainda

hoje, segue representando um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado (MATTA; MOROSINI, 2016). A importância de compreender esses modelos radica no fato de que mesmo existindo antes do processo da reforma sanitária, permanecem estruturando práticas e processos de trabalho (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), ainda que se enfrentem com propostas de mudança e com modelos alternativos.

O primeiro desses modelos é denominado como modelo biomédico (FERTONANI et al., 2015; MATTA; MOROSINI, 2016), modelo médico hegemônico ou modelo médico assistencial privatista (PAIM, 2012); modelo médico assistencial hospitalocêntrico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), modelo liberal-privatista (CAMPOS, 2007). De maneira geral, suas bases conceituais e organizacionais têm fundamento na clínica e tornou-se *locus* da medicina científica desenvolvida a partir da segunda metade do século XIX, centrada no profissional médico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). A partir do final do século XVIII, com a profissionalização da medicina e o combate ao "charlatanismo" por parte do Estado, a clínica se torna a forma principal de exercício da medicina europeia, ao mesmo tempo que o hospital passa a ser o lugar de observação, classificação e tratamento dos doentes (FOUCAULT, 1994).

Paim (2012) identifica duas formas de apresentação desse modelo nas políticas brasileiras: o *modelo médico assistencial privatista* e o *modelo da atenção gerenciada*. A primeira delas remonta ao início do século XX, quando a assistência era realizada pela medicina liberal na forma de atenção em domicílio ou clínicas privadas, com apoio residual das Santas Casas de Misericórdia (assistência filantrópica). Essa forma liberal de medicina, centrada no profissional médico e com ênfase no atendimento individual, se estabelecerá de maneira mais completa no Brasil a partir de 1911, com a influência do modelo flexeriano, com ênfase na atenção individual, organização da assistência em especialidades, valorização do hospital em detrimento da assistência ambulatorial e secundarizando a promoção de saúde e a prevenção.

A partir dos anos 1920, com as CAPs, e dos anos 1930, com os IAPs, estabelece-se, também, como um modelo previdenciário-privatista (MATTA; MOROSINI, 2016), por meio do qual vão ganhando maior protagonismo o hospital e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A forma de pagamento direto dos serviços vai dando lugar ao formato dos seguros-saúde ou previdenciários, embora ainda restritos a uma parcela da população trabalhadora. Os IAPs contavam com alguns serviços próprios e a partir da década de 1940, passam a investir cada vez mais no credenciamento de serviços, privilegiando o estabelecimento de uma rede privada de atendimento. Após 1964, as empresas médicas se consolidam e a medicina já caminhou de uma medicina liberal para sua fase tecnológica (SCHRAIBER, 1993), com a

incorporação cada vez maior da tecnologia e dos saberes científicos na organização da assistência e a coletivização e socialização do trabalho em saúde.

O adjetivo *hospitalocêntrico*, associado correntemente a esse modelo, ganha sentido, porque desde a década de 1940, a rede hospitalar (majoritariamente privada) vai recebendo maiores incentivos e a atenção à saúde torna-se sinônimo de assistência hospitalar (MATTA; MOROSINI, 2016). Esse modelo é comumente apontado por sua concepção mecanicista do processo saúde-doença, por reduzir a causalidade aos fenômenos biológicos e focalizar a atenção sobre a doença e o indivíduo. Redundou na fragmentação e hierarquização do processo de trabalho, na ênfase das especialidades médicas (características do modelo flexeriano) e no atendimento individual realizado principalmente no ambiente hospitalar.

Esse modelo médico-curativo pode ser caracterizado como hegemônico pela influência política e cultural que desempenha junto aos profissionais de saúde e à população (PAIM, 2012). Alguns de seus traços fundamentais são:

- 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992 *apud* PAIM, 2002).

Do século XIX, quando a clínica começa a se estabelecer, até os dias atuais, o modelo médico-curativo sofre uma série de modificações sem, contudo, alterar suas bases principais, que associam doença à lesão e localizam as intervenções no corpo doente, reduzindo as determinações à dimensão anatomofisiológica, motivo pelo qual preferimos utilizar a denominação *modelo biomédico*, mais abrangente e, em nosso entendimento, conservando a clareza sobre o objeto principal a que se volta (em sua versão clínica ou epidemiológica). Algumas dessas modificações são influenciadas por críticas parciais ao modelo biomédico, que ganham força após a Segunda Guerra Mundial e se estabelecem de maneira mais efetiva na forma de políticas e modificações na estrutura do ensino das profissões de saúde, a exemplo do movimento por uma Medicina Integral e do movimento por uma Medicina Comunitária. Além da crítica à hiperespecialização, a preocupação desses modelos também estava dirigida para o alto custo que a incorporação tecnológica e o estímulo aos procedimentos estavam gerando e a dificuldade de garantir a cobertura assistencial.

Como parte desse movimento, a Medicina Preventiva, por exemplo, expandiu a prática médica para além dos muros do hospital, mas o fez baseada no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, não superando o modelo biomédico e realizando uma naturalização

do social (AROUCA, 2003). O social que passa a ser incluído nesse modelo, aparece de maneira fatorada e hegemonizado por uma concepção biológica e naturalizante.

Operação similar ocorre com a Medicina Comunitária que desloca o cuidado para situações familiares e comunitárias, com práticas tecnologicamente mais simplificadas. Tomando por objeto a “pobreza” e depois diluindo esse objeto no conceito de “comunidade”, esse movimento também não introduziu um novo campo conceitual, assentando suas práticas nos mesmos princípios de uma medicina como serviço a ser individualmente consumido (DONNANGELO, 1979), além de desenvolver uma dimensão de controle político das populações subjacente à sua atuação, com marcado papel político-ideológico. Já se vê aí uma tentativa de compatibilização do aumento do consumo com a contenção de custos, diante de uma medicina que passa a incorporar massivamente o conhecimento tecnológico. No entanto, a diversificação e ampliação do objeto não abalou a hegemonia da racionalidade biomédica, antes se propondo a rearticular esses conhecimentos na dimensão populacional e social (DONNANGELO, 1979).

A participação comunitária, quando ocorre nos moldes do modelo biomédico se dá de maneira limitada e disciplinada, mantendo-se, desse modo, a característica de uma participação passiva e subordinada, que localiza os doentes ou a comunidade na posição de consumidores de um serviço. Logo se vê que a lógica biomédica e a lógica liberal caminharam juntas em seu desenvolvimento, motivo pelo qual o modelo biomédico é acrescido, não raras vezes, do adjetivo *liberal* ou *privatista*.

Todavia, o próprio estímulo ao consumismo de procedimentos médicos e de tecnologia, incentivado por essa racionalidade e pelo Complexo Médico Industrial, esbarra em limitações na realização do valor e da forma mercadoria. Com a proliferação dos planos de saúde, o consumismo se torna um limite para a acumulação capitalista no setor, razão pela qual Paim (2012) identifica o modelo biomédico também com a forma de apresentação do *modelo da atenção gerenciada (managed care)*.

Coexistindo com o modelo médico assistencial privatista, essa forma de apresentação tem grande influência da presença do capital financeiro no setor saúde (MEHRY; FRANCO, 2013) e está caracterizada pela utilização de mecanismos de análise de custo-benefício e custo-efetividade. São conservadas as principais características do modelo médico hegemônico com a inserção de elementos preventivos que possam baixar os custos e aumentar os lucros das operadoras de saúde. A ênfase na medicina curativa vai sendo limitada pela utilização da medicina baseada em evidências e pela maior padronização da assistência (com a utilização de

protocolos, *guidelines*, consensos, guias) às quais os profissionais devem se subjugar para garantir o controle do consumismo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Esse maior controle do trabalho tende a uma contenção da demanda e racionalização de procedimentos (PAIM, 2012; MEHRY; FRANCO, 2013). Estão conservadas, entretanto, as características biologicistas, a subordinação dos consumidores e a saúde como mercadoria (PAIM, 2012).

Além de reduzir o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica e localizar as intervenções no corpo excluindo as dimensões histórico-sociais (PAIM, 2012), o modelo biomédico tem limites amplamente reconhecidos:

[...] foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença; a orientação para a demanda espontânea; o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2015, p. 1870).

O segundo modelo que é considerado hegemônico no Brasil é o modelo campanhista, sanitarista, ou de vigilância em saúde. Diferentemente da abordagem médica hegemônica, direciona-se para necessidades que nem sempre se expressam como demanda (PAIM, 2012). Convive com o modelo biomédico de maneira contraditória e complementar e também se baseia no conhecimento microbiológico da doença, a partir do qual busca expandir o modelo preventivista para as populações por meio do saber epidemiológico e sanitário, centrado na higienização dos espaços urbanos (PAIM, 2012). Desenvolveu-se com a intervenção do Estado sobre as condições de vida e saúde das populações e em seu primeiro período no Brasil (República Velha), estruturou as primeiras ações de saúde pública baseadas em “campanhas sanitárias” e com a finalidade de contenção de doenças infectocontagiosas que ameaçavam o desenvolvimento do capitalismo nos centros urbanos (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Os interesses agroexportadores que impulsionaram esse modelo no início do século XX com ações de medicalização do espaço urbano predominaram até o início da década de 1960, quando esse modelo pautado nas intervenções sobre a coletividade e espaços sociais (principalmente voltados às camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora) perde terreno e financiamento público em favor do modelo médico-curativo (MATTA; MOROSINI, 2016). Ao longo do século XX, incorporou, além das campanhas, os “programas especiais ou verticais” de controle de doenças e agravos e, a partir da década de 1970, caminhou para a implantação

de sistemas de vigilância em saúde, pela necessidade de vigilância permanente sobre doenças já controladas e riscos de exposição a fatores ambientais, biológicos e sociais (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Influenciam ainda hoje, programas especiais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde da Família, campanhas sanitárias e vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2012).

Assim como o modelo médico hegemônico se estrutura sobre as bases do conhecimento clínico, o modelo sanitarista tem por base o conhecimento epidemiológico como uma tecnologia operante nas práticas em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994). Esses dois conjuntos de saberes que auxiliam na definição do objeto em saúde e na operacionalização das técnicas, não necessariamente são divergentes, porque a epidemiologia acaba abrindo mão de um objeto próprio em favor do objeto da clínica, de maneira que ambas reduzem seu objeto à realidade anatomofisiológica, orientando a produção do objeto sob a concepção de uma normalidade específica (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ainda que em seu início as iniciativas da medicina social tenham considerado o coletivo de maneiras que não localizavam de todo no corpo físico as condições de saúde, com as derrotas do movimento operário do final do século XIX, essas propostas caem em declínio e as práticas coletivas passam a ser hegemônicas pela epidemiologia e a integrar o movimento mais amplo de normatização do social operado pela medicina (MENDES-GONÇALVES, 1994). Diferentemente da medicina social, a noção de coletivo aqui se fragmenta e se desubstancializa (MENDES-GONÇALVES, 1994) e o social é tomado por suas características abstratas, como meio físico que se relaciona com os seres humanos, abrindo terreno ao biologicismo (AYRES, 1993). O social agora encarado como uma influência e as modificações sendo propostas com foco nos indivíduos, disfarçando os efeitos da estrutura social. Positivismo e funcionalismo estão na base dessas interpretações que geram, para além de uma ambiguidade entre esses dois conjuntos de saberes, uma solidariedade entre eles. Longe de se apresentarem como incongruentes, revelam-se a diversidade de uma mesma unidade, hegemônica pela clínica (MENDES-GONÇALVES, 1994).

É nesse mesmo sentido que argumentamos em favor da expressão "modelo biomédico" como uma grande unidade de saberes e práticas de base anatomofisiológica que hegemônicas as ações do modelo médico hegemônico e do modelo campanhista/sanitarista. Apesar da variação entre elas no tocante ao objeto, meios de trabalho e organização das ações, o fundamento de suas práticas e os saberes que auxiliam a recortar o objeto e a estruturar as ações têm uma mesma base epistemológica.

Como afirmado acima, ambos os modelos se baseiam na racionalidade anatomofisiológica, estão atravessados por uma lógica privatista, mas também se reproduzem no sistema público, tendendo a prejudicar o atendimento integral e o compromisso com a saúde da população (PAIM, 2012) em favor da lógica do lucro e da normatividade social. Os saberes biomédicos instrumentalizados por esses modelos produzem a *individualização*, pela apreensão dos fenômenos no limite do corpo anatomofisiológico, a *homogeneização* das nosologias frente à heterogeneidade dos casos singulares, e a *universalização* dos conceitos expandindo-os para além do corpo biológico e alinhando-se assim com a ideologia dominante (MENDES-GONÇALVES, 1994). E, mesmo com as modificações da clínica nas últimas décadas, tem se aprofundado o padrão "localização, objetivação, intervenção" (DALMASO, 2000), com a localização indo, por exemplo, do órgão ao gene e neurotransmissores, a objetivação do diagnóstico ocorrendo por exames e parâmetros cada vez mais rígidos, e a intervenção incluindo medidas preventivas que tomam por objeto não somente os corpos doentes, mas todos aqueles que possam estar submetidos a alguma condição ou fator de risco (DALMASO, 2000).

Articulando-se sobre o corpo individual ou sobre a dimensão populacional, as práticas em saúde continuam hegemônicas pelo conhecimento biomédico, mesmo com as sensíveis modificações que têm sofrido. O modelo de base epidemiológica que se desenvolveu paralelamente, não chegou a alterar suas bases fundamentais e os modelos alternativos que buscaram questioná-lo em partes ou com maior radicalidade não se tornaram hegemônicos.

Retomamos nesse espaço a formulação que propusemos em capítulo anterior e que agora ganha maior nível de concretude no âmbito da discussão dos modelos de atenção. O que estamos chamando de *modelo biomédico* refere-se à construção de saberes sobre o processo saúde-doença que apreendem os modos de andar a vida, que são históricos a partir de um quadro de referência positivista que as toma como absolutas e localizadas na espacialidade do corpo individual. As obstruções aos modos sociais de andar a vida são buscadas nesse modelo nas lesões ou disfunções do organismo (órgãos ou sistemas). A ideia funcionalista do corpo como um mecanismo leva a compreender a doença como desequilíbrio de uma normalidade natural, naturalizando e expandindo essa interpretação para determinações que são extra biológicas. Reduz-se, dessa forma, o social à condição de *meio externo* ao corpo que facilita ou dificulta os processos naturais. Por essa compreensão, as relações entre organismo e meio são abstraídas de suas determinações no interior dos modos de produção da vida, da realidade do trabalho, das opressões e explorações a que os corpos estão submetidos socialmente. As intervenções daí

derivadas tendem a dirigir-se para os efeitos do social nos indivíduos, produzindo adaptação social e contribuindo para conformar os indivíduos à realidade social dada.

Em síntese, o modelo médico hegemônico desenvolve-se no Brasil com características privatistas, podendo se apresentar como modelo médico previdenciário e como hospitalocêntrico, embora variações desse modelo tenham extrapolado seu objeto para além das instituições médicas (família, comunidade, território). Toma por objeto a doença, apreendida no âmbito anatomofisiológico e, não raras vezes, expandido para os comportamentos na finalidade de restaurar a suposta normalidade natural. Ainda quando se desloca para objetos populacionais, como a família ou a comunidade, mantém seu centro de atuação no indivíduo e reforça práticas de consumo de serviços médicos. Suas ações estão centradas nas decisões médicas, como agentes principais das práticas, auxiliados por outros profissionais (essa mesma lógica hierárquica se reproduz também para outras profissões da saúde). O especialista é, portanto, o agente central do cuidado. Propõe intervenções centralizadas no corpo e nos comportamentos, que se utilizam de tecnologias médicas como meios de trabalho, em especial aquelas que permitem incorporar mais-valia e realizar o valor, que ganham destaque nas ações e serviços. O foco da intervenção tendencialmente se desloca para as tecnologias duras por sua maior possibilidade de gerar mais-valia⁹², embora a intervenção do capital financeiro limite a absorção desse tipo de tecnologia em alguns desenhos organizativos, investindo em tecnologias na forma de protocolos. Em ambos os casos, o trabalho vivo é afetado em sua autonomia e tem restringida sua capacidade de produzir novas configurações no trabalho em saúde. Ainda quando organizado como rede de serviços, acaba por manter a centralidade do hospital como instituição principal (o que tendencialmente acarreta um descrédito da atenção básica e dos meios de trabalho com menor densidade tecnológica). Estabeleceu-se e ganhou centralidade na atenção à saúde na esteira do modelo liberal privatista, reforçando-se mutuamente, como lógicas econômica e epistemológica complementares. Esse modelo se volta para os indivíduos que buscam espontaneamente os serviços, portanto estruturado pela lógica da demanda, com foco nas queixas e na identificação de sinais e sintomas. Tende a reproduzir a especialização e a fragmentação no processo de trabalho e na lógica de organização de ações e serviços.

Já no modelo sanitarista, o sujeito das intervenções são os sanitaristas e seus auxiliares, que tomam por objeto os fatores de riscos e agravos à saúde de indivíduos, grupos e populações. Os meios de trabalho incluem a educação em saúde, o controle de vetores e a imunização, que

⁹² Não à toa a atenção terciária segue sendo hegemônica pelos serviços privados, enquanto a atenção básica está sob organização do Estado.

estão organizadas por campanhas, programas especiais ou sistemas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Ainda que voltado para objetivos populacionais e para uma lógica mais ampla que a lógica curativa, desenvolve-se na continuidade do conhecimento microbiológico e se estabelece com a necessidade de contenção das doenças infectocontagiosas. Assentado no desenvolvimento da epidemiologia, abre mão da construção de um objeto próprio em favor do objeto da clínica, não superando a dimensão anatomofisiológica das práticas e naturalizando a relação com o meio social. Busca atender necessidades que nem sempre se expressam como demanda (PAIM, 2012). Age como contraditório e complementar ao modelo médico hegemônico, não negando as bases do modelo biomédico e conformando com ele uma unidade (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Esses dois modelos hegemônicos marcaram a estruturação das ações e serviços de saúde no Brasil, que por muito tempo desenvolveu paralelamente ações de saúde pública baseadas no modelo campanhista com o desenvolvimento da assistência médica privada ou previdenciária. Essa separação compunha a base da assistência quando se começou a debater a reforma sanitária e ainda hoje representa um desafio para a constituição de um sistema de saúde integrado. Prevalencia um sistema privatizado, já que grande parte da atuação pública era concretizada por serviços privados e conveniados.

A mercantilização da saúde, no entanto, não se desenvolveu sem contradições e já no início da década de 1970, se identificam sinais de crise desse sistema que têm se mostrado como uma crise permanente. Com a subordinação à lógica do capital, a assistência em saúde confirmava a tendência da elevação de custos e diminuição da efetividade diante da mudança do perfil epidemiológico, com crescimento da insatisfação de trabalhadores e usuários (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). A baixa cobertura assistencial, ineficiência administrativa, ineficácia técnica e a ausência de coordenação entre os vários níveis da atenção, estavam na base das críticas propostas pelo movimento pela reforma sanitária brasileira (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014) e também pelo movimento pela reforma psiquiátrica, que contribuíram para a formulação do SUS como um sistema que buscasse superar esses problemas pelo alinhamento com os princípios doutrinários da reforma sanitária, entre eles a universalidade, equidade e integralidade.

No contexto de crise da ditadura empresarial-militar, aumento da desigualdade, carestia, privatização da saúde, luta por democracia, direitos humanos e cidadania, ganha força a crítica ao modelo vigente com a instauração do debate da saúde como direito social e do conceito de saúde como resultado das condições de vida da população. A reorganização da classe

trabalhadora em seus instrumentos políticos e a força que ganham os movimentos sociais em torno da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, foram além da crítica à estruturação dos serviços e denunciaram a violência institucional, a omissão do Estado e a necessidade de reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. A amplitude social que ganha esse debate vai se expressar na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Constituição Federal de 1988 e na conquista do SUS em 1990.

Essas críticas estavam ancoradas em propostas surgidas no âmbito internacional e com as quais dialogaram pesquisadores, gestores e militantes dos movimentos sociais. O combate aos excessos da abordagem individual e biomédica foi retomado pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil, que apontou para a necessidade de reformas não só no modelo educacional, mas na realidade do sistema de saúde e das políticas econômicas e sociais (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). A obra de Arouca (1975/2003) com críticas à Medicina Preventiva e a de Donnangelo (1979) com críticas à Medicina Comunitária são exemplos da potência desse movimento que não apenas se inspirou nas propostas internacionais, mas criticou-as com base em fundamentados referenciais teóricos e na realidade nacional.

A crise do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico nos moldes do capitalismo contemporâneo, bem como algumas determinações conjunturais, já havia dado início a uma série de movimentos internacionais que propuseram, ao longo do século XX, a revisão de aspectos mais ou menos amplos do modelo biomédico e redundaram em modificações na formação dos profissionais de saúde ou na organização dos serviços e ações. Teixeira e Vilasbôas (2014) denominam essas propostas de "movimentos ideológicos de reforma em saúde", o que incluiria a Medicina Preventiva nos anos 1940⁹³, a Medicina Comunitária e Medicina Familiar nos anos 1960, a atenção primária à saúde nos anos 1970 e 1980, a promoção de saúde nos anos 1980 e 1990⁹⁴. Essas propostas, não sem modificações, têm influenciado as

⁹³ A Medicina Preventiva buscava incluir uma concepção mais dinâmica do processo saúde-doença, mas estava baseada na História Natural da Doença, estabelecendo níveis de proteção de acordo com o momento da intervenção (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). A Medicina Comunitária manteve a mesma base conceitual e expandiu o objeto incorporando a comunidade como objeto, superando parcialmente o individualismo da clínica preventiva (DONNANGELO, 1979). Buscou articular também, a noção de níveis de prevenção aos níveis de atenção no âmbito dos sistemas de saúde. Essa mudança de objeto, a crítica à suas bases conceituais e à noção de participação comunitária tomada como forma de disciplinamento e canalização da participação por vias aceitáveis nos limites da ordem social vigente, foram estabelecidas no capítulo anterior.

⁹⁴ A promoção de saúde, baseada no modelo multicausal, e a ideia de determinantes sociais em saúde, têm sido incorporadas pela OMS e repercutido em diversos países. Propõem mudanças na forma de intervenção do Estado sobre os problemas de saúde. Na América Latina ganham expressão no contexto de políticas neoliberais e defesa de retirada do Estado da responsabilidade pela saúde integral. Há subjacente uma concepção mais ampla de saúde que considera determinantes de diversos âmbitos, mas não estabelece determinações principais, podendo ser utilizada para enfraquecer as responsabilidades do Estado, transferindo às organizações sociais e aos grupos sociais

mudanças na formação e a reorientação dos processos de trabalho em saúde no âmbito do SUS, articulando-se com experimentações práticas no que tem se denominado de “modelos de atenção alternativos no âmbito do SUS” (PAIM, 2012; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Retomaremos esses modelos alternativos adiante.

As propostas, gestadas pelos movimentos sociais, trabalhadores e pesquisadores no período da reforma sanitária, ganham expressão nas políticas desenvolvidas desde então, mas não sem contradições e oposição de atores sociais com interesses distintos. Campos (2007) identifica dois grandes projetos sanitários para o país, em disputa. Um deles, relacionado com o polo capitalista e que ganha expressão no modelo biomédico e na tradição liberal privatista. E outro, relacionado ao polo socialista e com influências do Estado de Bem-estar social europeu, que está composto por modelos alternativos ao modelo biomédico e se expressa nas propostas de sistemas nacionais de saúde públicos. Essas duas lógicas contrapostas deram origem a uma miríade de combinações, resultantes da força política dos atores sociais em cada momento histórico.

Para Campos (2007) o movimento médico teve importante papel de mediação na estruturação da política liberal privatizante. Como intelectual orgânico desse movimento, apoiado por prestadores de serviços privados, políticos conservadores, administradores, economistas e jornalistas que defendem o mercado como organizador dos serviços, o discurso médico e de suas entidades no momento anterior ao SUS, interferiu no modelo predominante de contratação de serviços privados e profissionais semiautônomos. Nesse modelo, Estado, bancos e empresas de seguro se tornam intermediários entre clientes e profissionais e a expansão do acesso depende do crescimento da renda ou de seguro previdenciário nas formas estatal ou privada. Com este cenário tende a predominar o paradigma biomédico e a lógica dele decorrente para pensar o desenho da atenção à saúde (CAMPOS, 2007).

De maneira análoga, o movimento sanitário é reconhecido por esse autor como mediação importante para a criação e implementação do SUS, com características que também apontam a um modelo público de sistema nacional de saúde. Compondo um "bloco sanitário" com trabalhadores dos serviços estatais de saúde existentes, com setores populares, sindicais e com parte do poder executivo e legislativo, seus integrantes elaboraram em traços gerais a

e pessoas, as responsabilidades por suas condições de vida. Ambos mantêm o modelo multicausal e têm o risco da individualização da responsabilidade, seja na concepção de condições de saúde ou de estilos de vida, contribuindo para reforçar a medicalização social. O que se mantém como prática hegemônica é o modelo biomédico, com atuação prioritária na base anatomofisiológica e com o enfraquecimento de ações intersetoriais e políticas estruturais que afetem as condições de vida.

política, diretrizes e modelo operacional do SUS (CAMPOS, 2007). Pensamos que, nessa direção, o movimento antimanicomial desempenhou papel equivalente não só nas contribuições para a estruturação do SUS, como na definição dos traços gerais da política e meios operacionais sob os quais se desenvolveu o modelo psicossocial brasileiro.

Elementos de ambas tradições coexistem nas políticas brasileiras, instaurando tensões permanentes entre a estatização e a privatização da atenção e da gestão (CAMPOS, 2007), que foram sintetizadas no texto constitucional e leis e documentos posteriores. Não se pode afirmar, portanto, uma vitória da lógica pública sobre o mercado e os retrocessos atuais no sentido da privatização do setor, têm desvelado a frágil estruturação das políticas desse período e o poder econômico e político que possuem os grupos privados sobre o sistema de saúde. A imbricada relação entre o movimento social e o Estado se deu de modo que amortizou parte dos conflitos e conservou as possibilidades de atuação do sistema privado nos setores mais lucrativos da reprodução da saúde como mercadoria

Não à toa, a reforma psiquiátrica ficou para regulação posterior e enfrentou maiores resistências em sua regulamentação e implementação. Do projeto de lei de reforma psiquiátrica elaborado em 1989, (PL 3657/89, de autoria de Paulo Delgado) até a aprovação da Lei 10.216, no ano de 2001, o embate com o setor privado, que se fortaleceu no período da ditadura empresarial-militar, mostrou a diferença de interesses e o poder do setor empresarial na definição das políticas públicas⁹⁵.

A concessão aos interesses privados e à corporação médica se deu, quando da concepção do SUS, no setor hospitalar e especializado, arranjo que atenuou o enfrentamento e trouxe problemas à gestão do sistema (CAMPOS, 2007). Optou-se por não haver estatização de hospitais privados ou filantrópicos e se manteve a política de convênios, com a rede privada superando a rede pública nesse âmbito, o que contribui para a fragmentação do sistema e dificulta sua integração. O Brasil seguiu a direção contrária da maior parte dos países com sistemas públicos, com o Estado tendo maior controle sobre os serviços de atenção básica e menos autonomia e capacidade de gestão da rede hospitalar (CAMPOS, 2007).

⁹⁵ O primeiro artigo desse PL deixa explícito a diretriz de combate à mercantilização da loucura e da saúde mental: "Art. 1o. Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico". Afetando diretamente a sustentação do capital nesse setor, solicitando o desmonte do setor privado e a substituição por uma rede pública e territorializada, esse PL sofrerá uma série de modificação até sua aprovação como legislação em 2001.

Todavia, por conservar características dos sistemas nacionais, a nova política também dependia de alterações na assistência e se propunha a romper a dicotomia entre prevenção e clínica, entre as ações públicas preventivas e a atenção clínica, o que exigia uma expansão da rede estatal, maior integração e formas de comunicação mais efetivas entre o sistema, planejamento e programação ocorrendo com base nas necessidades e não somente na demanda como prevê a lógica liberal (na qual caberia ao cliente deslocar-se pelos pontos de atenção em busca da integralidade de seu atendimento). Isso implicava em aspectos operacionais como a revisão do financiamento apenas por procedimentos, mas também na adoção, em maior escala, de conceitos como regionalização, território e adscrição da população (CAMPOS, 2007).

Compreender o conflito entre esses dois blocos sanitários de interesses distintos, a nosso ver, auxilia a recolocar as questões sobre os descaminhos e potencialidades do SUS e de seus modelos de atenção em outro patamar de análise. A implantação do SUS foi tardia em relação a outras reformas sanitárias e se concretizou como um híbrido dessas duas tradições, com a ordem liberal privatista manifestando resistência permanente por dentro do sistema e tendo a vantagem de estar alinhada ao imaginário social dessa época neoliberal. Grande parte dos estudos e artigos que analisam esse período, no entanto, concluem com a sinalização da importância de retomada do conceito de integralidade, das ações de humanização, da participação popular e do controle social. Nesse sentido, a questão da forma como colocada por Campos (2007), nos parece mais profícua. Esse autor se põe a questionar como um tipo ideal de política de saúde socialista cruzou com estruturas e imaginários originários do mercado. Conclui, então, que o questionamento que se destaca, é antes, como foi possível constituir-se um sistema de saúde público no Brasil em um momento de crise econômica e de derrota do socialismo real em nível mundial. Construir uma política universalizante nesse contexto representa um avanço atípico para o período, e só pode ser compreendida quando analisamos as forças que estavam em disputa e que se mantém em movimento, ainda hoje.

Parece-nos que esse caminho, que busca apreender as contradições, avança, porque foge da análise do SUS como um conjunto de princípios e diretrizes já conquistados em lei e que restaria apenas serem implementados ou recuperados. A própria legislação, com suas lacunas e limites, foi fruto dessa disputa de forças, que continua a se atualizar com as sucessivas retiradas de direitos, ajustes econômicos e contrarreformas do setor. Nesse sentido, também, Paim et al. (2011) contribuem ao explicitar que a questão dos modelos de atenção não é apenas técnica, mas política. Formulada dessa maneira, fica um pouco mais fácil compreender a disputa de modelos enquanto conflitos de interesses e expressão particular da luta de classes na saúde,

caminhando para suas determinações mais essenciais. Embora isso não exclua a necessidade de explicação das formas singulares e bastante híbridas de apresentação desses interesses, e também da explicitação dos modos pelos quais os modelos teóricos e as disputas epistemológicas não só estão determinadas por posições de classe, mas também conformam e legitimam essas mesmas posições. Por esse ponto de vista, acreditamos que prevenimos em parte o risco de cair em defesas que deslocam para a micropolítica do trabalho em saúde as soluções das disputas de modelo, acarretando, não raras vezes, na culpabilização dos profissionais.

Feitas essas ressalvas, retomemos as propostas alternativas que foram experimentadas no interior do SUS. Paim (2012) e Teixeira e Vilasbôas (2014) consideram como principais propostas de modelo de atenção alternativos no âmbito do SUS: a proposta dos **distritos sanitários**; da **oferta organizada**; das **ações programáticas em saúde**; da **vigilância da saúde**; da **saúde da família**; e do **acolhimento ou clínica ampliada**.

Essas são propostas que em nível local ou nacional vieram a influenciar vários aspectos do modelo de atenção construído no SUS, auxiliados por pesquisadores e grupos de pesquisa que tomaram o SUS como campo de experimentação e de práticas. Segundo Paim (2012) e Teixeira e Vilasbôas (2014), a busca da integralidade da atenção talvez seja o principal princípio inspirador desses modelos alternativos. Por conseguinte, as diferentes propostas oscilam entre o atendimento da demanda e das necessidades, aproximando-se muitas vezes de características do modelo sanitarista ou do modelo biomédico hegemônico. Diferem operacionalmente ao tentar conciliar o atendimento à demanda com as necessidades em saúde, valorizam mais a efetividade e a qualidade técnica ou a satisfação das pessoas e a humanização (PAIM, 2012). Variam também, na maneira como operacionalizam o conhecimento epidemiológico, na adoção ou não de um território de referência e de clientela adscrita, nas atividades centradas nos serviços ou para além dos muros, nas formas de controle de riscos e utilização dos mecanismos de vigilância em saúde, no uso do planejamento e da programação em saúde, no nível de autonomia das unidades locais para construir ou adaptar programas verticalizados, no uso de estratégias de educação sanitária, no foco em ações individualizadas ou coletivas, na ênfase em articular ações intersetoriais e no destaque que dão a temas como autonomia e projeto de vida.

Não entraremos no detalhamento dos limites e avanços desses modelos, porque nos importa discutir adiante o modelo alternativo que se constituiu no campo da saúde mental e que busca questionar as bases do modelo biomédico. No bojo dessas mesmas transformações e crise da assistência foi que se constituiu uma proposta brasileira de reforma psiquiátrica, influenciada

por princípios de desinstitucionalização e que tem sido orientada por um modelo de atenção em saúde mental ao qual estamos nos referindo como *modelo psicossocial*, que caracterizaremos adiante.

Dos modelos alternativos citados nos importa nesse momento fazer dois destaques que têm maior relação com nosso objeto. O primeiro deles, diz respeito ao modelo de saúde da família como estratégia de atenção que busca reorganizar a demanda pela atenção a grupos sociais prioritários, considerando a inserção dos indivíduos nos grupos familiares. O segundo, diz respeito ao modelo do acolhimento ou clínica ampliada e o impacto que parece ter nas ações de saúde mental, seja na atenção básica ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O modelo da saúde da família surge primeiro como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como um programa especial do modelo sanitarista, não diferindo muito dos programas verticais (PAIM, 2012), junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implementado em 1991, estavam dirigidos aos pobres e excluídos da assistência. Como política focalizada, traz o risco de reproduzir a construção ideológica da medicina tradicional, transferindo aos grupos primários a responsabilidade pelo cuidado individual, centrada em mudança de estilos de vida. O PSF já preconizava o trabalho de equipes de saúde com população adscrita e ações territoriais, além de ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2012).

Posteriormente, é redefinido como estratégia de mudança do modelo assistencial baseada na atenção primária à saúde, e é a partir desse momento que passa a ser considerado uma proposta de modelo de atenção alternativo. Passa a ser uma política prioritária para a universalização da cobertura e reorganização do processo de trabalho nesse nível. Diferindo de um programa vertical e paralelo ao funcionamento dos serviços, se torna uma estratégia para organizar as atividades em um dado território, "como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes" (PAIM, 2012, p. 566). Entre suas funções está incluída a assistência a grupos populacionais prioritários, o que inclui no cotidiano trabalhos com grupos como tecnologias do cuidado. Os modos de operar com grupos e a compreensão de processo grupal que subsidia essas práticas, no entanto, podem ser questionadas, porque não aparecem explicitamente nas políticas. Mas, também, porque como afirmam Teixeira e Vilasbôas (2014, p. 298):

[...] ainda não se pode afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato a mudança de conteúdo das práticas e da maneira de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Um dos resultados

indesejados desse processo tem sido o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrentes da extensão de cobertura da atenção básica, o que estimulou a preocupação com a forma de implantação e consolidação do PSF, principalmente nos municípios de grande porte, desencadeando-se, na conjuntura mais recente, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dotados de equipes multiprofissionais [...].

Embora as diretrizes dessa estratégia estejam voltadas para os determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo em seu contexto familiar, como um integrante de grupos e comunidades, as ações continuam centradas no profissional médico, no tratamento e reabilitação de doenças e com importantes deficiências no trabalho em equipe (FERTONANI et al., 2015).

Em relação ao modelo do acolhimento (PAIM, 2012) ou da clínica ampliada (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), trata-se de uma proposta sistematizada por pesquisadores da Universidade de Campinas (Unicamp) desde a década de 1990 e tem como um de seus pilares a preocupação com o acolhimento e o desenvolvimento de vínculos entre profissionais e população (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada e pautados por valores de solidariedade e cidadania (PAIM, 2012). É uma proposta voltada ao acolhimento de todos os que buscam a unidade e, portanto, voltada para a demanda espontânea, buscando requalificá-la (PAIM, 2012), implicando em mudanças nos processos de trabalho, desde a porta de entrada até a prestação dos serviços. Acredita-se que por essa via pode-se conseguir efeitos na racionalização dos recursos e na melhoria das relações com usuários (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

As diretrizes de ser usuário-centrada e deslocar o processo de trabalho do profissional médico para equipes multiprofissionais já estavam presentes e são enfatizadas por um dos autores desse grupo⁹⁶ que vem defendendo uma proposta de clínica ampliada pautada nos conceitos de equipes de referência, apoio matricial e projeto terapêutico singular (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Esses conceitos tiveram difusão e foram, em partes, incorporados no debate no âmbito das instituições gestoras nos diversos níveis, contribuindo, por exemplo, para a discussão sobre a desumanização do atendimento (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014) e figurando em cartilhas e documentos oficiais.

Trata-se de um debate que teve influência no nível da atenção básica, mas também nos serviços de saúde mental como os CAPS. Consideramos que a perspectiva de defesa da autonomia do usuário e de sua participação no projeto terapêutico, bem como a crítica à

⁹⁶ Trata-se de CAMPOS (1999, 2003).

fragmentação produzida pelos diagnósticos, são características que aproximam o modelo da clínica ampliada de referenciais e modelos utilizados pela reforma psiquiátrica brasileira. Nos dados da pesquisa, como veremos adiante, apareceram menções a termos como acolhimento, clínica ampliada, técnico de referência, matriciamento, núcleo profissional e campo da saúde mental, utilizados por influência dessa vertente⁹⁷. É preciso considerar, que no período imediatamente anterior ao início da pesquisa, a gestão dos CAPS e da política de saúde mental do município em que se realizou o estudo, estava sob o comando de gestores com ligações diretas com o grupo de pesquisadores da Unicamp e claras aproximações teóricas.

Por fim, cabe ressaltar que a disputa entre o modelo biomédico e as propostas alternativas, tem continuidade nas últimas décadas e os modelos hegemônicos antes da reforma sanitária continuam vigentes e estruturando práticas e processos de trabalho (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Uma série de problemas tem sido apontada no âmbito do SUS, entre eles: trabalho em equipe ainda fragmentado, com práticas hierarquizadas e desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente subordinadas à medicina; centralidade das ações no corpo biológico, nas patologias e na medicalização; heterogeneidade de configuração das equipes de trabalho conforme a região; dificuldade de lidar com a integralidade dos níveis de atenção e da multidimensionalidade humana; formação insuficiente para o trabalho no modelo proposto; déficits nas condições de trabalho que incluem a instabilidade nos vínculos, salários precários, jornadas excessivas, equipes insuficientes, déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho; reprodução de relações assimétricas com os usuários e a comunidade; instâncias formais de pactuação que pouco discutem a organização da atenção; dificuldades para articular a intersectorialidade (FERTONANI et al., 2015); insatisfação da população com a qualidade dos serviços; orçamento e esforços das secretarias municipais e estaduais sendo gastos com a gestão do mix público-privado de assistência individual; serviços especializados de urgência e emergência, atenção odontológica, atenção à saúde mental, pronto atendimentos e NASFs, que tendem a reproduzir o modelo assistencial centrado na clínica, em detrimento de ações de saúde coletiva (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

⁹⁷ É preciso considerar a imbricação dessas vertentes no cotidiano e também nas formulações teóricas, pois termos como Projeto Terapêutico Singular e Técnico de Referência também estão presentes na saúde mental por influência de outros modelos de reforma psiquiátrica, mormente o italiano, nos quais o modelo da clínica ampliada também se referenciou.

A despeito dos avanços e iniciativas dos modelos alternativos e da inclusão, por exemplo, no âmbito do SUS de práticas alternativas à racionalidade médica dominante, recriam-se permanentemente as condições para a reprodução do modelo sanitista e do modelo médico hegemônico e é preciso analisar até que ponto os modelos alternativos transformaram as práticas e a organização dos serviços ou contribuem para essa reprodução (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Apesar da inclusão de propostas alternativas, inclusive, nos documentos oficiais, "é forçoso admitir que o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista mantém-se em sua posição hegemônica, não só no âmbito do Sistema de Assistência Médico-Supletiva (SAMS) como no SUS" (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p.299). No SAMS esse modelo vem se reproduzindo no bojo da adoção da medicina baseada em evidências e da incorporação de medidas racionalizadoras. Já no SUS, pela reprodução de um padrão de financiamento que destina maiores recursos para os serviços médico-assistenciais e tem estimulado a reforma da rede hospitalar pública e sua transferência para a gestão privada.

Nesse sentido, Teixeira e Vilasbôas (2014) argumentam que a mudança nos serviços e no perfil das práticas, apenas tem arranhado a superfície do modelo hegemônico, e que a oferta de serviços e ações de saúde continua reproduzindo em escala ampliada o modelo médico assistencial hospitalocêntrico. Em nosso entendimento, para além de identificar grandes problemas como a fragmentação do trabalho em equipe, baixa resolutividade, foco na queixa e sintomas e centralidade na ação do profissional médico, é preciso não se perder no âmbito da micropolítica do trabalho, pois as determinações mais amplas advindas das racionalidades que informam os modelos de atenção e da disputa de interesses divergentes entre os diversos atores, influenciam o projeto terapêutico e a forma como as práticas e serviços são organizados, desempenhando papel central no desenho do modelo de atenção existente e daquele que se quer construir, se trabalhamos no sentido de um projeto em defesa da vida.

CAPÍTULO 4 – A DISPUTA DE MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Tendo realizado a caracterização histórica da assistência em saúde no Brasil, em suas relações com a assistência em saúde mental, e destacando, quando possível, o papel dos grupos nas transformações de objetos, agentes e meios de trabalho, demos destaque ao embate de interesses no setor saúde que se expressa na disputa particular entre o modelo biomédico hegemônico e os modelos alternativos no âmbito do SUS.

Vejamos, de maneira mais detida, como esses interesses divergentes ganharam expressão no campo da saúde mental e constituíram dois principais modelos de atenção em saúde mental que se reproduzem em luta no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. Para tanto, recuperamos os principais movimentos de reforma psiquiátrica que influenciaram as transformações das práticas ocorridas no Brasil. Na sequência, discutimos o contexto e disputas políticas e teóricas que permearam a Reforma Psiquiátrica brasileira, para, então, caracterizar o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial.

4.1 Antecedentes históricos das reformas psiquiátricas

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

O Alienista – Machado de Assis

Os modelos de atenção em saúde mental vigentes no Brasil, foram influenciados em todo seu histórico pelos modelos internacionais de atenção à saúde mental. Desde o modo asilar, que remonta à Europa dos séculos XVII e XVIII, passando pela medicalização da loucura em suas várias formas, até os movimentos internacionais por reformas psiquiátricas no século XX, essas influências impulsionaram as experiências brasileiras que contam também com suas próprias inovações e mesclas, na busca pela estruturação da atenção em saúde mental no contexto nacional. Nesse espaço, buscaremos apontar, de maneira sumária, os principais movimentos e modos de cuidado constituídos em torno dos objetos atribuídos ao campo da saúde mental, com vistas a identificar parte de suas influências nos modelos de atenção hegemônicos na saúde mental brasileira.

As primeiras respostas à construção em torno de um objeto identificado como de “saúde mental” não foram intervenções médicas, tendo aparecido anteriormente à medicalização da loucura. Foucault (2007) denomina esse período de “grande internação” e localiza-o no século XVII, quando a crise econômica e a desorganização social na Europa, provocadas pela mudança no modo de produção, trouxeram como resposta o enclausuramento de mendigos, pessoas sem teto e desempregados.

Importa compreender, que a necessidade dessa reformulação da assistência não está descolada da dinâmica da luta de classes. O período de acumulação primitiva do capital que Marx (2013) localiza nas últimas décadas do século XV e século XVI, foi responsável pela expropriação de um enorme contingente de trabalhadores de seus meios de trabalho, convertendo-os em força de trabalho disponível para o mercado. No entanto, parte desse contingente tem a função de “superpopulação relativa” no capitalismo, não sendo absorvido pela indústria e redundando em um aumento da miséria que exige das classes dominantes respostas que contenham a possibilidade de revolta social e previnam ameaças em relação à preservação da propriedade privada dos meios de produção. Esse é o cenário em que a nascente burguesia em luta e aliança com a decadente monarquia, se veem forçadas a dar respostas ao crescimento da miséria, ante uma sociedade que revoluciona a produtividade do trabalho e apresenta, contraditoriamente, cada vez mais possibilidades de suprir os carecimentos humanos.

Situa-se em 1656 a criação do Hospital Geral, a instituição que receberia os pobres da cidade. Essa estrutura da ordem monárquica e burguesa serve à intenção de ocultar a miséria, como um espaço de exclusão que pudesse ‘torná-la invisível’ e auxiliar a conter a crise econômica e social (DESVIAT, 1999). A prática do internamento figura como uma medida final de condenação dos trabalhadores alijados dos meios de produção, já que a miséria era um obstáculo à ordem (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Os grandes locais de internamento que são construídos em países como Inglaterra, França e Alemanha, não se organizam como instituições de saúde, mas como depósitos que visam a ocultar e disciplinar a miséria em suas várias formas de apresentação (prostitutas, mendigos, improdutivos, loucos etc.), utilizando do trabalho compulsório como forma de disciplinamento. Em sua origem, então, a prática do internamento não tem fundamento médico ou compromisso com a cura, figurando como problema de polícia, com sentido de controle social. Além de suprimir as possibilidades de desordens, o Hospital Geral ainda permitiria tornar o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário, podendo ser entendido como casas de

trabalho forçado (FRAYZE-PEREIRA, 1985), com sentido ético – por impor trabalho aos ociosos – e econômico. A vida social ficaria, desse modo, protegida contra revoltas nos períodos de crise, e as casas de internamento forneceriam força de trabalho barata quando houvesse empregos e salários. A loucura era uma entre as causas de internamento e aparece ligada às diferentes formas do mal, ao crime, à desordem e à libertinagem.

Na segunda metade do século XVIII, entretanto, já são fortes os protestos contra essa situação, também porque o processo da Revolução Francesa havia inchado as casas de internamento com presos políticos. Os próprios internos protestam contra a mistura entre 'loucos' e 'não-loucos', estreitando ainda mais os laços entre loucura e internamento. Além das críticas ao caráter repressivo do internamento, há também um motivo econômico para seu declínio:

A economia liberal admite que a riqueza é produzida pelo trabalho dos seres humanos e vê o internamento como erro econômico, porque suprime uma parte da população, suprimindo uma parte da força de trabalho. Ao mesmo tempo, o internamento é visto como um financiamento perigoso, pois imobiliza uma parte das rendas (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

A reforma da assistência ocorre pela necessidade de colocar a população internada no circuito da produção e fornecer mais braços para a indústria nascente, num contexto de consolidação da ordem burguesa. Todavia, dos internos, os loucos são os que não servem à essa ordem produtiva e ainda atentam contra a racionalidade, permitindo criar um discurso da razão sobre a desrazão, dando início à psiquiatria como especialidade médica.

A nova ordem burguesa exigia o fim do grande enclausuramento, símbolo do absolutismo e não permitia mais a privação da liberdade sem garantias jurídicas. "A reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes" (DESVIAT, 1999). O louco é distinguido do criminoso por sua 'responsabilidade inocente' e seu confinamento vai significar, no plano jurídico, o desaparecimento da liberdade, já efetuado pela loucura no plano psicológico.

Tratava-se, no início da psiquiatria, de enclausurar os indivíduos que pudessem causar prejuízos à sociedade, e de instaurar medidas de cura para pessoas enfermas. E para isso era preciso interná-las em lugares que possibilitassem o afastamento do meio que gerava uma série

de distúrbios⁹⁸. Essa era a precondition do tratamento moral, do tratamento alienista. O internamento vai ser visto como função de cura, como meio que organiza a liberdade e pode conduzir a loucura à razão. Para marcar a mudança em relação ao Hospital Geral e o caráter terapêutico dessa nova instituição, Esquirol cunha o termo 'asilo'.

É com o nascimento do asilo no século XVIII, que a loucura é equiparada à doença mental sob a tutela da medicina, começando sua trajetória de medicalização. Considerando, no entanto, a dificuldade que tem a medicina mental para se enquadrar nos moldes da medicina orgânica que nascia com a modernidade, sua legitimidade social vai se construindo mais em razão da função social que cumpre no gerenciamento da miséria, do que na cientificidade de seus achados.

O alienismo se estabelecerá como parte das concessões da burguesia para a consolidação e hegemonia da atuação dos médicos sobre os leigos, que agora serão combatidos como charlatães, em troca dos préstimos que a medicina desempenhou na consolidação da ordem burguesa. Sendo assim, é produto da nova ordem social, mas também importante ator agindo para sua consolidação. Por esta feita se produz a estreita relação entre asilo, medicina mental e internamento, tendo o médico como principal agente das práticas e o isolamento como principal meio terapêutico, sem excluir as medidas físicas de coerção. Apesar das denúncias de violência e abusos e das repetidas tentativas de reforma, esse modelo se estabelece como hegemônico por um longo período, com impactos que chegam aos dias atuais.

A psiquiatria era a garantia que salvaguardava à ordem burguesa a legalidade dessa operação. A loucura se separa do campo geral da exclusão e torna-se entidade clínica que necessita ser descrita e atendida em termos médicos, buscando sua cura. É assim, que no final do século XVIII, vem a se tornar objeto de conhecimento da psiquiatria e ganha valor de doença; e a ligação entre a doença e o asilo torna-se, então, necessária.

Pode-se perceber como se engendra historicamente os conceitos de periculosidade e inimizabilidade do louco, bem como a função de controle social que tem a Psiquiatria desde sua origem. Ainda sobre o conceito de inimizabilidade, DESVIAT nos mostra que esse é um importante serviço que a psiquiatria vai prestar à nova sociedade democrática, pois:

⁹⁸ Essa concepção, como vimos, influenciará os primeiros asilos brasileiros, seja pela tradição francesa de Pinel, estabelecida no asilo de Bicêtre, seja pela experiência de Tuke na Inglaterra, com um modelo asilar que Foucault (2007) chama de "idílico", sem aparência de enclausuramento e propondo um retorno à natureza como remédio aos males da civilização industrial. Na experiência brasileira, no entanto, o modelo das colônias de alienados mantinha uma forte relação entre assistência, punição e trabalho.

[...] o alienado era uma pessoa supostamente irresponsável, não era um sujeito de direito, de acordo com as normas que a burguesia vinha estabelecendo. Escapava à pura imposição da lei, às novas regras e códigos de convívio, ao Contrato Social que permitiria a livre circulação e intercâmbio de bens e pessoas. E escapava, justamente, na medida em que não podia ser inteiramente responsável por sua conduta. A psiquiatria veio corrigir essa falha da nova ordem social. Aí se iniciou uma aliança que iria perdurar até os dias atuais, aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito, e de limites às vezes imprecisos. Tal aliança foi mantida, ao longo do século XIX, por duas ideias. Por um lado, a da irresponsabilidade criminal [...]. Por outro, a teoria da degeneração. Essas ideias iriam fundamentar a psiquiatria, ao lado dos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, com graves consequências até hoje [...]". (DESVIAT, 1999, p. 18-19).

Tratava-se de categorias médico-criminológicas que chegavam a inscrever o delito em estigmas, hereditariedade e traços físicos, partindo para o campo da patologização das condições sociais de existência. Concepções amplamente adotadas pelo positivismo italiano e pela legislação mussoliniana e pela ditadura espanhola de Primo de Rivera (DESVIAT, 1999).

A esses conceitos de periculosidade e inimizabilidade, juntar-se-á o conceito de incurabilidade. Isso ocorre com o surgimento das teses de Bayle, que fizeram da paralisia geral um modelo para a concepção de loucura no século XIX. Triunfaram a lesão, a incurabilidade e a organicidade. Essa rápida vitória do organicismo somada à massificação dos asilos, mostrou que era impossível pensar em um tratamento moral, que se pretendia psicológico e individualizado, com a massificação do tratamento asilar; e isso abalou o otimismo e a esperança de cura dos primeiros alienistas (DESVIAT, 1999).

Como aponta Foucault, os precursores da mudança do caráter do Hospital Geral para asilo, Pinel e Tuke (na França e na Inglaterra, respectivamente), não romperam com as práticas do internamento, "eles as estreitaram em torno do louco" (FOUCAULT, 2007). Abolir as coerções físicas – Pinel aboliu o uso de correntes – e humanizar o internamento, não implica a libertação da loucura. Em nosso entendimento, como já exposto, não se trata apenas de uma operação da racionalidade médica nascente, mas de uma complexa resposta a necessidades que são também econômicas e sociais, já que entre os miseráveis do hospital geral, os loucos permaneciam improdutivos e gerando problemas à nova ordem social.

Desviat (1999) classifica como sendo três as principais funções do asilo a que as propostas de desinstitucionalização devem atentar para evitar alternativas insuficientes. Seriam elas: uma função médica, terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo; uma função social, pois desde sua origem converte-se em um refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida ou tutelar; e uma função de proteção da sociedade, perante um grupo populacional que geralmente era impossível de classificar por

meio da psicopatologia ou da psiquiatria, que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria (DESVIAT, 1999, p.19).

A grande tarefa do asilo é homogeneizar, reprimindo os vícios e tudo aquilo que se opõe às virtudes da sociedade, por isso mesmo a única diferença que pode aí se manifestar é a diferença entre 'normal' e 'anormal' (ou patológico). O asilo se revela um espaço social onde o doente sofre um processo de acusação, julgamento e condenação. Esse processo está sustentado na relação de dominação que se estabelece entre médico e sujeitos asilados. Relação que gradualmente é dissimulada pela capa da objetividade e da competência científica. (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Essas são algumas das razões pelas quais, desde o início da Psiquiatria como disciplina científica, fala-se na necessidade de Reforma da Psiquiatria. Essas críticas ganham consistência no período pós-Segunda Guerra Mundial, quando surge um conjunto de propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa. Essas propostas surgem como novas experiências práticas, principalmente, na década de 1960, num contexto de lutas pela emancipação da humanidade, o que liga a luta operária daquele momento histórico, à luta nas instituições. Paralelamente alguns técnicos demonstraram que o manicômio era lugar de opressão e dor, e não de cura (BASAGLIA, 1979).

Birman e Costa (1994) ainda afirmam que é nesse momento que a psiquiatria passa por uma crise teórica e prática devido à mudança de seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Logo vemos que as transformações no campo da assistência em saúde mental não estão isoladas do movimento mais geral da assistência em saúde, que no mesmo momento sofrerá importantes tentativas de modificação, seja pelo ensino médico ou por modificação das práticas e dos objetos, como é o caso do Movimento por uma Medicina Integral, da Medicina Comunitária e da Medicina Familiar.

As tentativas de reforma da psiquiatria foram diversas e ocorreram em vários países, mas algumas delas por sua inovação e impacto, ganharam maior reconhecimento e continuam influenciando ainda hoje, as experiências em curso (AMARANTE, 2007). As mais conhecidas dentre elas, Amarante (1995, 2007) organiza, apenas para fim de exposição em "dois grupos mais um":

O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo

hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado “pelas beiradas” como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. No 'outro' grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais. (AMARANTE, 2007, p.41).

Essas experiências de redimensionamento do campo teórico-assistencial da psiquiatria tinham no pós-Segunda Guerra alguns impulsionadores. De um lado a comparação dos hospitais psiquiátricos⁹⁹ com os horrores dos campos de concentração e, de outro, a necessidade objetiva de reabilitar força de trabalho. Na Inglaterra, França e EUA surgem com mais força propostas de 'reabilitação' que buscam, nesse contexto, desenvolver experiências socioterápicas que suprissem o caráter terapêutico que as instituições asilares não estavam conseguindo cumprir, seja pela superlotação, pelo reduzido número de profissionais, ou pela fragilidade ou ausência de propostas terapêuticas. É por isso que Kinoshita (2016) identifica a cronicidade como o Outro a que os movimentos de reforma psiquiátrica se dirigem.

As experiências do primeiro grupo, segundo Amarante (2007), são marcadas pela crítica à estrutura asilar, responsável por altos índices de cronificação, mas ainda há a crença de que o manicômio é uma instituição de cura e por isso busca-se recuperar o caráter positivo da instituição por meio de uma reforma interna.

As comunidades terapêuticas¹⁰⁰ surgem da experiência inglesa, a partir da década de

⁹⁹ Interessante notar a trajetória que faz a psiquiatria com os termos que denominam as instituições como forma de recuperar seu caráter terapêutico. O uso do termo 'asilo' por Esquirol buscava evidenciar o caráter terapêutico da instituição e diferenciá-la do Hospital Geral como instituição de confinamento sem finalidade médica. Posteriormente, com o desenvolvimento da medicina tendo no hospital seu *locus* principal de intervenções, a psiquiatria recupera o termo hospital e busca contrapor-lo às expressões hospício e manicômio, como forma de ressaltar o caráter científico e medicalizador da instituição.

¹⁰⁰ Importante diferenciar o uso do termo “comunidade terapêutica” do seu uso no Brasil atual, quando, em geral, está sendo utilizado com referência a instituições, geralmente de orientação religiosas, que têm se credenciado para oferecer tratamento a usuários de álcool e outras drogas. Essas instituições, contam, em geral, com insuficientes recursos técnicos e, na maior parte das vezes, utilizam do trabalho como medida 'terapêutica'. Não são raras denúncias que chegam à mídia sobre as violações de direitos ocorridas em seu interior. À despeito disso desde 2011 o governo brasileiro financia, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vagas nessas instituições, que posteriormente passaram a integrar oficialmente os recursos terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em 2014, a SENAD encomendou ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) uma nota técnica sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras (Nota técnica 21, de março de 2017). Por esses dados é possível perceber que ainda mais grave do que o caráter religioso é o caráter compulsório que ganha o trabalho e o disciplinamento do tempo nessa forma de 'tratamento'. Os dados também fazem refletir sobre a importância que ganham as comunidades no atendimento aos casos de uso e abuso de álcool e outras drogas, em face à baixa cobertura de CAPS em diversas regiões brasileiras. A opção dos últimos governos brasileiros pelo financiamento desse modelo de tratamento em detrimento da expansão da rede pública, tem

1940, de utilizar no tratamento o potencial dos próprios indivíduos atendidos, diante do número reduzido de profissionais e a insuficiente estrutura para atender à demanda de recuperação no pós-guerra. A experiência empreendida por Maxwell Jones, a partir de 1959, foi a que mais se popularizou. "Jones passou a organizar 'grupos de discussão' e 'grupos operativos', envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis" (AMARANTE, 2007, p.42). Com reuniões e assembleias diárias, buscavam construir dentro da instituição, relações mais democráticas e horizontais. O trabalho, as atividades ocupacionais e grupais ganhavam centralidade na operacionalização de uma terapêutica ativa que deveria ser responsabilidade de todos, técnicos, familiares e indivíduos atendidos. É no contexto do pós-guerra, portanto, que as experiências de trabalho com grupos no âmbito da saúde, existentes desde o início do século XX, passam a ser melhor sistematizadas e aplicadas com vistas à reabilitação que agora se impunha como necessidade massiva.

Nesse grupo também está a Psicoterapia Institucional francesa, que tem início com as experiências empreendidas no sul da França por François Tosquelles¹⁰¹, no Hospital de Saint-Albain. Tosquelles preferia a denominação de "Coletivo Terapêutico" para o trabalho que estavam empreendendo e também se opunha à violência institucional, defendendo que todos os atores presentes na instituição tinham papel em lutar contra ela, problematizando as hierarquias (AMARANTE, 2007). Para Tosquelles a instituição ainda teria um papel a cumprir. Combatidas as relações hierárquicas e verticais de dominação, haveria a possibilidade de utilizá-la como uma "escola de liberdade", pela produção de encontros que não se dariam de maneira cotidiana em outros espaços sociais.

Como terceira modalidade de revisão do manicômio francês¹⁰², a psicoterapia institucional foi iniciada por Tosquelles ainda nos anos de guerra. A impossibilidade de manter

contribuído para a privatização do setor e, ao mesmo tempo, para o desmonte não só da rede pública, mas de seu modelo de atenção.

¹⁰¹ O nome mais conhecido da Psicoterapia Institucional é François Tosquelles. Passos (2012) sustenta ainda, que haveria duas versões históricas desse movimento. Uma primeira e antecedente, representada pela experiência de Tosquelles em Saint-Albain e uma segunda vertente, de caráter clínico-psicanalítico, sustentada por Jean Oury na clínica de La Borde. Guardadas as diferenças entre elas, poderia se afirmar que ambas defendem a manutenção de um espaço institucional de acolhimento e convívio para pessoas com sofrimento psíquico. Ambas também sustentam que tal defesa seria compatível com a crítica ao manicômio. As críticas que figuram na literatura sobre essas experiências, em geral, vão no sentido de questionar elementos de institucionalização presente nesses espaços, que nem sempre propõem o retorno ao convívio social de maneira mais ampla. Em La Borde, por exemplo, apesar das amplas diferenças em relação aos manicômios, e da indiferenciação entre moradores "doentes" e "técnicos", a clínica consiste no espaço de moradia dos sujeitos.

¹⁰² Além dela, Passos (2009) identifica a ergosocioterapia e a farmacoterapia, como modalidades de revisão do fundamento do asilo como instituição e do alienado internado. Essas três modalidades, não necessariamente consecutivas, compuseram o primeiro momento de expansão da psiquiatria para o social na França, que se daria de maneira progressiva e lançaria as bases para a Psiquiatria de Setor.

a superpopulação dos asilos numa economia de guerra fez com que parte dos internos, para escapar à morte, ingressassem no trabalho em fazendas nas comunidades vizinhas ou retornassem à suas famílias, com surpreendentes readaptações espontâneas. Constatou-se, assim, a possibilidade real de retirá-los da inércia institucional e de transformação da instituição "num lugar de convivência e reaprendizagem da vida coletiva" (PASSOS, 2009, p. 63). Talvez o mais importante de seus princípios, que influenciou a Psiquiatria de Setor, seja o da transformação do hospital em instrumento terapêutico de ressocialização, mediante o funcionamento nos moldes da comunidade terapêutica.

O segundo grupo é caracterizado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de prevenir e promover a "saúde mental", e está representado pelas experiências de Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA).

A partir dos anos 1950 e início dos anos 1960, as limitações da psicoterapia institucional se tornam mais evidentes, com a necessidade de estruturação de um trabalho externo ao hospital para continuidade após a alta hospitalar e para prevenir novas internações. Passou-se à criação de Centros de Saúde Mental nos vários setores administrativos da França, que diferiam dos ambulatorios e constituíram a primeira experiência de regionalização da assistência psiquiátrica, que ficou conhecida como Psiquiatria de Setor (AMARANTE, 2007). Em contexto de socialização do trabalho médico, essa experiência, sob o comando de psiquiatras progressistas, entre os quais se destaca Lucien Bonnafé, apostou no trabalho de equipes multiprofissionais que fariam o acompanhamento dos pacientes tanto na instituição como no local de moradia, responsabilizando-se por uma área geográfica e passando a incluir a ideia de prevenção e tratamento junto à comunidade. Buscava-se relegar a internação a um momento transitório, evitando assim a segregação e o isolamento. A partir dos anos 1960, essa experiência foi incorporada como política oficial de saúde mental na França.

À diferença da experiência brasileira na qual, apesar do envolvimento de psiquiatras politicamente militantes, não se pode falar de reforma psiquiátrica sem referência ao movimento orquestrado pelas bases profissionais, aliadas a muitos outros atores sociais em luta contra o poder psiquiátrico constituído, na França a mudança na política foi iniciativa comandada por profissionais, sem aliança com movimentos de base (PASSOS, 2009). À diferença, também, da experiência preventivista estadunidense, não se tratou de uma exigência externa do Estado, estando os profissionais da corporação, inclusive, em conflito com o governo a partir da década de 1960. Seu respaldo nos anos 1950, se deveu mais à proximidade histórica de algumas lideranças com os quadros do alto escalão do Ministério da Saúde (PASSOS, 2009).

Cabem ainda, dois destaques sobre essa experiência. O primeiro deles, é que se opunha à hierarquização tal como concebida pela visão dominante da Medicina Preventiva e da medicina em geral, que trata casos agudos como mais importantes que os crônicos. A Medicina Preventiva previa um sistema hierarquizado de serviços segundo a complexidade, cada estrutura com uma equipe médica própria. Para a experiência em tela, no entanto, uma mesma equipe de profissionais deveria se ocupar do sistema completo que reuniria serviços hospitalares e extra-hospitalares. Na busca da indivisibilidade entre prevenção, profilaxia, cura e pós-cura, caberia à essa equipe, responsável por uma zona populacional, deslocar-se permanentemente por todas as estruturas e conhecer os doentes para acompanhá-los de maneira continuada. Caberia à equipe, ainda, suscitar a criação de estruturas em cada setor (moradias, ateliês, hospitais-dia) de acordo com as necessidades da população, não seguindo rígidos imperativos administrativos e gerenciais. A finalidade maior estaria na luta contra o internamento e na readaptação dos indivíduos ao meio social, o que somente se conseguiria com a articulação com outros organismos (educação, justiça etc.) (PASSOS, 2009).

O segundo destaque se refere ao esforço de Lucien Bonnafé em abandonar uma perspectiva assistencialista (marcada pelo preconceito da periculosidade e incurabilidade), substituindo-a por um imperativo de cuidado e tratamento. A tentativa do biologicismo racista, do final do século XIX, de cientificar a psiquiatria mostrou-se ideológica e nazifascista, contribuindo para estabelecer a autoridade psiquiátrica mais sobre a moral do que sobre a técnica. No ideário de Bonnafé, caberia recuperar o projeto de Esquirol, preservando o vínculo com o espaço ético-filosófico¹⁰³, motivo pelo qual, denomina sua doutrina de pós-esquiroleana (PASSOS, 2009).

Passos (2009) considera que por trás do embate técnico entre uma prática hierarquizada ou de setor, ou ainda, entre uma psiquiatria rica (para doentes curáveis e voltada para a prevenção, para o coletivo e instalada em hospitais-gerais ou âmbito extra-hospitalar) e uma psiquiatria pobre (destinada a doentes crônicos, voltada para o indivíduo e instalada nos grandes hospitais psiquiátricos), havia uma dimensão política e uma certa complementariedade com finalidade comuns: “Pois se uns cuidavam para que a loucura fosse identificada em seus mínimos sinais e contida antes de qualquer eclosão, outros deveriam cuidar de confiná-la, uma vez fora de controle” (PASSOS, 2009, p.66).

¹⁰³ Ao contrário dos adeptos da tendência neurobiologizante, após os anos 1980, que pretendem a psiquiatria como um simples ramo da ciência médica (PASSOS, 2009).

Transparece aí o risco de assunção, por parte das novas experiências que se voltam ao social, da função de controle da loucura. Função essa, que a experiência preventivista exerceria de maneira mais explícita. A expansão do objeto da doença mental para a saúde mental, desse modo, não significa necessariamente o abandono do referencial clássico da psiquiatria e das práticas biomédicas.

A outra experiência que compõe esse grupo e continua a produzir efeitos nas práticas atuais é a Psiquiatria Preventiva, ou Saúde Mental Comunitária, que surge nos Estados Unidos da América como resultado do censo de 1955, que revelou as condições precárias dos doentes mentais institucionalizados. A partir de 1963, o governo Kennedy inicia uma série de medidas racionalizadoras que têm como diretriz principal a criação de serviços de saúde mental intermediários entre o manicômio e a comunidade, com vistas a diminuir os gastos com saúde e o número de internações nos hospitais psiquiátricos. É claro aí o entendimento da desinstitucionalização tomada unicamente no sentido de desospitalização o que, ao contrário do que se propagava, acabou por produzir aumento dos gastos e das internações (AMARANTE, 2007).

Tendo importante referência em Gerald Caplan e no modelo da História Natural da Doença de Leavell e Clark, essa experiência acabou operando um agenciamento dos doentes no território para o manicômio, sob o objetivo de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais na comunidade. A concepção de que as doenças mentais poderiam ser prevenidas desde que detectadas precocemente levou à “busca de suspeitos”, como forma de detectar e tratar precocemente qualquer distúrbio mental. Essa estratégia acabou se transformando em “caça por suspeitos” numa clara expansão dos “preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2007, p.51).

Criticava-se o sistema psiquiátrico por ser hospitalocêntrico, mas não havia uma crítica radical do saber psiquiátrico. Já que aceitavam a validade da psiquiatria tradicional, o que se propunha era um rearranjo administrativo, que não colocava em questão a existência do manicômio, mas propunha a sua redução, com a criação de serviços intermediários entre a comunidade e a internação. Esses serviços deveriam ser provisórios, até que o hospital se tornasse obsoleto e gradualmente desaparecesse. É interessante notar que até a defesa de que o hospital deveria ser menor, também não escapa de argumentos administrativos e racionadores economicamente (AMARANTE, 1996).

Na prática os serviços intermediários não se mostraram menos onerosos e serviram mais para aumentar a demanda hospitalar do que para contribuir com seu desaparecimento. O que

ocorreu foi uma ampliação da psiquiatria para o território, alargando o conceito de doença para desvio, mal-estar social, desajustamento, anormalidade. Aumenta o número de pessoas assistidas e as técnicas utilizadas, mas, não necessariamente, aumentam os resultados terapêuticos; constituindo-se num obstáculo a transformações substanciais. Esse referencial acredita que não há problemas na forma pela qual a psiquiatria apreende o fenômeno da loucura e constrói sua vocação terapêutica, mas que esse modelo estaria invertido e, ao invés de voltar-se para a cura e a reabilitação, deveria voltar-se prioritariamente para a prevenção e a promoção de saúde mental.

O ideal da saúde mental é uma construção da psiquiatria preventiva, que remete à ausência de doenças mentais no meio social e torna-se um referencial forte no campo psiquiátrico, influenciando inúmeros projetos de reforma, pois todos parecem ser favoráveis à prevenção ou à utopia de uma sociedade sem mal-estar ou doenças (AMARANTE, 1996). É esse referencial que tem servido como teoria para uma nova estratégia de patologização e normatização do social, inscrevendo o sofrimento psíquico e o mal-estar social no rol das patologias, e fornecendo novas tecnologias para que a psiquiatria se apresente novamente como instrumento de controle social.

Reatualiza-se no século XX com o preventivismo, agora sob nova roupagem, a tendência de controle social por parte da psiquiatria, revelando também as relações entre a intervenção técnica e os interesses estatais. O contexto estadunidense no pós-guerra, além do aumento dos bolsões de pobreza em diversos círculos urbanos era o de organização e revoltas populares em torno aos direitos civis, o que levou à intervenção do Estado sobre as condições de saúde a fim de promover saúde mental como um processo de adaptação social¹⁰⁴.

Todas essas reformas dos anos 1960, criticavam o internamento como resposta terapêutica e se propunham a atingir a superação gradual do manicômio por meio da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação, etc. A transformação que operaram nas formas organizativas rompeu o predomínio do modelo segregativo clássico da psiquiatria, para o qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico, e se multiplicaram as estruturas extra-hospitalares médicas e sociais, que deveriam assistir os egressos dos hospitais e servir de

¹⁰⁴ Kinoshita (2016) realizou recentemente um apanhado da história da assistência nos EUA, que tem particularidades distintas em relação à história europeia, marcada pela influência da Grande Interação. Para além da leitura corrente na literatura, de que as reformas estadunidenses estão motivadas principalmente por motivos de corte nas despesas públicas, considera que a literatura disponível aponta, ainda, a existência de um intenso debate a esse respeito.

filtros para internações ulteriores (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Entretanto, com o passar do tempo, foi possível reconhecer que operavam com a desinstitucionalização¹⁰⁵ como 'desospitalização' e que acabaram reforçando a existência do manicômio, ao invés de extingui-lo.

Para essas experiências Franco Rotteli (1990) reserva a expressão "psiquiatria reformada", por seus intentos de renovação da capacidade terapêutica da psiquiatria, na tentativa de liberá-la de suas funções arcaicas de controle social, coação e coerção, bem como de fazê-la retornar ao objetivo do qual se desviara. Com a expressão 'Refoma Psiquiátrica', então, não se está fazendo menção, necessariamente, à superação dos preceitos fundantes da psiquiatria e à negação de seu mandato social, mas a transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo. Considera-se, muitas vezes, que a questão não está na ordem do saber psiquiátrico, mas na sua operacionalidade prática e que bastaria reorganizar os recursos para se alcançar um bom resultado terapêutico e preventivo (AMARANTE, 1996). Nesse sentido, justifica-se e compreende-se o uso da expressão "reforma". É por esse motivo que Amarante (2007) classifica as experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana em um "grupo" à parte, por considerar que elas operam uma ruptura com o saber e a prática psiquiátrica tradicional.

A Antipsiquiatria tem lugar na Grã-Bretanha com Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, tendo o termo sido cunhado por Cooper posteriormente. A partir de algumas experiências com inspiração nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, esses psiquiatras empreenderam um conjunto de críticas não só às limitações das estruturas psiquiátricas, mas ao próprio edifício teórico da psiquiatria, levantando questões que permanecem sem ser resolvidas pela psiquiatria tradicional, evidenciando o impacto desses questionamentos até os dias atuais.

A experiência de Lang no Hospital Psiquiátrico de Glasgow, e de Cooper no Pavilhão 21 (um destacamento de um hospital com mais de dois mil leitos, no qual empreendeu uma organização nos moldes da comunidade terapêutica), possibilitou uma crítica que ia além dos aspectos organizacionais e atingiam as explicações clássicas sobre a esquizofrenia e outras formas de adoecimento. Para esses autores, os ditos sintomas psiquiátricos denunciavam os conflitos e contradições existentes na família e na sociedade, sendo experiências que ocorrem não no indivíduo, mas nas relações estabelecidas entre eles e a sociedade. Os hospitais

¹⁰⁵ Segundo Amarante (2007) o termo "desinstitucionalização" surge no contexto da Psiquiatria Preventiva.

psiquiátricos, não só reproduziriam, mas amplificariam as estruturas opressoras e patogênicas da organização social. A doença mental, desse modo, não existiria como um objeto natural e ahistórico, mas como uma experiência do sujeito em relação com o meio social (AMARANTE, 2007). Segundo Amarante (2007) a crítica à estrutura familiar e social teria identificado esses autores rápida e injustamente com os movimentos contestatórios e antiinstitucionais que culminariam no maio de 1968, restringindo o alcance de suas críticas.

Não existiu por parte deles uma proposta de "tratamento" tal como a da terapêutica tradicional, mas a permissão de que o sujeito vivenciasse a própria experiência que poderia ser fonte de reorganização interior. O papel do técnico, nesse sentido, seria o de acompanhar e auxiliar na superação desse processo, protegendo-o, inclusive, da violência psiquiátrica (AMARANTE, 2007). Em 1965, Cooper, Laing e Esterson fundaram a Philadelphia Association, que permitiu subvencionar, de 1965 a 1970 a experiência de Kingsley Hall, um centro em um bairro operário de Londres, no qual médicos e doentes conviviam de forma indiscriminada e sem qualquer tipo de regulamento, dando consequência às teses que investigavam.

Diversos autores influenciaram o debate promovido por eles. A influência de Sartre na obra de Laing costuma ser a mais citada, mas também o debate que estabeleceu Erving Goffman (2015) sobre como o "curso natural da doença" era a maneira da psiquiatria se referir à "carreira moral do doente". O questionamento sobre o papel da institucionalização presente nas instituições totais, a estigmatização e a mortificação do eu, são aspectos que ampliaram a compreensão do conceito de desinstitucionalização para além da acepção que ganhou lugar na experiência preventivista (como desospitalização).

A crítica aí iniciada apontava que "a psiquiatria não é mais uma especialidade médica [como se pretende], mas uma ilusão quase-médica" (HEATHER, 1977, p.72). O questionamento se dirigia à inidoneidade e invalidez do diagnóstico psiquiátrico (com o emprego quase arbitrário das categorias diagnósticas que, diferentemente dos outros campos da medicina, não se excluem mutuamente, além de serem muito pouco conhecidas as causas subjacentes). Além disso, a relatividade cultural e geográfica na frequência dos diagnósticos e na consideração do que é anormal, atestavam a natureza moral da intervenção psiquiátrica (HEATHER, 1977). Na síntese de Heather:

Evidentemente, a finalidade de qualquer controle social é estabilizar a espécie de sociedade que existe agora e assim impedir que ela mude. A contribuição da psiquiatria para esse esforço pode ser vista de diferentes maneiras. Em primeiro lugar,

a psiquiatria serve à máquina industrial consertando suas peças quebradas e repondo-as, literalmente, em ordem funcional. Em tempo de guerra, a tarefa da psiquiatria consiste em devolver às linhas de frente as vítimas de traumas neuróticos; em períodos de paz, tem a tarefa análoga de devolver o produtor/consumidor à mesa de trabalho, à pia de cozinha e ao supermercado.

Em segundo lugar, a psiquiatria reforça a gama cada vez mais restrita de possibilidades humanas exigidas pela sociedade, legislando o que é conduta normal, sã e permissível, e o que é anormal, mórbido e intolerável. [...]. Portanto, a psiquiatria invalida como doença e procura corrigir por tratamento aquelas formas de comportamento e de experiência que se situam fora desses estreitos limites. Como vimos, a responsabilidade particular da psiquiatria consiste em classificar e erradicar categorias residuais de desvio que não podem ser classificadas de outras maneiras ou tratadas por outras agências.

Finalmente, a psiquiatria serve à função de disfarçar as baixas de um sistema social impiedoso, competitivo e insensível, retratando-as como consequência de "psicopatologia individual". Desvia assim as atenções das causas reais de desgraça humana – pobreza, degradação, injustiça e opressão. (HEATHER, 1977, p.113-114).

No entanto, na avaliação de Heather (1977), esses questionamentos revelaram também que sem a transformação da sociedade, uma alternativa genuína à psiquiatria ficaria limitada. Em nosso julgamento, a falta de orientações terapêuticas da antipsiquiatria, nos moldes do que preveem os sistemas de saúde e os modelos de atenção em saúde mental, levaram à limitada amplitude de seu alcance, sendo considerada menos influente na estruturação de outros sistemas de saúde.

A outra experiência que questionou as bases da psiquiatria e propôs a desinstitucionalização para além do desmonte da estrutura hospitalar foi a Psiquiatria Democrática, que teve lugar na Itália e conta com Franco Basaglia como seu principal formulador. Basaglia e uma equipe de psiquiatras iniciaram um trabalho com base na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional no hospital psiquiátrico de Gorizia, nos anos 1960, buscando transformá-lo num lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos, haja vista as condições a que estavam submetidos no manicômio.

Essa primeira experiência mostrou os limites das medidas administrativas e de humanização na transformação efetiva da instituição. Inicia, então, com parte da equipe de Gorizia, uma experiência em Trieste, em 1971, "que se tornou o eixo da mais importante face do processo de reforma psiquiátrica brasileira" (AMARANTE, 2007, p. 56).

Basaglia considerava que a comunidade terapêutica inglesa já havia demonstrado o aspecto social da psiquiatria, ao surgir como necessidade de desinstitucionalizar o manicômio num contexto em que o mercado de trabalho inglês necessitava de novos braços. Entretanto, na metade dos anos 1960, a recessão no país fez com que as comunidades ficassem restritas a pequenas ilhas, enquanto o manicômio, como instituição repressiva, voltou a se encher. Para o

autor, isso mostrou, além do aspecto social de funcionamento do manicômio, como

[...] a descoberta da psiquiatria comunitária não é nada mais que uma reciclagem da velha gestão manicomial, porque, quando a organização social não tinha mais necessidade da pessoa reabilitada, mandava-a de volta para o manicômio. O problema da nova gestão comunitária não era nada mais que uma gestão suave do manicômio em oposição a uma gestão violenta do manicômio (BASAGLIA, 1979, p.85).

Considera, ainda, que a Psiquiatria de Setor também teve que lidar com a mesma problemática, pois a proposta de abertura do hospital – situação na qual a equipe psiquiátrica curava as pessoas no campo – acabou representando um transporte da lógica manicomial para fora do manicômio, revelando-se um tipo de "terapia de controle social e não de solução da crise" (BASAGLIA, 1979, p.88). Na experiência italiana¹⁰⁶, todavia, a constatação de que o manicômio "havia surgido e se mantinha com a finalidade não de curar, mas de controlar" (BASAGLIA, 1979, p. 86) o desvio do pobre, sobretudo um desvio produtivo, levou, em Trieste, a uma experiência inovadora, que trouxe um outro entendimento para a palavra "desinstitucionalização". A construção dessa nova experiência passa pelo reconhecimento de que qualquer que fosse a forma de administração da instituição, o manicômio seria sempre um lugar de controle social e não de cura.

Procederam, então, ao fechamento de pavilhões e enfermarias, ao mesmo tempo que outros dispositivos substitutivos (porque buscavam tomar o lugar da instituição e não se estabelecer como paralelos) eram criados. Por influência da psiquiatria de setor, passaram a criar Centros de Saúde que mais do que regionalizados, buscavam ser territorializados, mobilizando o território para modificar a forma como as pessoas lidavam com a doença mental e reestabelecer um lugar social para a loucura. Utilizavam, ainda, estratégias advindas das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional (assembleias, clubes terapêuticos, ateliês) como intermediárias na desmontagem da estrutura manicomial, além da construção de residências e cooperativas de trabalho que visavam a efetiva "inclusão social" (AMARANTE, 2007).

Na concepção preventivista, se considerarmos as contribuições críticas de Donnangelo

¹⁰⁶ Ao nos referirmos à "reforma italiana", importante deixar claro que estamos nos baseando na experiência de Trieste e na produção teórica que dela derivou. Trieste, apesar de não ser uma cidade estratégica, gerou influência para outras e a desconstrução das práticas ali operadas foi referência para a aprovação da Lei 180, em 1978, considerada a lei da reforma psiquiátrica italiana, que incluía a desativação progressiva de hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais, além da eliminação da custódia e a restituição do direito constitucional de voto aos portadores de enfermidades mentais. Entretanto, a realidade de Trieste não se generalizou pelo país da mesma forma, de maneira que chamar de "experiência italiana" nem sempre retrata a diversidade de situações existentes pelo país.

(1979) sobre a Medicina Comunitária, poderíamos afirmar que as formações grupais, quando existentes, estão submetidas a critérios racionalizadores de atendimento de maior demanda com recursos simplificados, além de cumprirem um papel regulador e disciplinador da participação comunitária. Nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, embora impulsionados pela necessidade de reabilitação e falta de estrutura de quadros técnicos, as condições objetivas e a real preocupação com a recuperação terapêutica da psiquiatria tradicional deram origem a formações grupais com maior respeito à individualidade e, ao mesmo tempo, maior sentido comunitário. Esses grupos, partindo dos questionamentos à psiquiatria clássica, já propunham maior horizontalidade entre técnicos e sujeitos atendidos, que participavam igualmente das reuniões.

Com base nas experiências pregressas, a equipe de Gorizia conferiu papel central às formações grupais (principalmente assembleias e reuniões de setor) no movimento de reconversão e desmonte dos dispositivos institucionais da lógica hospitalar. O combate às práticas de dominação e exclusão passava por esses espaços grupais que eram abertos à participação de técnicos, internos, familiares e comunidade e nos quais se discutia desde questões pessoais até o preconceito da sociedade, além da organização da vida institucional. As assembleias eram espaços de exercício do ato de colocar a "doença entre parênteses", conferindo centralidade aos relacionamentos, abrindo espaço para a comunicação no contexto institucionalizante. Por se tratar de sujeitos institucionalizados por longo período era fundamental recuperar o espaço da palavra, a possibilidade de fazer escolhas e de se responsabilizar por elas, que haviam sido minadas pela institucionalização. Nesse sentido, era importante que, além de um lugar de escuta e compartilhamento, esses fossem espaços de possibilidade de escolhas reais sobre o cotidiano institucional, as normas, a decisão sobre atividades e a gestão compartilhada do espaço comum. Acreditavam, assim, estar recuperando a dimensão de sujeitos de direitos que era anulada com o diagnóstico da doença mental.

A experiência italiana partiu do questionamento da própria ciência psiquiátrica; da crítica do modelo racionalista problema-solução tal como normalmente é aplicado em psiquiatria, abrindo uma contradição e um vácuo que a experiência italiana se esforçava em não preencher com o retorno ao modelo anterior e em deixar aberta a contradição até que fosse capaz de estabelecer uma nova ciência junto à classe oprimida que povoava o manicômio e que podia ser o novo cliente da instituição, ou seja, o proletariado e o lumpem-proletariado. Pretendiam trabalhar não só com os doentes e com a loucura, mas com a conceituação da população sobre a doença mental.

Sem que as organizações do povo tomassem nas mãos essa luta, acreditavam que a

proposta seria cientificizada e voltaria a uma ideologia burguesa. Pretendiam colocar a assistência psiquiátrica em conjunto com as organizações políticas que desejavam a emancipação do povo, para que a reforma não viesse de cima e se convertesse em controle social, como as experiências inglesas e francesas (BASAGLIA, 1979). Nesse sentido, a eliminação do manicômio com o apoio de partidos e sindicatos e da população, foi uma vitória desse movimento que conseguiu que a isso se somasse uma lei que abolisse o conceito de periculosidade do louco. Para Basaglia, a assistência deveria responder não à entidade clínica, mas ao ser social e político do homem que sofre, voltando-se para seu sofrimento e suas necessidades. Esse movimento tentava ser orgânico com a pessoa que sofre, e não com a classe que manda, e nisso o técnico desempenharia papel fundamental, como quem pode operar o início das transformações, mobilizando com isso os outros atores envolvidos¹⁰⁷. A originalidade dessa proposta estaria no fato de depois de formulada por técnicos, ter sido tomada pelas forças políticas que viram nela um conteúdo novo na luta pela emancipação humana.

Rompe com o modelo clínico e sua causalidade unidirecional causa-efeito, a que a psiquiatria sempre teve dificuldades de responder. Sua resposta concreta ao princípio racionalista que liga o diagnóstico ao prognóstico, a doença à cura, acabou sendo o manicômio como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resultava incoerente perante esse código de interpretação e intervenção. Revelando-se uma instituição que 'administra o que sobra' (o lumpesinato e o proletariado que não produz), a psiquiatria comprova sua impossibilidade de responder ao modelo biomédico, organizando seus aparatos institucionais para encobrir e remover essa falta constitutiva.

A psiquiatria separou o objeto "doença" da "existência global, complexa e concreta"¹⁰⁸

¹⁰⁷ Nessa concepção, transparece o conceito de intelectual orgânico de Gramsci, que está presente também na concepção basagliana de que o técnico deve conduzir seu trabalho no otimismo da prática, não pensando que seu trabalho vai terminar mal, ou que as coisas não são possíveis de serem feitas; em contraposição ao técnico tradicional que conduziria seu trabalho no pessimismo da razão.

¹⁰⁸ Na tradução em português consta a seguinte nota: "A palavra italiana *complessivo*, literalmente, diz respeito a algo considerado em seu conjunto, em sua totalidade, mas que no texto tem também o significado de complexo e concreto. Neste sentido quando há referência à existência *complessiva* traduzimos por existência global, complexa e concreta". Consideramos importante trazer essa nota já que essa tradução pode ser fonte de grandes divergências teóricas. Basaglia não pode ser considerado um autor marxista, mas há claras influências do marxismo e do socialismo como objetivo estratégico em sua teorização. Isso pode ser depreendido da própria fala de Franco Basaglia quando de suas Conferências no Brasil em 1979 (vide BASAGLIA, 1979), quando essa influência é expressa textualmente. Na tradição marxista, "totalidade" e "concretude" são categorias centrais na possibilidade de conhecimento e atuação no mundo. Entretanto, a categoria "complexidade" tem sido utilizada amplamente na história mais recente da ciência por correntes de orientação pós-moderna, como é o caso do paradigma da complexidade e da corrente "desconstrucionista". É importante salientar essa distinção, pois esse também tem sido o caminho da apropriação do pensamento basagliano no Brasil. Essa apropriação, ao nosso ver, se dá por contradições no próprio texto basagliano, devido ao momento histórico em que foi escrito – o texto aponta para uma estratégia socialista, mas em diversos momentos também aponta como finalidade a "cidadania plena" -, pelas

dos sujeitos atendidos e do corpo social; e sobre essa separação construiu seus aparatos institucionais, todos referidos à doença. Para a experiência italiana é a instituição como conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto "doença" que é preciso desinstitucionalizar para retomar o contato com a existência dos sujeitos, enquanto "existência" doente (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 27-28).

Para se voltar a esse novo objeto, não optam pelo caminho da antipsiquiatria, mas pela desinstitucionalização, que continua a realizar a função terapêutica e, ao mesmo tempo, utiliza o poder que a psiquiatria tem no sistema institucional como poder voltado para a transformação. Promove um redirecionamento de todos os elementos institucionais tendo a "existência-sofrimento dos pacientes" e sua relação com o corpo social como objeto. A terapia não seria vista como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto de estratégias mediatas e indiretas que enfrentam o problema através de um percurso crítico que passa pelo modo de ser do tratamento (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Esse percurso passa pelo reconhecimento de que, no modelo biomédico, muitas vezes, é a solução que formula o problema, lhe dá forma e nome. Desmontar essa solução passa por remontar a doença mental à cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, por meio da qual ela assumiu essa forma de existência e de expressão; na tentativa de reconstruir a totalidade da existência-sofrimento do ser social que sofre. Nesse sentido, a ação terapêutica é também ação de transformação institucional e a ênfase não é o processo de cura, mas de "reprodução social do paciente". "Trata-se de decidir que é possível reproduzir-se em mil modos, mas que estes devem ser praticáveis. Trata-se de utilizar a riqueza infinita dos papéis sociais possíveis, mas é imprescindível promover ativamente estas possibilidades" (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p.30).

Sendo objetivo a produção de vida, de sociabilidade, de sentido, a utilização dos espaços comunitários difusos, a reconversão dos dispositivos institucionais, a solidariedade e a afetividade tornam-se objetivos terapêuticos que articulam a materialidade do espaço institucional e a potencialidade dos recursos subjetivos. A emancipação terapêutica que substitui a cura só pode ser a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30-31). E nesse sentido, consideramos que nessa experiência a transformação institucional pode ser vista como um momento de acúmulo para a transformação social, pois desmonta uma das mais

contribuições teóricas de seus continuadores, que já apontam nessa direção, mas também por distorções de seu pensamento.

significativas válvulas de segurança dessa ordem social que se sustenta sobre a separação entre norma e desvio, doença e saúde. Baseando-se na crítica à estrutura social e às intervenções normativas e racionalizantes, buscam negar as instituições da repressão e da violência e com isso romper com a própria lógica de marginalização de classe, implícita na existência do manicômio (BASAGLIA, 2005c).

Nesse projeto, o papel dos técnicos é fundamental, e pode transformar a rede de relações chamando à responsabilidade os outros atores envolvidos. Para Basaglia, se o técnico abre mão do princípio de autoridade, pode começar a operar com o princípio da liberdade, que é o primeiro passo para a liberdade. Se a doença em sua própria origem é vista como a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se vê transformado em objeto pelo ritmo da doença e do internamento, um espaço que, criado para torná-lo inofensivo e tratá-lo, revela-se instrumento de aniquilamento de sua individualidade, gerando o que Burton¹⁰⁹ denomina *Institutional neurosis* e que Basaglia chama simplesmente de "institucionalização". Já oprimido pelos limites da doença, o sujeito é impelido pela instituição a objetificar-se nas regras, num processo de restrição de si mesmo. Aprisionado numa condição de estar a mercê dos outros, sem espaço para iniciativa pessoal e com seus dias fracionados e ordenados por demandas institucionais, está impedido de buscar seu lugar, de projetar-se no futuro, de 'conquistar' sua própria subjetividade (BASAGLIA, 2005a).

Assim, quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com elas (BASAGLIA, 2005a, p.25).

Esse problema do doente no hospital se torna inadiável com o advento dos fármacos, que possibilitam um limite mais vasto de consciência, mas se juntamente com eles não for feito um movimento em defesa da liberdade, acabam por se converterem em mais um elemento de poder institucionalizante. E essa defesa da liberdade passa por uma renúncia dos técnicos ao mandato social de tutela que a sociedade lhes conferiu no contato social com o louco; passa por poder ver o paciente como um sujeito cuja subjetividade e liberdade pessoal ele reconhece, superando a relação de autoridade (BASAGLIA, 2005a).

Esse reconhecimento da subjetividade e do direito à liberdade implica na abertura das

¹⁰⁹ Burton, R., *Institutional Neurosis*, Bristol, John Wright, 1959; citado por BASAGLIA, 2005a. Basaglia cita como "Burton, R.". Se trata, no entanto, do psiquiatra britânico Russel Barton (1924-2002).

portas do manicômio, segundo o sistema *open door*. Essas mudanças trazem à consciência dos doentes os seus direitos e mobilizam também a agressividade brotada do sentimento obscuro de estarem sendo tratados como "não-homens". E é nesse momento que o técnico, após ter lhe despertado esse sentimento de humanidade mortificada, não pode deixá-lo ficar nesse espaço fechado. É aí que a 'porta aberta', 'a abolição das grades, a abertura dos portões tem profundas repercussões, dando ao doente a percepção de estar vivendo num local de tratamento onde pode reconquistar gradativamente sua relação com os 'outros', com quem cuida dele, com seus companheiros" (BASAGLIA, 2005a, p.31).

Entretanto, há dois movimentos a que se deve ficar atento nesse projeto de *open door*, quais sejam: o perigo da "institucionalização branda" e da "transinstitucionalização". Em um processo de institucionalização branda o paciente mergulha na rendição e devotamento absolutos ao "bondoso" (o técnico que opera com o princípio da liberdade), que se dedica a ele, inclina-se para escutá-lo e não lhe diz não. Segundo Basaglia (2005a), esse é um estado de alienação ainda maior, porque mesclado a sentimentos de gratidão que mantém o paciente ligado ao técnico numa relação ainda mais mortificante e destrutiva do que uma contenção física e que pode levá-lo novamente a uma aniquilação da sua individualidade, retornando à anterior relação de 'servo-senhor'. Isso decorre de sentir a liberdade como dádiva vinda do técnico, e não como uma conquista sua.

A transinstitucionalização, por sua vez, é processo corrente nos países que operaram com a desinstitucionalização como desospitalização. Esses países enfrentaram o problema aparentemente, dilatando para o território os serviços de controle do desvio, sem afetar a lógica e a realidade manicomiais. Nesse contexto, frequentemente vê-se surgir uma mudança de alojamento e não uma transformação das práticas assistenciais, processo a que se denomina "transinstitucionalização" (DESVIAT, 1999).

Negando a psiquiatria como técnica repressiva que o Estado utilizava contra a classe operária que, se adoecesse estava fadada ao manicômio, negavam o mandato custodialístico atribuído à instituição e aos técnicos. No lugar, buscavam tomar por objeto a "existência-sofrimento dos pacientes" como totalidade em relação com o corpo social. Com isso rompiam com o modelo clínico fundante das instituições e com a relação unilateral causa-efeito na análise da constituição da loucura. O problema se tornava, então, não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas, do processo de singularização e ressingularização (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

O exemplo de Trieste mostrou a operacionalidade de um modelo completamente

substitutivo ao manicômio, baseado em serviços que respondam à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada, que não selecione as necessidades, demandas, conflitos, mas que elabore estratégias dinâmicas e individualizadas de respostas que tentem salvaguardar e ampliar a riqueza da vida das pessoas, doentes ou sãs (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

No entanto, o processo de desinstitucionalização não termina com o fim do manicômio enquanto estrutura física, mas utiliza-o como mediação e acúmulo de forças para transformações sociais mais amplas. Ao apontar o horizonte do socialismo, Basaglia aponta também para a dimensão da emancipação humana, dimensão que não é possível de ser concretizada nos limites da estrutura social estabelecida.

A experiência italiana é gestada e potencializada pela própria existência de um Estado de Bem-Estar Social¹¹⁰ na Europa, que permite que a intervenção no manicômio tire os loucos das relações de dependência pessoal, elevando-os às relações de independência pessoal baseada na dependência material. Para ROTTELI, o manicômio é o lugar zero das trocas sociais, e a internação é que opera essa "subtração das trocas", estabelecendo relações de mera dependência pessoal, que são as formas sociais mais arcaicas¹¹¹ (ROTTELI, 1990). Essa privação que o manicômio opera é a base material sobre a qual se desenvolve a cronicidade. E é sobre ela que a experiência italiana atua, libertando os internos e reinserindo-os fora da tutela, com dinheiro e as possibilidades materiais de participar do contrato social. Baseados na premissa de que "a independência pessoal baseada na dependência material é a segunda forma importante na qual chega a constituir-se um sistema de trocas social geral, um sistema de relações universais, necessidades universais, capacidades universais" (ROTELLI, 1990, p. 62), buscaram construir em Trieste a possibilidade de troca de valores de troca, base produtiva real de cada igualdade e liberdade¹¹².

¹¹⁰ Há que se considerar que isso pode ter sido possível pelo momento econômico e político que a Itália vivia, que esse modelo não vigorou na Itália como um todo, e que retrocessos são vistos desde então no mundo todo, após a implantação do modelo neoliberal de Estado mínimo. E como Basaglia mesmo nos mostra há um aspecto social desde o início da psiquiatria e, mantida essa ordem social, qualquer crise econômica pode e provavelmente significará um retrocesso nesse modelo.

¹¹¹ ROTTELI estabelece essa reflexão a partir de citações de MARX nos Grundrisse.

¹¹² Rotelli (1990) esclarece que sabiam, no entanto, que "a realização do estágio da independência pessoal baseada na dependência material deveria conduzir para onde a liberdade individual baseada no desenvolvimento pessoal dos indivíduos e na subordinação à produtividade coletiva social (como patrimônio social) constitui o terceiro estágio, o da liberdade" (ROTELLI, 1990, p. 63-64). Sabiam, também, que esse estágio era impossível de ser realizado no *Welfare State* (acrescentaríamos ainda que é impossível de ser realizado sob a ordem capitalista), onde a ideologia da justa troca mistifica a desigualdade real das relações de dependência, numa sociedade que continua a manter suas desigualdades pela manipulação cautelosa das privações (ROTTELI, 1990).

A validade dessa experiência, todavia, está na compreensão de que na troca desigual se abrem os espaços de um contrato que permanece motor de contradições e instrumentos de luta, contra um sistema que encontra na exclusão a solução para os problemas que surgem das relações explícitas entre as classes sociais, ocultados por ciências autolegitimantes (ROTELLI, 1990).

Pelo exposto, a "reforma" italiana constituiu-se num empreendimento teórico-prático de crítica à instituição asilar, mas também às bases do modelo biomédico que sustenta a psiquiatria tradicional. Buscou superar a psiquiatria sem negar as formas terapêuticas alternativas como mediação nesse processo. Reconhecia que o diagnóstico, tal como conformado pela psiquiatria, e os efeitos da institucionalização produziam tantos danos que se fazia impossível compreender os efeitos do adoecimento na desorganização da vida dos sujeitos. Por esse entendimento se lançaram a uma experiência que, utilizando-se de mediação já criadas pelos movimentos anteriores de questionamento à psiquiatria, constantemente negava e geria as formas institucionais; buscava operacionalizar uma terapêutica, mas também colocar a doença entre parênteses.

Mostravam, entretanto, ter consciência das limitações dessa experiência, que só foi possível ser realizada pela conjuntura do Estado de bem-estar em que se desenrolava. No fechamento do livro "A Instituição Negada", organizado por Basaglia sobre o trabalho realizado em Gorizia, afirma:

Fanon¹¹³ pôde escolher a revolução. Nós, por razões objetivas evidentes, estamos impedidos de fazê-lo. Nossa realidade é ainda continuar vivendo as contradições do sistema que nos determina, gerindo uma instituição que negamos, exercendo uma ação terapêutica que refutamos, negando que nossa instituição – que devido à nossa própria ação tornou-se uma instituição da violência sutil e disfarçada – continue a *ser apenas funcional* ao sistema; tentando resistir às armadilhas das sempre renovadas ideologias científicas com as quais tende-se a sufocar as contradições que temos por dever tornar mais explícitas; conscientes de *estarmos empreendendo uma tarefa absurda ao querermos fazer existirem valores quando o não-direito, a desigualdade, a morte quotidiana do homem são erigidos como princípios legislativos* (BASAGLIA, 1985, p. 321-322, grifos no original).

¹¹³ Frantz Omar Fanon (1925-1961), psiquiatra e ensaísta marxista, exerceu a psiquiatria em Lyon, no centro Saint-Albain e no hospital do exército francês na Argélia. Durante a guerra de libertação argelina, ao presenciar as atrocidades do processo colonial, junta-se à resistência argelina. Basaglia (1985) considera que Fanon, como um psiquiatra politizado e negro, percebeu que a relação entre médico e doente (assim como entre branco e negro, ou seja, entre quem detém o poder e quem não) "era sempre uma relação institucional onde os papéis haviam sido definidos pelo sistema" (BASAGLIA, 1985, p. 320). A ação médica podia chegar ao limite do reformismo, com o perfeccionismo técnico que reintegrasse socialmente numa realidade que Fanon definia como "uma desumanização sistematizada". Desse modo, a ação terapêutica resultava num ato de aceitação do sistema e por isso Fanon escolhe estar fora das instituições para agir na transformação da realidade.

Logo, assim como as experiências alternativas ao modelo biomédico na assistência em saúde em geral, na assistência em saúde mental, nem todas elas se constituíram em enfrentamentos aos fundamentos clássicos da medicina. Utilizar a expressão "reforma psiquiátrica", portanto, não significa, necessariamente, fazer referência a um processo que questione as bases anatomofisiológicas sobre as quais se erigiu o edifício teórico da psiquiatria (ainda que com dificuldades na sua legitimidade dentro da própria medicina) nem significa questionar o mandato social de custódia e tutela atribuído historicamente a esse campo de conhecimento no controle dos desvios, patologização dos comportamentos e das experiências humanas e legitimação da ordem social.

A priori a expressão 'reforma' indica um paradoxo, pois sempre foi usada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às 'verdadeiras' transformações estruturais, radicais e de base. O termo, no entanto, prevaleceu e ainda prevalece, em parte, pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político (AMARANTE, 1995). Há que se considerar, no entanto, que, se utilizar um termo contraditório pode levar à construção de consensos em determinados momentos, em momentos de descenso das forças progressistas pela Reforma Psiquiátrica, são essas forças que, sob o mesmo rótulo, não conseguem se diferenciar e acabam fazendo coro a experiências de reforma na lógica preventivista e da psiquiatria tradicional. Velhos conteúdos aparecendo sob novas formas e arranjos técnicos-assistenciais é um problema corrente com o qual toda tentativa de Reforma Psiquiátrica tem que se deparar; isso ocorreu nas experiências de psiquiatria reformada da década de 1960 e continua a ocorrer nas experiências atuais. No Brasil, a disseminação do uso do termo "psicossocial", por exemplo, faz com que seu uso ocorra mesmo em relação a práticas que reforçam o modelo biomédico.

Em relação aos modelos de psiquiatria reformada, Rottelli, Leonardis e Mauri (1990) sistematizam algumas características que se mostram comuns. A internação continua a existir e não com papel secundário, por mais que não fosse essa a intenção do modelo. É comum os hospitais passarem a operar na lógica do *revolving door*, reduzindo o tempo das internações e aumentando o número de altas e recidivas. Ou ainda, surgirem outras estruturas jurídicas e assistenciais de caráter asilar, produzindo a transinstitucionalização e o abandono de parte da população psiquiátrica. Outra característica comum é os serviços territoriais confirmarem a necessidade de existência do hospital, funcionando segundo a lógica empresarial que seleciona os problemas com base na competência dos serviços, causando um efeito de abandono e de

falta de respostas aos problemas e ao sofrimento das pessoas, que não são de responsabilidade de ninguém, mas abandonadas a si mesmas. Isso produz nova cronicidade e aumenta a necessidade do hospital na lógica de "um serviço para cada problema". A terceira característica é que o sistema de saúde passa a operar como um circuito, em que os serviços comunitários e de internação se retroalimentam, tendo a internação como 'ponto de descarga' temporário e recorrente de uma espiral que cronifica os problemas e aumenta a sensação de frustração dos operadores. Nesse percurso, apesar de declaradamente buscar 'a extinção progressiva do manicômio', acabam por confirmá-los como necessários ao funcionamento do sistema como um todo (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Acreditamos que acompanhar esse percurso que antecede o movimento da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira se faz importante para compreender as tentativas históricas de superação do modelo biomédico, bem como as condições sociais em que se deram as mudanças no processo de trabalho, como a inserção de equipes multiprofissionais e a generalização da busca de novos meios terapêuticos, entre eles o trabalho com grupos.

As experiências aqui citadas foram aquelas que se reconhece como mais influentes do ponto de vista internacional e que maior influência tiveram no movimento de transformação das instituições e das práticas no cenário brasileiro. Dedicamos um espaço maior ao projeto italiano de desinstitucionalização pelo peso que teve no ideário do movimento brasileiro e pela contundência de suas críticas que ajudam a vislumbrar a construção de alternativas ao modelo biomédico.

4.2 A disputa de modelos de atenção em saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira

O percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira guarda similitudes e particularidades em relação à reforma sanitária. Compartilham do mesmo contexto sócio-político de nascimento e têm o SUS como marco institucional importante por meio do qual foram absorvidas e implementadas parte de suas reivindicações. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica encontrou, junto ao movimento sanitarista de luta pelo direito à saúde e ao movimento geral da classe trabalhadora que se organizava nesse momento, as condições políticas para se desenvolver e amplificar suas pautas, contribuindo para a luta geral dos trabalhadores por melhores condições de vida, contra o autoritarismo e violência do regime ditatorial e pela redemocratização. Encontrou, também, no SUS e na defesa do direito universal à saúde, as condições institucionais

para pautar a necessidade de ampliação e modificação das condições em que se dava a assistência em saúde mental.

As condições de desenvolvimento institucional do SUS a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, criaram um cenário favorável para que, também no âmbito da saúde mental se experimentassem uma série de inovações no modelo de atenção. A estruturação de uma política nacional de saúde mental, todavia, ocorreu com mais de uma década de atraso em relação à implementação do SUS por conta de severas resistências econômicas, políticas e institucionais que barravam o desenvolvimento e ampliação da reorientação do modelo de atenção. Com o início de sua institucionalização e generalização em território nacional ocorrendo em momento de aprofundamento das políticas neoliberais, as políticas no campo da saúde mental e também o movimento social que impulsionava e dava base às transformações, passam por avanços e retrocessos nas últimas décadas.

Por um lado, a estruturação de uma política de saúde universalizante em contexto neoliberal fez com que a política de saúde, além de ser a primeira com essas características na história brasileira, fosse quase a única estrutura pública a atingir alguns territórios, limitando a ação técnica intersetorial e a atuação sobre as determinações do processo saúde-doença. Nesse processo, a possibilidade de reduzir as necessidades em saúde à sua dimensão orgânica ou comportamental é evidente e, do ponto de vista da saúde mental, há o risco de deslocar para o campo da saúde e da normatização, questões que são relativas à dinâmica da vida social.

De outro lado, o movimento social que impulsionava e cobrava por essas transformações, viveu dilemas importantes em torno à institucionalização, além de cisões internas que demonstram sua heterogeneidade. Assim como na reforma sanitária, se manifestaram no campo da saúde mental os interesses privatistas de defesa do modelo médico hegemônico e, quando se trata da saúde mental, marcadamente hospitalocêntrico. Esses interesses, fortalecidos ao longo do período da ditadura militar por uma política que financiou com dinheiro público a construção e custeio de uma vasta rede de hospitais psiquiátricos, encontravam representação política e institucional em entidades como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e contava com a mediação de defensores desse projeto pela via de interesses corporativos, como é o caso da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

No polo oposto, movido por interesses inconciliáveis como os acima descritos, aglutinou-se o principal ator de mediação¹¹⁴ do projeto de uma reforma psiquiátrica que

¹¹⁴ Amarante (1995) considera o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como principal ator e sujeito político no projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira. Estamos considerando aqui o movimento

combatesse a mercantilização da doença e o que veio a ser denominado de uma “indústria da loucura”: o movimento antimanicomial. Ao nos referirmos ao movimento antimanicomial, estamos fazendo referência ao movimento que inicia com a organização de trabalhadores e no processo da luta política se amplia para a mobilização de usuários, familiares, intelectuais e com apoio de diversos setores sociais. Constituiu-se, portanto, desde a década de 1970, por diferentes atores e experimentou diferentes formas organizativas. Com contribuições teóricas diversas, o movimento se unificava por algumas necessidades e compreensões comuns, construídas no processo de luta política e teórica que empreendeu. Das pautas trabalhistas e corporativas que marcaram seu início, passando pela compreensão da ligação de suas pautas com as lutas gerais da classe trabalhadora. Do combate à violência das instituições psiquiátricas e pela defesa de melhores condições de assistência à população até a defesa de uma sociedade sem manicômios, contra a mercantilização da doença e contra o próprio modelo biomédico que privilegia a atenção à doença e não ao sujeito que sofre.

Do fim do século XIX até a metade do século XX, a trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil está marcada por uma postura claramente higienista, tendo na LBHM um ator social importante, que em articulação com o Estado, contribuiu para a medicalização social (com traços marcadamente racistas, moralistas e xenófobos). As intenções modernizadoras no interior do próprio campo psiquiátrico, quando se manifestavam buscavam a afirmação da cientificidade da prática médica com intervenções ainda restritas ao modelo asilar de cuidado, apoiado sobre a internação como meio terapêutico principal, aliado muitas vezes ao uso do trabalho compulsório no interior dos asilos. Apesar de algumas experiências pontuais de superação ou questionamento dessas práticas, a concepção biomédica se estabeleceu como hegemônica e se ampliou com o desenvolvimento de uma medicina tecnológica a partir da década de 1950, com a centralização ainda maior nos hospitais e o advento de práticas como o eletrochoque e a lobotomia. A medicina mental estabelecida não se desvinculava do exercício do controle político e social.

No período pós-segunda guerra mundial, com o surgimento de movimentos internacionais de crítica e questionamento da validade e eficiência dos tratamentos psiquiátricos, o Brasil também sofrerá influências desses modelos com a adoção dos ideais de "promoção de saúde mental" e o desenvolvimento de experiências preventivistas

antimanicomial, de maneira mais ampla, como ator político de mediação da reforma pela trajetória que realiza o próprio MTSM, de ampliação em direção a um movimento social. O objetivo que o próprio nome explicita (antimanicomial), auxilia também a caracterizar os principais objetivos do movimento.

(AMARANTE, 1995). Com a ditadura empresarial-militar, no entanto, as experiências preventivistas não superaram a hegemonia do manicômio com sua função de controle social e um caráter marcadamente repressivo. Desde seu início, quando da criação do Hospital geral em meados do século XIX, as instituições asilares cumpriram a função de controle social, mas também uma função econômica de gestão da força de trabalho, ocultando a miséria e auxiliando a gerir as contradições criadas pelo desenvolvimento das forças produtivas no modelo capitalista de produção, no qual a produção de riqueza caminha lado a lado com a exploração, expropriação e produção de desigualdades sociais.

No período da ditadura empresarial-militar no Brasil, entretanto, sua função de controle social e ocultação da miséria e dos desvios se fez sentir com mais peso, já que o papel cronificador do manicômio contribuiu para alijar de vez o trabalhador desempregado da possibilidade de recolocação profissional. Como "máquina de cronificar", o manicômio acabou impondo o rótulo de lumpesinato nos indivíduos da classe trabalhadora que ali adentraram – muitos deles tornaram-se moradores das instituições, pela total dissolução dos vínculos sociais externos – ou ainda servindo como depósito de presos políticos, como mais tarde seria denunciado pelo movimento antimanicomial. Situação que também não é nova quando se apresenta, se considerarmos que na época do 'grande internamento' o mesmo foi feito na França, durante a Revolução Francesa.

Visto que esse período coincide com a consolidação de uma medicina tecnológica e individualista, centrada nas intervenções e procedimentos, a resposta da psiquiatria continuou sendo a internação e o manicômio. Considerando ainda que a expansão da medicina hospitalar se deu no Brasil na esteira da lógica liberal-privatista, a lógica do lucro se sobrepôs à da saúde, gerando maior número de internações, internações por períodos prolongados e com menor dispêndio de gastos em intervenções técnicas (TENÓRIO, 2002). O resultado desse processo foi a transformação dessas instituições em fonte de lucro para a acumulação capitalista na área da saúde, gerando uma verdadeira "indústria da loucura". Rosa (2016) sintetiza da seguinte maneira essa função que ganham os manicômios:

A operação do hospital psiquiátrico foi não somente mecanismo de gestão da miséria, mas, ao mesmo tempo, mecanismo para produção de riqueza e lucro, favorecendo setores privados da economia. Por isso, o enfrentamento da transformação da assistência em saúde mental no país tinha no horizonte: a destruição do modelo médico de atenção à saúde e de suas operações técnicas a serviço da objetivação dos sujeitos na doença; a destruição das instituições manicomiais e dos modelos de assistência por meio do qual naturalizavam-se situações de violação de direitos; e, por fim, a destruição de uma engenharia de interesses econômicos diretamente

sustentados pela transmutação de direitos sociais em mercadorias, pautando o Estado brasileiro a reaver sua posição na tensão entre a gestão das políticas sociais de garantia de direitos e o favorecimento do crescimento econômico para a reprodução do capital. Daí reside uma especificidade da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ela incide diretamente sobre o caráter privatista das políticas públicas de gestão estatal e disso resulta um de seus maiores obstáculos históricos e atuais (ROSA, 2016, p. 75).

Na força que acumula a indústria da loucura nesse período, reside parte da explicação dos obstáculos encontrados para o avanço da transformação da assistência. Durante a década de 1980, enquanto a reforma sanitária avançava em direção à garantia do SUS (não sem contradições e concessões ao setor privado que passa a se autonomizar com auxílio do Estado), a reforma psiquiátrica pouco avançou institucionalmente e, quando o fez, foi somente na direção da humanização do manicômio e da ambulatorização da atenção (TENÓRIO, 2002), o que estava muito aquém dos ideais antimanicomiais.

A expansão dos manicômios privados produziu um aumento da população psiquiátrica sem precedentes e um número de vitimizados que é impossível calcularmos. O aumento da população psiquiátrica precarizou ainda mais as condições de atendimento e de vida no interior das instituições. A descrição dos horrores ocorridos no hospital de Barbacena, contidos no livro “Holocausto brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex (2019), não constitui um ponto fora da curva, antes a regra dessas instituições que produziam maus tratos, superlotação, péssimas condições físicas e de higiene, carecimentos de toda ordem, cuidados técnicos escassos, tortura e mortificação.

Se até a década de 1960 as propostas objetivavam transformações de caráter técnico, no final da década de 1970, surge no cenário nacional o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com a denúncia desse modelo oficial, privatizante e hospitalocêntrico e com propostas de desospitalização. Defende ainda propostas genéricas de transformação da assistência psiquiátrica, mas já marcadas pela crítica ao saber psiquiátrico, pela participação de novos atores e por uma emergente produção teórica, configurando-se como um processo inovador (AMARANTE, 1996).

A partir daí inicia-se o processo que consideramos como Reforma Psiquiátrica no Brasil. Adotamos, para tanto, a definição de Amarante (1995), que considera como reforma psiquiátrica:

[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge, mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma

crítica conjuntural ao sub-sistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização (AMARANTE, 1995, p.87).

Impulsionadas pelas condições concretas de existência da população¹¹⁵ que aumentavam a necessidade de melhores serviços sanitários, repercutem as propostas de reforma sanitária e junto à elas as propostas de reforma psiquiátrica. É no final dos anos 1970, portanto, que se reconhece o início do atual movimento de reforma Psiquiátrica no Brasil, quando se começa a delinear um projeto com características conceituais distintas dos outros projetos de transformação anteriores ou contemporâneos.

À semelhança de outros movimentos sociais no país, o movimento pela reforma psiquiátrica tem lugar na crise do regime militar e no ascenso da classe trabalhadora, quando surgem as manifestações no interior do setor saúde. Em 1976 são criados o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e o movimento de Renovação Médica (REME), que se constituem como espaços de discussão e produção de pensamento crítico na área. No interior desses setores e na conjuntura de crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), ganha projeção o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em meio a uma greve dos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, que dura oito meses (no ano de 1978). A greve ganha repercussão na imprensa e amplifica as críticas ao governo que incluem torturas, corrupção, fraudes e violência das instituições de assistência psiquiátrica. Também influencia essa crítica o conhecimento de experiências e autores internacionais como Foucault, Goffman, Basaglia e a experiência Italiana (AMARANTE, 1995).

As reivindicações do movimento grevista giram em torno de aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas ao uso de eletrochoque e à cronificação produzida pelo manicômio e melhores condições de assistência à população. Ainda em 1978, o movimento toma de assalto o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, e ocorre, no Rio de Janeiro, o I Simpósio Sobre Políticas, Grupos e Instituições, com a participação de Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guatarri, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz, entre outros nomes que contribuiriam nas críticas que passam a formular não só às instituições, mas ao próprio saber psiquiátrico (AMARANTE; NUNES, 2018). Basaglia ainda retornaria ao Brasil mais duas vezes, e nos meses de junho e julho de 1979 realiza uma série de conferências e debates a convite de sindicatos e movimentos em São

¹¹⁵ Em 1985, 53 milhões de brasileiros (40,1% da população) viviam em condição de pobreza (DESVIAT, 1999).

Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro¹¹⁶, passando a ser uma influência fundamental na formação do pensamento crítico do MTSM.

Quando surge, o MTSM objetiva criar um espaço de luta não-institucional, constituindo-se em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, bem como de organização de encontros e reunião de trabalhadores. As pautas oscilam entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa. O contato com as críticas ao saber psiquiátrico farão ganhar destaque em sua atuação as pautas relacionadas à crítica ao modelo de atenção psiquiátrica ineficiente, cronificador e estigmatizante, bem como a psiquiatrização da sociedade, a mercantilização da loucura e a privatização da saúde, que passam a prevalecer sobre os aspectos corporativos que até então disputavam os esforços do movimento (AMARANTE, 1995).

Em 1979, é realizado em São Paulo o I Encontro Nacional do MTSM, no qual vão ficando mais claras a pauta da defesa do direito dos usuários e contra a manutenção da indústria da loucura, entendida como determinante para a força do aparato manicomial (COELHO, 2017), bem como a necessidade de estreitar a articulação com outros movimentos sociais (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). Em 1978, o movimento já havia se aproximado do CEBES, passando a organizar comissões de saúde mental em seu interior, e em 1979 se aproxima da ABRASCO, como mais uma tentativa de ampliação de sua articulação com o campo mais geral da saúde (AMARANTE; NUNES, 2018). A denúncia da psiquiatria como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais e o enfrentamento do esquema privado e privatizante são acompanhados pela posição de não-institucionalização, que é majoritária no movimento desde 1978; passando pelos argumentos de burocratização, perda de autonomia, distanciamento das lideranças, instrumentalização utilitarista pelos poderes políticos, além do risco de cronificação do movimento (AMARANTE, 1995).

No início dos anos 1980, com a crise financeira da Previdência Social, surge a proposta de co-gestão entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, com a intenção de reformulação da assistência médica. A possibilidade de ocupar espaços institucionais gera divisões no movimento nos anos seguintes. Assim como a reforma sanitária no mesmo momento, parte dos quadros do MTSM é incorporada pelo Estado, formulando e gerenciando políticas públicas de saúde mental nacional e regionalmente, num claro movimento de institucionalização e crença na opção tática de realizar mudanças por dentro do aparelho

¹¹⁶ Essas conferências estão publicadas no livro “A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática” (BASAGLIA, 1979).

estatal. Na avaliação de Amarante (1995):

Neste momento, encontramos um movimento que, por dedicar-se, por um lado à tarefa de tornar a coisa pública viável, em uma autêntica linha 'estatizante', própria dos segmentos progressistas, atuantes nos partidos, sindicatos e associações e, por outro, por procurar enfrentar a investida da oposição a estas políticas, oriundas principalmente da FBH, mas também dos setores mais 'organicistas' ou mais radicalmente 'psicologizantes', localizados ora nas universidades, ora na ABP, ora ainda nos adeptos da tradição psicanalítica, acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem mudanças estruturais. Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem. O Estado autoritário moribundo, especificamente no setor saúde, na sua necessidade de alcançar legitimidade, de diminuir tensões e de objetivar resultados concretos nas suas políticas sociais, deseja essa aliança, mas certo de que as mudanças propostas não conseguem ferir efetivamente as bases destas mesmas políticas (1995, p. 67-68).

Na segunda metade da década de 1980, com militantes do MTSM já ocupando diversos cargos no Estado, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde e a reforma sanitária torna-se lema e instrumento tático de mobilização em torno do setor saúde. Um ano depois, em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual o movimento volta a se unificar contra a ABP e a própria DINSAM, que era desfavorável às ideias reformadoras e à participação social nas políticas públicas (AMARANTE; NUNES, 2018). Na conferência o movimento se reúne e decide pela realização do seu II Encontro Nacional em dezembro do mesmo ano na cidade de Bauru, sob gestão do PT e tendo à frente da secretaria de saúde David Capistrano, defensor da reforma psiquiátrica.

As conferências foram lugar de amplos debates sobre a participação popular e a necessidade de autonomia do movimento, de maneira que no II Encontro, na avaliação de Coelho (2017), retoma-se a atitude de ruptura frente à tomada de consciência dos mecanismos de exclusão e violência, como particularização da exploração e opressão que é mais geral e a necessidade de integrar a luta em saúde mental com a luta de todos os trabalhadores. O processo de consciência do movimento parece ganhar nova qualidade e aponta mais claramente para um projeto classista e emancipatório.

O manifesto do encontro termina com a frase “Por uma sociedade sem manicômios!”, que vira lema do movimento que agora se amplia e passa a contar com usuários e familiares; surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial como novo impulso à retomada das críticas à psiquiatrização e à institucionalização, que agora deveriam ser levadas à sociedade. Ainda por ocasião do encontro, escolhe-se o dia 18 de maio como dia nacional da luta antimanicomial e vai ficando evidente que o movimento social que agora se amplia, extrapola

as lutas por mudanças técnico-assistenciais, atingindo o campo teórico-conceitual e também o político-jurídico.

As apostas do movimento não se dão nesse momento somente pelo interior do Estado, afirmando-se a necessidade de formas independentes de organização e também a importância de a questão da loucura "ganhar a cidade", repautando as relações da sociedade com a loucura e da violência do Estado e das instituições. O manifesto denuncia a relação do Estado na sustentação dos mecanismos de exploração e afirma a importância da aliança com o movimento popular e sindical, ligando a luta pela cidadania do louco com a luta de todos os trabalhadores por direitos e condições de vida.

As influências italianas se fazem sentir e afirmam textualmente a recusa do papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizada, reconhecendo que a modernização e racionalização dos serviços não seria suficiente, aproximando-se da defesa da desinstitucionalização em seu sentido antimanicomial. A influência basagliana propicia uma ruptura teórica, além do questionamento dos modelos técnicos e políticos da assistência. A luta pela cidadania dos loucos é vista como parte de um projeto emancipatório, que visa a mudar o lugar social da loucura. Por esse motivo, grande parte da literatura considera como central as ações do movimento antimanicomial que passam a se dirigir ao que chamam de uma “mudança na cultura”, em referência à experiência italiana que deu destaque para a relação da sociedade com a loucura.

Quando Basaglia (1979) se refere aos loucos que passaram a conviver em sociedade, acentua que essa transformação foi possível de ocorrer porque a sociedade via que as carências do louco eram também as suas, e que não se tratava de reabilitar a loucura, mas de resolver o problema da miséria. Quando se explicitavam os carecimentos e interdições que produziram a cronificação, havia, portanto, a identificação dos carecimentos que são próprios da classe trabalhadora numa formação social que se pauta pela exploração. Para essa concepção, não se trata de acreditar que a loucura desaparece com o manicômio, mas que o duplo da doença, que se confunde com essa, pode ser eliminado, que a miséria se propaga para além do manicômio e é uma das causas de sua existência. E que essa miséria material tem reflexos como miséria social, como alienação e distanciamento das possibilidades humanas de existência. Considera-se, então que o manicômio é um local de alienação induzida (BASAGLIA, 1979) e que ter uma existência mais rica de possibilidades materiais e sociais, de acesso ao que a humanidade produz como avanço das possibilidades do gênero humano, pode levar a melhores condições de expressão, a outro tipo de sofrimento, e também instrumentaliza os sujeitos com melhores

possibilidades de retomar sua condição de vida após a crise.

Além disso, a experiência italiana se faz sentir no lema do movimento que explicita o fim dos hospitais como objetivo necessário à modificação das relações da sociedade com a loucura e para conquista da cidadania do louco. A experiência italiana, com todos os seus limites, havia demonstrado a viabilidade técnica desse modelo e também, que enquanto o manicômio existisse continuaria a ser uma válvula de escape do sistema, reforçando sua própria necessidade de existência.

O movimento antimanicomial se torna, também, um importante espaço de convivência de usuários, técnicos e familiares que vai afirmando a possibilidade prática da participação política dos usuários e a importância de romper com as práticas custodialísticas e de tutela. Segundo Amarante e Nunes (2018) parte da gestão do Ministério da Saúde que estava composto por quadros do movimento era contrário a participação social dos usuários. Essa herança de práticas tutelares sobre a loucura vai ser questionada praticamente pela experiência do movimento que se torna um espaço no qual

[...] se exercia um importante experimento social que permitia aos loucos, antes invalidados pelo diagnóstico, pela medicalização e pelas práticas psiquiátricas, participarem da produção, da avaliação, dos embates da política de saúde mental e da tessitura do próprio movimento social (ROSA, 2016, p. 81).

A convivência de trabalhadores e usuários no seio do movimento, vai permitindo a construção de novas práticas para além da sua dimensão clínica, o que instaura um debate entre clínica e política que permanece vivo até hoje e tensiona a referência do objeto tendo a doença como parâmetro. Ao mesmo tempo, no plano institucional e no âmbito municipal, começam a ganhar forma projetos alternativos ao modelo hospitalocêntrico, ainda sem respaldo de legislação específica. É o caso da criação do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, em 1987. O CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira é implantado em um casarão em localização central na cidade, rompendo com a ideia dos pavilhões asilares e trazendo a proposta de um cuidado territorializado, voltado a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. A proposta de uma intervenção mais continuada que o atendimento ambulatorial, capaz de mobilizar outros recursos terapêuticos para combater e reverter os efeitos da cronicidade gerada pelo manicômio, vai mostrando a possibilidade concreta de mudança no modelo assistencial.

É marcante, também, a mudança na rede assistencial de Santos, que inicia com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989. Tratava-se de um manicômio privado denunciado por situações de abandono, mortes, violência e maus-tratos. A internação que

iniciou com uma equipe técnica que libertou os internos das celas fortes e propôs uma gestão mais coletiva da instituição, terminou com seu fechamento e a estruturação de serviços territorializados (NAPS), com funcionamento 24 horas e o início de projetos culturais que visavam a modificação da relação com a loucura, como o projeto da rádio Tam Tam.

Mostrada a viabilidade do estabelecimento de um modelo territorial, apresenta-se no campo jurídico o projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, com a proposta de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por recursos territoriais de assistência e com a explícita proibição de abertura e financiamento de novos leitos hospitalares. Após doze anos de tramitação, a proposta será aprovada apenas em 2001, como Lei 10.216/01, com modificações que a descaracterizam e amenizam seu impacto no combate às políticas privatistas.

Durante o período de embates até a aprovação de uma legislação específica, diversas portarias são criadas com finalidades intermediárias e alavancam o processo de mudança dos serviços assistenciais e suas formas de financiamento. As áreas técnicas de saúde mental no interior do Estado passam a contar com a presença de militantes que participaram em diferentes momentos do movimento antimanicomial, e assumir cargos não era necessariamente encarado como contradição. Na avaliação de Coelho (2017):

Lideranças do movimento passaram a assumir então cada vez mais cargos, o que não era encarado como uma contradição, mas percebido, de modo geral, como consequência positiva e natural, um desdobramento de um único processo – afinal, quem melhor para implementar o projeto da reforma psiquiátrica que seus próprios idealizadores? A resposta que confirma o caminho é quase inescapável (COELHO, 2017, p. 303).

Dentre essas portarias é digno de nota a portaria 189 do Ministério da Saúde de 1991, que passa a incluir grupos como procedimentos passíveis de serem financiados pelo SUS; a portaria 224 do Ministério da Saúde de 1992, que inclui NAPS/CAPS no financiamento, a multiprofissionalidade como diretriz dos serviços e a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, incluindo atendimento individual, grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividade de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Além dessas, foram importantes marcos a portaria 106/2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dando lastro à possibilidade de uma nova condição de vida àqueles que se encontravam abandonados em hospitais psiquiátricos. A portaria 336/2002 que

instituiu as modalidades de CAPS e a viabilidade de equipes multiprofissionais com financiamento próprio para esses serviços, na lógica do território e reconhecidos, nesse momento, como reguladores do território e articuladores do cuidado em saúde mental. A partir dessa portaria esse tipo de serviço se generaliza pelo país, crescendo em número nos anos seguintes. A Lei 10.798/2003 também foi importante ao regulamentar o Programa de Volta pra Casa, criando um auxílio reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas, bem como a portaria 154/2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e capilarizou o debate da saúde mental junto às Equipes de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica.

Ao mesmo tempo que o Partido dos Trabalhadores amplia sua força no parlamento e nas administrações municipais e estaduais, vão sendo estruturadas essas ações e serviços que viabilizam a possibilidade de um modelo substitutivo, mas que deslocam cada vez mais a reforma para o interior do aparelho estatal. Durante todo o tempo, entretanto, pode-se detectar contradições no processo, que em última análise não deixam de estar relacionadas com a disputa de projetos políticos e de modelos de atenção.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial, pela portaria 3.088/2011, alterou um pouco a compreensão do CAPS como regulador de território, passando a vê-lo como um integrante da rede agora composta por diversos serviços, ampliados por essa portaria com a criação de CAPS AD 24 horas e Unidades de Acolhimento (como serviços residenciais transitórios). No entanto, entre os componentes da rede passam a figurar também as “comunidades terapêuticas”, numa clara concessão aos interesses privados, e minando a necessidade de expansão dos serviços públicos.

Acompanhando o ciclo de institucionalização dos movimentos sociais que ocorre a partir da década de 1990, o movimento antimanicomial viverá os mesmos dilemas, com mais força a partir dos anos 2000, com uma vigorosa institucionalização, ao mesmo tempo que ocorre o descenso da mobilização social. Essa trajetória de institucionalização tem como contexto a aplicação dos referenciais neoliberais na economia brasileira nesse período, como expressão da reestruturação produtiva e da tendência de retirada do Estado dos serviços sociais.

O movimento de operacionalização da reforma psiquiátrica nesse período ocorre não só no Brasil, mas na América Latina, a partir da Conferência Regional para a Reestruturação Psiquiátrica, em Caracas, em novembro de 1990. O contexto nesses países, nesse momento, é de endividamento externo, inflação, aumento da miséria, corte nos gastos sociais e deficiência na estrutura básica dos serviços públicos (DESVIAT, 1999). Antes dos anos de 1990, os projetos de Reforma Psiquiátrica na América Latina não haviam recebido apoio estatal (na

maior parte dos países também não havia recebido apoio técnico e populacional).

Ocorrendo em momento neoliberal de orientação para um Estado mínimo e de descenso da mobilização social, a reforma psiquiátrica não saiu ilesa, trazendo marcas dos objetivos racionalizadores e administrativos que já marcavam os projetos preventivistas a partir da década de 1960. A partir dos anos 1990, então, aumenta o investimento estatal na Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo que diminui a mobilização e a discussão social sobre o tema. Vemos surgir uma reforma como política de Estado, que, até por ser operada por quadros que foram referência no movimento de crítica ao modelo tradicional, é identificada como uma reforma progressista, em oposição aos movimentos contrários.

Como já nos alertava Basaglia (2005e), a confirmação da Reforma como Lei, pode significar uma medida de racionalização de uma revolta, mas também a generalização de uma prática; mas, com certeza significará um rebaixamento em relação às práticas exemplares desenvolvidas num contexto de crítica e enfrentamento dos projetos conservadores, como podemos ver pelo trecho a seguir:

Embora fruto de uma luta, uma lei pode ser apenas o resultado da racionalização de uma revolta, mas pode também conseguir difundir a mensagem de uma prática, tornando-a patrimônio coletivo. Ainda que fruto de uma luta, uma lei pode provocar um rebaixamento do nível alcançado pelas experiências exemplares, mas pode também difundir e homogeneizar um discurso, criando as bases comuns para uma ação subsequente. Porque essa lei permite aquilo que tantas vezes fora auspiciado: a possibilidade de transferir, das mãos de poucos para as de um número cada vez maior de pessoas, os conteúdos de uma luta, ainda que isso comporte o lento abandono das experiências exemplares, como ponto de referência prático (BASAGLIA, 2005e, p.328).

Na prática, observamos a instauração de uma reforma que, dada a amplitude e diversidade regional das condições do país, apresentou experiências avançadas em alguns municípios do ponto de vista de construção de alternativas realmente substitutivas ao manicômio. Por outro lado, esses modelos coexistem com a implementação de serviços regionalizados que não se desenvolvem como territorializados, assumindo premissas preventivistas, ainda que elas não estejam claras às suas equipes técnicas, e contribuindo com a perpetuação da necessidade dos hospitais. Não se pode desconsiderar, também, que mesmo antes dos recentes avanços da lógica privatizante e hospitalar, o modelo asilar e hospitalocêntrico não chegou a ser abalado em sua essência em alguns territórios.

Daí, porque nossa defesa de uma disputa de modelos que se faz sentir nas diversidades de estratégias assistenciais do território, mas também no interior da própria legislação, que

generaliza sob o nome de práticas “psicossociais”, ações e serviços integrantes de lógicas que lhe são estranhas e, por vezes, inconciliáveis. Não se pode perder de vista que os interesses privatistas se mantinham fortes e os sucessivos governos nacionais, aliados à pressão e apoio do capital internacional, cediam na estruturação de uma rede de saúde mental na mesma medida em que garantiam as condições para continuidade e hegemonia do modelo biomédico.

Após o Consenso de Washington, em 1989, com a aplicação do receituário neoliberal pelos sucessivos governos da Nova República a partir de Fernando Collor de Mello, incluindo aí as gestões do Partido dos Trabalhadores, as políticas privatistas ganham novo fôlego no campo da saúde, tendo impactos direto na forma de funcionamento e gestão dos serviços, mas também nas condições de vida da população atendida. Os sucessivos ajustes fiscais e retirada de direitos levaram a um aumento da desigualdade econômica e à redução da possibilidade do estabelecimento de políticas públicas necessárias à efetivação da intersectorialidade (moradia, trabalho e renda, lazer, educação). As apropriações do fundo público pela iniciativa privada, por sua vez, de maneira direta ou indireta, acarretaram a precarização dos contratos trabalhistas com sérios impactos na rotatividade de trabalhadores e na possibilidade de estabelecimento de vínculos com a população usuária. O estabelecimento de Parcerias Público Privadas e a gestão por meio de Organizações Sociais, também influencia sobremaneira a capacidade de estabelecimento de rede entre serviços que atendem uma mesma região, mas possuem gestões que não são unificadas e que estão assentadas sobre lógicas administrativas que acarretam na orientação pela demanda mais do que pelas necessidades em saúde. Seus impactos podem ser sentidos também, no esvaziamento ou disciplinarização dos espaços de participação social.

Nesse contexto, as gestões do PT não representaram uma ruptura no padrão de desigualdade, muito menos um entrave à acumulação capitalista no setor saúde. A aposta em um novo desenvolvimentismo pela via de um pacto de classes, levou à restrição das demandas populares nos limites de um projeto de “SUS possível”, agravado pela institucionalização das lideranças dos movimentos. Ao mesmo tempo, a tática do movimento de mudança por dentro do Estado estava condicionada à sua existência e pressão como movimento organizado e independente do Estado.

Com a generalização da reforma como política pública ocorrendo ao mesmo tempo que o descenso da mobilização, tornou-se impossível contar com a participação do movimento na fiscalização e controle das políticas pelas vias estabelecidas na política oficial. Como afirma Benilton Bezerra, já em 1996:

A questão da loucura, durante uns 15 anos, galvanizou o imaginário social, ninguém escapava um pouco de discutir, opinar se era contra ou a favor. Houve nesse período uma efervescência que começou nos anos 60 e que até os anos 80 aconteceu com vigor. Isto está cada vez mais se esmaecendo, a discussão sobre a loucura, sobre o que fazer com os loucos, está cada vez mais se retirando para um campo de intervenção mais profissional. É claro que nós, do lado de cá, fazemos o esforço para ampliar essa fronteira, mas a questão da loucura vem saindo das páginas dos jornais" (BEZERRA, 1996, p.138-139).

Em 2001, no mesmo ano de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, no V Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, as divergências no interior do movimento se agudizam e culminam com a ruptura de algumas lideranças e a fundação, em 2003, da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. Explicita-se, então, que as lutas e conquistas institucionais do movimento ocorrem ao mesmo tempo, e no mesmo movimento que a fragilização de sua força política e da capacidade de se manter como motor de um processo de transformação (COELHO, 2017).

O que se apresenta como uma relativa ampliação da consciência antimanicomial (expressa também na materialização de demandas e bandeiras do Movimento) parece ser também a um só tempo o seu constrangimento (aos mesmos limites institucionais que materializam esta ampliação). Todos são e não são militantes antimanicomiais (COELHO, 2017, p. 307).

A dimensão estratégica de um projeto emancipatório que estava presente nos primeiros anos do movimento perde força e, atualmente, parece ter desaparecido por completo, refletindo um recuo de consciência que é do conjunto da classe trabalhadora (COELHO, 2017). A tendência dominante parece ser a de enfraquecimento da dimensão “cultural” pautada pelo movimento, com objetivo de criação de um outro lugar social para o louco e a loucura, com a consequente redução da reforma psiquiátrica à sua dimensão técnico-assistencial, reduzindo-se à mudança de serviços e modos de trabalho.

As concepções iniciais do movimento antimanicomial apontavam para a crítica epistemológica dos fundamentos do modelo clássico da psiquiatria, mas também para a necessidade de mudança do modelo social, produtor de desigualdade e carecimentos e sofrimento de toda ordem. Sua trajetória, no entanto, esteve marcada por períodos de institucionalização e amoldamento à ordem espelhando, mas também influenciando, os demais movimentos sociais e o conjunto das lutas da classe trabalhadora. Na heterogeneidade do movimento, um ponto de convergência se deu na luta pela cidadania, inserida no contexto de consolidação democrática no país. Cidadania, aqui, teria mais nuances do que na luta de outros movimentos sociais, já que a própria natureza do estatuto de alienação mental, tal como forjada

historicamente – em contexto de inimizabilidade e periculosidade –, excluiria o louco da possibilidade de participação no mundo dos direitos.

O foco na cidadania e a aposta na via institucional de transformações levará Coelho (2017) a afirmar que o movimento, sendo parte da classe trabalhadora, expressa elementos da sua estratégia hegemônica¹¹⁷ no período, a estratégia democrático-popular, que tem no PT¹¹⁸ sua principal expressão, com expressões particulares nos diferentes campos, expressando-se em ações táticas que só podem ser plenamente compreendidas em relação com seu horizonte estratégico. O que a autora parece estar apontando não é o questionamento de que objetivos de emancipação humana estivessem presentes no movimento, mas o inventário e a reflexão sobre os caminhos práticos que tomaram as ações da classe trabalhadora em seu último ciclo de lutas, de forma que a democracia (e junto com ela a institucionalidade e o pluralismo teórico) se converteu de tática, em estratégia.

Em retrospecto, torna-se mais clara a aposta na construção de um bloco democrático e popular que dirigisse o movimento desde baixo, constituindo elemento de pressão e controle sobre os mecanismos institucionais, ao mesmo tempo que a ocupação do Estado pela via de reformas permitiria pavimentar o caminho para a transformação social mais ampla, que se mostrava necessária para alcançar os objetivos históricos da classe trabalhadora e do fim da exploração. Nesse sentido, o objetivo parece ter sido atingido, mas nos marcos de uma democracia de cooptação, por um caminho de conciliação de classes que, não levando à transição para o socialismo, tem se transfigurado no apassivamento no interior da ordem burguesa e no amoldamento às instituições (COELHO, 2017).

Uma das chaves heurísticas para a compreensão desse processo¹¹⁹ estaria na necessidade que viam as organizações da classe, naquele momento, de se diferenciar das experiências do socialismo real. A experiência de reforma psiquiátrica italiana também ocorreu no momento de

¹¹⁷ [...] a estratégia de transição socialista predominante de um determinado ciclo histórico é aquela que orienta de maneira geral o comportamento da classe trabalhadora, que ganha expressão, assim, a despeito de uma intenção mais ou menos explícita, nas ações dos diferentes sujeitos políticos vinculados de distintos modos as organizações dos trabalhadores (COELHO, 2017, p.285).

¹¹⁸ O PT foi a organização gestada pela classe trabalhadora em movimento que maior expressão alcançou no período, dando unidade e direção política ao conjunto das lutas contra o autoritarismo ditatorial e canalizando as insatisfações populares com as condições de vida (e de saúde). Não foi a única, entretanto, pois a CUT e o MST também tiveram orientação anticapitalista e recolocaram o socialismo como horizonte estratégico nas lutas da classe.

¹¹⁹ Nas discussões anteriores, sobre a reforma sanitária, construímos outros pilares necessários à compreensão do contexto de embates que viveu a classe trabalhadora no período, com as investidas do capital imperialismo pela via de organismos internacionais, pela mediação do chamado "terceiro setor" e pela via da corrosão das demandas populares com sua reconversão em formas de participação disciplinadas dentro da ordem.

fortalecimento da classe operária naquele país, no instante em que os partidos comunistas europeus buscavam reformular a relação entre socialismo e democracia. Buscando se diferenciar da social democracia e seus limites reformistas no interior do Estado, mas também das experiências de socialismo real que naquele momento viviam sob acusação de autoritarismo, a concepção eurocomunista apontava as reformas no seio do Estado, aliadas à luta das massas organizadas e atuantes como via para uma revolução processual, que se daria nos marcos de amplas reformas jurídico-políticas (COELHO, 2017; DANTAS, 2017). Não à toa essa vertente ficaria conhecida como “Psiquiatria Democrática”, não obstante Basaglia enfatizasse as limitações dessa experiência nos marcos do estado de bem-estar italiano e a necessidade de tomar o projeto de transformação psiquiátrica sem deslocá-lo do projeto de transformação da sociedade e de emancipação da classe trabalhadora. Dito em outras palavras, como a expressão setorial de um projeto estratégico (COELHO, 2017).

As leituras sobre esse processo ainda estão em aberto. Nosso objetivo com essas pontuações não é o de esgotar a análise, mas de demonstrar que a simples (e não tão simples) afirmação da necessidade de retomada da mobilização antimanicomial, na qual se ancoram as análises finais de boa parte dos artigos que tratam sobre o tema, passa pela complicada tarefa coletiva de retomada das lutas da classe trabalhadora e pelo debate de sua estratégia de luta no atual momento. Nesse sentido, refletir sobre as táticas do último período, seus erros e acertos, constitui passo intermediário para não repetir equívocos históricos sob novas roupagens.

A luta contra as instituições psiquiátricas com referência e inspiração na reforma psiquiátrica italiana, bem como a influência de outras experiências alternativas (comunidades terapêuticas inglesas, psicoterapia institucional, etc.) na constituição de serviços e dispositivos no interior da reforma psiquiátrica brasileira, possibilitou o vislumbre da possibilidade de superação do modelo epistemológico dominante no campo da saúde mental, a mudança em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural. Embora sua construção se dê de modo contraditório, marcada pelo constante retorno de estruturas manicomiais e pelo risco de manicomialização das práticas em serviços que se buscam territorializados, esse movimento produziu efeitos políticos (no combate à lógica liberal-privatista e hospitalocêntrica até então hegemônica) e também teóricos no que tange à disputa de modelos de atenção que se proponham alternativos ao modelo biomédico.

A partir dos acúmulos do movimento antimanicomial, vai se afirmando a possibilidade de um modelo de atenção alternativo à psiquiatria clássica, que não nega o sofrimento expresso pelas demandas em saúde mental, mas que se nega a continuar respondendo a ele com violência

e exclusão. O foco se desloca da doença e do controle sintomatológico para o reconhecimento da iatrogenia provocada pelas intervenções ditas técnicas. Afirmam-se a possibilidade de novas formas de acolhimento e cuidado que privilegiassem as pessoas e não as doenças e que buscassem construir projetos terapêuticos singularizados e visando a promoção da emancipação e produção de autonomia. A tomada de consciência da ação técnica como uma ação ético-política questiona não somente o objeto da intervenção, mas os meios utilizados para realizá-la, o papel dos agentes profissionais e a finalidade do trabalho, que agora se afirma como a redefinição da relação da sociedade com a loucura e a ampliação das possibilidades de cidadania (aumento da contratualidade).

O movimento já havia tido contato com as críticas de Basaglia acerca do preventivismo e sua resposta à necessidade de reabilitar força de trabalho para o ciclo produtivo com renovações técnicas que produziam novas instituições de "tolerância" que continuam a conviver com as instituições da "violência"¹²⁰ (BASAGLIA, 2005d). Também essa crítica já havia sido produzida em solo nacional, não só no campo da Saúde Coletiva, com a crítica de Donnangelo (1979) à Medicina Comunitária, mas também no campo da saúde mental com um texto de Birman e Costa (1994).

As críticas ao modelo médico hegemônico, somadas às críticas às psiquiatrias reformadas, levaram à defesa de um modelo territorial de cuidado, de base comunitária, que se dirigisse à existência-sofrimento dos usuários e não somente à doença e aos efeitos secundários da institucionalização. Esse modelo no Brasil abrigará, sob a alcunha de "psicossocial", contribuições de campos teóricos diversos (psicologia social, psicanálise, análise institucional, esquizoanálise, entre outros), unificadas em torno dos objetivos acima descritos, do combate às formas de mercantilização no campo da saúde e da defesa dos direitos dos sujeitos estigmatizados sob o rótulo de "doentes mentais, drogados, etc.".

A disputa de modelos de atenção em saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, tem sido apontada por diversos autores (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Esses diferentes modelos atualizam no âmbito particular dos processos de trabalho as disputas de interesse que permeiam o campo da saúde mental e mediam a conformação das práticas singulares executadas em cada ação e serviço de saúde.

Costa-Rosa (2000) é que propõe de maneira mais organizada o debate sobre dois

¹²⁰ A crítica de Basaglia também se dirige às respostas semelhantes produzidas em solo europeu durante o *Welfare State* (BASAGLIA, 2005d).

modelos principais de atenção em saúde mental, aos quais ele denomina de “modo asilar” e “modo psicossocial”. A partir da sistematização de Costa-Rosa e contando com as colaborações dos demais autores utilizados nesse capítulo, buscaremos sumariar as principais diferenças entre eles¹²¹. Para o autor citado, trata-se de dois modelos alternativos, no sentido de que não são apenas diferentes, mas contraditórios, capazes de, na unidade e luta de contrários, imprimir às práticas um sentido contrário àquele seguido até então. Resultam de conflitos reais entre grupos e interesses sociais que estão representados na dinâmica das instituições e a essência de suas práticas, desse modo, encaminham-se em sentidos opostos quanto aos seus parâmetros basilares (COSTA-ROSA, 2000).

Esses dois modelos básicos e contraditórios articulam saberes e operacionalizam práticas diferentes que, Costa-Rosa (2000) avalia segundo quatro parâmetros fundamentais:

- a concepção e definição dos objetos e meios de trabalho: diz respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepção dos meios e instrumentos de intervenção. Inclui as formas de divisão do trabalho interprofissional, além do aparelho jurídico institucional e o discurso ideológico;
- as formas da organização dos dispositivos institucionais: modo como se dão as relações intra-institucionais (organograma e como se dão as relações de poder);
- as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos: efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designa os fins políticos e socioculturais amplos para que concorrem os efeitos das práticas.

Antes de passar à caracterização de ambos os modelos, dois destaques se fazem necessários. O primeiro deles, diz respeito à forma como escolhemos denominar o primeiro modelo. Aquilo que Costa-Rosa chama de “modo asilar” optamos por denominar de “Modelo Biomédico”. Modelo, por ser a denominação mais corrente no campo da saúde coletiva. E biomédico, por acreditar ser um termo mais amplo capaz de abarcar uma diversidade de práticas que correspondem aos mesmos fundamentos. Dada a modificação e ampliação de objetos e meios de trabalho pelas quais passou esse modelo historicamente, o termo biomédico nos parece ser mais útil ao fugir da sua imediata identificação com o asilo. A sua denominação

¹²¹ Partimos das contribuições de Costa-Rosa (2000), mas propomos uma organização um pouco distinta e, em alguns momentos, com termos e definições também diferentes, de maneira que quaisquer limites encontrados nessa nova organização são de nossa responsabilidade.

como "asilar" ou "hospitalocêntrico" não está incorreta e se refere às formas mais clássicas de apresentação do modelo. No entanto, levam, algumas vezes, à não identificação de práticas comunitárias ou multiprofissionais, ainda realizadas sob a égide de seus fundamentos como integrando esse campo¹²².

O segundo destaque, diz respeito ao modelo psicossocial. Ao buscar rever as concepções de objeto e meios, se apoiou nas transformações práticas no contexto ampliado de construção do SUS, tendo sintonia com princípios da reforma sanitária. As inovações teórico-técnicas propostas, nesse sentido, não estão dissociadas da dimensão político-ideológica.

Por fim, a descrição dos modelos propõe uma formalização abstrata que no cotidiano e na dimensão singular das práticas, aparece matizada por formas intermediárias. Seu objetivo principal não é a categorização estanque, mas a compreensão de que os parâmetros propostos para sua análise estão interligados e não podem ser transformados de maneira isolada, sob pena de revelarem-se transformações transitórias que sucumbem às tendências dominantes. Na realidade brasileira ambos os modelos têm convivido em constante luta, de maneira que encontramos desde realidades assistenciais dominadas pelo modelo hospitalocêntrico até, no outro oposto, experiências exemplares de construção de redes substitutivas e que se propõem alternativas ao modelo biomédico. Passemos aos modelos.

4.2.1 O Modelo biomédico

A descrição que já esboçamos em momento anterior acerca do modelo biomédico nos sistemas de saúde reaparece aqui no debate da saúde mental com algumas particularidades, mas muitas recorrências. Ao apreender o objeto de trabalho visualizando as possíveis transformações a serem operadas, o trabalho em saúde está mediado por saberes que auxiliam a definir o objeto e a conceitualizar as necessidades. Dessa forma, as necessidades reaparecem internalizadas no objeto (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Com a rearticulação da prática médica em torno dos avanços dos conhecimentos

¹²² Ressaltamos que esse não é o caso de Costa-Rosa (2000), que deixa bastante claro as diferentes apresentações do modelo biomédico e como a transposição de contexto (comunitário) ou a multiprofissionalidade não são sinônimos de uma prática alternativa. Do mesmo modo, a apreensão do objeto objetivado como doença pode se dar, sem diferenças fundamentais, pelos conhecimentos médicos ou pela psicologização dos mesmos. O autor dá como exemplo, a diferença que existe entre um modelo hospitalocêntrico e médico centrado e um modelo ambulatorial e operacionalizado por equipe multiprofissional. Apesar de diferentes, no entanto, não podem ser considerados alternativos, pois o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de depositário que ocupava o hospital e a equipe pode seguir depositando na medicação as expectativas de eficácia e mantendo a postura de especialistas diante dos sujeitos tomados como objetos da intervenção (COSTA-ROSA, 2000).

biológicos no século XIX, as práticas em saúde passaram a localizar nos corpos individuais a sede das doenças e das intervenções, tendo efeitos sociais (coletivos) (FOUCAULT, 1994). Individualizando o normal e o patológico no âmbito biológico, físico e químico do corpo tomado individualmente, as práticas em saúde se transformam em práticas quase exclusivas sobre a doença (MENDES-GONÇALVES, 1994). Os sofrimentos que advêm das mais diversas ordens e são vivenciados pelos indivíduos como empecilhos ou obstruções em seus modos de viver (CANGUILHEM, 1966/1978) passam a ser compreendidos e significados nos limites dos corpos individuais, com a definição de padrões de normalidade e patologia associados à materialidade do corpo. Ocorre que o corpo não está apenas investido biologicamente, mas socialmente, de maneira que essa normatividade é também histórica e social (DONNANGELO, 1979).

Os padrões de normalidade aí fundados ultrapassam os limites do corpo biológico e se impõem aos modos de andar a vida, e as práticas em saúde se revestem ideologicamente como práticas técnicas, fundamentalmente científicas e neutras (DONNANGELO, 1979). Mesmo as ações coletivas dirigidas ao conjunto da sociedade passaram a tomar como objeto o corpo anatomofisiológico em sua relação com o social. Focalizando as dimensões biológicas do objeto, acabam por negar as demais dimensões como substantivas, passando a considerá-las facilitadoras ou dificultadoras do adoecimento. No plano concreto, portanto, "o coletivo (social ou não) se verá fragmentado e dessubstancializado" (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 79). Disso decorre que, tanto a clínica quanto a epidemiologia passaram a propor modificações não no social, mas em seus efeitos sobre os indivíduos.

Essa forma de conceber o objeto mediado por esse tipo de saber de inspiração positivista e funcionalista, terá impactos na organização dos agentes e dos meios utilizados para atingir a finalidade da cura desse objeto reduzido à dimensão de corpo adoecido. Ainda quando incorporam conhecimentos de outras áreas, como as ciências humanas e sociais, pela impossibilidade de negar completamente a influência dos fatores sociais, esses são tomados como externalidades ao ato clínico e os agentes dessas práticas (psicólogos, assistentes sociais etc.), que tenderiam mais facilmente a entrar em conflito com a concepção de saúde-doença individualizante e biologicizante, terminam por orientar suas práticas sob a normatização do trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1994). Mantêm-se, assim, a centralidade biomédica e a abordagem individualizante.

A instrumentalização dos saberes biomédicos gerou, desse modo, individualização, pela apreensão dos fenômenos da saúde e doença nos limites do corpo anatomofisiológico,

homogeneização das nosologias frente à heterogeneidade dos casos singulares, e universalização dos conceitos, expandindo-os para além do corpo biológico e alinhando-se, assim, com a ideologia dominante. Ocorre que o processo de trabalho, estruturado sobre esses pressupostos, vai conformando a demanda nas suas formas de aparecimento (a produção determinando o consumo) e levando a população a perceber as necessidades em saúde na forma de necessidades de serviços de saúde e de intervenções clínicas no âmbito bio-psíquico.

Na tentativa de corresponder a esse modelo e de legitimar-se socialmente, a psiquiatria tomará como objeto de suas práticas a "doença mental", compreendida no âmbito anatomofisiológico (embora a normatividade que aí se funde também se expanda para além do corpo). Frayze-Pereira (1985) considera que essa perspectiva organicista sobre a natureza da loucura remonta à fórmula de Carl Wernicke, segundo a qual as doenças mentais seriam doenças cerebrais. Nesse entender, as doenças mentais não são somente entendidas por analogia às doenças orgânicas, mas situam-se entre elas. Os sintomas são descritos e remetidos pelo especialista à sua causa, cujo suporte é orgânico. Concebida como efeito de um processo orgânico, a origem da doença mental é endógena, isto é, uma lesão de natureza anatômica ou algum distúrbio fisiológico (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

No entanto, ainda que acreditasse ter chegado à comprovação da causa orgânica com a paralisia geral de Bayle, a psiquiatria continuava interpelada pela existência da cronicidade que desafiava a fórmula "doença-cura". Bleuler já se referia à doença mental como um objeto bastante "não conhecível" e "frequentemente incurável" (DESVIAT, 1999). Com Kraepelin, cristaliza-se, na Alemanha, um saber psiquiátrico que acreditava conhecer o futuro das doenças mentais: uma evolução cronicizada, com destino demencial (DESVIAT, 1999, p.90).

A deficiência, a deterioração e a incapacitação progressiva ocuparam seu lugar, junto com as idéias de periculosidade e degeneração, na laboriosa construção do edifício teórico da psiquiatria, na conceituação das doenças mentais que foi do Iluminismo ao positivismo e que culminou na nosologia kraepeliniana. Tais categorias reafirmaram-se na literatura e na clínica psiquiátrica desde aquele momento até os nossos dias, pois, embora tenham perdido seu caráter de paradigma epistemológico, não foram substituídas por novos conceitos aceitos pelo consenso científico. (DESVIAT, 1999, p.90 e 91).

A tradição clássica da psiquiatria, de base organicista, foi aliando a condição de cronicidade como característica intrínseca e indissociável ao doente e à doença e justapondo-as às ideias de periculosidade e degeneração. Em sua relação com o sistema jurídico, foi auxiliando a modelar comportamentos anteriores à doença e ao crime, definindo quem deveria

ser punido e quem deveria ser tratado. Ainda que não conseguisse se firmar nos moldes da compreensão organicista com a mesma legitimidade das demais áreas da medicina, operou com os mesmos parâmetros de individualização da doença, homogeneização dos diagnósticos e universalização desses conceitos, a fim de produzir uma normatização social que revelava sua função na manutenção do *status quo*, como instrumento de repressão e controle social.

Configurando-se no espaço custodial do manicômio, utilizou do asilamento como instrumento técnico fundamental. As obstruções aos modos sociais de andar a vida são buscadas nesse modelo nas lesões ou disfunções do organismo (órgãos ou sistemas), o que justifica o isolamento do indivíduo em relação ao meio, como resposta técnica frente às demandas sociais. As relações entre organismo e meio são abstraídas de suas determinações no interior dos modos de produção da vida, da realidade do trabalho, das opressões e explorações a que os corpos estão submetidos socialmente. As intervenções daí derivadas tendem a dirigir-se para os efeitos do social nos indivíduos, produzindo efeitos de adaptação social e conformação dos indivíduos à realidade social dada.

O principal instrumento da psiquiatria historicamente foi a privação. Seu lugar por excelência, o manicômio, caracteriza-se como o lugar zero das trocas sociais, porque ali a internação e a tutela encontram sua finalidade, subtraindo o sujeito das trocas sociais e estabelecendo relações de mera dependência pessoal (ROTTELI, 1990, p.61).

A privação que opera o manicômio constitui a base material da cronicidade. É sua permanência no tempo que extingue os vínculos sociais, empobrece as relações do sujeito e deixa-o dependente cada vez mais de um menor número de relações, afetos e trocas. Privando-o das relações com a sociedade em que se insere, priva-o da possibilidade de mediação com as possibilidades construídas historicamente pelo gênero humano. E é aí que a contradição de um espaço que se pretende terapêutico atinge seu auge, pois privando-o das possibilidades de desenvolvimento e de se enriquecer como ser humano, e reduzindo quantitativa e qualitativamente suas relações, reduz também as possibilidades de conhecimento e de domínio de si mesmo e de sua doença, já que sua essência não existe *a priori* - situação em que o isolamento poderia auxiliá-lo a "entrar em contato com sua essência pura" -, mas somente como conjunto das relações sociais¹²³, que ganham concretude na sua individualidade como unidade da totalidade.

¹²³ Marx em sua VI tese sobre Feuerbach: "Feuerbach converte a essência religiosa em essência *humana*. Mas a essência do homem não é uma abstração inerente ao indivíduo isolado. Na sua realidade, ela é o conjunto das relações sociais". MARX, K. Teses sobre Feuerbach. In: A ideologia alemã. São Paulo, 1998, p.101.

Essa privação é o instrumento que serve à psiquiatria em sua função de controle social, segregação e coação; quando, para manter o *status quo* é necessário disciplinar e conter a miséria e as possibilidades de revolta social. E seu objeto, é o proletariado que não produz e que aumentam em número a cada nova crise social do sistema de tendência concentradora e globalizante que é o capitalismo.

Desviat (1999) destaca que nos momentos de crise do sistema econômico elevam-se vozes pedindo o retorno do grande enclausuramento, mesmo que saibam de sua inutilidade técnica e de seu custo social. Convoca-se o enclausuramento como marginalização e castigo, como medida cautelar, geralmente acompanhada de leis repressivas (DESVIAT, 1999). Nesses momentos, a psiquiatria é operada como instrumento contra o mal, patologizando os comportamentos. Necessidades sociais são tomadas como intervenções médicas e, nesse contexto, não causaria estranhamento que sujeitos que perderam a capacidade de dirigir a si mesmos sejam internados a contragosto e sem autorização judicial, num retorno às *lettres de cachet*¹²⁴.

A grande tarefa do asilo, portanto, é homogeneizar, reprimindo os vícios e tudo aquilo que se opõe às virtudes da sociedade, por isso mesmo a única diferença que pode aí se manifestar é a diferença entre 'normal' e 'anormal' (ou patológico). O asilo se revela um espaço social onde o doente sofre um processo de acusação, julgamento e condenação. Esse processo está sustentado na relação de dominação que se estabelece entre médico e doente. Relação que gradualmente é dissimulada pela capa da objetividade e da competência científica. (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Para se manter como modelo hegemônico até os dias atuais, o modelo biomédico não passou incólume às transformações da prática médica durante o século XX, que geraram ampliação e diversificação do objeto e meios de trabalho. Os movimentos de questionamento da fragmentação da medicina e de tentativa de articular suas práticas na esfera social representados pela Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, produziram transformações nesse modelo sem, contudo, alterar seus principais fundamentos. A Medicina Preventiva expande o conhecimento e a prática para fora dos muros do hospital, com a inclusão de categorias como "comunidade, ambiente, agente e hospedeiros". Mas faz isso inspirada no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, não superando o modelo biomédico e realizando uma naturalização do social (AROUCA, 2003). A tentativa era

¹²⁴ Ordem real que permitia a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do antigo regime.

de recompor o todo “biopsicossocial”, que, no entanto, continua fatorado e hegemonizado pela concepção biológica e natural. A Medicina Comunitária, por sua vez, articulando conceitos da Medicina Preventiva no âmbito populacional, ampliou o contexto das práticas e operou com tecnologias mais simplificadas, tendo maior função política do que econômica, e também sem romper com os preceitos da individualização, homogeneização e normatização (DONNANGELO, 1979). Mais recentemente, a atuação do Complexo Médico Financeiro, com a ampliação de seguros e planos de saúde, também tem operado com a incorporação de elementos preventivistas a fim de controlar o uso de tecnologias e baratear a assistência (MERHY, 2003b).

No campo da saúde mental, como vimos, algumas das propostas de reforma psiquiátrica no século XX, também acabaram se reduzindo a propostas racionalizadoras e que não abalaram a natureza e o objeto da ciência psiquiátrica; como foi o caso das experiências surgidas na Europa na década de 1960, no bojo dos movimentos de revolta operária daquele período. Isso é visível, por exemplo, no modelo preventivista, que expande para o território a concepção de desvio e a função de normalizar o social.

Um segundo conjunto de modificações dessas práticas diz respeito ao advento da medicina tecnológica, com a maior socialização do trabalho, com a transferência de parte das atividades antes realizada pelos médicos para outras profissões, além da inclusão de novos profissionais e atividades no processo de produção em saúde. Se em um primeiro momento essa passagem ocorre mantendo sob controle médico a dimensão intelectual do trabalho, a coletivização do trabalho também levará outros profissionais a terem auxiliares e a preservarem um núcleo de decisões intelectuais (GOMES, 2006; 2017).

Assim como a substituição da hegemonia do conhecimento biomédico pelo conhecimento psicológico pode gerar psicologização e não alterar os fundamentos básicos da clínica, aqui também a socialização do trabalho não rompe necessariamente com as relações verticalizadas. Daí porque Peduzzi (1998), ao estudar o trabalho em equipe nesses novos contextos, proponha uma diferenciação entre “equipe agrupamento” e “equipe integração”, a primeira se referindo a um agrupamento de agentes com justaposição de ações, e a segunda, caracterizada pela interação dos agentes e articulação das ações, o que somente seria possível com a superação do isolamento dos saberes e seus campos disciplinares (PEDUZZI, 1998).

A fragmentação e especialização do trabalho que permitiram o aumento da produtividade, ao mesmo tempo que expropriam conhecimentos do trabalhador individual, vão exigindo formas de recomposição do trabalho em nível coletivo, mas isso não significa que se

rompa a hierarquização entre as disciplinas e a hegemonia do conhecimento anatomofisiológico nas explicações do objeto. Segundo Costa-Rosa (2000) a atuação dos ambulatórios de saúde mental com equipes multiprofissionais comprova amplamente esse raciocínio e, apesar de se constituir numa forma de atuação exterior ao hospital psiquiátrico, se apoia sobre os mesmos saberes ao recortar o objeto e reforça o mesmo tipo de práticas, que a rigor, acabam por acionar o hospital em momentos de crise ou agravamento, reforçando sua necessidade de existência.

Um terceiro conjunto de modificações que nos interessa destacar está ligado ao desenvolvimento da indústria farmacêutica que produziu amplo impacto nas formas de tratamento e atuação na saúde mental, não rompendo, mas, pelo contrário, aprofundando a centralidade biomédica e a abordagem individualizante. A partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento crescente de novas medicações psiquiátricas, grande parte do controle da sintomatologia que era atribuída a contenções físicas e ganhava ares de recursos terapêuticos, vai sendo progressivamente deslocada para os fármacos e a contenção química, que se tornam o principal meio de trabalho e a principal resposta ao adoecimento.

O impacto do desenvolvimento da medicina em sua fase tecnológica vai sendo sentido na provisoriidade dos vínculos e nas relações com a clientela. Os vínculos se dão cada vez menos dos profissionais com os usuários e cada vez mais dos usuários com a instituição, além de, na relação terapêutica se darem de maneira mediada pelos instrumentos diagnósticos e terapêuticos (SCHRAIBER, 1993). Apesar da contratendência produzida pelos movimentos de reforma psiquiátrica, persiste a centralidade do consumo na forma mercadoria-procedimento, visualizada pela demanda e utilização efetiva de medicamentos e de procedimentos na forma de internação psiquiátrica. As boas práticas e o bom atendimento vão sendo identificados com a prescrição de fármacos, tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos profissionais. Não raras vezes, o vínculo aqui se dará entre o usuário e o fármaco, tendo o agente como meio; ou ainda, entre o agente e o fármaco, tornando-se o usuário um suporte para a realização do valor da mercadoria.

As alterações resultantes da incorporação de novos meios diagnósticos e terapêuticos que caracterizam a fase da medicina tecnológica alteraram também os métodos de trabalho em saúde mental, mas não são suficientes para caracterizar uma perda de hegemonia da racionalidade biomédica. Pelo contrário, tem ocorrido uma tendência ao aprofundamento do padrão "localização, objetivação, intervenção" (DALMASO, 2000). A localização se acentuando mais radicalmente no corpo humano, indo do órgão ao gene e aos neurotransmissores, a objetivação do diagnóstico pela quantificação de parâmetros cada vez

mais restritivos, e a intervenção tomando como objeto não só os indivíduos sintomáticos, mas passando a incluir possíveis condições de risco (deslocando-se da noção de doença-lesão para a noção de doença-risco). No caso da saúde mental, o enquadramento dos comportamentos em nosologias diagnósticas tem forte efeito sobre a apreensão do sofrimento no âmbito biológico, ainda que não localizado por exames ou procedimentos, deslocando a demanda para recursos como os fármacos ou o internamento.

As formas de organização derivadas do modelo biomédico, ainda quando diversificadas em relação ao hospital, tendem à hierarquização e estratificação de níveis de atenção, mantendo e reforçando a importância do hospital e do isolamento como medida terapêutica. A convivência desse modelo com a lógica liberal-privatista reproduz a lógica empresarial que seleciona a demanda. Ocorre o uso ritualizado dos vários serviços existentes, que operam na lógica de "um serviço para cada problema", solucionando e moldando o problema de acordo com a solução (DESVIAT, 1999). A consequência desse modelo é a referência e contrarreferência funcionando como formas de desresponsabilização pelas necessidades em saúde. A organização, em geral, se dá sobre a demanda e não a partir das necessidades em saúde.

De maneira bastante sumária¹²⁵, o modelo biomédico toma o organismo como objeto de suas práticas, enfatizando suas determinações orgânicas. O objeto, nesse caso, é visto em sua passividade e sobre ele incidem as decisões da equipe técnica. Quando ocorre de o sujeito ser mobilizado para o tratamento, assim como sua família, é na condição de subordinado, por meio de ações assistenciais e educativas que estimulem a cumprir o plano terapêutico determinado. Da consideração do indivíduo (doente) como centro do problema deriva a concentração de esforços terapêuticos sobre ele e o isolamento como meio de trabalho. Seus meios básicos de intervenção são os medicamentos e a internação (isolamento). Quando o processo de trabalho ocorre em condições de multiprofissionalidade, as tarefas e o sujeito são fragmentados e encadeados, tendo o prontuário como meio principal de comunicação e o trabalho em equipe se dá de maneira hierarquizada, baseado em especialidades e centralizado no profissional médico (o conhecimento que vai além da psiquiatria é visto como secundário, já que a determinação principal dos fenômenos é biológica). O hospital psiquiátrico é sua instituição típica, ainda que reformado ou complementado por instituições extra-hospitalares que replicam sua lógica e reforçam sua existência. As relações de trabalho são verticalizadas e o poder é concentrado. Não se faz diferenciação entre poder decisório e poder técnico (de coordenação).

¹²⁵ Essa síntese parte de Costa-Rosa (2000) com acréscimos nossos.

Essa lógica tende a se replicar na relação com os usuários e com a população, em geral (a autoridade técnica é também a autoridade política e social). O serviço funciona no modelo de portas fechadas e há predominância de espaços institucionais interditados aos usuários e população. Essa interdição dos espaços se reproduz como interdição do diálogo com a população. Ainda quando no território, a instituição aparece como depositário para tratar ou retirar do convívio social os doentes. Ganha, portanto, o aspecto de tutela e custódia, que se transpõe também para a função dos técnicos. Ao reproduzir relações verticalizadas, típicas do modo de produção capitalista, a instituição aparece como fornecedora de certo saber/práticas das quais a população é carente, e os técnicos como detentores de razão/saúde sobre a desrazão/doença. Por tudo isso, seus desdobramentos ético-políticos concorrem para produção de efeitos cronificadores; para a supressão e controle de sintomas; para a medicalização e psicologização dos fenômenos e processos sociais; para a produção de adaptação e reforço de uma subjetividade competitiva, submissa e naturalizadora das relações capitalistas de produção (ver Quadro 1).

Buscamos avançar na caracterização do modelo biomédico para além de sua definição como asilar ou hospitalocêntrico, dadas as modificações que produziu historicamente em seu objeto e métodos, conservando seus fundamentos. Além disso, as relações entre esse modelo e o projeto liberal-privatista são claras, expressando-se nas modificações que o capital tem operado no campo da saúde para manter suas taxas de lucro e que acabam por deslindar em modificações no objeto e meios de intervenção.

Foi assim que o modelo biomédico se transmutou para além dos hospitais, na ampliação de seu objeto para a comunidade, com a tentativa de integração da dimensão social e a superação do modelo unicausal de explicação do processo saúde-doença em direção ao modelo multicausal (biopsicosocial). Ou ainda, com a tentativa de inclusão das práticas preventivas, além das curativas, e das práticas coletivas, além das individuais. Nesse processo não se procedeu a uma superação dos fundamentos anatomofisiológicos do modelo biomédico: à ampliação do objeto para a comunidade seguiu-se o reforço da concepção individualista, e ao chamado à participação comunitária seguiu-se a disciplinarização dessa participação, canalizando suas possibilidades de revolta. Do mesmo modo, as críticas às psiquiatrias reformadas apontaram a continuidade dos fundamentos da psiquiatria nas propostas de reforma das instituições ou naquelas que ampliaram o objeto para o território e a comunidade, sem questionar a função de controle e gestão da força de trabalho que operou historicamente a psiquiatria, finalidade que ajudou a conformar meios de trabalho condizentes com esse objetivo.

Acreditamos que essas críticas estão suficientemente construídas no caminho que traçamos até aqui, de maneira que se justifica a utilização da expressão "modelo biomédico" como termo mais geral que inclui as práticas individualistas e hospitalares, mas também aquelas que se realizam em outros contextos e utilizando de outros meios de trabalho além da internação e que concorrem para a manutenção do modelo da homogeneização, individualização e normatização. Essa ampliação da categoria nos parece especialmente útil para compreender os caminhos pelos quais têm enveredado a medicalização e normatização social, individualizando ainda mais as formas de sofrimento e capilarizando as respostas e intervenções biomédicas no campo da saúde mental (não somente nesse campo, mas é o que mais nos interessa aqui) para além das respostas centradas no hospital, atingindo amplas camadas populacionais nos contextos comunitários, de trabalho, de lazer e domiciliar. O uso disseminado das medicações psiquiátricas é só um (talvez o principal) dos exemplos das formas de capilarização que passam, muitas vezes, ao largo do hospital e dos serviços de saúde. Isso não significa que as respostas hegemônicas não sejam, ainda hoje, automatizadas com a hospitalização ou com a atuação dos serviços territoriais de maneira a confirmar a necessidade do hospital, mas que quando se afirma a hegemonia do modelo biomédico não se está fazendo referência somente à dinâmica interna dos serviços. Essa visão ampliada do fenômeno nos parece importante para apreender as novas formas que parecem se articular no cenário atual.

4.2.2 O Modelo Psicossocial

A definição de um modelo alternativo ao modelo biomédico se deu de forma processual, com estabelecimento de diferenças em relação a ele que, pela crítica teórica e prática, alcançaram a condição de alternatividade ao criticar radicalmente e em conjunto os fundamentos biologicistas e positivistas do modelo hegemônico. Trata-se de um conjunto de práticas que, inicialmente, são chamadas de extra-asilares ou não asilares e se ancoram na redefinição do objeto de trabalho como "biopsicossocial". Essas experiências estavam influenciadas pelos movimentos internacionais das "psiquiatrias reformadas" (comunidades terapêuticas, psiquiatria comunitária, psiquiatria de setor, principalmente) e após seus primeiros avanços foi possível perceber que o fato de constituírem serviços externos ao hospital não garantia seu caráter não manicomial, assim como participação social não se mostrou garantia de democratização, já que podia ocorrer de forma aparelhada por empresários ou grupos de interesses contrários à reforma (AMARANTE, 1996). Ainda que sob novas fisionomias,

algumas das inovações propostas repetiam a essência do modo asilar (COSTA-ROSA, 2000), de maneira que era preciso se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional.

Ao mesmo tempo, referenciais como a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática e alguns aspectos da psicoterapia institucional, aportaram críticas teórico-práticas importantes para a superação das primeiras limitações encontradas. Contando com contribuições de campos teóricos diversos (psicologia social, psicanálise, análise institucional, esquizoanálise etc.), o conjunto de práticas e saberes construído no bojo da reforma psiquiátrica brasileira e que concorrem para a superação do modelo manicomial vai sendo renomeado sob o nome de “psicossocial”, vindo a se flexionar comumente com termos como “apoio, reabilitação e atenção” (COSTA-ROSA; LUZIO, YASUI, 2003).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) diferenciam “psicossocial” enquanto termo e conceito. Como termo, tem sua origem nas décadas de 1940 e 1950, com o surgimento da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, no contexto de críticas à medicina flexeriana e de tentativa de integração da dimensão social no processo do cuidado. Esse conjunto de práticas, no entanto, não chegou a conferir ao significante “psicossocial” mais do que um termo que pretendia incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos anatomofisiológicos do objeto da psiquiatria clássica. Para esses autores, o termo se firmará como conceito a partir do momento em que se transformam o modo de conceber o objeto, os modos de estruturar a instituição como dispositivo e as relações terapêuticas, com implicações éticas distintas das práticas asilares. No Brasil isso corresponderá à década de 1980, quando o “psicossocial” passa a denominar novos dispositivos institucionais (CAPS e NAPS) que aspiram construir práticas alternativas ao modelo psiquiátrico. O “termo psicossocial”, desse modo, refere-se às práticas reformadoras em sentido amplo, enquanto o “conceito psicossocial” estaria reservado às práticas em Saúde Mental Coletiva que buscam romper com os fundamentos da psiquiatria (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Apesar do uso crítico que é feito dos termos “Reabilitação Psicossocial” e “Apoio Psicossocial”, os autores propõem “Atenção Psicossocial” como termo capaz de superar os demais por incorporação, sendo suficiente para incluir e nomear o conjunto de práticas substitutivas ao modo asilar, que se afirma a partir de certo momento da reforma psiquiátrica brasileira pelo acúmulo teórico e técnico, ideológico e ético, que permite falar de um modelo de atenção em oposição ao modelo biomédico da psiquiatria tradicional e se propõe alternativo

a ele¹²⁶. Esse conjunto de saberes e práticas desenvolvido no contexto de consolidação de um Sistema Único de Saúde no Brasil e em afinidade com seus princípios, tem produzido transformações em quatro setores bem destacados: no campo teórico-assistencial, no campo técnico-assistencial, no campo jurídico-político e no campo sociocultural (AMARANTE, 2007).

Em trabalho anterior (SCHÜHLI, 2008) defendemos que um dos eixos táticos da reforma psiquiátrica brasileira residiu no enfrentamento dos conceitos de "doentes crônicos e reabilitação" da psiquiatria tradicional, opondo a eles a díade "cronificados e reabilitação psicossocial". Em nosso entendimento naquele momento, essa operação age justamente no reposicionamento do objeto da intervenção em saúde mental, que não pode ser a "doença que cronifica por seu curso natural", mas inclui a compreensão sobre o "sujeito que tem sua existência privada e cronificada pela instituição e pelas formas de tratamento" (SCHÜHLI, 2008, p. 39). Esse movimento punha a descoberto os horrores que a institucionalização promovia sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, questionava a definição de objeto e as explicações da psiquiatria. Tornou-se um centro tático na medida em que ganhou força junto à opinião pública no momento da redemocratização, acumulando para a necessária transformação do modelo de atenção.

A cronicidade, tomada como prova real e material da violência das instituições, como testemunha do caráter segregador, de coação e controle social do manicômio, revela a doença e seu duplo, a institucionalização; e aponta diretamente para a necessidade de reabilitação. Mas, assim como o conceito de cronicidade não é aqui o da psiquiatria tradicional, também o de reabilitação não pode ser. Há a necessidade de um conceito de reabilitação que atenda ao conceito de cronicidade como sendo gerada social e historicamente pela institucionalidade e pelo sistema social. O conceito de "Reabilitação Psicossocial", primeira forma como o termo começa a aparecer entre nós, é o que se apresenta nos movimentos internacionais e que mais se aproxima da crítica que se desenvolvia. Seu entendimento não é uniforme e o próprio nome ainda contém as contradições inerentes à palavra "reabilitação", mas no Brasil aglutina as posições críticas e acaba fomentando em torno a si, reflexões teóricas e novas práticas que colocam em questão o manicômio e a existência concreta do exército de cronificados pelas instituições manicomiais.

À visão quase ortopédica de reabilitação presente na solução doença-cura do modelo

¹²⁶ Em trabalho posterior, dois desses autores (YASUI; COSTA-ROSA, 2008) propõem também o uso de "Estratégia de Atenção Psicossocial".

biomédico, o modelo psicossocial opõe uma diversidade de respostas terapêuticas e de meios de trabalho que buscam superar a internação e a medicação como respostas automáticas e prioritárias. Essa diretriz de desmedicalização e de despsicologização está ligada à própria visão ampliada do objeto que inclui o social não como acessório no processo saúde-doença, mas como elemento determinante, ou seja, como resultante dos modos de andar a vida, das relações sociais que não são só biológicas (o contato de um organismo com o meio), mas que estão perpassadas pelos modos de produção, pelas relações econômicas, sociais e culturais que compõem os modos de produzir e reproduzir a vida.

A Reabilitação Psicossocial é tomada, a partir desse momento, como uma estratégia para o aumento da contratualidade do usuário na transição para a plena cidadania. Não é vista como técnica para passar o usuário de um estado de 'desabilidade' a um estado de 'habilidade', de um estado de 'incapacidade' a um estado de 'capacidade', senão como uma estratégia global (SARACENO, 1996). Essa inversão implica uma mudança na organização dos serviços de saúde mental, para que consigam influenciar no aumento de contratualidade de seus usuários nos três cenários em que atuam: cenário habitat, cenário mercado e cenário de trabalho. E as variáveis que determinarão se as técnicas funcionam ou não, vão desde o vínculo e a relação que se estabelece entre técnico e usuário, até os marcos organizacionais do serviço, as políticas de saúde mental (se satisfazem as necessidades do território, se estão abertos em período integral, etc.) (SARACENO, 1996).

Esse modelo parte da premissa de que todos temos algum poder contratual nesses cenários e neles agimos com maior ou menor habilidade, dependendo do poder contratual que temos. Entretanto, muitos usuários perdem esse nível de contratualidade por terem uma baixa capacidade de produção social. E esses 'desabilitados' por falta de poder contratual é que seriam o modelo de referência para essa abordagem (SARACENO, 1996). Receber o atributo de doente mental já anularia seu poder de contrato, impossibilitando as trocas sociais e prejudicando sua existência como sujeito de trocas sociais. O doente passa a ter positividade somente como suporte da doença, e no manicômio qualquer tentativa de manifestar-se positivamente é transformada em pura negatividade, em sintoma (KINOSHITA, 1996).

Como lugar de 'troca zero', o manicômio deve ser desconstruído, e essa é a necessidade reabilitadora fundamental. Acabar com a instituição como fonte de violência é o seu primeiro passo, pois entender reabilitação como aumento da contratualidade e enriquecimento das relações (dependência de um maior número de relações), não é possível de ser levado adiante no manicômio. Não é possível aumentar a contratualidade nesses três cenários se o usuário não

fizer parte do cenário. Ou ainda, não faz sentido pensar em reabilitar a cronicidade causada pelo manicômio (a falta de contratualidade causada no lugar zero das trocas sociais) e deixá-lo existir como fonte de cronicidade.

Fora dos marcos manicomial é que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual com o objetivo de ampliar a autonomia do usuário (KINOSHITA, 1996). A reabilitação, então, não é vista como um processo de adaptar ao jogo dos fortes os fracos, mas como processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos (SARACENO, 1996). E aqui, autonomia não pode ser confundida com autossuficiência nem com independência. Passa a ser entendida como a capacidade de gerar normas e ordens para a sua própria vida em diferentes contextos. Passa por entender que todos somos dependentes, mas que nas relações de dependência pessoal a que foram submetidos no manicômio, esses usuários passaram a depender excessivamente de poucas coisas/relações. "Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida" (KINOSHITA, 1996, p.57).

Nessa relação o agente técnico tem papel determinante, pois o poder de contratualidade do usuário passará pela capacidade da equipe de elaborar (a partir da história do usuário, de seus sonhos, de suas fantasias e de seu habitat) projetos e ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, para que a subjetividade do usuário possa se enriquecer (KINOSHITA, 1996). Tendo por base a experiência italiana, esse autor chama de "emprestar poder contratual" essas mediações que a equipe tem que ser capaz de fazer, para que os projetos possam se efetivar.

Na viabilização desses projetos, a reconstrução da contratualidade pode "passar por" teatro, artes visuais, atividades manuais, mas não pode "terminar em". Não se necessita que os usuários façam cinzeiros ou sejam artistas, mas que exerçam a cidadania (SARACENO, 1996). Da mesma forma, o trabalho não pode ser encarado como terapia ou como resultado e reconhecimento do fato de que esteja melhor, mas como direito e como condição preliminar para que possa estar melhor. E deve-se ajudá-lo também, a fazer e a viver o trabalho. É um espaço de vida a mais no qual o ajudamos a viver, e não um teste (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990). A diferença é que o trabalho pode ser terapêutico quando reconhecido como direito, mas não quando tomado como "técnica de tratamento". No primeiro caso, é o sujeito que realiza uma possibilidade sua, no segundo é a instituição que o decide (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Nesse sentido, a Reabilitação Psicossocial é entendida como um processo de remoção de barreiras que impedem a integração do indivíduo na sua comunidade e o pleno exercício de seus direitos e de sua cidadania (BERTOLOTE, 1996). E com isso inverte-se o objeto da psiquiatria clássica, pois aqui não se trata de reabilitar o doente. A pessoa a ser reabilitada até pode ser doente, mas não é isso o que mais importa ou que a define. Trata-se de enfrentar uma posição de "desvantagem" para restituir-lhe direitos que deveria ter na saúde ou na doença. No centro do processo terapêutico aparece a negociação, já que as oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito (KINOSHITA, 1996).

Rotteli, Leonardis e Mauri (1990) também enfatizam essa dimensão da institucionalização quando afirmam que:

Uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências é também uma existência em mudança. Certo, o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se se começa a remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa. E igualmente, não se anula a necessidade desta pessoa de ser ajudada, isto é, precisamente tratada nos termos que falamos. Mas isto nos faz recordar o valor dessas necessidades e a necessidade de valor (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 33).

Transformações iniciais são produzidas por gestos elementares, como a eliminação dos meios de contenção, o restabelecimento da relação do indivíduo com o próprio corpo, o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, o direito e a capacidade de palavra, abrir as portas, liberar os sentimentos, eliminar a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade, reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais. A simplicidade dessas mudanças ajuda a compreender que a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem. Talvez não se "resolva" por hora, não se "cure" agora, no entanto, "se cuida". Depois de ter descartado a "solução-cura" se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui, e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento e que, ao mesmo tempo, se transforme a vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Nesse sentido, defender os CAPS como dispositivos centrais da reforma que devam funcionar segundo o sistema de "porta aberta" e territorializados, apesar do risco de reproduzir medidas preventivistas, coloca-os em constante discussão com a população atendida, o que fragiliza o princípio de autoridade dos técnicos e impulsiona a repensar suas práticas

cotidianamente, além de colocar a discussão sobre o serviço de forma mais ampla na rede social em que estão inseridos. As intervenções passam a incluir um território no qual as problemáticas, o sofrimento e os carecimentos do sujeito ganham sentido e podem ser trabalhadas diretamente. Um território que não se resume ao espaço geográfico, mas comporta as trajetórias de vida dos sujeitos, sendo palco das relações humanas em toda sua complexidade. Essa necessidade de olhar para além do corpo individual está assentada na redefinição do objeto da intervenção, que não deixa de considerar a dimensão orgânica, mas coloca a doença entre parênteses para dirigir-se à "existência-sofrimento"¹²⁷ dos sujeitos, que precisam ser vistos em sua integralidade, compreendendo, ainda, que as demandas que trazem, nem sempre refletem diretamente suas necessidades e carecimentos.

Além disso, a integralidade comporta outro sentido para além da visão integral do sujeito, que se relaciona com a integralidade da rede de cuidados, em sua capacidade de articular os vários serviços e ações (inclusive, intersetoriais), com o objetivo de suprir as necessidades dos usuários. O foco se desloca da doença, do diagnóstico e dos sintomas, para o sujeito que sofre, suas necessidades e as formas como objetiva sua existência. Para tanto, é preciso que os serviços sejam capazes de articulados, oferecer diferentes respostas a sujeitos diferentes com necessidades similares, ou sujeitos com diagnósticos similares e necessidades distintas. As limitações dos serviços devem ser compensadas por seu funcionamento em rede, visando superar suas parcialidades em direção a uma resposta integral às necessidades. Diferindo da lógica da demanda, não é o sujeito que deve se perder na rede de serviços para conseguir suprir suas necessidades a partir da lógica fragmentária com a qual os serviços oferecem respostas. Essa lógica também se opõe à ideia de referenciamento e desresponsabilização, porque ainda que frequentando o CAPS, o usuário continua adscrito e deve participar das ações da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, dado que continua fazendo parte do território, não sendo apartado dele pela intervenção especializada de saúde mental. Pelo contrário, a intervenção busca requalificar e fortalecer seus vínculos e sua aceitação no território que habita.

A produção social da saúde "pressupõe o planejamento das ações de Atenção de modo integral, baseadas no trabalho em equipe e nas práticas coletivas de saúde, superando a atual

¹²⁷ Conceito utilizado por Basaglia que não significa a negação da doença, no sentido de negar que haja algo que produz dor, sofrimento e mal-estar, mas que ao invés de colocar o sujeito entre parênteses para objetivá-lo na doença e no diagnóstico, propõe colocar a condição psiquiátrica entre parênteses para ver as consequências do processo de institucionalização. Aos efeitos da institucionalização e da apropriação dos sujeitos pelo saber psiquiátrico, Basaglia chamou de "duplo da doença mental", aquilo que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado.

racionalidade que está pautada numa prática privada e regida por uma lógica de mercado" (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Para que isso ocorra, entretanto, é fundamental contar com a diversidade de serviços e de respostas terapêuticas para além da medicação. Grupos, oficinas, psicoterapias, cooperativas de trabalho, atividades artísticas, culturais e de entretenimento, são alguns dos meios que passam a ser utilizados visando o desenvolvimento dos usuários e sua reinserção social, com a ampliação e requalificação das necessidades, capacidades e interesses.

No modelo psicossocial o objeto¹²⁸ do cuidado é um sujeito, que deve ser encarado como o principal participante do projeto terapêutico, saindo da posição de passividade/objeto para a posição de sujeito implicado nas escolhas. Além disso, é um participante de grupos sociais (entre eles a família) que devem ser incluídos como agentes das mudanças pretendidas. Inclusive, a sua participação nesses grupos pode estar restringida e sua retomada ou ampliação vir a se constituir como parte fundamental do projeto terapêutico. Todavia, as formas dessa participação superam a postura assistencialista e orientadora do modelo biomédico, devendo os grupos sociais mais amplos ser mobilizados, ainda que não seja em relação a um indivíduo particular (COSTA-ROSA, 2000). Um exemplo disso é o incentivo à constituição de associações de usuários e familiares, que não se referem diretamente a um sujeito, mas constituem uma forma de mobilização social possível de se reverter em ampliação do processo de consciência de um conjunto de sujeitos e, algumas vezes, capazes de alavancar conquistas que se generalizam para além de seus locais de atuação.

Esse tipo de ação reflete, praticamente, a compreensão de que a loucura, bem como o uso e abuso de álcool e outras drogas, não constituem um fenômeno exclusivamente individual, mas social, de maneira que se deslocam as mudanças apenas do indivíduo para a inclusão das instituições, grupos e seus contextos. Em relação às ações terapêuticas, podem passar pela remissão de sintomas, mas não se resumem a elas. Os conflitos e crises são compreendidos como inerentes à experiência humana e a finalidade maior da intervenção está na ampliação da autonomia dos sujeitos, com sua implicação nos aspectos históricos de sua vida e a compreensão, inclusive, dos limites de sua ação individual. Ao invés de sofrer passivamente os efeitos do sofrimento, as ações terapêuticas buscam seu reconhecimento como sujeito histórico implicado nas condições produtoras do sofrimento, bem como nas suas possibilidades de mudança. A diversidade de respostas terapêuticas deve ir desde a continência na crise até as possibilidades efetivas de reinserção, tendo a desospitalização, a desmedicalização e a

¹²⁸ A partir desse ponto sistematizamos contribuições de Costa-Rosa (2000) e de Yasui e Costa-Rosa (2008), acrescidas e modificadas por nossas interpretações.

despsicologização como metas.

Busca-se, também, aumentar/ampliar os vínculos e formas de comunicação com vistas a romper o isolamento que o diagnóstico e a carreira psiquiátrica acarretam aos sujeitos. Deve-se investir na ampliação da capacidade de discriminar fatores cuja mudança não depende de sua ação imediata e circunscrita de indivíduo (COSTA-ROSA, 2000). A equipe interprofissional é o meio de trabalho principal e deve superar o grupo dos especialistas para incluir, por exemplo, diferentes formas de arte e artesanato. Supõe-se a capacidade de intercâmbio entre a equipe, a despeito das diferenças teóricas e técnicas, para evitar a atuação na forma de “linha de montagem” que toma os sujeitos como objetos de distintas práticas em sequência. Supõe-se, também, a capacidade da equipe de reconhecer o cotidiano de trabalho como perpassado por tensões e interesses conflitantes, para conseguir pôr a salvo desses conflitos os interesses dos sujeitos em sofrimento (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

Nesse modelo o serviço de saúde mais típico é o CAPS, mas pressupõe a existência de uma diversidade de dispositivos que supere quantitativa e qualitativamente os dispositivos asilares (Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Consultório na Rua, Unidades de Acolhimento, Abrigos, escolas de formação profissional, estabelecimentos de ensino regulares, Educação de Jovens e Adultos, CRAS, CREAS, UBS, NASF etc.) e que vão além dos equipamentos sociais do setor saúde. A organização institucional está pautada nos princípios da descentralização e participação popular, ou seja, na horizontalização das relações entre trabalhadores e também entre trabalhadores e usuários. Nesse sentido, as assembleias com a participação de usuários, trabalhadores e familiares, com efetivas possibilidades de escolha e decisão, são instrumentos na transformação das relações intersubjetivas que efetivam a participação, ainda que na escala do serviço, mas acumulando, dentro desses limites, para experiências numa lógica distinta daquela socialmente dominante. Visto desse modo, o nível organizativo contribui com as estratégias de atenção, estando alinhado com a técnica e com a ética propostas.

Além da participação dos usuários dos serviços, deve-se incentivar a participação da população nas esferas decisórias das instituições. O que se propõe aqui é a reflexão e exercício cotidiano de enfrentamento das formas de heterogestão e da interdição dos espaços institucionais para usuários e população. O serviço precisa ser apropriado pela população do entorno e se tornar sua referência, do contrário não se pode afirmar territorializado e portas abertas. Desde a ótica da relação entre trabalhadores propõe-se, também, a diferenciação entre poder decisório (concentrado nas reuniões gerais, conforme o âmbito em que se esteja) e poder

de coordenação (com função essencial de coordenar as ações conjuntas e executar as decisões tomadas pelo coletivo em dimensões particulares) (COSTA-ROSA, 2000).

A relação com usuários deve ser pautada no diálogo (que difere do monólogo e do inquérito), incentivando as formas de comunicação pelas quais o sujeito expressa sua subjetividade e auxiliam a organizar e tomar consciência das suas concepções, conflitos e motivos. A postura acolhedora da instituição e de seus agentes deve propiciar, ao mesmo tempo, a participação nos espaços coletivos e a singularização, pois não se trata de dimensões cindidas, mas que se constituem mutuamente.

Sendo serviços que perseguem a territorialização, nesse modelo os CAPS não devem se voltar somente ao seu interior e não funcionam como depósito, mas como ponto de referência para a população, que pautado no acolhimento e no diálogo oferece livre trânsito. A capacidade de escuta é fundamental, inclusive, para discriminar as demandas e poder referi-las a outras instâncias, a partir do que se espera um estreitamento da faixa do tratável, porque não inclui todos os problemas na esfera restrita das queixas em saúde mental (a exemplo das queixas escolares) (COSTA-ROSA, 2000).

Sem desconsiderar a ideologia individualizante e competitiva do modo de produção capitalista no qual se reproduz, busca-se a construção de relações intersubjetivas solidárias, marcadas pela comunicação e pela cooperação, dentro dos seus espaços de ação. Deve estar ciente dos limites dessa empreitada, mas também da importância que têm essas experiências para questionar a lógica instituída do conformismo e da repetição, acumulando forças no sentido da produção de autonomia, da superação das dificuldades atuais e tendo por horizonte a emancipação humana (ver Quadro 1).

A aposta do modelo psicossocial está em recriar e exercitar novas formas de relação social, compreendendo que a produção de saúde e de subjetividade são indissociáveis. Na medida em que propicia, ainda que limitados, espaços de acolhimento, convivência, escuta/diálogo, exercício de escolha e participação, suas ações não se restringem a mudanças na dimensão técnica, mas concorrem para alterar dimensões institucionais e ideológicas. É preciso compreender que as mudanças apenas técnicas por mais que sejam empreendidas em alguns momentos, se não forem acompanhadas de mudanças em outras dimensões acabam, não raras vezes, recaindo nas práticas do modelo que buscavam superar, pois o modelo biomédico continua hegemônico e tem a prerrogativa de estar afinado às formas econômicas e sociais da organização social capitalista.

Quadro 1: Características dos modelos de atenção em saúde mental

Agente	Modelo Biomédico	Modelo Psicossocial
	Médico Equipe Multiprofissional	Equipe interprofissional
Objeto (conteúdo da atividade técnica)	Doença (referida ao organismo em sua dimensão anatomofisiológica)	Existência-sofrimento (põe a doença entre parênteses)
	Passivo (objeto da intervenção)	Ativo na definição e escolhas sobre seu projeto terapêutico
Concepção do processo saúde-doença	Relação organismo-meio	Estado geral decorrente dos modos de levar a vida (determinação social)
Cronicidade	Inerente à história natural da doença	Resultado da obstrução à satisfação das necessidades, produzida pela dinâmica das relações sociais concretas nas quais o sujeito está inserido, incluindo as formas de tratamento e serviços de saúde
Meios	Isolamento/internação	Diversidade de meios para ampliar o círculo de interesses, motivos e necessidades
	Medicação	Equipe interprofissional
	Trabalho compulsório	Necessita intersetorialidade
	Grupos com postura assistencial e orientadora	
Finalidades	Cura	Reinserção social, produção de autonomia e emancipação
	Remissão e controle de sintomas	Aumentar os vínculos, as possibilidades de expressão e de comunicação
	Reabilitação com vistas ao retorno a um estado anterior	Reconhecer-se como agente implicado em sua história de vida, necessariamente conflitiva, discriminando fatores cuja mudança não depende da ação imediata e circunscrita de indivíduo
	Equilíbrio/adaptação	Ampliação e requalificação do círculo de necessidades, interesses e motivos
	Hospitalização, medicalização e objetificação	Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural
	Controle social	Romper a lógica da marginalização de classe

Projeto terapêutico	Elaborado pela equipe multiprofissional; centralidade na atuação médica com vistas a combater e controlar sintomas	Elaborado pela equipe interprofissional em diálogo com o sujeito. Envolve mudanças e mobilização dos grupos sociais dos quais participa
Formas institucionais/organizativas	Equipe multiprofissional	Equipe interprofissional
	Porta fechada	Portas abertas. Circulação dos sujeitos atendidos e da comunidade
	Referência e contrarreferência	Responsabilização pelo território
	Um serviço para cada problema	Articulação em rede para suprir necessidades
	Orientação pela demanda	Orientação pelas necessidades em saúde consideradas de maneira ampla
	Verticalização das relações	Horizontalização das relações
Princípios norteadores	Individualização	Territorialidade
	Homogeneização	Participação social
	Normatização	Descentralização
	Localização, objetivação, intervenção	Cooperação
	Heterogestão	Autogestão
	Interdição dos espaços institucionais	Livre trânsito
Lógica subjacente	Liberal-privatista, com o reforço de relações instituídas e reprodução de subjetividades privatizadas, serializadas e competitivas	Emancipatória, com o combate de relações de exploração e opressão e o fomento de relações solidárias e de cooperação

CAPÍTULO 5 – ACERCA DO MÉTODO E DA METODOLOGIA

Tudo está na natureza
encadeado e em movimento –
cuspe, veneno, tristeza,
carne, moinho, lamento,
ódio, dor, cebola e coentro,
gordura, sangue, frieza,
isso tudo está no centro
de uma mesma e estranha mesa.

Chico Buarque e Paulo Pontes
(Gota d'água)

Para a apreensão de nosso objeto de pesquisa com vistas a qualificar a tese aqui defendida, conjugamos a pesquisa teórica (principalmente em conceitos do campo da saúde coletiva, da psicologia social latino-americana e da psicologia histórico-cultural) com procedimentos que têm sido identificados como integrantes das 'metodologias qualitativas em pesquisa', a saber, grupo focal, entrevistas e observação participante. A nosso juízo, objeto e método de pesquisa mantêm uma estreita relação, devendo este ser adequado à compreensão que se tem daquele (VIGOTSKI, 1931/1995). Nesse sentido, a reflexão sobre o método não é secundária à elaboração do problema de pesquisa e revela, para além da compreensão que se tem do objeto, a concepção do pesquisador sobre o processo de elaboração do conhecimento.

O marco teórico que melhor sintetiza nossa compreensão sobre a realidade e o processo do conhecimento é o materialismo histórico dialético, que tem nos servido de baliza e subsídio para a elaboração teórica sobre o objeto investigado. Dado que aquilo que tem se denominado convencionalmente de 'pesquisa qualitativa em saúde' não explica completamente e chega a colidir com a concepção materialista e dialética do processo de elaboração do conhecimento, sentimo-nos obrigados a iniciar este capítulo por uma discussão sucinta sobre a relação entre a pesquisa qualitativa em saúde e o materialismo histórico dialético. Essa reflexão objetiva coloca em relevo a maneira como temos pensado a metodologia para investigação e produção do conhecimento sobre o real. Em seguida a essa primeira parte de exposição sobre o método e o processo do conhecimento que orientou o desenvolvimento geral da investigação, descreveremos o cenário e fases da pesquisa, bem como as técnicas e procedimentos utilizados na investigação sobre a produção de grupalidade nos serviços de saúde mental brasileiros.

Sendo o método um "meio de obtenção de determinados resultados no conhecimento e na prática" (KOPNIN, 1978, p. 91), ele depende do objetivo para o qual a ciência se orienta num determinado campo para conduzir à compreensão de regularidades científicas

(VIGOTSKI, 2018, p. 37). Em um paralelo com a teoria da atividade de Leontiev (1978a, 1978b), poderíamos afirmar que a atividade de pesquisa tem como seu motivo real o objeto do estudo, que define seu conteúdo. A atividade científica parte de um objetivo geral, de sua finalidade, e para ser levada a cabo exige a execução de ações voltadas a objetivos específicos. Consequentemente, o andamento do processo investigativo pode exigir redefinições dos objetivos das ações, pois eles devem ser adequados ao objeto e não ao sujeito. Por sua vez, as ações têm uma dimensão operacional, consubstanciada nos procedimentos e técnicas de pesquisa, das quais também depende o sucesso da atividade de analisar algum objeto. Em suma, a dimensão metodológica se refere aos caminhos para atingir os objetivos, ao conjunto de determinados princípios, de processos de investigação teórica e de ação prática (KRAPIVINE, 1985, p. 22).

Entretanto, é preciso considerar que “o método de conhecimento implica sempre dois aspectos organicamente relacionados: um objetivo e um subjetivo” (KOPNIN, 1978, p. 95). Como o método pretende a compreensão das leis objetivas do objeto, a interpretação dessas leis constitui o aspecto objetivo do método. Mas essas leis por si mesmas não constituem o método, que depende dos procedimentos que derivam delas e permitem a interpretação e transformação da realidade (aspecto subjetivo) (KOPNIN, 1978). As leis objetivas que expressam o conhecimento das leis do objeto, quando transladadas para a consciência humana enquanto regularidades internas do pensamento, e empregadas de modo consciente para a explicação e mudança do mundo¹²⁹, sintetizariam o método científico.

No método, então, as leis objetivas se convertem em 'regras de ação do sujeito', o que nos leva ao risco de absolutização do aspecto subjetivo do método, que passa a ser "interpretado como um conjunto de procedimentos desvinculados do mundo objetivo” (KOPNIN, 1978, p. 91). Para a reflexão que se pauta nos princípios teórico-metodológicos do materialismo histórico-dialético, entretanto, o aspecto subjetivo do método deve se converter em aspecto objetivo¹³⁰, ou seja, o processo do conhecimento inclui a transformação do pensamento em ação e, para além da questão da veracidade dos conteúdos do pensamento, que é determinada pelo objeto, é necessário ultrapassar os limites da realidade teórica e apreciar os atos e ações do ponto de vista das necessidades práticas (KOPNIN, 1978).

¹²⁹ Definição que Kopnin retira de Pávlov, em sua obra “Teoria do Reflexo” (KOPNIN, 1978, p. 92).

¹³⁰ “No sentido gnosiológico, essa conversão significa a conversão da veracidade em precisão” (KOPNIN, 1978, p.95). Retomaremos essa assertiva adiante, ao refletir sobre a veracidade e validade do conhecimento.

Dito de outro modo, à revelia do que faz parecer parte das pesquisas que lançam mão das metodologias qualitativas, o método não pode ser abordado como a soma mecânica de processo de pesquisa. Ele é condicionado pela natureza dos fenômenos e por suas leis internas, do que deriva que as técnicas não estão descoladas de seus objetivos ou da compreensão mais geral sobre a lógica do real e seu processo de conhecimento. Essa constitui a primeira justificativa para o desenvolvimento da primeira parte deste capítulo.

Vigotski (2018) estabelece ainda, uma distinção entre os termos “método” e “metodologia”. Para esse autor, metodologia “é um determinado sistema de procedimentos técnicos que realizam um ou outro método”, e segue advertindo que “pode-se aplicar corretamente essa metodologia apenas quando se compreendem os princípios do próprio método” (VIGOTSKI, 2018, p. 56). Nesse sentido, a metodologia permitiria a assimilação da aparência dos fenômenos¹³¹, que só podem ser corretamente diagnosticados ou interpretados tendo em conta os princípios do método¹³².

Marx comentou de forma mais geral a abordagem fenotípica, quando afirmou que “se a essência dos objetos coincidissem com a forma de suas manifestações externas, então, toda ciência seria supérflua” – uma observação extremamente razoável. Se todos os objetos fossem fenotípica e genotipicamente equivalentes (isto é, se os verdadeiros princípios de sua construção e operação fossem expressos por suas manifestações externas), então, a experiência do dia-a-dia seria plenamente suficiente para substituir a análise científica (VIGOTSKI, 1998, p.83).

Partindo da citação marxiana, Vigotski retoma a diferenciação entre aparência e essência, uma questão fundamental e de princípio, que se refere à própria razão de existência do pensamento científico, que tem sido abandonada com a ênfase empirista das metodologias qualitativas. Ao método científico caberia a árdua tarefa de superar a apreensão aparente dos objetos, fenômenos e processos do real, com vistas a captar sua essencialidade, que só se daria a conhecer à luz do pensamento teórico, ou seja, com o auxílio das abstrações. O contato direto com os fenômenos do mundo não seria garantia de compreensão das suas mediações e

¹³¹ Nesse ponto da obra o autor utiliza o termo “sintomas”, já que está se referindo ao método de estudo da pedologia, ciência que estuda o desenvolvimento infantil.

¹³² Kopnin (1978) parte de outro entendimento, da metodologia como “doutrina” ou “teoria do método”. Para ele “Ao assimilarmos algum método científico, podemos subestimar o seu papel e suas possibilidades, considerando-o único e absoluto. Por isso a dialética não se volta contra qualquer forma de metafísica enquanto método de conhecimento aplicável em certos limites, mas contra a metodologia que procura omitir esses limites e convertê-lo em método filosófico da ciência moderna” (KOPNIN, 1978, p. 96).

A despeito das diferentes posições dos autores, o que nos importa aqui é salientar que os procedimentos e técnicas não estão descolados da reflexão ontológica e gnosiológica sobre o objeto, portanto, da reflexão metodológica de maneira geral.

contradições internas fundamentais, que precisam ser descobertas nas tensões imanentes da relação entre forma e conteúdo (MARTINS, 2008). Prender-se apenas aos aspectos empiricamente observados produziria um conhecimento baseado na pseudoconcreticidade (KOSIK, 1976), na concretude aparente da realidade, que, apesar de existir enquanto totalidade organizada, enquanto síntese de múltiplas determinações, precisa ser reconstruída no âmbito do pensamento, num processo de desvelamento das camadas do real. A tendência ao empirismo representa, por um lado, o risco da elaboração de um pseudoconhecimento, aprisionado à pseudoconcreticidade.

Por outro lado, e como parte de um mesmo movimento, essa tendência vem acompanhada do que Moraes (2001) denomina de um “recuo da teoria”. E essa é a segunda justificativa para a existência da reflexão inicial desse capítulo. O contexto de surgimento das metodologias qualitativas tem sido marcado, além da ênfase, no empirismo por um retrocesso da teoria (MORAES, 2001). A autora localiza esse processo como tendo origem na crítica contemporânea à concepção de razão moderna, iluminista, produto da luta da burguesia por sua consolidação em contraposição às concepções feudais. Essa crítica põe em crise a própria legitimidade das ciências e da educação, baseada nesses princípios de racionalidade.

Nesse tempo que tem sido apontado como “pós-modernos”, Jameson (1985) identifica dois traços predominantes: a transformação da realidade em imagens e a fragmentação do tempo, que nos condena a viver num “presente perpétuo”, sem relação com o passado e sem possibilidade de antever um futuro. Desaparece o sentido da história e há o apagamento das tradições e formações sociais anteriores, daí a ênfase da pesquisa atual no imediato, empírico e cotidiano. Derivada da crítica ao estruturalismo, ocorre uma fixação cada vez maior na materialidade dos significantes, que, desprovidos de seus significados, se tornam imagens. Dessa maneira, não é mais possível falar da objetividade do real, mas apenas fazer referência a seus signos (JAMESON, 1985)¹³³.

Borram-se as fronteiras entre arte e ciência e fica difícil falar da pós-modernidade como algo coerente, “porque a unidade deste novo impulso — se é que tem alguma — não se funda

¹³³ Essa característica Jameson (1985) relaciona com a esquizofrenia, não em seu sentido diagnóstico, mas descritivo, como uma desordem da linguagem, numa referência clara a Lacan. Outra característica apontada pelo autor no campo da estética é o recurso ao pastiche. Não sendo a inovação mais possível no campo da estética, resta o pastiche e o *readymade*, a imitação de estilos mortos. Essa característica revelaria “uma sociedade que se tornou incapaz de se relacionar com o tempo e a história” (JAMESON, 1985, p.21). Um exemplo disso, a nosso juízo, são os filmes e seriados que retomam o universo das décadas de 1980 e 1990, gerando uma perda de referência do espaço/tempo, porque são narrativas que “representam menos o nosso passado histórico do que as nossas ideias ou estereótipos culturais sobre esse mesmo passado” (JAMESON, 1985, p. 21). Essas obras borram as referências imediatas e contemporâneas, como se fôssemos incapazes de focalizar nosso próprio presente.

em si mesma, mas em relação ao próprio modernismo contra o qual ela investe" (JAMESON, 1985, p. 17). Dessa maneira, o discurso em seu momento conservador (de exaltação ao mercado) ou crítico, com frequência se superpõem, tornando difícil identificá-los em sua confluência (MORAES, 2001).

Os conceitos científicos passam a figurar como mais uma perspectiva entre interpretações que são igualmente válidas e sem referente (MORAES, 2001), numa realidade que, afirma-se, está posta pela linguagem. A crítica que sanitizou a racionalidade moderna jogou fora não só suas impurezas, mas o próprio objeto de sua investigação, não só os métodos de obtenção do conhecimento, mas também a própria possibilidade de conhecimento do real¹³⁴. Em torno a nomeações de “pós”, “neos”, e “antis”, o recuo da teoria é uma decorrência natural desse processo, de uma época cética e pragmática em que o conhecimento da realidade vai sendo substituído por narrativas e relatos sobre aspectos que se pretendem parciais já do momento de partida e acabam prendendo-se à prática imediata (MORAES, 2001) e cotidiana. É o que Moraes (2001) chama de “metafísica do presente”, com a fragmentação do real e tendo a empiria como limite, desvanece-se a possibilidade do reconhecimento de qualquer universalidade.

Com o processo de elaboração do conhecimento aprisionado à empiria e focado no cotidiano e na descrição das aparências, diluem-se as pretensões de explicações da totalidade¹³⁵. Daí o ressurgimento de tendências agnosticistas e até irracionaisistas no âmbito acadêmico. A noção agnóstica de que o conhecimento do real é inacessível é nociva, não só porque reforça tendências neopragmáticas de busca de resultados imediatos, senão também, porque tem servido à manutenção das sociedades de exploração. Ora, se o mundo é incognoscível, conhecer suas leis não tem sentido. E não as conhecer impede ou obstaculiza a transformação da realidade.

Por esse motivo retomamos – de antemão e de maneira preliminar ao debate que se propõe na sequência – o conceito de método como um meio de atividade do ser humano “em que se unem num todo as leis objetivas interpretadas com o fim voltado para a apreensão do objeto e a sua transformação” (KOPNIN, 1978, p.96). Nossa adesão ao materialismo histórico-dialético aqui exposta, se deve à crença na existência do real e nas possibilidades do

¹³⁴ As metodologias qualitativas surgem da crítica às concepções metodológicas do positivismo, mas acabam derivando em tendências irracionaisistas, como veremos adiante.

¹³⁵ Não à toa o termo totalidade vem sendo substituído pela categoria complexidade, já que a realidade figura como um grande mosaico, no qual o discurso científico é capaz de apontar a existência de uma múltipla causalidade, mas renunciou a pretensão de explicar suas determinações e mediações.

conhecimento como apreensão ideal (no pensamento) da dinâmica do movimento do real, o que só é possível pela atividade teórico-prática, com vistas à transformação do real.

Há, na defesa da superação da pseudoconcreticidade, uma questão ética de compromisso com a transformação e de compreensão do trabalho científico, como tendo por finalidade o alívio da miséria da existência humana¹³⁶. Nesse sentido, acompanhamos a reflexão de Martins:

Deste modo, a questão central que temos que nos colocar não é se a pesquisa é teórica, histórica, empírica, de intervenção, ou ainda, se é quantitativa ou qualitativa, mas sim se a sua finalidade é a transformação social, no sentido marxista. A afirmação de que só a pesquisa participante ou pesquisa-ação é comprometida socialmente é uma questão tão equivocada quanto a da pesquisa quantitativa e qualitativa. [...] Na verdade, o compromisso com a transformação social impõe a necessidade da intencionalidade consciente. (MARTINS, 2005, p. 144-145).

Cabe ainda adiantar que os pressupostos aqui expostos dizem respeito às preocupações que nortearam a pesquisa e que foram por nós perseguidos ao longo do processo de investigação. Isso é o que consideramos o método científico. Se a pesquisa em tela dá conta de superar a mera sistematização de experiências ou não, é parte do processo de crítica a que toda pesquisa deve estar submetida no trabalho constante de aproximação do real e produção de explicações.

Nem por isso os pressupostos devem ser obliterados a fim de garantir uma suposta coerência da pesquisa. Ao contrário, a exposição, ainda que breve e na forma de notas metodológicas, intenta desvelar as dificuldades encontradas no processo de teorização e as fragilidades do pesquisador em operar com o método. A importância de desvelá-las está ligada à compreensão do processo do conhecimento como parcial, relativo e sempre passível de superações.

¹³⁶ Paráfrase de Bertold Brecht na peça “Vida de Galileu Galilei”: “O nosso recurso novo, a dúvida, encantou o grande público, que arrancou o telescópio de nossas mãos, para apontá-lo para os seus carrascos. Esses homens egoístas e violentos, que se haviam aproveitado avidamente dos frutos da ciência, logo sentiram que o olho frio da ciência pousara numa miséria milenar, mas artificial, que obviamente poderia ser eliminada, através da eliminação deles. Eles nos cobriram de ameaças e de ofertas de suborno, irresistíveis para almas fracas. Entretanto, seremos ainda cientistas, se nos desligamos da multidão? [...]. Vocês trabalham para quê? **Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a cansaça da existência humana.** E se os cientistas, intimidados pela prepotência dos poderosos, acham que basta amontoar saber, por amor do saber, a ciência pode ser transformada em aleijão, e as suas novas máquinas serão novas aflições, nada mais.” (BRECHT, 1991, p. 165).

5.1 Pesquisa Qualitativa e Materialismo Histórico-Dialético

"As coisas estão no mundo, só que eu preciso aprender"
Paulinho da Viola (Coisas do mundo, minha nega)

Na literatura pesquisada para a realização deste trabalho, em diversos momentos nos deparamos com a afirmação de que as metodologias qualitativas "não se pretendem à generalização", o que, para além de gerar certo espanto, nos colocou a necessidade de justificar o uso que fizemos das técnicas de coleta de dados que possibilitam a identificação da pesquisa com as metodologias qualitativas. O espanto decorre do fato de compreendermos a ciência como tendo por função perceber as relações entre os seres humanos, e destes com a natureza, de maneira generalizada.

Lukács (1967) e Heller (2004) apontam que a ciência e arte são esferas da produção humana que se diferenciam a partir da vida cotidiana e para ela retornam, produzindo as objetivações humanas mais duradouras. Fazem isso rompendo com a tendência espontânea do pensamento cotidiano orientada para o Eu-particular e apontando para o "nós", revelando nesse movimento sua potencialidade de avançar para além da alienação e do cotidiano fetichizado. Rompem a tendência espontânea do pensamento cotidiano, apontando para as tendências de desenvolvimento humano-genérico.

Entretanto, arte e ciência produzem essa "suspensão" do cotidiano por caminhos distintos. A arte, em sua luta contra as formas de alienação, sintetiza universal e singular num reflexo particularizado da realidade, ou seja, representa objetos particulares em seu sentido humano, de maneira antropomorfizadora. Já a ciência, por sua tendência desantropomorfizadora, reflete a realidade buscando o universal, mesmo quando parte do singular, e levando em conta suas mediações particulares (LUKÁCS, 1967).

Não se pode dizer que retratam realidades distintas, pois partem das mesmas contradições da realidade social. A diferença, contudo, é que enquanto na arte as relações reais aparecem por meio de uma representação sensível, na ciência tendem a um coeficiente elevado de objetividade e ao desaparecimento de todo traço antropomórfico. No reflexo científico da realidade, as relações reais despontam sob uma forma conceitual, abstratamente racional¹³⁷. Ambas buscam, não obstante os distintos caminhos perseguidos, transcender a experiência empírica¹³⁸ (TERTULIAN, 1999).

¹³⁷ Já na teoria hegeliana a ciência aparece como representação conceitual da realidade (LUKÁCS, 1967).

¹³⁸ Cabe destacar que essas formas de reflexo surgem da complexificação das necessidades humanas na relação

Nesse sentido, a defesa de um método de pesquisa que não se pretenda à generalização nos remete à questão ético-política da busca de um referencial teórico e confirma a preocupação de Martins (2006, p. 13, grifos no original) de que há o risco de "caminhar da *pseudocroncreticidade* para um *pseudoconhecimento*, a ser, muito facilmente, capturado pelas ideologias dominantes e colocado a serviço da manutenção da ordem social, que universaliza as relações sociais de alienação”.

Outro ponto de destaque nas leituras sobre as abordagens qualitativas é a apresentação da “categorização dos dados” como alternativa à generalização. Utiliza-se, não raras vezes, como categorias de análise do material coletado termos advindos do discurso dos próprios participantes, a despeito da existência de conceitos e juízos com grau maior de abstração na literatura do campo de estudo. Emerge aí o caráter indutivo desse tipo de metodologia que, por vezes, desprioriza o papel das abstrações no processo do conhecimento, confirmando a tese de Moraes (2001) da existência de um “recuo da teoria”.

O debate apresentado recentemente em um periódico nacional do campo da saúde coletiva auxilia a ilustrar essa problemática. As autoras que abrem o debate (TAQUETTE; VILLELA, 2017), ao analisarem o espaço editorial concedido aos estudos de abordagem qualitativa, acabam por denunciar as poucas possibilidades de publicação existentes para esse tipo de pesquisa, num campo de conhecimento ainda dominado por critérios positivistas associados a exigências estatísticas e matemáticas. As pesquisas de abordagem qualitativa não teriam espaço nesse contexto por serem consideradas “tendenciosas, não replicáveis, sem apresentação de evidências” (TAQUETTE; VILLELA, 2017, p. 9), além de não apresentarem “controle da subjetividade do estudo e a necessidade de imparcialidade do pesquisador” (TAQUETTE; VILLELA, 2017, p.11).

Ocorre que ao criticarem a posição positivista que toma o pesquisador como imparcial e a realidade como natural e estável, incorrem no descarte também da possibilidade de a ciência desvendar a objetividade do real. A nosso juízo, fazem uma crítica pertinente quando consideram que o objeto está em relação com o sujeito e que a realidade não é estável, mas está em movimento; ademais de chamarem a atenção para os interesses políticos, sociais e econômicos que interferem na pesquisa acadêmica. Contudo, ao estabelecerem essa crítica ao positivismo, retiram também do horizonte da ciência a possibilidade e a pretensão de generalização. Vejamos:

com o mundo. O raciocínio, por exemplo, se põe como necessidade quando o conhecimento empírico do objeto se mostra insuficiente no atendimento aos motivos da atividade (MARTINS, 2013).

Da mesma forma, a **ideia de generalização nos estudos qualitativos de fato não se aplica**, pois a intenção não é produzir uma afirmação que possa ser válida em geral, e sim produzir informações sobre dimensões da experiência humana marcadas pelo contexto sociocultural que as produz. O pressuposto é que as experiências singulares são possibilidades humanas histórica e socialmente circunscritas, passíveis de serem vivenciadas por diferentes sujeitos, embora não de forma determinística ou linear. Assim, **não se trata de generalizar**, mas de identificar como as normas socioculturais podem se inscrever na vida dos sujeitos. Uma das características importantes do método qualitativo consiste na **heterodoxia no momento de análise dos dados**, que depende de intuição e criatividade. Mais do que generalizações, a diversidade e o aprofundamento são bem vindos! (TAQUETTE; VILLELA, 2017, p. 11, grifos nossos).

No tocante à possibilidade de generalização, o debate que se segue na publicação deslinda a diversidade de posições nesse campo. França-Júnior (2017) adverte que as interpretações das pesquisas qualitativas com base em significados oriundos de experiências e experimentos humanos "podem ser extrapoladas ou generalizadas para outras situações, mas com cuidado e rigor teórico-metodológicos" (FRANÇA-JÚNIOR, 2017, p. 15). Defende ainda, que toda pesquisa científica deve se haver com critérios de validade. Chega a criticar, também, a concepção de análise de dados de alguns autores que se resume a transcrição de falas do material bruto "sem a devida categorização empírico-analítica orientada pelo corpo teórico" (FRANÇA-JÚNIOR, 2017, p. 15).

Minayo (2017) é outra autora que participa do debate e defende que a generalização é possível, "não como significância estatística, mas como compreensão de processos semelhantes que ocorrem com os seres humanos frente aos mesmos desafios" (MINAYO, 2017, p.16). A posição da autora é de que o foco dos estudos qualitativos está no universo microssocial, mas que ao se aprofundarem nos fenômenos humanos, trazem contribuições de caráter universal para a ciência (MINAYO, 2017). São nuançadas as posições que se apresentam ao debate. No nosso entendimento, isso decorre da afiliação dos autores que reivindicam o uso das abordagens qualitativas a diferentes balizas teóricas.

Da citação de Taquette e Villela (2017) que fizemos acima, ainda destacamos a ênfase na heterodoxia no momento de análise dos dados, o que aponta para outra dificuldade na adoção do termo 'metodologia qualitativa', qual seja, a da natureza indutiva dessas investigações (MARTINS, 2006). A possibilidade hermenêutica de parte desses estudos parece advir do mero contato com os dados e a teoria aparece para corroborar os dados fenomênicos encontrados. Disso decorre a aceitação do ecletismo teórico, já que a justificação dos dados pode ser encontrada em teorias diversas, sem necessidade de questionamentos à ordem lógica do sistema

epistemológico de que se parte. O rigor no tratamento das abstrações teóricas é preterido no decurso do processo de decodificação do real.

Por tomarem 'generalização' como sinônimo de delineamento quantitativo de pesquisa, alguns desses autores acabam esquadrinhando a realidade em domínios quantitativos e qualitativos, que caberiam a diferentes métodos de pesquisa. Ao fazê-lo, operam com a mesma lógica de exclusão de opostos com que opera o empirismo positivista e negam, não somente, a concepção naturalista da realidade, mas, também, a possibilidade de produzir conhecimento objetivo sobre o real. Reafirmam a diferença em relação a natureza dos fenômenos, que teriam domínios quantificáveis e qualificáveis. É como se admitissem que o positivismo seria a maneira correta de produzir conhecimento em certos domínios quantificáveis, à medida em que os fenômenos sociais mais complexos exigiriam descrições aprofundadas que só seriam possíveis com análises qualitativas. Note-se que nesse movimento, além de se reforçar a dicotomia quantitativo/qualitativo, dicotomiza-se, também, objetividade/subjetividade¹³⁹.

O que se faz como abordagem qualitativa, muitas das vezes, ao estabelecer a crítica aos procedimentos da tradição positivista, acaba por recolocar essas dicotomias de maneira negativada. Embora se critique a visão estática da realidade, continua-se operando nos domínios da lógica formal, regida pelos princípios da identidade e da exclusão dos contrários. A crítica aos critérios de cientificidade que surgem com o empirismo do século XIX, acaba por se converter no seu contrário, pois as abordagens qualitativas vêm sendo criticadas (MORAES, 2001; MARTINS, 2006) justamente por não ultrapassarem as descrições empíricas do real. Além disso, a ênfase no singular e no subjetivo aparenta ser uma aposta na descrição exaustiva dos fenômenos, como possibilidade de recompor a totalidade pela justaposição e soma de suas partes. Essa afirmação é uma impressão parcial, pois a preocupação da relação dos fenômenos com a totalidade nem sempre está presente nesses estudos.

A lógica dialética, por sua vez, não descarta a empiria como momento inicial do processo do conhecimento, mas a reconhece como parcial. Sendo a lógica do movimento e da totalidade, busca identificar as contradições, pois é da unidade de contrários confrontados internamente que se origina o movimento da realidade, que está sempre em transformação. Essas transformações ocorrem em momentos de acúmulo de quantidades, que irrompem em mudanças qualitativas dos objetos e fenômenos. Para compreender a realidade dessa maneira é

¹³⁹ "A investigação de natureza qualitativa se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social, se apropriando de histórias, experiências, significados, motivos, crenças e valores dos atores sociais" (TAQUETTE e VILLELA, 2017, p. 8).

necessário saber o qualitativo como quantitativo, o interno como externo, o individual como social (MARTINS, 2006).

Como lógica que pretende apreender os fenômenos em sua totalidade, a dialética não descarta os princípios da lógica formal que permitem a descrição e classificação do mundo, mas busca superá-la por incorporação, já que reconhece os limites da lógica formal quando alçada a uma metodologia universal. A reprodução das dicotomias qualitativo/quantitativo; objetividade/subjetividade; dedução/indução, explicita a dificuldade das abordagens qualitativas em encontrar um *tertium datur* entre a crítica ao positivismo e o descarte da objetividade do real.

Para o marxismo, que busca uma compreensão unitária e dialética do mundo, a cisão entre métodos de pesquisa indutivos e dedutivos também não faz sentido, porque constituem momentos do mesmo processo de investigação da realidade. Não é possível à consciência humana captar fatos e objetos do mundo de maneira ‘pura’. Estes são percebidos concomitantemente ao uso de conceitos, de maneira que a análise dos dados empíricos já pressupõe alguma ideia mais geral sobre o particular.

As pesquisas levadas a cabo pelos autores da Psicologia Histórico-Cultural no início do século XX, corroboram essa afirmação. Ao estudar a percepção em seu desenvolvimento como uma função psicológica superior, Vigotski (1998, p. 44, grifos no original) afirma:

Um aspecto especial da percepção humana – que surge em idade muito precoce – é a *percepção de objetos reais*. Isso é algo que não encontra correlato análogo na percepção animal. Por esse termo eu entendo que o mundo não é visto simplesmente em cor e forma, mas também como um mundo com sentido e significado. Não vemos simplesmente algo redondo e preto com dois ponteiros; vemos um relógio e podemos distinguir um ponteiro do outro. Alguns pacientes com lesão cerebral dizem, quando vêem um relógio, que estão vendo alguma coisa redonda e branca com duas pequenas tiras de aço, mas são incapazes de reconhecê-lo como um relógio; tais pessoas perderam seu relacionamento real com os objetos. Essas observações sugerem que toda percepção humana consiste em percepções categorizadas ao invés de isoladas.

Vemos que nos seres humanos, que desenvolveram a linguagem pela necessidade prática de sua atividade, as funções psicológicas ‘sensação’ e ‘percepção’ desenvolvem-se de maneira que a percepção se torna uma *percepção categorial*. A percepção representa a síntese das sensações isoladas, de maneira que os sujeitos não vivenciam o mundo como um conjunto de luzes, sons e formas, mas como situações complexas, das quais formam imagens inteiras. A síntese dessas sensações isoladas é um trabalho conjunto dos órgãos dos sentidos, formando uma percepção integral (LURIA, 1979). Esse é um processo ativo de análises e sínteses, de

discriminar indícios da realidade e cotejar com conhecimentos anteriores, mediado pelos significados socialmente existentes (signos e linguagem). Percebemos o real não somente pelos órgãos dos sentidos, mas também pela fala. Portanto, a percepção envolve significados, e considerar a indução sem a ideia é uma quimera.

De igual maneira, os processos dedutivos também envolvem momentos empíricos. O que se consegue pela dedução não advém somente dos conceitos e suas determinações internas. "Não se pode ir do geral ao particular, sem antes ter ido do particular ao geral. As novas determinações obtidas pela dedução resultam não apenas da análise de conceitos, mas também de uma análise mais rigorosa dos fatos empíricos" (CORAZZA, 1996, p. 41).

Com relação à dialética objetividade/subjetividade, é preciso considerar que a atividade e a existência humanas estão calcadas na dialética objetivação-apropriação. Os seres humanos se objetivam no mundo de maneira teleológica, portanto, pautados nas imagens subjetivas que construíram na relação prática de transformação da realidade. Ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, a objetivação das capacidades humanas em produtos culturais externos (materiais e ideais) possibilita a apropriação dos objetos culturais nas relações sociais. Pela apropriação da cultura, a subjetividade resulta também transformada (LEONTIEV, 1978a). Objetivação e apropriação são dimensões indissociáveis da realidade humana.

Na produção do conhecimento:

[...] a unidade sujeito-objeto reitera o papel do pensamento no processo de conhecer a realidade, ao mesmo tempo em que afirma a primariedade da realidade em relação ao pensamento. O conhecimento não emana do pólo concreto, representado pelo objeto (realidade), nem do pólo abstrato, representado pelo sujeito (pensamento), concentrando-se no movimento entre esses pólos, na relação entre a realidade e a consciência sobre ela. (ABRANTES e MARTINS, 2007, p. 315-316).

Para o materialismo histórico-dialético, portanto, qualitativo e quantitativo, dedução e indução, objetivo e subjetivo, análise e síntese, abstração e concreção; são pares dialéticos que se realizam um pela abolição do outro, são momentos contrários e inseparáveis do processo do conhecimento. O método que parte do materialismo e da dialética não é um movimento que vai de uma análise pura a uma síntese pura, é um movimento permanente nos dois sentidos (CORAZZA, 1996). Por isso Martins (2006) critica os dualismos mantidos pelas abordagens qualitativas em pesquisa e afirma que "o marxismo dispensa a adoção das abordagens qualitativas na legitimação da cientificidade de seus métodos de investigação, pois dispõe de uma epistemologia suficientemente elaborada para o fazer científico" (MARTINS, 2006, p. 2).

Como toda formulação filosófica, o materialismo histórico-dialético, partindo das contribuições de Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), contempla uma concepção acerca das possibilidades de construção do conhecimento. Essa concepção está baseada na compreensão sobre a natureza dos objetos e fenômenos do mundo enquanto reciprocamente ligados, determinados e dependentes uns dos outros (totalidade). Reconhece também, que a realidade está em um processo infinito de desenvolvimento (movimento). A fonte desse movimento não transcende a realidade dos objetos e fenômenos, mas pode ser encontrada nas suas contradições internas, nos elementos ou tendências contrárias que os constituem. As causas do desenvolvimento da natureza e da sociedade lhes são, portanto, imanescentes.

No processo histórico de transformação dessa realidade, os seres humanos, enquanto seres sociais, interpretam continuamente suas ações sobre a natureza e sobre os demais seres humanos e testam os efeitos dessas interpretações num processo contínuo de reformulações que constitui o processo de elaboração do conhecimento (GERMER, 2003). Por meio do trabalho, forma de intercâmbio orgânico com a natureza, os seres humanos representam a realidade na consciência, mediada pelos sentidos. "A produção das ideias, das representações e da consciência está, a princípio, direta e intimamente ligada à atividade material e ao comércio material dos homens; ela é a linguagem da vida real" (MARX e ENGELS, 1998, p. 18). A partir do processo real de trabalho e pela necessidade de intercâmbio com os demais seres humanos, desenvolve-se também a linguagem enquanto "consciência real, prática" (MARX e ENGELS, 1998), que potencializa a capacidade de representação do mundo sensível por permitir a operação com palavras, que sintetizam a capacidade de abstração e generalização¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Vigotski considera a palavra como uma unidade do pensamento e da linguagem, composta por um significante externo (seu aspecto fonético), mas também por um significado (aspecto semântico). "O significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito" (VIGOTSKI, 2008, p. 151). O significado é, portanto, um fenômeno do pensamento verbal, ou da fala significativa, que se altera ao longo do desenvolvimento histórico, mas também ao longo do desenvolvimento ontogenético. "A partir das generalizações primitivas, o pensamento verbal eleva-se ao nível dos conceitos mais abstratos. Não é simplesmente o conteúdo de uma palavra que se altera, mas o modo pelo qual a realidade é generalizada e refletida em uma palavra" (VIGOTSKI, 2008, p. 151). Em outra obra, Vigotski (2004, p. 232-234, grifo nosso) explicita essa relação de outra maneira: "Todo conceito científico-natural, por mais alto que seja seu grau de abstração em relação ao fato empírico, encerra também uma concentração, um sedimento da realidade concreta e real de cujo conhecimento científico surgiu, [...] são, no fim das contas, uma repercussão, um reflexo de relações reais entre coisas e processos reais, ainda que não procedam de um conhecimento experimental, real, mas tenham surgido *a priori*, segundo o caminho dedutivo [...] A segunda tese que é necessário estabelecer para realizar uma análise de princípio do problema da ciência geral é oposta à primeira. Se aquela afirmava que na mais alta abstração científica há um elemento de realidade, esta, como teorema contrário, estabelece que todo fato científico-natural isolado, por mais empírico e pouco maduro que seja, já encerra uma abstração primária. (...) O próprio ato de dominar um fato mediante a palavra supõe superpor a ele um conceito, o de destacar nele uma de suas facetas, significa interpretá-lo assimilando-o à categoria dos fenômenos reconhecida anteriormente pela experiência. **Qualquer palavra já é uma teoria**, como observaram

A consciência prática, advinda da atividade, complexifica-se por operar com conceitos e categorias que permitem realizar o processo de abstração dos elementos isolados da realidade empírica e com isso “chegar analiticamente a conceitos cada vez mais simples; do concreto representado [chegaria] a conceitos abstratos” (MARX, 2011, p. 54). Embora o processo do conhecimento parta do concreto real como fonte da representação e da intuição, Marx (2011, p. 54) considera que o “método cientificamente correto” é aquele que vai do abstrato ao concreto. À primeira vista esta pareceria uma afirmação idealista. No entanto, é preciso considerar que Marx está criticando o hegelianismo, no qual “a representação plena foi volatilizada em uma determinação abstrata”. Para o autor, percorrer o caminho que vai do concreto real às suas representações¹⁴¹, e dessas às abstrações mais simples, é apenas uma parte da jornada. Aí teria que ter início a viagem de retorno, aquela que ele denomina de método cientificamente exato, o método que ascende do abstrato ao concreto.

Aqui vemos que Marx não se utiliza do termo concreto com o sentido usualmente dado pelo senso comum, que iguala concreto a empírico. Para ele, o concreto aparece no pensamento como síntese, como resultado desse processo. É uma forma do pensamento apropriar-se do concreto real e reproduzi-lo como concreto mental ou concreto pensado. “O concreto é concreto porque síntese de múltiplas determinações, portanto, unidade da diversidade” (MARX, 2011, p. 54). Esse não é o processo de gênese do concreto real, mas é a única forma possível de a consciência se apropriar do real, não mais como representação caótica (concreto sensorial), mas como “uma rica totalidade de muitas determinações e relações” (MARX, 2011, p. 54).

A abstração constitui, por conseguinte, uma fase elementar do conhecimento, mas não se identifica com o conhecimento, que consiste na apreensão do objeto como um conjunto de componentes que se relacionam de modo definido (GERMER, 2003). A abstração é um instrumento do pensamento para se apropriar da realidade, mas só se chega ao conhecimento concreto se as partes abstraídas forem rearticuladas. Portanto, o momento teórico do processo do conhecimento não para nas abstrações, é necessário apreender as dinâmicas para além dos estados; as mediações e relações de determinação e subordinação internas.

A realidade enquanto totalidade tem sua organização e legalidades próprias, mas é preciso reconhecer que a empiria expressa uma dimensão caótica e parcial da apreensão dos

faz tempo os lingüistas e mostrou perfeitamente A. A. Potebnia.”

¹⁴¹ Germer (2003) chama essa representação mental do concreto de *concreto* sensorial, que é o verdadeiro ponto de partida do processo mental de elaboração do conhecimento. Essa captação do real pelos sentidos não se dá como totalidade articulada, mas como caos.

objetos e fenômenos. Conhecer as contradições e tensões que geram o movimento histórico do objeto permite compreender as relações entre sua forma e conteúdo.

Aproximando essas discussões da reflexão que traçamos sobre a pesquisa qualitativa, as palavras de Martins (2006) são esclarecedoras:

Portanto, se queremos descobrir a essência oculta de um dado objeto, isto é, superar sua apreensão como real empírico, não nos bastam descrições acuradas (escritas, filmadas, fotografadas etc!!!), não nos bastam relações íntimas com o contexto da investigação, isto é, não nos basta fazer a fenomenologia da realidade naturalizada e particularizada nas significações individuais que lhes são atribuídas. É preciso caminhar das representações primárias e das significações consensuais em sua imediatez sensível em direção à descoberta das múltiplas determinações ontológicas do real. Assim sendo, não pode nos bastar apenas o que é *visível aos olhos*, pois o conhecimento da realidade, em sua objetividade, requer a *visibilidade da máxima inteligência* dos homens. (MARTINS, 2006, p. 10-11, grifos no original)

Portanto, para o método materialista histórico-dialético, a realidade é o ponto de partida a ser convertido em objeto de análise. Todavia, só resulta numa apreensão superior pela mediação das abstrações do pensamento teórico. Essa reflexão nos faz rejeitar o descrédito com que alguns autores têm tratado a teoria ou, ainda, rejeitar a indução como método descolado de processos dedutivos. Abstrair as partes e reconstruir o todo constituem um único processo teórico do conhecimento, cujos momentos se implicam mutuamente, cada um dos quais se realizando por meio do outro. Análise (abstração) e síntese (concreção) formam um único método do conhecimento (CORAZZA, 1996).

Cabe ainda diferenciar o *processo do conhecimento* do *processo de elaboração do conhecimento*. Segundo Germer (2003), Marx considera que o ponto de partida da elaboração do conhecimento é o concreto como representação mental (concreto sensorial). Dessas representações se vai à coleção de abstrações simples, e dessas ao concreto pensado. Como o concreto pensado constitui ainda um produto ideal do pensamento, pode-se dizer que o processo de elaboração do conhecimento constitui a etapa mental do processo do conhecimento.

Entretanto, como o pensamento não existe senão como representação de relações reais, para que a etapa mental seja possível é necessário considerar que as representações mentais advieram de um longo processo de atuação prática na realidade, que constitui a etapa material do processo do conhecimento. A etapa material (empírica) e a etapa mental (teórica) formam em conjunto o processo do conhecimento. Como no conjunto essas duas etapas compõem a *prática*, Germer (2003) considera fundamentado dizer que o processo do conhecimento coincide com a prática.

Seguindo esse raciocínio, podemos complexificar o entendimento da afirmação de Marx da prática como critério da verdade¹⁴². Essa afirmação pode ser compreendida no sentido de que o concreto pensado enquanto o real representado conceitualmente, portanto como teoria, reage continuamente sobre a prática material, sendo colocado à prova enquanto explicação válida das relações reais, o que leva ao seu contínuo aperfeiçoamento. Ao mesmo tempo, a prática pode ser considerada enquanto totalidade do processo do conhecimento, enquanto unidade teórico-prática, já que não existe atividade prática sem conhecimento e nem conhecimento sem que se realize atividade prática (GERMER, 2003).

Sendo assim, o processo do conhecimento inclui as relações dos seres humanos com a natureza e suas relações recíprocas na sociedade, relações essas que compõem a prática material. Mas inclui também as expressões intelectuais da prática material (GERMER, 2003). É no processo constante de relação entre abstrato e concreto que os seres humanos desenvolvem progressivamente os métodos de desenvolvimento da prática material e da prática intelectual.

As representações no processo do conhecimento não são entendidas por Marx como resultado de uma relação sujeito-objeto de tipo individual e contemplativo, não partem dos seres humanos isolados, mas são sociais, resultados da atividade coletiva. A consciência, portanto, é um produto social, que surge como consciência prática materialista e as categorias do pensamento “expressam formas do ser, determinações de existência” (MARX, 2011, p. 59). Estando a sociedade cindida em classes sociais com interesses antagônicos, as contradições presentes na realidade, também podem se expressar enquanto contradições entre a consciência prática materialista e teorias (consciência sistematizada) que se convertem em ideologia, produzindo naturalizações sobre o real, tornando mais difícil o processo de compreensão das determinações internas aos fenômenos.

Esse processo se torna possível com a progressiva divisão social do trabalho, como nos informam Marx e Engels (1998, p. 26, grifos no original):

A divisão do trabalho só se torna efetivamente divisão do trabalho a partir do momento em que se opera uma divisão entre o trabalho material e o trabalho intelectual. A partir desse momento, a consciência *pode* de fato imaginar que é algo mais do que a consciência da prática existente, que ela representa *realmente* algo, sem representar algo real.

¹⁴² "A questão de atribuir ao pensamento humano uma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas sim uma questão prática. É na práxis que o homem precisa provar a verdade, isto é, a realidade e a força, a terrenalidade do seu pensamento. A discussão sobre a realidade ou a irrealidade do pensamento – isolado da práxis – é puramente *escolástica*" (MARX, 1998, p. 100).

Na citação acima, Marx desvela que as teorias, embora surjam do processo da vida prática pode adquirir aparência de autonomia, ganhando contornos de uma teoria 'interessada', explicando a realidade como desvios de ordem divina ou natural, por exemplo, encobrindo assim suas contradições internas e a percepção da realidade como estando em constante transformação. Esse tipo de teoria aparece como 'interessada', porque realiza interesses de manutenção do *status quo*.

Esse processo tem origem com a divisão social do trabalho, porque, embora o conceito de prática esteja na base do pensamento, a separação entre etapa material e etapa mental possibilita que surjam como funções de indivíduos diferentes. A produção continua sendo social, mas resultado da combinação de diversos trabalhos individuais numa estrutura de divisão do trabalho, que exige interações recíprocas e é denominada de *relações sociais de produção e distribuição*, que, por sua vez, compõem a estrutura econômica da sociedade.

Nessa estrutura de divisão do trabalho, trabalho material e intelectual se fragmentam e respondem à divisão existente na realidade entre as classes sociais. As teorias dominantes passam a refletir e justificar a dominação de classes, de maneira que a classe economicamente dominante se torna também ideologicamente dominante. Nesse processo, não raras vezes, as ideias de um momento histórico acabam sendo tomadas como universais a partir dos quais se explicam o todo, num movimento de tomar "a parte pelo todo", num processo de ideologização da realidade. No estudo sobre as formas econômicas, Marx (1982) faz diversas referências ao fato de o regime de propriedade capitalista ser tomado como o regime de propriedade em geral, desconsiderando as formas históricas anteriores.

Em relação a nosso objeto de estudo isso também se expressa quando relações sociais próprias do capitalismo são tomadas como motivações intrínsecas à 'natureza humana'. Conforme abordaremos (no capítulo 7), o trabalho em grupo, como expressão do trabalho cooperado humano pode, contraditoriamente, reforçar uma sociabilidade privada. As explicações para esse fato nem sempre desvelam as relações reais do processo de trabalho que possibilitam essa contradição, sendo frequentemente buscadas em motivações individualistas que seriam 'próprias do humano'. As características da sociabilidade capitalistas são aqui alçadas à condição de características da humanidade em geral, numa clara operação que toma a parte pelo todo, ou explica o geral pelo particular.

A divisão da sociedade em classes e a divisão social do trabalho têm ainda uma outra implicação para o processo de produção do conhecimento, qual seja, a de configurar diferentes

possibilidades de horizontes intelectuais (LOWY, 2009). Lowy retoma a “alegoria do mirante”, para se referir às possibilidades de visibilidade cognitiva a partir de cada ponto de vista de classe. Ou seja, o local social em que o sujeito se encontra na sociedade condiciona a visão social de mundo e determina um *horizonte intelectual*, os limites do seu campo de visibilidade cognitiva. Nesse sentido o ponto de vista potencialmente mais crítico seria o do proletariado, porque enquanto classe, não está preocupado em manter ou justificar seu poder, pelo contrário, a busca da verdade pode constituir uma arma para sua auto-emancipação. A cada época histórica, então, é a classe revolucionária que representa o máximo de consciência possível. Esse privilégio já foi da burguesia em seu momento revolucionário, mas na medida em que a burguesia tem também seus interesses particulares que diferem dos interesses gerais, ao lutar contra o feudalismo, lutou também para instaurar uma nova dominação de classe. Esse movimento produz, de maneira consciente ou não, a ocultação ideológica de seus verdadeiros interesses.

Entretanto, não é suficiente se situar do ponto de vista do proletariado para produzir conhecimentos científicos verdadeiros ou mais objetivos, assim como não significa que a ciência de uma perspectiva burguesa não seja capaz de produzir, dentro de certos limites, uma representação objetiva do real (LOWY, 2009). Não se trata aqui da distinção entre verdade e erro ou entre ciência e ideologia, a alegoria do mirante diz mais respeito ao fato de que o patamar de onde se encara o real, define uma *possibilidade* objetiva de visibilidade (LOWY, 2009).

Todavia, o que se produz estando num patamar específico do mirante não está condicionado somente pela posição de classe, mas também por outras particularidades sociais (ser homem ou mulher, ser branco ou negro etc.), além das qualidades individuais do pesquisador para utilizar as técnicas necessárias à sua investigação e produzir reflexões pertinentes. Ou seja, a visão efetiva e a pintura da realidade não dependem do mirante (LOWY, 2009). "Mas trata-se de uma autonomia *relativa* e não de uma *independência* total (como o pretende o positivismo) na medida em que o papel do horizonte de visibilidade é decisivo para a própria constituição do campo cognitivo" (LOWY, 2009, p. 252).

Outra questão importante em relação ao processo do conhecimento diz respeito à busca da veracidade. Para o materialismo histórico-dialético a verdade é o real e o real inegavelmente existe. Estando o real em movimento a verdade é necessariamente tomada como histórica. Mas estar em movimento não significa que não seja objetiva. A verdade é subjetiva enquanto conhecimento humano, mas é objetiva na medida em que o conteúdo desse conhecimento não

depende dos seres humanos nem da humanidade (KOPNIN, 1978). O caráter absoluto do conhecimento reside, portanto, na objetividade de seu conteúdo.

Entretanto, só se chega ao conhecimento absoluto pela mediação dos conhecimentos relativos. Os limites de cada tese científica são relativos e limitados pelo conhecimentos e métodos historicamente desenvolvidos. Nesse sentido, o desenvolvimento progressivo da ciência contribui para o conhecimento absoluto, mas há uma diferença de grau de precisão em relação ao real. Logo, tanto o real quanto o conhecimento estão em constante desenvolvimento.

Nesse processo de desenvolvimento do real, nem tudo muda na passagem de uma forma a outra, assim como o que era imutável numa dada transição pode vir a se transformar em outro momento. As categorias lógicas da *verdade absoluta e relativa*, expressam, por sua vez, o estável e o transitório do fenômeno. “Por isso o próprio *absoluto é relativo*, enquanto *no relativo manifesta-se o absoluto*” (KOPNIN, 1978, p.165).

Pode-se considerar que há uma unidade entre absoluto e relativo e que o absoluto aparece como um movimento no sentido da objetividade, do movimento do pensamento de representar fidedignamente o real. Isso posto, pode-se afirmar que o absoluto existe enquanto referência, enquanto o real com sua totalidade e riqueza de determinações. O que significa dizer que o relativo diz mais respeito à condicionalidade histórica do movimento do pensamento em captar o movimento do real, do que à negação de sua objetividade.

Se o conhecimento é subjetivo, pelo seu conteúdo ele passa do subjetivo para o campo do objetivo (KOPNIN, 1978). A busca da veracidade do conhecimento se expressa, em vista disso, no âmbito da objetividade do pensamento que deve provar sua correspondência com a explicação do real. O pensamento deve passar à ação, e nesse âmbito a veracidade se converte em precisão, mostrando ou não sua adequação na transformação do real. Novamente aqui aparece a importância da prática, que é não só a base do pensamento, mas também determina o seu fim e lhe serve como critério de verdade (KOPNIN, 1978).

Então, a veracidade diz respeito à apreciação do conteúdo do pensamento, à correspondência do pensamento às regras de caráter objetivo. Já a precisão, ultrapassa os limites da realidade teórica, trata-se da apreciação dos atos e ações humanas do ponto de vista da necessidade teórica e em conformidade com as necessidades práticas, determinadas pelas condições de vida e pelo nível de civilização alcançado (KOPNIN, 1978).

Alcançar a correspondência do pensamento com o objeto é um processo infinito e, dependendo do grau de desenvolvimento da consciência em relação ao real, a verdade se mostra mais ou menos explícita. A ciência é, deste modo, uma interpretação do real e o nível da

consciência é determinante no seu grau de interpretação. O ponto de vista pelo qual o sujeito vê a realidade, portanto, não é neutro e pode ser mais ou menos próximo do real. Consequentemente, não é possível eliminar a subjetividade do processo do conhecimento, mas deve-se ter consciência de que é necessária a reflexão teórica para submeter as teorias e práticas à crítica radical, afim de evitar a reprodução ideológica no processo do conhecimento. Ideologia tomada aqui como explicações sobre o real que não são fantasiosas, mas que partem do real apresentando-o em sua parcialidade.

A subjetividade, destarte, faz parte do processo da pesquisa. Seja pelo papel ativo que desempenha o pesquisador no delineamento do estudo ou no tratamento dos dados, seja nas representações e valores dos sujeitos pesquisados que servem de dados à investigação. Pelo papel ativo que tem o pesquisador nesse processo, "torna-se irrealizável, por conseguinte, seu "isolamento" completo em relação à realidade em que vive, e da qual recorta seus objetos de estudo, tornando-se na prática impossível a ciência livre de valor" (GOMES, 2010, p.111). Já do ponto de vista dos dados, os relatos e representações individuais contêm "expressões de uma objetividade existente e indelével" (GOMES, 2010, p. 117). São representações do real refratadas pelo prisma das significações individuais e, desse modo, trazem as marcas da singularidade concreta. Todavia, é na singularidade que a universalidade ganha concretude por meio da mediação da particularidade¹⁴³, o que significa que carregam em si a "dimensão material e objetiva das práticas dos diferentes sujeitos e coletivos" (GOMES, 2010, p. 115), são produções singulares que, por um lado, aportam contribuições para as relações sociais e põem de manifesto tensões com essas mesmas relações, e, por outro, expressam dinâmicas e processos mais gerais da sociedade. Desse modo, se apreendidas na dinâmica singular-particular-universal, as representações individuais podem servir de meio para a compreensão de dinâmicas universais¹⁴⁴.

Vemos, portanto, que reconhecer que a produção científica está marcada pela subjetividade, posicionamento social, interesses políticos e econômicos, não significa afirmar, necessariamente, a impossibilidade de conhecimento do real em sua objetividade. Ainda que nossa forma de compreender a objetividade do real seja bastante distinta da forma positivista, é preciso cuidar para que a crítica ao positivismo não se torne uma afirmação do agnosticismo.

¹⁴³ Adiante voltaremos a tecer considerações sobre a dialética singular-particular-universal.

¹⁴⁴ Desvelar as leis universais não significa afirmar que sejam leis abstratas válidas 'para sempre'. Cada período histórico possui suas próprias leis. De maneira lógica o universal aqui representa um nível maior de abstração em relação à particularidade e a singularidade.

Antes de discutir os nexos existentes entre as dimensões singular, particular e universal da realidade e a importância de compreender essa dialética para a decodificação dos fenômenos da realidade, detenhamo-nos um pouco mais sobre a importância da teoria no processo do conhecimento e de explicação dos objetos. A questão que se coloca é a seguinte: se a realidade é a base de todo conhecimento, como proceder o trabalho de investigação? Partindo das vivências e experiências com o real ou considerando as teorias existentes?

Já afirmamos que a própria experiência está marcada pela cultura e pelos significados internalizados pelos sujeitos, sendo a percepção do real uma percepção categorial. De maneira que a relação com o real não se dá de maneira isolada e contemplativa. O contato com a realidade é um contato ativo e social. Essa relação está baseada nas explicações parciais concretamente aceitas pela sociedade e pelo grupo social. Disso decorre, por um lado, que tem importância a posição do sujeito dentro da sociedade, e, por outro, como afirma Cardoso (1971), que o objeto teórico difere do objeto real.

Embora o conhecimento parta da realidade, "não é ela que comanda o processo de sua inteligibilidade" (CARDOSO, 1971, p. 5). A realidade a que o conhecimento se refere vai ser sempre mais rica do que o conhecimento sobre ela, que é relativo e provisório. Com o avanço e refinamento das explicações teóricas, mudam também as formas de pensar o objeto. O que não é mais que afirmar que a teoria está presente o tempo todo e orienta a percepção e definição dos objetos teóricos. Os objetos teóricos, enquanto fatos científicos, são, portanto, construídos com o auxílio das teorias, e somente pela mediação teórica a realidade se tornam um termo da relação, como coisas pensadas (CARDOSO, 1971).

O que se toma por objeto da produção científica não é a experiência em si, mas o real já pensado. O que Cardoso (1971) denomina de processo de produção do conhecimento científico foi denominado por Germer (2003) como processo de elaboração do conhecimento. Um processo que parte das abstrações do concreto sensorial para a análise que apreende suas determinações. Dito de outro modo, um processo que começa e termina no plano ideal. Ou seja, ainda que o sujeito alcance ao fim do processo a mudança de seu pensamento sobre o objeto, ele existe como *coisa pensada*, o que não significa uma modificação direta do real. A capacidade explicativa desse conhecimento em relação à realidade exige que se recorra à experiência. A alteração prática da realidade só ocorre quando a atividade teórica orienta a intervenção prática.

Portanto, no processo de aproximação do real, os conhecimentos adquiridos são, além de parciais, seletivos. Mas a seletividade não está na dependência apenas da subjetividade do

pesquisador, seus critérios partem da teoria. Aí está mais um argumento para a crítica das teorias que se prendem somente às formas indutivas de conhecimento, pois o processo não parte apenas da apreensão imediata da experiência por meio da particularidade das percepções, mas é construído também teoricamente, terminando em outro objeto teórico.

Por meio da cultura, dos conhecimentos prévios sobre o objeto e das teorias que lhe servem de apoio, o sujeito constrói o objeto teórico organizando aspectos do objeto real. Esse objeto é uma abstração à qual não se chega senão pelo rompimento com as formas espontâneas de pensamento do senso comum presentes no cotidiano, que não dispõe de meios para evitar sua subjugação pelas formas de pensamento dominante (CARDOSO, 1971, HELLER, 2004).

As teorias, ao mesmo tempo que devem mostrar sua adequação ao real e devem ser criticadas, permitem compreender as experiências particulares a partir de perspectivas mais amplas e gerais. Por isso neste trabalho, optamos por um desenho de estudo que conjuga a pesquisa teórica e investigação empírica na tentativa de apreensão do objeto.

Após a construção teórica do objeto é que as técnicas começam a ser requisitadas para relacionar objeto científico e objeto real (CARDOSO, 1971). A dinâmica do processo de pesquisa advém justamente da relação entre o conhecimento já adquirido e consolidado com o objeto real a que a pesquisa se dirige. Esse processo está informado e orientado a todo momento pela teoria.

As técnicas e os procedimentos devem ser encarados como parte desse processo, como esforços do pesquisador para construir um desenho de estudo que produza dados capazes de apreender o objeto e qualificar suas hipóteses e teses à luz da teoria historicamente acumulada; num processo em que o contato com o material empírico questiona e enriquece o conhecimento teórico sobre o real, ao mesmo tempo que a teoria permite a ascensão do abstrato ao concreto. Dito de outro modo, a compreensão das relações essenciais dos objetos fenômenos e relações do mundo, para além das suas aparências, que são o ponto de partida, mas ainda parciais.

Como afirmamos, focalizar a investigação no cotidiano e na aparência do fenômeno, não raras vezes, leva a tomar a forma particular como a forma geral, desembocando numa formulação teórica que produz um processo de ideologização da realidade. Para fugir à essa armadilha faz-se necessário compreender a dialética singular-particular-universal como instrumento de análise da realidade, que possibilita olhar para os fenômenos além de sua singularidade, nas relações que estabelecem com a universalidade, mediadas pela particularidade.

É a relação dialética singular-particular-universal que nos permite falar da legitimidade da produção de generalizações a partir do emprego do método. Essa relação lógica busca compreender e explicar a singularidade como uma síntese de múltiplas determinações, ou a dinâmica pela qual as mediações sociais que constituem a particularidade, concretizam a universalidade na singularidade no decurso da atividade social. Nesse sentido, singular e universal se identificam e são opostos. Mas só são compreendidos em profundidade quando se desvelam as particularidades que permitem as singularidades se construírem daquela dada maneira, que não é completa e universal. Segundo Martins (2008, p. 57): “Em sua expressão singular, o fenômeno revela o que é em sua imediatez e, em sua expressão universal revela sua complexidade, suas conexões internas, as leis de seu desenvolvimento e evolução, enfim, a sua totalidade histórico-social”.

Os fenômenos empíricos, portanto, são manifestações singulares, únicas e irrepetíveis da realidade, que se dão a contemplar por sua aparência. Ocorre que essa aparência pode esconder relações internas essenciais que permitem generalizar os fenômenos e compreendê-los mais profundamente. As leis gerais que determinam a dinâmica da existência dos objetos não se dão a conhecer pela mera contemplação e, quando descobertas, permitem ao pensamento humano compreender o objeto em sua essência. Destarte, toda singularidade contém em si leis universais, mas essas leis podem se expressar numa diversidade de expressões singulares do fenômeno (PASQUALINI e MARTINS, 2015).

Reflexão semelhante encontramos em Vigotski (1998) quando postula a necessidade de avançar de uma análise fenotípica dos fenômenos psicológicos, para uma análise genotípica. Para exemplificar o autor recorre ao exemplo da baleia, que tomada em sua aparência e fenótipo poderia ser classificada como um peixe. No entanto, estudá-la do ponto de vista do seu desenvolvimento, revelando sua gênese e relações dinâmico-causais permite classificá-la como um mamífero, de acordo com sua natureza biológica. Com o mesmo raciocínio, Vigotski critica a psicologia atomista e propõe o método de análise por unidades, ou seja, aquele que isola da realidade para estudo, unidades que conservam as relações dinâmico-causais do objeto. Com isso nos mostra que a aparência pode ser enganosa e esconder a essência dos fenômenos. Como no caso da fala egocêntrica que Piaget considera uma exteriorização do pensamento e que Vigotski, pela análise genético-causal, demonstra ser parte do processo de interiorização da fala. Ou ainda em relação às ressalvas que faz sobre o pensamento na esquizofrenia, que em sua forma exterior se aproxima do pensamento por complexos, mas, à diferença do pensamento

adolescente, é expressão de um processo de dissolução das funções psicológicas e não de desenvolvimento em relação ao pensamento por conceitos.

O que se revela nesses exemplos é que os juízos podem ter diferentes graus de abstração. Quando se permanece num grau de abstração menor, pode-se chegar a resultados incorretos. Mas as abstrações mais gerais só existem no âmbito do pensamento e não identificam nenhum objeto singular diretamente, mas expressam a dinâmica de um conjunto de objetos (OLIVEIRA, 2005). O concreto pensado, portanto, representa logicamente o real em distintos graus de abstração e em seus níveis mais abstratos representa a essência dos fenômenos em oposição à sua aparência, representa aquilo que o objeto é, mas que não se pode apreender diretamente pelos sentidos. Sendo assim, nos níveis mais elevados de abstração, o concreto pensado, em geral não corresponde, de modo imediatamente perceptível, ao concreto que representa (GERMER, 2003).

Todavia, para a concepção materialista, a aparência não é mera exterioridade, ela constitui também, a forma de existência real daquilo que o pensamento só pode representar. Dito de outro modo, os juízos abstratos universais existem no mundo em singularidades diversas. Desse modo é que podemos compreender a afirmação marxiana de que o concreto é “unidade da diversidade” (MARX, 2011, p. 55). Aquilo que no mundo existe como diversidade de expressões singulares aparece representado no pensamento como conceito, que revela a unidade essencial e dinâmica existente para além da diversidade.

Essa relação expressa uma contradição dialética, pois não existe universalidade enquanto representação abstrata senão das existências singulares, e, as singularidades não se constroem senão na universalidade, pela mediação das particularidades. A tarefa difícil aqui é identificar e compreender as particularidades que sintetizam as relações entre singular e universal.

Oliveira (2005) explicita os problemas de não se considerar essa dialética focalizando a relação indivíduo e sociedade. Para a autora, a relação indivíduo-sociedade só pode ser completamente compreendida quando se considera a relação indivíduo-genericidade. Nesse caso, as relações dos indivíduos singulares com as objetivações do gênero humano, se produzem numa dada sociabilidade concreta. Mas se essa sociabilidade é tomada como polo universal da relação, acaba por se produzir uma adaptação dos indivíduos às relações sociais imediatas, mesmo que elas produzam alienação e impeçam seu desenvolvimento. É preciso considerar que é por meio da inserção numa sociedade particular que o indivíduo se constrói como parte do gênero humano e se apropria das características historicamente desenvolvidas.

Mas essa sociedade não representa “a” humanidade. O gênero humano, enquanto abstração, representa conceitualmente as diversas formações sociais.

O mesmo ocorre com o conceito abstrato de trabalho. Uma forma particular de trabalho, como é o caso do trabalho assalariado, não é capaz de encarnar a riqueza do conceito abstrato de trabalho. Por outro lado, o conceito geral de trabalho ou de gênero humano só ganham existência real em formas singulares por meio de uma particularidade específica, seja ela um modo de produção ou uma sociedade específica.

Singular e universal são opostos e se constituem, estão em unidade, de maneira que nenhum indivíduo singularmente representa a totalidade do gênero humano, embora essa totalidade, sendo uma abstração, só se dê a conhecer nos indivíduos singulares. Quando andamos pela rua, no cotidiano, somos incapazes de apontar “o” gênero humano, senão seus representantes. No entanto, como nos adverte Oliveira (2005), considerar o indivíduo enquanto singularidade sem considerar sua relação com o gênero humano enquanto universalidade limita as possibilidades de sua compreensão, não conseguindo compreendê-lo no seu vir-a-ser. Fica difícil, portanto, compreender o indivíduo em suas potencialidades de desenvolvimento ou em seus carecimentos cotidianos, sem que tenhamos a genericidade por referência. Isso fica ainda mais explícito numa sociedade em que há um abismo entre produções sociais do gênero humano e a apropriação individual delas por parte dos membros da sociedade. Considerando o indivíduo apenas em relação a uma sociedade particular, incorre-se facilmente na universalização de características que são particulares a essa formação social; produzindo muitas vezes naturalizações e interpretações ideológicas sobre o desenvolvimento humano. Toma-se uma dada formação familiar como sinônimo de família em geral, uma dada forma de funcionamento psíquico particular como expressão da natureza humana universal (PASQUALINI e MARTINS, 2015).

A supressão da categoria particularidade na análise da relação indivíduo e sociedade leva a tomá-los como termos antagônicos. A sociedade pode então ser vista como cerceadora das capacidades e do desenvolvimento individual. Essa afirmação pode parecer correta sob um ponto de vista, já que nos limites da sociabilidade os seres humanos encontram nas estruturas sociais obstáculos para se humanizarem plenamente, para acessarem e se apropriarem das objetivações humano-genéricas. Entretanto, como afirma Vigotski (1999, p. 14), tendo por base os preceitos marxianos, o ser humano é um animal “que só em sociedade por isolar-se”, ou seja, é somente em sociedade que pode individualizar-se. É pela mediação de uma sociedade concreta que se produz enquanto individualidade e que enriquece sua subjetividade. Portanto,

compreender a relação indivíduo-sociedade como dois polos que se relacionam externamente, não dá conta de representá-la como uma contradição, uma unidade de contrários, que se produzem e se negam mutuamente, numa relação tensa em que um não existe sem o outro. A categoria da particularidade é que viabiliza a mediação entre esses dois polos opostos, e “o faz na medida em que preserva, e ao mesmo tempo modifica as coisas” (PASQUALINI e MARTINS, 2015, p. 366).

À vista disso, deve-se ainda considerar a ressalva que fazem Pasqualini e Martins (2015, p. 368):

Aqui é importante retomar a ideia de que o condicionamento da particularidade sobre a singularidade não é linear e determinístico, permitindo uma diversidade de expressões singulares do fenômeno. A existência de cada indivíduo singular é uma síntese de múltiplas determinações. Nosso esforço é conseguir captar, nesse processo de multideterminação, aquelas que são essenciais, o que quer dizer captar as determinações universais particularizadas que se expressam nessa condição singular.

Disso deriva que a explicação científica da totalidade não inclui todos os elementos da singularidade. Busca-se a reprodução mais geral das características principais e definidoras do conjunto de objetos abarcados pela totalidade. Busca-se reconstruir a realidade como um todo estruturado, apreendendo suas leis gerais, que abarcam uma série de fatos (KOSIK, 1976). A descrição do que é um mamífero, por exemplo, ao mesmo tempo que generaliza uma categoria de animais, não nos permite identificar nenhum deles singularmente. Seria preciso inserir uma série de características particulares se quiséssemos chegar à singularidade de uma espécie em particular. No universal “mamífero” estão contidos os macacos, as baleias, os seres humanos, as vacas; contudo, a definição universal, ao mesmo tempo que se refere a todos eles, não se refere a nenhum em particular. O modo com que as formas singulares se desenvolvem na relação com as formas universais pode se dar de maneira mais geral ou mais particular, nas diversas manifestações das singularidades.

Recorremos aqui ao exemplo dado por Oliveira (2005) da relação indivíduo-sociedade-generividade. É preciso advertir, contudo, que em cada processo de análise os termos dessa relação, os conteúdos que ocuparão os polos singular-particular-universal podem mudar, de acordo com o objeto tomado.

No contexto do nosso estudo, portanto, cabe considerar em relação ao nosso objeto como a “singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo, e do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade, tendo a particularidade como mediação”

(OLIVEIRA, 2005, p. 26). Antes da análise que segue nos próximos capítulos, apresentemos, então, os princípios que nortearam a análise do objeto.

5.2 À guisa de síntese

Partimos da afirmação de que o método utilizado para conhecer o real deve estar adequado à compreensão que se tem do objeto investigado. Daí decorre que o método utilizado pelo positivismo está em consonância com a compreensão que essa corrente teórica apresentava, já no início do século XIX, da realidade como realidade natural ou prático-sensível. Da mesma maneira, se a realidade é compreendida enquanto um conjunto de fatos ou de indivíduos, a análise e a abstração podem se mostrar suficientes, enquanto método. Para o materialismo histórico-dialético – que compreende a realidade como um todo complexamente organizado e em constante desenvolvimento pela tensão interna gerada na existência de polos contraditórios –, é a dialética que aparece como lógica mais adequada à compreensão dos fenômenos. Por isso a afirmação de Marx (2011, p.54) de que o “método cientificamente correto” é o que vai do abstrato ao concreto. No contexto dessa assertiva, Marx não ignora a existência do concreto real, que é a fonte de todo conhecimento e também seu critério de veracidade e precisão; ponto de partida e de chegada do processo do conhecimento. Destaca, entretanto, que o processo de elaboração do conhecimento não pode terminar numa coleção de abstrações simples sobre o real, é preciso fazer o caminho de volta, organizando as abstrações em um todo coerente que represente no âmbito do ideal, a essência do real. Nesse processo de elaboração do conhecimento as abstrações teóricas desempenham papel fundamental para a formação do concreto pensado. Somente quando chegamos a esse nível de organização do reflexo do pensamento sobre o real conseguimos captar as dinâmicas dos objetos sob seus estados, as relações de determinação, subordinação e mediação que lhe são inerentes e revelam seu movimento e suas tendências.

O processo do conhecimento inicia, por conseguinte, em seu momento empírico, com a prática material, das quais as ideias surgem como representação de uma realidade que existe antes e independentemente da consciência humana. Mas o processo de elaboração do conhecimento parte da idealidade, das impressões e reflexos do mundo objetivo pelos sentidos (concreto sensorial), com a formação das abstrações simples e sua reorganização em teorias ou conceitos (concreto pensado).

É nesse sentido também, que Cardoso (1971) afirma que, embora a primazia ontológica seja do real, não é a realidade que comanda seu processo de inteligibilidade. A produção do conhecimento científico está acompanhada durante todo o processo, de maneira mais ou menos consciente, pelas teorias e conceitos. A elaboração do conhecimento, à vista disso, inicia e termina no ideal, porque parte de um projeto de investigação, com a definição de um objeto científico construído teoricamente, e termina no concreto pensado, um novo objeto teórico, uma síntese que se pretende superior.

Quando nos debruçamos sobre a produção de grupalidade no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial, portanto, a própria definição desse como um objeto está mediada pela teoria. Pelo conhecimento de que o trabalho com grupos não se identifica com produção de grupalidade e que a mediação dos agentes de trabalho nesse processo pode ter qualidades distintas para influenciar o processo em uma ou outra direção. Pensar o grupo como uma tecnologia no processo de trabalho é já uma abstração, envolve pensamento e conceitualização sobre o real.

Acompanhando Cardoso (1971), compreendemos que a investigação tem início na crítica dos objetos teóricos, das teorias disponíveis por meio das quais é possível enquadrar as experiências e particularidades em perspectivas mais complexas. Desse lugar é que propusemos um desenho de pesquisa que conjuga pesquisa teórica e investigação empírica na tentativa de apreensão do objeto.

Destacamos, contudo, que estamos cientes das possíveis limitações deste trabalho no trato com um método e uma metodologia que exigem habilidade e exercício constante. Todavia, nos parece ser importante destacar também, o próprio formato e prazos com que temos lidado com os cursos de pós-graduação no Brasil. As discussões metodológicas de fôlego e o mergulho nas teorias necessárias para o domínio do campo de estudo e conformação dos objetos teóricos têm sido cada vez mais abreviados, de maneira que o processo de pesquisa, não raras vezes, se conforma como um processo de definição do objeto de pesquisa.

O processo de pesquisa na concepção materialista dialética não se esgota no processo de elaboração do conhecimento, em seu momento teórico. É preciso que essa explicação teórica e com alto grau de abstração conceitual retorne ao objeto, aportando um conhecimento novo ao processo de transformação prática do real. Nas palavras de Kopnin (1978), é preciso que a veracidade no âmbito do pensamento se converta em precisão no âmbito da prática. Somente com o fechamento desse ciclo é possível compreender o conceito de práxis na teoria marxiana,

que envolve a soma dos momentos empíricos e teóricos. Por esse motivo é que o processo do conhecimento se iguala ao conceito de prática (GERMER, 2003).

Tendo por base esses pressupostos é que lançamos um olhar ao que tem sido denominado de “metodologias qualitativas” no campo da saúde. Dessa crítica destacamos dois aspectos principais, a saber: o questionamento sobre a possibilidade de generalização a partir dessas metodologias e o papel da teoria no processo do conhecimento.

Essas metodologias que surgem na década de 1970, com as críticas à separação que o positivismo produz dos fatos em relação aos seus contextos, por vezes chega a negar a capacidade de generalização a partir do estudo de seus objetos singulares. Por vezes, também, caracterizam-se como metodologias indutivas, reafirmando um movimento de recuo da teoria (MORAES, 2001).

De crítica ao empirismo positivista, acabam por se converter em seu contrário, renovando um empirismo que centraliza na experiência vivida, o fundamento e a finalidade das pesquisas (MORAES, 2001). Acabam, desse modo, reforçando tendências contemporâneas ao neopragmatismo, agnosticismo e irracionalismo; com duros impactos à crença na cientificidade, como possibilidade de produção do conhecimento.

Esse empirismo, por um lado, toma as descrições da particularidade como ponto de partida e chegada do conhecimento, generalizando as descrições do suposto real. Por outro, reforça as dicotomias entre objetivo/subjetivo, quantitativo/qualitativo, indução/dedução; revelando uma superação apenas aparente da lógica positivista, pois continuam atendendo ao princípio lógico-formal da exclusão. Nessa relação, acreditamos que o modo de operar com as contradições que propõe o materialismo dialético faz avançar o conhecimento.

Ao mesmo tempo, ao afirmar que a generalização é impossível, parte das pesquisas qualitativas em saúde têm abandonado a pretensão de explicação do real em sua legalidade interna e se conformado à sistematização das experiências e descrição fenomenológica. Paira nesse movimento a ideia de que a descrição extensiva do real levará ao conhecimento da totalidade, e com isso desarmam-se teóricos e trabalhadores das ferramentas teóricas, que poderiam auxiliar na compreensão mais ampla e na transformação do movimento do real.

Identifica-se aí o risco de absolutização do empírico no processo do conhecimento. As possibilidades de generalização nesse contexto são encaradas somente pela lógica formal, a que Davidov (1988) se refere como 'pensamento empírico discursivo', que corresponderia à categoria 'entendimento' para Hegel. O pensamento empírico opera nos limites da experiência sensorial concreta, privilegiando "o conhecimento imediato em detrimento do conhecimento

por conceitos, como se as abstrações fossem desprovidas de objetividade" (ABRANTES e MARTINS, 2007, p. 317). É a forma primária de pensamento que permite o conhecimento da realidade em suas definibilidades exteriores, pautando-se em princípios da lógica formal. Já o pensamento teórico busca reproduzir o processo de transformação dos objetos com auxílio das abstrações, afasta-se da concretude aparente do objeto na tentativa de buscar suas relações internas (ABRANTES e MARTINS, 2007). Mas nem por isso é menos concreto, pois no movimento de afastar-se da aparente concretude, revela relações que não são passíveis de serem apreendidas somente pela observação. Pensamento empírico e teórico se interpenetram e podem ser compreendidos como a transição entre o concreto difuso e o concreto pensado com a mediação das abstrações¹⁴⁵ (KOPNIN, 1978; ABRANTES e MARTINS, 2007).

Não basta, portanto, o rigor e coerência na coleta e tratamento dos dados (são necessários, mas não suficientes). É preciso compreendê-los num plano teórico, já que o conhecimento científico parte do objeto teórico e não da apreensão imediata da experiência por meio das percepções particulares do investigador.

O conhecimento científico é resultado de pesquisas que iniciaram pela teorização sobre o que se supõe conhecido. No caso desse estudo, a definição de nosso objeto é já teórica. Quando nos referimos à grupalidade, esse é um fenômeno já teorizado. Não nos referimos apenas aos grupos concretos que ocorrem nos CAPS. Ao nos depararmos com o fenômeno, já temos questões acerca do conceito de grupalidade e de trabalho com grupos. Nem nos importa apenas sistematizar os sentidos que os agentes expressam para suas práticas. No entanto, não teríamos recorrido à pesquisa empírica se não acreditássemos que a prática e o relato das profissionais podem iluminar a compreensão do objeto teórico, que dirige a compreensão do objeto real.

No entanto, é necessária compreensão da dialética singular-particular-universal para, a partir da empiria, compreender as determinações do objeto em sua particularidade e universalidade, processo que ocorre na relação com as abstrações teóricas capazes de auxiliar na apreensão do objeto teórico enquanto explicação articulada da totalidade (concreto pensado). Buscamos, então, demonstrar as diferenças do que tem sido considerado "metodologia qualitativa" com relação à epistemologia marxista que afirma a importância do momento

¹⁴⁵ É preciso ter cuidado, entretanto, para não identificar empírico com sensorial e teórico com racional. Já abordamos anteriormente que no racional há sensação (há um *quantum* de objetividade nas abstrações, a prática está negada, mas ao mesmo tempo conservada no pensamento), assim como no sensorial já há teoria.

teórico no processo de elaboração do conhecimento e a possibilidade de generalização a partir da compreensão da dialética singular-particular-universal.

Nesse sentido, a descrição e compreensão da singularidade pode ser um dos momentos da pesquisa, mas a pesquisa científica se volta à reflexão sobre a universalidade. E isso não exclui as diferenças socioculturais, mas implica explicá-las no âmbito dos processos históricos e culturais tomados de maneira geral. Quando Martins (2007), por exemplo, toma o estudo de caso de uma professora como material empírico, o faz na relação com a teoria e com vistas a teorizar sobre os processos gerais de formação da personalidade, expressos na e por meio da singularidade. Entende-se, então, que o universal é uma abstração que só se expressa na singularidade com a mediação da particularidade. Ou ainda quando Almeida (2018) ou Moraes (2018) recorrem a histórias de vida singulares e desvelam processos sociais mais amplos, buscando compreender as relações de determinação dos processos sociais sobre as histórias singulares, mediadas por condições particulares. Isso não exclui nem diminui a riqueza dos casos singulares, que por mediação da teoria produzida e enriquecida com esses estudos, podem, inclusive, ser analisadas com maior grau de compreensão, lógica e apropriação das relações internas ao fenômeno estudado e não diretamente perceptíveis. Outro exemplo é o trabalho de Mendes-Gonçalves (1994), que lança mão do estudo do caso particular da organização dos serviços de saúde na cidade de São Paulo e com isso acaba por apontar determinações mais gerais da organização social das práticas de saúde em geral.

O processo de trabalho tomado como universal inexistente na realidade, senão enquanto trabalho concreto que ocorre em dadas condições históricas, realizado por seres vivos submetidos a dadas relações, dotados de afetividade e capacidades singulares. Mas o estudo concreto da organização de um dado processo de trabalho permite compreender características que dizem respeito à particularidade do trabalho sob as condições capitalistas de produção, ou ainda sob as condições de um trabalho realizado no serviço público. E permite, também, inferências que se relacionam ao trabalho enquanto processo humano geral de transformação da realidade, enquanto atividade teleológica. Isso implica em compreensão das determinações, mas não necessariamente em determinismo, visto que os processos singulares não se identificam completamente com os universais e mantêm com eles uma relação de relativa autonomia e tensionamento.

O singular é parte de um todo universal que não existe senão pela relação das singularidades entre si e de cada uma com o todo. É preciso, então, captar os vínculos internos entre eles, reconhecendo que o todo contém as partes e a parte contém algo do todo

(PASQUALINI e MARTINS, 2015). Uma boa análise dialética não pode isolar os elementos do movimento de conjunto que condiciona sua existência.

A atuação de cada agente de trabalho que estudamos, por conseguinte, em sua singularidade, é diversa da atuação de outros agentes, única e irrepetível. Ao mesmo tempo, possui algo que a torna semelhante à atuação dos outros técnicos em saúde mental, assim como possui características que assemelham cada um a outros trabalhadores, agentes de trabalhos diferentes. A categoria "técnico de saúde mental", por consequência, constitui uma unidade da diversidade dessas singularidades. A transição entre singular e universal se efetiva no seu modo de ser particular, por meio do qual sintetiza-se como unidade da diversidade.

Enquanto agentes do trabalho, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem etc., têm formações distintas e se singularizarão de modos diferentes. “É por tal razão que podemos afirmar que toda singularidade é uma singularidade-particular, posto que o modo de ser da singularidade é sempre condicionado pela particularidade, por cuja mediação a universalidade se materializa” (PASQUALINI e MARTINS, (2015, p. 368).

Mas as determinações da particularidade sobre a singularidade não são lineares e determinadas univocamente, de maneira que cada enfermeira, por exemplo, poderá ter uma atuação distinta, síntese das múltiplas determinações que atuaram em seu processo de vida e de formação. Implicando desde o fato de ser mulher numa dada sociedade marcada por papéis de gênero distintos, até as diferenças no processo de formação universitária. Seu processo de formação acaba ligando-a a uma identidade profissional e a uma tradição educacional dos cursos de graduação em saúde. Ainda aqui residem particularidades distintas, pois sua trajetória pode estar marcada por uma vinculação maior com a saúde coletiva e com a educação popular, ou com a prática hospitalar centrada no conhecimento biomédico, por exemplo. Ainda assim é possível apontar traços e características que unificam as práticas de enfermagem e diferenciam de outras categorias profissionais. De igual maneira é possível apontar diversidades entre as categorias profissionais que atuam nos CAPS e profissionais com a mesma formação, mas que atuam na atenção básica, ambulatorios ou hospitais.

A atuação dos agentes de trabalho reproduz a dinâmica da totalidade da qual fazem parte, mas ao mesmo tempo, e do mesmo modo, ao operacionalizarem o trabalho afirmam também sua diversidade, com suas expressões singulares que confirmam e tensionam a dinâmica da totalidade. Demonstram como cada um dos trabalhadores reelaboram as contradições mais gerais do processo de trabalho em suas dinâmicas singulares de atuação.

Cada relato singular obtido como dado da pesquisa pode expressar dimensões dos processos gerais, mas os casos singulares, de maneira alguma, esgotam a riqueza da universalidade. Pode ocorrer, inclusive, de algum caso singular expressar de maneira mais geral as características da universalidade do que outros¹⁴⁶. Por outro lado, se cada uma das singularidades afirma de maneira própria a universalidade, não o faz de modo completamente aleatório, de forma que em sua prática cotidiana revela e esconde elementos objetivos da totalidade.

Consideramos que é nesse sentido que Marx (2002, p. 21) salienta que "Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado". Dito de outro modo, os seres humanos são sujeitos ativos que transformam a realidade e a si mesmos, mas não o fazem como seres individuais, mas enquanto seres sociais, coletivos, de maneira que as transformações individuais encontram limites à sua realização, nas condições legadas pelas gerações anteriores e nas estruturas mais amplas da atividade que é socialmente determinada. Mas a sociedade não existe senão pela ação dos seres humanos, que reproduzem e tensionam cotidianamente essas relações.

Partimos da representação que os agentes do trabalho têm da grupalidade e do uso que fazem das tecnologias no processo de trabalho. Todavia, nos interessa alcançar a objetividade do fenômeno, submersa em determinações que podem não estar imediatamente presentes à consciência dos sujeitos que participam dessa dinâmica. Os dados, por conseguinte, revelam e escondem aspectos da objetividade da atividade. Por mais que os relatos estejam marcados pelas subjetividades e sejam permeáveis à ideologia, expressam também, elementos de objetividade e da universalidade que conforma a totalidade do processo de trabalho sob dadas condições. Ademais, a própria situação de produção de dados (grupo focal e entrevistas) permite que esse espaço de relato se diferencie do espaço cotidiano, tornando-se um momento de relativa suspensão em relação ao cotidiano e de reflexão sobre o cotidiano de trabalho e as relações.

Embora os relatos dos trabalhadores tragam aspectos desorganizados da realidade imediata e não expliquem *per se* o fenômeno, trazem também aspectos da concretude só

¹⁴⁶ O conceito de tipicidade que Lukács utiliza em sua obra "Estética" auxilia a compreender essa relação. O típico enquanto categoria estética designa a capacidade de uma obra de arte de reproduzir os traços ou características essenciais da realidade. Pela reprodução do que é característico e dominante em uma época precisa, em um grupo social determinado (CICARTE, 1989, p. 83).

divisados por quem participa do processo e vivencia suas contradições, ainda que na maior parte das vezes, não consigam produzir reflexões sobre elas no cotidiano de trabalho.

Os elementos teóricos, por sua vez, guiarão a apreensão dos dados que aparecem inicialmente como um todo caótico e nebuloso, mas que pelo auxílio da teoria podem ganhar inteligibilidade e maior grau de abstração e concretude. A reflexão do pesquisador, nesse contexto, se dá pelo trânsito constante entre os relatos e a teoria que permite decodificá-los.

Dessa maneira, espera-se identificar os pontos essenciais que sustentam e determinam o trabalho com grupos nesse contexto e que permitem retornar aos relatos, agora num patamar superior de inteligibilidade e ordenamento lógico. Percorrido esse caminho o objetivo final reside em conseguir identificar, por meio dos relatos, as expressões mais gerais que os unificam e em que medida se expressam como diversidades nas existências singulares. Destarte, a partir dos relatos, espera-se alcançar generalizações que nos informam não apenas a respeito do serviço de saúde mental investigado, mas também sobre o processo de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Ao relatarem a forma como realizam o trabalho e as dificuldades que encontram, acredita-se que os trabalhadores em saúde mental expressam também, em alguma medida, as tendências histórico-sociais dominantes do objeto investigado. De que formas específicas os grupos integram o processo de trabalho em saúde mental? Qual o papel dos agentes em sua operacionalização? Em que medida os agentes se assenhoram das técnicas ou são por elas submetidos? Esses são alguns dos questionamentos que nos direcionam.

As representações parciais dos agentes sobre seu trabalho só adquirem inteligibilidade pela identificação das contradições fundamentais e mediações que permitam ordenar logicamente os fenômenos numa explicação coerente, por mais que em movimento. Alcançar esse tipo de explicação, a nosso juízo, pode permitir uma intervenção com mais qualidade, no sentido da transformação consciente das condições e relações, finalidade última da ciência.

Em suma: os elementos do processo de trabalho particular investigado são reveladores do processo de produção mais amplo, ao qual esse processo de trabalho está subsumido. Assim como as características do processo de produção capitalista (universalização do valor de troca, alienação etc.) só são possíveis de ser percebidas nos processos concretos. Não obstante, se a formulação mais geral do trabalho como processo social e coletivo não exaure nem é suficiente para explicar o processo de trabalho investigado, por outro lado, a observação e descrição do processo de trabalho em tela não se dá a conhecer em sua totalidade e determinações, senão pela utilização das categorias mais gerais do processo de trabalho. As categorias gerais,

conquanto, são mediadas pelas particularidades do trabalho no atual momento histórico e local investigado (reestruturação produtiva, ser um processo de trabalho em saúde mental, estar localizado num município do sul do Brasil, ser um equipamento do sistema público de saúde, atender usuários com transtornos mentais ou usuários de álcool e outras drogas etc.).

Nos limites desse trabalho, buscamos contribuir com a tarefa coletiva de compreensão dos processos de trabalho em saúde mental, o que significa implicar-se diretamente na discussão sobre a qualidade do cuidado que se consegue oferecer nas condições de uma sociedade cindida em classes. Numa sociedade em que a realização do valor das mercadorias obstrui o desenvolvimento dos seres humanos e produz adoecimento, contribuir para a intencionalidade dos processos do cuidado e para sua compreensão no interior dos processos sociais, é tarefa urgente e necessária.

Na sequência, passaremos à descrição dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, com algum detalhamento do local em que foi realizado o campo da pesquisa, dos participantes, das fases e suas respectivas técnicas, além de alguns aspectos éticos envolvidos.

5.3 Desenho de Estudo e Fases da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa que envolveu etapas de coleta de dados empíricos e sistematização de categorias teóricas, a partir das teorias de base durante todo seu desenvolvimento. A problemática abordada na pesquisa surgiu primeiramente do contato do pesquisador com os locais pesquisados, na condição de supervisor de estágios de psicologia. Nas supervisões de estágio e nos momentos de encontro com a equipe nas reuniões devolutivas, passamos a nos deparar com as queixas dos profissionais que não se sentiam preparados para os atendimentos em grupo e relatos de adoecimento relacionado às exigências do processo de trabalho. Dessa necessidade identificada junto à equipe surge a proposta de uma pesquisa acerca da temática do processo grupal, como dispositivo utilizado na saúde mental.

Utilizamos a triangulação de dados provenientes de diferentes procedimentos de coleta, a fim de atingir uma compreensão mais completa das duas questões principais que orientam a coleta e a análise de dados nesse trabalho, a saber: o papel dos grupos no processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial e o papel dos profissionais na condução dos grupos nos CAPS.

O processo de pesquisa foi estruturado em fases que são explicadas na sequência.

Fase 0:

Fase de contato com a gestão das instituições participantes, apresentação da pesquisa e obtenção das autorizações necessárias para início do trabalho de campo. Foi composta ainda, de contato inicial com os Centros de Atenção Psicossocial definidos conjuntamente com a gestão e apresentação do projeto para as equipes participantes.

O contato com a gestão da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), gestora dos CAPS do município pesquisado, iniciou em outubro de 2016 e foi aprovada a pesquisa nos serviços, condicionada à aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba.

Fase 1:

Essa fase objetivou identificar o perfil dos profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial escolhidos, bem como as dificuldades dos profissionais em relação ao trabalho com grupos no contexto da saúde mental. Após a apresentação da pesquisa para todos os profissionais dos dois serviços, todos aqueles que realizam grupos foram convidados a preencherem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) e a responderem um questionário (apêndice C) com questões relativas ao seu perfil, formação, tempo de trabalho na saúde mental, atividades realizadas e atividades realizadas em grupo, necessidades de formação para trabalho na saúde mental e para o trabalho com grupos.

O contato com os serviços iniciou em março de 2017 e o preenchimento dos questionários ocorreu de 20 de abril de 2017 a 15 de maio de 2017. Trinta profissionais responderam ao questionário e os dados obtidos, além de servirem ao processo de escolha das participantes convidadas a integrarem o grupo focal e entrevistas, auxiliaram na compreensão geral da equipe e no processo de entrada em campo, já que o pesquisador se manteve presente nas aplicações, e as profissionais¹⁴⁷ utilizaram o questionário como mediação para compartilhar suas reflexões sobre o processo de trabalho. Ainda nessa fase, durante o processo de apresentação da pesquisa individualmente para as profissionais e preenchimento dos questionários, o pesquisador registrou em diário de campo as observações de seu tempo de permanência nos serviços.

¹⁴⁷ As trinta profissionais que realizavam algum tipo de grupo nos dois serviços nesse momento eram mulheres.

Dentre todos os profissionais que preencheram os questionários, selecionou-se as participantes que compuseram o grupo focal¹⁴⁸. Os critérios de seleção foram o maior tempo de trabalho na saúde mental e a diversidade de profissões. As participantes do grupo focal foram convidadas a preencher novo TCLE (apêndice B), agora com informações relativas às demais fases da pesquisa. Foram realizadas três sessões de grupo focal com gravação de voz e posterior transcrição dos dados para análise. As sessões do grupo focal ocorreram nos meses de maio a junho de 2017. O roteiro base das sessões do grupo focal pode ser consultado ao final desse trabalho (apêndice D). Antes e depois das sessões do grupo focal foram realizadas observações participantes nos serviços pelo pesquisador principal, registradas em diário de campo.

Ainda nessa fase de pesquisa ocorreu a sistematização dos dados provenientes dessas três fontes: questionários, grupo focal e diários de campo. Essa sistematização orientou as necessidades de aprofundamento nas entrevistas. Serviu, também, de base para a devolutiva parcial que foi realizada com as equipes dos dois serviços entre os meses de novembro e dezembro de 2018.

Buscamos compreender, principalmente o papel dos grupos no processo de trabalho e as dificuldades que as trabalhadoras apresentavam no trabalho com grupos. De maneira secundária, interessou-nos também, compreender a concepção de grupo e de mediação grupal que orientavam suas ações.

Ao fim dessa fase foram obtidos 30 questionários, 40 páginas de diário de campo e seis horas de gravações das sessões de grupo focal, que, transcritas, geraram 154 páginas.

Fase 2:

Após a sistematização dos dados da fase 1 iniciou-se a **fase 2** que foi composta de entrevistas individuais, semiestruturadas. Essa etapa permitiu que as profissionais discorressem com mais liberdade sobre as temáticas do grupo focal, possibilitando maior aprofundamento e percepção das diferenças individuais (tanto de concepções quanto de operacionalização das técnicas).

Dentre as participantes do grupo focal foram selecionadas sete profissionais para serem entrevistadas (a primeira entrevista ocorreu como entrevista piloto). Os critérios para essa seleção foram a diversidade de profissões, o maior tempo de trabalho na saúde mental, terem

¹⁴⁸ A composição do grupo focal e frequência das participantes será detalhada adiante.

se mostrado “bons falantes” durante as sessões do grupo focal, bem como a anuência das participantes.

A entrevista piloto foi realizada nos meses de maio e junho de 2018 e as demais entrevistas entre junho e setembro de 2018. Transcritas, as sete entrevistas geraram vinte horas e cinquenta minutos de gravações, que transcritas corresponderam a 436 páginas. O roteiro base das entrevistas (apêndice E) sofreu modificações guiadas pela narrativa de cada participante.

Fase 3:

Na **fase 3** ocorreu a sistematização dos dados de pesquisa e discussão teórica, visando a escrita da tese.

O desenho da pesquisa buscou inserir os processos singulares de atuação dos profissionais participantes, que ocorrem em contextos particulares, dentro da totalidade histórico-social do objeto de pesquisa. Para isso é fundamental o movimento constante de reflexão sobre a prática a partir das categorias teóricas, abstraídas no processo de reflexão histórica sobre a prática social.

5.4 Local da pesquisa de campo

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, no sul do Brasil¹⁴⁹. A escolha da cidade, para além da facilidade de acesso, se deu por apresentar uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada (organização de serviços, programas e projetos indicados pelas legislações nacionais) e gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), o que permite pensar o trabalho realizado com grupos, dentro dos parâmetros indicados pela política brasileira de saúde mental. Levou-se em conta, também, que o pesquisador principal já estabelecia relações com a rede na qualidade de professor universitário e supervisor de estágios de graduação, o que facilitou o processo de apresentação da pesquisa aos trabalhadores e pode vir a favorecer novas articulações e projetos, como desdobramento da presente pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada com os trabalhadores de dois Centros de Atenção Psicossocial, ambos CAPS III, com funcionamento 24 horas e leitos para permanência. Os

¹⁴⁹ No Capítulo 6 (item 6.2.1) apresentamos uma caracterização mais detalhada do município e de sua rede de saúde.

CAPS escolhidos estavam em dois dos mais populosos distritos sanitários do município (acima de duzentos mil habitantes), sendo um CAPS III TM (atenção a usuários com transtornos mentais) e um CAPS III AD (atenção a usuários com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas).

Apesar de já existirem enquanto iniciativas isoladas de alguns municípios como pontos estratégicos para redirecionar a atenção em saúde mental, os CAPS foram criados oficialmente na legislação brasileira em 1992, pela portaria GM 224/92, ainda definidos como serviços intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Em 19 de fevereiro de 2002, com a portaria nº 336/GM esse entendimento foi ampliado com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico e “favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e familiares” (BRASIL, 2004, p.12), pela via dos cuidados clínicos e reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território. São serviços de saúde abertos e comunitários integrantes do SUS, e devem se constituir como locais de referência e tratamento "para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida" (BRASIL, 2004, p.13). Os CAPS constituem-se na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica brasileira e estão divididos em: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD III; e CAPSi.

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada em um CAPS III e um CAPS AD III, visando contemplar públicos distintos de atendimento que podem implicar em diferenças no processo grupal. Ambos os serviços possuem leitos e acolhimento noturno, atendendo crises e casos agravados. A diferenciação maior entre ambos, se dá pelo público ser majoritariamente constituído de usuários em sofrimento por transtornos mentais, no caso do CAPS III, e usuários com sofrimentos e dificuldades relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, no caso do CAPS AD III. Por conta também das diferenças no processo grupal ao longo do desenvolvimento, não foram incluídos nessa pesquisa trabalhadores dos CAPSi.

Importa ressaltar, ainda, que antes da criação da fundação estatal que hoje gerencia os CAPS juntamente com a Secretaria de Saúde, a gestão desses serviços era realizada por Organizações Não-Governamentais (ONGs) e a contratação dos profissionais se dava de maneira direta, sem necessidade de processo seletivo ou concurso público. Com a criação da fundação, manteve-se a contratação via CLT, mas foi realizado concurso público para os cargos técnicos, o que levou a uma renovação recente do quadro profissional desses serviços.

5.5 Contato com o local

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o projeto foi apresentado, em março de 2017, à gestão da Linha de Cuidado em Saúde Mental da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba, que reiterou o interesse pela proposta e fez o contato com os dois locais de realização da pesquisa de campo. Ficou acordado que a pesquisa seria apresentada aos coordenadores e às equipes de um CAPS III e um CAPS AD III. Em caso de não atingir o número de participantes esperado a pesquisa seria ampliada para outros CAPS III do município, o que não se mostrou necessário, pois as equipes de ambos os serviços demonstraram interesse de participação.

No caso do CAPS III o contato foi realizado com a coordenação e no mesmo dia o pesquisador começou a apresentar a pesquisa individualmente para cada um dos integrantes da equipe que realizam grupos, aplicando o questionário inicial (apêndice D) para todos os que demonstraram interesse na pesquisa. Já no CAPS AD III, após a apresentação do projeto para a coordenação, a pesquisa foi apresentada de maneira coletiva nas reuniões de equipe (uma pela manhã e uma pela tarde), e só após isso os integrantes da equipe que realizam grupos foram abordados individualmente e foi solicitado que preenchessem os questionários iniciais. A apresentação da pesquisa, aplicação dos questionários e seleção dos participantes ocorreu nos meses de abril e maio de 2017.

Ficou ainda acordado com a gestão que os profissionais selecionados para integrar o grupo focal, poderiam compensar as horas de participação na pesquisa como horas de trabalho. Essa compensação de horas, entretanto, não foi mantida para a participação nas entrevistas.

5.6 Procedimentos de pesquisa e formas de registro

Observação Participante

Foi utilizada a técnica de observação participante na fase 1 da pesquisa, com o foco na observação do processo de trabalho, mas também como meio de estabelecer relações com o serviço e com os sujeitos da pesquisa, para definição da amostra para o grupo focal. As observações foram realizadas de maneira prioritária no que chamamos de “lugares da equipe”, sendo eles a sala de equipe, sala administrativa e cozinha do serviço. Nesses ambientes restritos

à equipe, os profissionais interagiam entre si, discutiam casos, 'desabafavam' e teciam avaliações informais sobre o processo de trabalho, o que, em geral, não ocorre nos locais do serviço compartilhados com os usuários.

Optamos também, por não realizar observações das atividades em grupos, sob pena de prejudicar os relatos do grupo focal e das entrevistas, que poderiam se mostrar abreviados no caso de o pesquisador já ter tido contato com os profissionais nas atividades grupais. As observações focalizaram a inserção dos grupos mediados pelos profissionais sujeitos da pesquisa na dinâmica geral do processo de trabalho, trazendo dados sobre os desafios propostos pela realidade, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

A manutenção de um caderno de campo foi a técnica de registro privilegiada nesse momento da pesquisa. Os dados provenientes das observações serviram para confirmar ou refutar impressões, auxiliaram a ampliar a compreensão sobre a totalidade do processo de trabalho e a focalizar e contextualizar as questões propostas para discussões no grupo focal e entrevistas. No entanto, são os dados mais sistemáticos de grupo focal e entrevistas que estão sendo tratados como dados prioritários.

Questionário

O questionário foi o instrumento escolhido para coletar os dados iniciais sobre formação profissional, tempo de trabalho e necessidades de formação dos trabalhadores do serviço, que permitiram tanto caracterizar os profissionais quanto selecionar os participantes. Foi elaborado um instrumento composto por 24 perguntas abertas (apêndice C).

Inicialmente, o questionário estava pensado como um instrumento a ser aplicado para os participantes selecionados a partir dos critérios de inclusão. No processo de contato com a equipe, o questionário mostrou-se uma mediação importante para o conhecimento da equipe, entendimento da temática e propósitos da pesquisa por parte dos participantes, fonte de informações para caracterização geral da equipe e conhecimento das informações básicas sobre o processo de trabalho. Dessa maneira, optou-se por utilizar o questionário como instrumento facilitador da entrada em campo a ser aplicado para todos os profissionais da equipe que realizam grupos, antes da seleção dos participantes. O questionário foi instrumento importante para obter as informações para a seleção dos participantes.

Com exceção de uma profissional que pediu para responder o questionário posteriormente, o pesquisador se manteve presente durante o processo de preenchimento dos questionários, o que se mostrou fundamental, tanto para o vínculo com as participantes e

acolhimento do pesquisador na dinâmica do serviço quanto para a compreensão do entendimento que estavam fazendo das perguntas. Nesse processo, por exemplo, foi possível compreender que a redação das perguntas 14 e 19 estava parecida, o que gerou as mesmas respostas e levou a considerar o conteúdo conjuntamente no momento da análise.

Dos setenta trabalhadores que compunham o quadro profissional dos dois serviços no momento inicial da pesquisa, trinta e um foram apontados como profissionais que realizavam grupos (12 no CAPS III e 19 no CAPS AD III). Desses, trinta responderam ao questionário.

Grupo Focal

Optou-se pela técnica de grupo focal, pela possibilidade de identificar a heterogeneidade de opiniões sobre as práticas e dificuldades enfrentadas, a partir da composição de um grupo homogêneo (CARLINI-COTRIM, 1996), que está imerso no mesmo tipo de demanda de trabalho prático e com características semelhantes de processo de trabalho. Privilegiou-se essa técnica, também, por ser considerada uma espécie de “entrevista em grupo” (CARLINI-COTRIM, 1996), permitindo que cada um dos sujeitos de pesquisa esteja submetido à presença de diferentes discursos e opiniões, levando, inclusive, à possibilidade de reelaborações a respeito das opiniões e das práticas cotidianas. Por tratar-se de um grupo de profissionais técnicos com inserção no campo pesquisado, interessava, em grande medida, as elaborações que possam advir dos próprios sujeitos sobre seu processo de trabalho e sobre o processo dos grupos dos quais participam, seja como técnicos, seja como mediadores.

Foram realizadas três sessões de grupo focal, conduzidas pelo pesquisador principal e assistidas por três outras psicólogas que assumiram as funções de moderador auxiliar, registro escrito e registro de expressões não-verbais (corporais). As sessões se realizaram nas dependências de uma universidade pública, portanto, fora do local de trabalho das participantes, a pedido delas mesmo. As sessões ocorreram nos dias 25 de maio, 30 de maio e 8 de junho de 2017, com duração de 100 a 120 minutos (o roteiro das sessões compõe o apêndice D desse trabalho).

Na primeira sessão, foram abordadas as finalidades do trabalho com grupos no processo de trabalho, os benefícios e prejuízos que esse trabalho pode acarretar, e as barreiras que as profissionais encontram para realizar o trabalho da maneira como gostariam. Na segunda sessão, foram abordadas as motivações pessoais das profissionais para realizar o trabalho com grupos, as situações em que sentem mais facilidade e dificuldades no trabalho com grupos, e a maneira de definição dos grupos que ocorrem nos serviços. Na terceira sessão, foram discutidas

as compreensões das trabalhadoras sobre o que é mediar um grupo, quais as principais atribuições e características de um profissional responsável por um grupo, o que pensam sobre o formato dos grupos de referência que têm realizado, e como veem o trabalho generalista do técnico de referência em relação com sua especialidade profissional.

As sessões do grupo foram gravadas e posteriormente transcritas. A transcrição do grupo focal foi realizada pelo próprio pesquisador logo após sua realização, de maneira a permitir as primeiras leituras totalizadoras do material antes da realização das entrevistas individuais, considerando que parte da função do grupo focal é auxiliar o pesquisador a focalizar a pesquisa, subsidiando-o com questões a serem melhor exploradas (CARLINI-COTRIM, 1996; MINAYO, 2014).

Entrevistas

Utilizamos da entrevista como uma técnica privilegiada de pesquisa para construir dados pertinentes ao objeto pesquisado, buscando informações que partem da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e que só podem ser obtidas com sua contribuição (MINAYO, 2014). Caracterizamos as entrevistas realizadas como semiestruturadas. Alguns autores como Minayo (2014) chamam de semiestruturadas as entrevistas que combinam perguntas abertas e fechadas. Não foi esse o caso. Utilizamos um roteiro de questões com vistas a cobrir todos os assuntos de interesse, mas buscamos dar às entrevistadas a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender às indagações, agindo o entrevistador no sentido de abrir o campo de explanação ou de aprofundar o nível das informações.

Diferentemente das entrevistas abertas com características de relato oral sobre a história de vida, focalizamos o percurso que vai da escolha profissional ao desenvolvimento atual das atividades de trabalho, passando pelo processo de formação. Dessa maneira, as entrevistas ganharam contornos de “depoimentos pessoais”, nos quais o pesquisador define os temas e conduz sua abordagem, definindo a própria conclusão do trabalho (QUEIROZ, 1987 apud SCHRAIBER, 1995).

O roteiro serviu como guia e estímulo para o trabalho de reconstrução das entrevistadas, mas buscou-se respeitar a dinâmica própria dos relatos, que acabavam propondo ordens diferenciadas para a narrativa, bem como novas questões e preocupações que também foram exploradas, corroborando a afirmação de Schraiber (1995) de que a entrevista conduz sempre a uma atualização do roteiro. Desse modo, buscamos incentivar a narração mais livre, mas impondo limites de temáticas. No processo da entrevista, o roteiro era retomado quando as

questões não conduziam diretamente a novas temáticas, buscando estimular o exercício de memória que constitui os depoimentos. O roteiro base pode ser consultado no apêndice E do presente trabalho.

Schraiber (1995) destaca ainda, que o relato é um pensamento especialmente produzido, demandando um trabalho de reflexão ou um trabalho da memória. À vista disso, a entrevista deve ser vista como “uma experiência particular e não como uma a mais do cotidiano. A entrevista recorta o cotidiano no objeto que propõe à reflexão e o interrompe por meio dessa reflexão” (SCHRAIBER, 1995, p. 65). De um lado, o entrevistador atua como um mediador para o sujeito apreender sua própria situação de outro ângulo, incitando-o a procurar relações e a organizá-las. De outro, os entrevistados são levados a refletir sobre questões que talvez não se detivessem em outras circunstâncias e avaliam a si mesmos e ao meio social, ao mesmo tempo que fornecem matéria prima para a pesquisa (DUARTE, 2004).

A história da qual pesquisador e pesquisados já dominam elementos se atualiza e será refeita na entrevista tanto pelo entrevistado – pelas associações, desqualificações e repetições que geram diferenças – quanto pelo entrevistador, que se depara com os fatos em encadeamentos totalmente originais na narrativa (SCHRAIBER, 1995). Importa destacar ainda, que “cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos” (MINAYO, 2014, p. 262-263). É o relato tomado como trabalho dos participantes que produz uma interpretação do fato social na experiência vivida e na reflexão que valida o trabalho com as representações (SCHRAIBER, 1995). Expressa-se aí um trabalho da subjetividade sobre a objetividade do real, a possibilidade de pensar para além das individualidades, sobre a cultura, a história e as marcas que constituem os grupos sociais (SCHRAIBER, 1995; DUARTE, 2004).

Essa técnica de pesquisa permite explorar duas questões articuladas “o social e o coletivo por referência ao individual-singular que o apreende; e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva que o evidencia” (SCHRAIBER, 1995, p. 65). Se na afirmação da autora os relatos permitem explorar o coletivo pela reprodução pessoal, a pesquisa pretende compreender, não somente as percepções dos agentes sobre o trabalho com grupos, mas também a existência objetiva dos grupos no processo de trabalho. São, portanto, interpretações subjetivas, mas embebidas da objetividade da qual partiram, demonstrando uma riqueza e multiplicidade de interpretações, mas que também não são aleatórias e estão constringidas dentro das possibilidades históricas do momento estudado e da inserção que têm os agentes no processo produtivo. Portanto, a autonomia relativa dos relatos não necessita da reprodução da

totalidade em cada parte, todavia, também não anula a existência do coletivo nas partes, que pode ser compreendida por uma análise que busque a totalidade e considere que o coletivo tem qualidades próprias (SCHRAIBER, 1995).

Tomando essas premissas, foram entrevistadas sete das 10 participantes do grupo focal. A primeira, foi realizada como entrevista piloto nos meses de maio a junho de 2018. As outras seis, foram realizadas de julho a setembro de 2018. Foram combinadas de duas a quatro sessões de entrevistas com as participantes, mas todas elas foram realizadas em duas sessões que variaram de 60 a 120 minutos, verificando-se, nesse intervalo, a suficiência do tratamento dos temas no interior do relato. Ainda assim, ficou aberta a possibilidade de retomada do contato, caso fosse necessário.

Um primeiro conjunto de questionamento buscou explorar a escolha profissional, o processo de formação e o processo de trabalho em saúde mental pela reflexão das entrevistadas. A utilização dos grupos no processo de trabalho e a formação para o trabalho com grupos se manteve como fio condutor. Um segundo conjunto de questões buscou propor um exercício de reconstrução das atividades grupais coordenadas e propostas pelas agentes desde a entrada no serviço em que trabalham, explorando diversos aspectos das atividades, desde sua proposição, planejamento, consecução das atividades, avaliação e encerramento.

O contato anterior com as entrevistadas durante as observações participantes, questionários e grupo focal, mostrou-se favorável à realização das entrevistas, estabelecendo-se relação pessoal em que as entrevistadas se mostraram à vontade para expor suas opiniões e avaliações. A presença do gravador também não se mostrou empecilho ao relato.

A entrevista piloto foi transcrita pelo próprio pesquisador e as demais por dois mestrandos de cursos na área de Ciências Humanas, de confiança do pesquisador. As transcrições foram comparadas com os arquivos de áudio e revisadas pelo pesquisador antes do início das análises.

5.7 Sobre as participantes da pesquisa

A equipe dos dois serviços era composta por 35 trabalhadores, cada uma, no momento inicial da pesquisa, somando 70 trabalhadores. Desses, 31 (12 no CAPS III e 19 no CAPS AD III) foram apontados como profissionais que realizavam grupos e 30 responderam ao questionário inicial. No CAPS III apenas as técnicas de ensino superior, excetuando-se os trabalhadores médicos, realizavam grupos. Já no CAPS AD III, além das técnicas de ensino

superior, foram indicadas também as técnicas de enfermagem (profissionais de nível médio) como profissionais que realizam grupos. Nesse segundo serviço os médicos também não realizavam grupos.

O quadro profissional de ambos os serviços, no momento da pesquisa, em sua quase totalidade estava composto por mulheres (mais de 90% do quadro). Todos os profissionais que foram indicados como realizando grupos, eram mulheres. Portanto, todos os dados de questionário e todas as participantes da pesquisa são do sexo feminino.

A média de idade das profissionais que responderam aos questionários foi de 37 anos.

O tempo de trabalho médio no campo da saúde mental foi de três anos.

Somente 30% das respondentes já teve alguma experiência de trabalho anterior em serviços de saúde mental, incluindo estágios de graduação.

Do CAPS III, todas as profissionais que preencheram o questionário mostraram interesse de participação no grupo focal e entrevistas. DO CAPS AD III, apenas nove se dispuseram a participar; as demais mostraram interesse pela temática, mas apresentaram dificuldades de diversas ordens.

Os critérios de inclusão na pesquisa ficaram definidos como:

- Ser trabalhador da Rede de Atenção Psicossocial e estar lotado num dos Centros de Atenção Psicossocial em que será realizada a pesquisa;
- Ter como atribuições do seu trabalho cotidiano a realização de grupos com usuários do CAPS;
- Ter disponibilidade para participação no grupo focal e entrevistas;
- Aderir à pesquisa por interesse próprio e assinar TCLE.

A princípio o número de participantes foi definido entre oito e 12 ($8 < N < 12$) para que fosse possível a realização com qualidade da técnica de grupo focal. Como o número de interessados foi maior do que 12, aplicaram-se critérios de inclusão adicionais, a saber: a diversidade de formações profissionais; e maior tempo de trabalho no campo da saúde mental. Acreditou-se que a diversidade de profissões seria importante para captar as diferentes opiniões e formatos de grupo, dado que se tratava de equipes multiprofissionais. Em relação ao tempo de trabalho, buscou-se priorizar as pessoas com mais tempo de trabalho e, portanto, com maior experiência. Esse critério se mostrou importante já que com o início da gestão pela fundação estatal há poucos anos e a realização de concurso, a maior parte da equipe tinha um tempo de trabalho relativamente pequeno no campo da saúde mental. Em ambas as equipes havia profissionais que ingressaram há menos de três meses, por exemplo.

Dessa maneira, foram convidadas 12 trabalhadoras para participação no grupo focal. Na semana de início do grupo focal, entretanto, uma das trabalhadoras iniciou um curso noturno e outra foi transferida para um serviço de urgência e emergência. Não tendo mais tempo hábil para convidar outras pessoas e observando que 10 pessoas era um bom número para as necessidades da pesquisa, optou-se pela continuidade com 10 trabalhadoras.

Os critérios de exclusão definidos para esse estudo foram:

- Interrupção do trabalho na RAPS;
- Solicitação do participante.

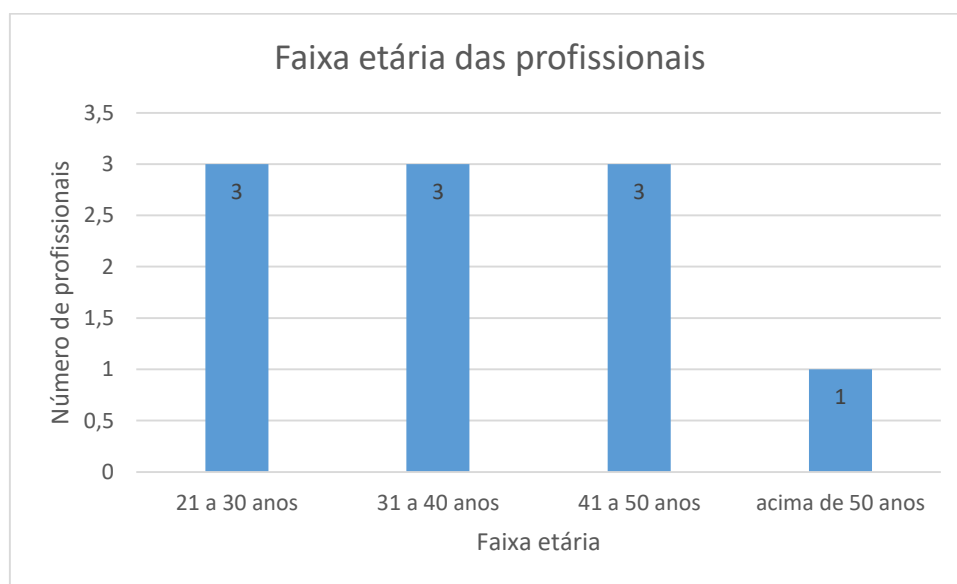
Em relação às trabalhadoras selecionadas para participar do grupo focal, buscou-se contemplar profissionais de ambos os serviços e a diversidade de formações, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2: Participantes por local e formação profissional

	CAPS AD	CAPS TM	TOTAL
Enfermagem	0	2	2
Psicologia	1	1	2
Téc. Enfermagem	2	0	2
Terapia Ocupacional	1	2	3
Serviço Social	0	1	1
TOTAL	4	6	10

A média de idade do grupo conformado foi de 37 anos, sendo a menor idade 26 anos e a maior 60 anos. A distribuição das participantes por idade pode ser vista no gráfico 1.

Gráfico 1: Faixa etária das profissionais



A profissional com maior idade havia se formado há 29 anos e a com menor tempo de formação havia se formado há três anos. No gráfico 2 se pode verificar a distribuição das profissionais segundo o tempo de formadas.

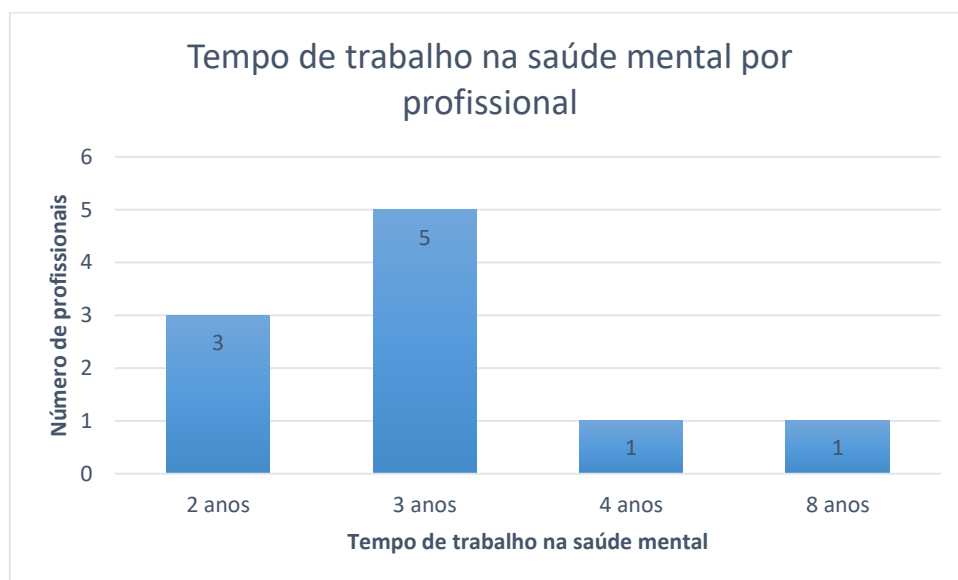
Gráfico 2: Tempo de formação das profissionais



Já em relação ao tempo de trabalho no campo da saúde mental (Gráfico 3), a profissional com maior experiência contava com oito anos de trabalho e a com menor experiência contava com dois anos de trabalho. A média do grupo foi de 3,3 anos de trabalho na área. Das 10

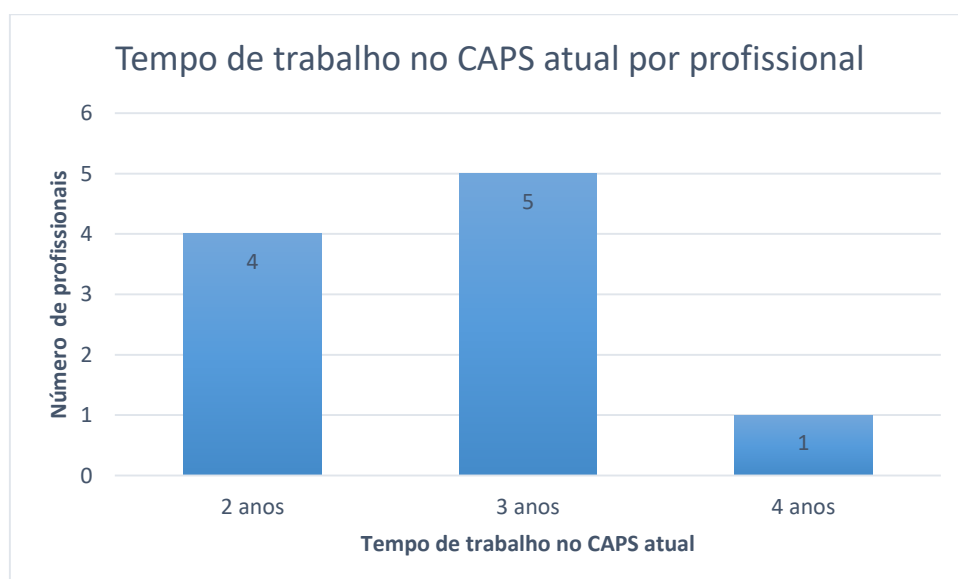
participantes, três possuíam experiência anterior em serviços de saúde mental, sendo uma delas estágio de graduação.

Gráfico 3: Tempo de trabalho no campo da saúde mental



Em relação ao tempo de trabalho no serviço em que estão atualmente, a média foi de 2,7 anos, sendo o menor tempo de trabalho dois anos e o maior quatro anos (Gráfico 4).

Gráfico 4: Tempo de trabalho no CAPS atual



Das participantes, uma concluiu pós-graduação *stricto sensu* e cinco concluíram pós-graduação *lato-sensu*, sendo duas na área de saúde mental. Pode-se perceber pelos dados que mesmo com a diversidade de faixas etárias das participantes, a maior parte se formou há menos de uma década e está na primeira experiência de trabalho em saúde mental. As experiências relatadas no grupo focal, portanto, dizem respeito em grande parte àquelas vividas no serviço atual e com a equipe atual de trabalho. As referências de trabalho com grupos, também se constituíram nesse contexto.

Nota-se, ainda, que o pouco tempo de trabalho no serviço atual corresponde ao tempo de aprovação em concurso público após os CAPS do município deixarem de ser geridos por ONGs e passarem à gestão da fundação estatal, o que acarretou a mudança de toda a equipe dos serviços. Apenas uma das profissionais se manteve trabalhando no mesmo serviço após essa mudança, mesmo assim, conta com um tempo relativamente pequeno de trabalho no mesmo local.

Sobre a dinâmica do grupo focal

As três sessões do grupo focal ocorreram nos dias 25 e 30 de maio e 8 de junho de 2017, nas dependências de uma universidade pública, atendendo à solicitação da maior parte do grupo de que não ocorresse no local de trabalho, para que o grupo fosse mais produtivo e sem interrupções. As três sessões tiveram participação de oito trabalhadoras cada uma, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3: Participantes do Grupo Focal

Profissão	Idade	Local de Trabalho	Grupo Focal	Entrevista
Assistente Social	36	CAPS TM	3	2
Enfermeira 1	42	CAPS TM	1	
Enfermeira 2	26	CAPS TM	3	2
Psicóloga 1	28	CAPS TM	3	2
Psicóloga 2	35	CAPS AD	2	
Técnica Enfermagem 1	46	CAPS AD	3	2
Técnica Enfermagem 2	60	CAPS AD	2	
Terapeuta Ocupacional 1	27	CAPS TM	2	2
Terapeuta Ocupacional 2	42	CAPS AD	3	2
Terapeuta Ocupacional 3	31	CAPS TM	2	2

Cada sessão focalizou temas distintos, embora alguns se sobrepussem. Não houve dificuldades em relação à técnica. As participantes compreenderam a proposta e houve respeito e participação por parte de todas. Antes de cada uma das sessões foi oferecido um lanche às participantes que estavam chegando, em sua maioria, diretamente do trabalho.

Na primeira sessão havia apenas duas participantes do CAPS AD, que se mostraram pouco à vontade com o grupo no início, mas que não deixaram de se posicionar. Com o passar do tempo, a integração entre o grupo aumentou e se via menos a divisão entre as equipes.

As sessões foram conduzidas pelo pesquisador principal, auxiliado de uma assistente (com formação em psicologia). Externamente à roda estavam posicionadas duas outras assistentes (também com formação em psicologia), uma com a função de manter um registro escrito das falas e outra com função de registrar interações e comunicações não verbais (que não seriam registradas pelos gravadores). As sessões foram gravadas (gravação de voz) e isso não pareceu causar constrangimento às participantes. No período anterior ao grupo o pesquisador realizou o treinamento das assistentes de pesquisa.

Antes do primeiro encontro o TCLE foi lido e explicado para as participantes. As duas participantes que não estavam presentes tiveram um momento antes da segunda sessão, para leitura e explicação do TCLE.

Em relação aos enunciados do grupo focal, cabe ressaltar o caráter coletivo da técnica. Embora a técnica busque o heterogêneo no homogêneo e o discurso não evidencia uma posição homogênea e coletiva, no decorrer das sessões do grupo foi possível perceber mudanças de posicionamentos e posições que se definem em relação à posição das demais participantes. Isso desvela também, a potencialidade coletiva da técnica, capaz de lançar luz a questões que não seriam abordadas individualmente e enredar posicionamentos mais completos e multifacetados sobre os temas abordados.

Sobre a dinâmica das entrevistas

Das dez participantes do grupo focal, sete foram entrevistadas. A participante com maior tempo de trabalho no serviço foi escolhida para a realização da entrevista piloto. As dificuldades encontradas na análise dessa entrevista disseram respeito menos à existência de viés nas perguntas e mais à aglutinação de algumas perguntas, o que dificultou o processo de comunicação e levou à necessidade de insistência em alguns temas. Dessa maneira, avaliamos que os dados mereciam ser considerados e a maior parte da entrevista integrou o *corpus* teórico

da pesquisa. Na escolha das entrevistadas utilizamos os mesmos critérios de diversidade de profissões e maior tempo de trabalho nos serviços pesquisados.

Há que se ressaltar, também, que o projeto inicial não previa entrevistas na fase dois, mas a realização de um processo grupal com as participantes do grupo focal, o que constituiria um desenho de estudo nos moldes de uma “pesquisa-ação”. A mudança no desenho de estudo se deu, por determinações do objeto de pesquisa. De um lado, pesaram para essa decisão as mudanças na rede de saúde mental do município e a percepção de que um processo individualizado, permitiria maior anonimato e espaço para que as participantes se posicionassem sobre o processo de trabalho pesquisado. Por outro, incidiu também a compreensão adquirida ao longo do processo sobre o objeto teórico definido como objeto de pesquisa. Verificou-se que os dados obtidos no grupo focal mereceriam maior aprofundamento e espaço para as diferenças individuais das participantes, e que o processo grupal atendia, naquele momento, aos objetivos de acompanhamento e capacitação das trabalhadoras que poderiam ser realizados após a pesquisa e que não necessariamente alimentariam o processo com os dados necessários ao maior conhecimento do processo de trabalho e das concepções individuais sobre o trabalho com grupos e o papel das mediadoras.

Buscamos, então, o procedimento de pesquisa que permitisse compreender a dimensão técnica do trabalho por dentro do próprio processo, pelo relato de seus agentes. Acreditamos que as entrevistas permitiriam a continuidade do trabalho que se iniciou com o grupo focal, contribuindo com seu adensamento, no sentido de visualizar a dimensão social desse processo de trabalho, bem como de captar na relação do agente com seu trabalho, as marcas pessoais (subjetivas e objetivas) de suas inscrições no processo coletivo.

Outro ponto de destaque advém da observação de Minayo (2014) de que as entrevistas devem considerar seu contexto de produção e serem acompanhadas por observação participante que podem revelar relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que não são, necessariamente, percebidos nas entrevistas. No caso da pesquisa, embora o movimento tenha se produzido nas duas direções, de certa maneira, chamou atenção o movimento contrário. As entrevistas acabaram por revelar aspectos aparentemente imponderáveis dos momentos de observação participante ou do grupo focal. Em partes, porque a participação anterior no grupo colocou-as em contato com o posicionamento das demais participantes, gerando a necessidade de afirmar posições que antes do grupo focal poderiam considerar consensuais ou não considerar relevantes de relato.

Todas as sete entrevistas foram realizadas em duas sessões com 60 a 120 minutos de duração, sendo que a duração respeitou os sinais de cansaço das entrevistadas. Onze sessões foram realizadas em uma universidade pública, e três sessões foram realizadas nos locais de trabalho das entrevistadas, buscando sempre garantir um local tranquilo, reservado e sem interrupções para o relato.

O intervalo entre as sessões mostrou-se produtivo. As entrevistadas, por mais de uma vez, verbalizaram que continuaram o trabalho de memória após a sessão, resgatando aspectos dos relatos na segunda sessão. No início e fim das sessões, as entrevistadas enfatizaram a surpresa que tinham com alguns temas e que nunca haviam parado para refletir sobre eles, ressaltando a importância que o momento de reflexão estava tendo para elas. Enfatizaram também, o sentimento de acolhimento por parte do entrevistador e o que consideraram profissionalismo e interesse pelo seu trabalho. Esses momentos iniciais e finais foram registrados em diário de campo, sempre que não estavam sendo gravados. Nesses momentos ressaltaram também, os impactos que a técnica do relato tinha sobre o próprio processo de trabalho, pois eram levadas a refletir sobre o cotidiano e chegavam a conversar entre elas sobre as percepções que haviam tido. Para o entrevistador o intervalo entre as sessões também foi importante, pois permitia retomar o material gravado e as anotações, e refletir sobre os aspectos a serem aprofundados ou retomados, ou ainda sobre os temas a serem cobertos na sessão seguinte.

Considerou-se, no processo, a importância de não realizar mais de duas entrevistas ao mesmo tempo, para garantir a qualidade da memória do pesquisador sobre os relatos e permitir de maneira mais adequada a retomada do material gravado antes de cada sessão. Todas se colocaram à disposição para a retomada das entrevistas, caso fosse necessário esclarecer ou aprofundar algum assunto na continuidade do estudo.

5.8 Devolutiva parcial para a equipe e participantes

A devolutiva parcial para as equipes foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2018, como forma de finalizar o momento da coleta de dados e justificar o afastamento do pesquisador do campo de estudo no período de escrita da tese. No momento da devolutiva os dados não estavam todos transcritos e analisados, de maneira que selecionamos alguns aspectos mais gerais dos dados do grupo focal para comentar com as equipes. Além de agradecer o acolhimento e envolvimento das equipes no processo de pesquisa, retomamos o projeto e suas

principais fases. Apresentamos então, algumas reflexões sobre o conceito de “processo grupal” e como ele se relaciona com os grupos que ocorrem no serviço. Apresentamos também, algumas considerações sobre as queixas referentes às necessidades de formação, e sobre o processo de trabalho que aparentam ter características do período de acumulação flexível do capital. Após essas breves considerações, abrimos um espaço para que as equipes pudessem colocar seus questionamentos e comentários.

De maneira geral, ambas as equipes ressaltaram a importância do tema do estudo e as necessidades que sentem de formação para essa temática. Sentiram-se valorizadas pela escolha do tema, e ressaltaram também, o profissionalismo do pesquisador. Trouxeram a percepção sobre as pressões e cobranças no processo de trabalho, bem como a falta de reflexão coletiva sobre o trabalho e a inexistente reflexão coletiva sobre o trabalho com grupos. Destacaram ainda, a expectativa de que o estudo se desdobre em outras ações na relação com a rede de saúde mental.

5.9 Análise de dados

Foram considerados dados principais do estudo os advindos do grupo focal e entrevistas. Os questionários forneceram dados complementares sobre o perfil das equipes, que auxiliaram na compreensão do perfil dos trabalhadores da rede de saúde mental do município e na escolha dos participantes da pesquisa. Forneceram também, dados sobre o processo de trabalho e sobre a formação dos profissionais que ajudaram a compor o quadro geral, que foi melhor explorado no grupo focal e nas entrevistas. Os dados de observação participante registrados em diário de campo auxiliaram na confirmação e explicitação da importância de algumas temáticas e na contextualização dos dados e da realidade das equipes. Foi possível, por conta das observações participantes, por exemplo, perceber que um dado que apareceu apenas em uma das entrevistas era uma problemática importante no cotidiano, merecendo atenção e tratamento na análise. Priorizamos, no entanto, a lida com os dados transcritos de maior fidedignidade e qualidade, utilizando os dados de diário de campo somente se e quando necessário.

Em relação à metodologia de análise dos dados, os princípios para sua realização já foram anunciados e detalhados na primeira parte desse capítulo. Os dados obtidos foram cotejados e analisados à luz da teoria, num movimento constante de indução e dedução, análises e sínteses, partindo de leituras mais gerais e totalizadoras, e buscando sua organização em torno das questões teóricas que organizam nosso objeto de análise. A tensão constante entre parte e

tudo é também elemento importante na análise, de maneira que buscamos compreender a objetividade das relações, reinterpretada pela subjetividade e pessoalidade dos entrevistadores, mas também a inscrição singular dos agentes nesse processo, fonte de tensionamentos e repetições diferenciadas que acabam por tensionar também os limites das teorias explicativas, gerando um movimento benéfico no processo de conhecimento e aproximação do real.

A pesquisa teórica que acompanhou e adensou o trabalho com os dados, se baseou em autores de referência do campo do marxismo e da saúde coletiva, na busca por compreender as determinações e mediações do processo de trabalho em saúde mental, no qual o grupo aparece como componente tecnológico importante. Os autores que analisam os processos de reformas psiquiátricas no mundo e particularmente no Brasil, também foram fontes importantes de conhecimento para a análise das tensões internas ao processo de reforma brasileira e da constituição dos CAPS como serviços estratégicos na alteração do modelo manicomial para o modelo territorial, baseado na atenção psicossocial. Um último conjunto de autores a ser destacado diz respeito aos autores da psicologia social latino-americana (em especial Sílvia Lane e Martin-Baró), em sua articulação com os autores da Psicologia Histórico-Cultural (com destaque para Vigotski, Leontiev e Petrovski), que nos permitiram tanto a crítica às concepções tradicionais de grupo e a compreensão do grupo como processo, mas também a articulação da temática do grupo com as temáticas da produção social da personalidade e da subjetividade.

5.10 Critérios Éticos

No que tange os critérios éticos, a pesquisa respeitou a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com a obtenção de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos participantes e garantia de confidencialidade e privacidade das informações. A participação na pesquisa foi voluntária e não remunerada, não acarretando nenhum ônus financeiro aos participantes.

Os benefícios da pesquisa – para além do espaço coletivo de debate sobre o processo de trabalho e elaboração de opiniões que pode vir a se constituir num benefício direto aos participantes – se referem às contribuições que busca dar para profissionais e usuários com a teorização e subsídio a futuras intervenções sobre o processo grupal e a qualidade da mediação grupal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu (parecer número 1.939.755) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (parecer número 1.968.672).

CAPÍTULO 6 – O TRABALHO COM GRUPOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A inquietação primeira deste projeto de pesquisa partia da percepção ainda difusa de que o trabalho com grupos realizado no âmbito dos CAPS com os quais tínhamos contato, vinha sofrendo da tendência a um pragmatismo que o tomava como uma técnica no processo de trabalho, sem questionar suas finalidades. Com isso perdia-se a potência do processo grupal para produzir modificações nos processos de trabalho e nos modos de andar a vida dos sujeitos que deles participam. Por esta feita, nosso intento inicial buscava sistematizar elementos da Psicologia Social Latino-americana e da Psicologia Histórico-Cultural, que auxiliassem os técnicos em saúde mental na compreensão do processo grupal, visto que as reflexões teóricas estavam aparentemente ausentes da explicação que os profissionais ofereciam sobre o trabalho que realizavam com grupos de usuários.

Para tanto, propusemos uma pesquisa que articulava investigação teórica e empírica, tendo por centro da investigação empírica a escuta dos profissionais que realizam o trabalho com grupos no cotidiano de dois CAPS do município de Curitiba (PR). As fontes para essa análise consistiram de observação participante (relatada em diário de campo), aplicação de questionário para trinta trabalhadores que realizavam grupos, realização de grupo focal com dez trabalhadoras dentre essas trinta (três sessões de grupo focal) e realização de entrevistas com sete das trabalhadoras que participaram do grupo focal (totalizando quatorze sessões de entrevista).

Buscávamos, naquele momento, avançar no conhecimento quanto às alternativas utilizadas pelos técnicos em saúde mental no trabalho com grupos. Esses instrumentos de pesquisa nos possibilitaram entrar em contato com as representações que faziam os trabalhadores dos serviços sobre o trabalho com grupos de usuários. As representações, no entanto, assim como os fatos, são, ao mesmo tempo, desveladoras e obscurecedoras do real, dialeticamente. Tendo sido forjada historicamente, a subjetividade dos trabalhadores ouvidos na pesquisa revela também, a objetividade das relações vividas, é uma aparência que, ao ser percorrida pela descoberta de seu processo de constituição nas suas mediações e determinantes, pode tornar-se caminho para o conhecimento do real. Embora o discurso dos sujeitos ouvidos se diferencie pela constituição de múltiplas mediações em suas histórias singulares de vida,

mantêm também o conteúdo relativo à lógica social, tendências históricas e situações vividas em comum.

Nos dados, portanto, a realidade objetiva se apresenta imbricada com a subjetividade dos sujeitos, demonstrando a riqueza das singularidades e das mediações do real nelas refletidas e refratadas. Nas representações individuais, temos as expressões singulares das mediações absorvidas e refratadas pelo prisma das significações e dos conceitos socialmente elaborados (LEONTIEV, 1978a), a partir das quais o movimento da pesquisa busca identificar as mediações particulares e universais que expressam as tendências mais gerais da sociedade historicamente situada, a fim de contribuir com a teoria, enquanto representação ideal do movimento do real.

Já nos primeiros movimentos de análise do material coletado no grupo focal, as representações das trabalhadoras sobre o trabalho que realizam com grupos se mostraram indissociavelmente ligadas às mudanças no processo de trabalho. Passamos a considerar, então, essas mudanças, como mediações essenciais no desvelamento das tendências de desenvolvimento do real. Apoiados na compreensão de as representações estavam revelando importantes relações do objeto com as particularidades e universalidades nele presentes, reorientamos a pesquisa teórica buscando compreender historicamente a conformação do processo de trabalho em saúde e em saúde mental, na tentativa de apreender algumas de suas tendências determinantes, bem como o impacto que ocasionavam no trabalho com grupos.

Todavia, compreendemos também, que se, por um lado as representações singulares não poderiam ser alcançadas sem as mediações teóricas, por outro lado, algumas das tendências observadas nesse processo não teriam sido por nós apreendidas senão pela aproximação com o processo de trabalho dos serviços singulares, a partir dos quais foi possível colocar em movimento a teoria na busca da explicação dos fenômenos observados e de sistematização de suas tendências principais.

Nesse percurso investigativo, o atual estágio de acumulação flexível do capital, evidenciado nas estratégias de reestruturação produtiva, mostrou-se uma particularidade determinante nos processos de trabalho observados. Esse novo padrão de acumulação, que inicia por produzir transformações no setor industrial da economia, não se restringe a ele, ocasionando reestruturações políticas, sociais e econômicas que abrangem a totalidade da vida social. O setor de serviços, no qual o trabalho em saúde encontra-se localizado, não tem passado incólume a esse conjunto de modificações no mundo do trabalho, ainda que não se apresente

de maneira pura, combinando aspectos dos padrões de reprodução anterior (taylorista-fordista, por exemplo).

O trabalho de Pires (2008), que investigou os impactos da reestruturação produtiva em hospitais públicos e privados, estava centrado nos impactos da inserção tecnológica de base microeletrônica no setor saúde e demonstrou a coexistência de processos de trabalho reestruturados com o padrão taylorista de organização. Entretanto, os trabalhos que se puseram a investigar essas transformações no âmbito da saúde, ainda são em pequeno número frente às aceleradas modificações que a reestruturação produtiva vem produzindo no processo de trabalho desde a década de 1970.

Como tomamos por objeto o trabalho no interior das políticas estatais de saúde, essas mediações encontram ainda maiores particularidades, não se apresentando com a mesma clareza e tipicidade do setor industrial. Ainda assim, advogamos em favor de um maior número de estudos nesse campo, porque nossa investigação fez com que nos deparássemos com impactos maiores do que os esperados das características típicas dos processos flexibilizados sobre a organização do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo, somos levados a afirmar que o trabalho nos serviços estatais, ainda que submetido a determinações particulares, não deixa de integrar a totalidade do modo de produção capitalista e está influenciado pelas atuais transformações do mundo do trabalho.

Mais do que isso, ao que nos parece até o presente momento, as adaptações das formas de gestão e organização típicas do momento de acumulação flexível do capital, têm passado pela apropriação de conceitos associados ao modelo de atenção psicossocial e aos modelos alternativos ao modelo biomédico desenvolvidos no âmbito do SUS, articulando processos que integram o objeto e o objetivo desta tese e se expressando em ambiguidades no âmbito do discurso dos trabalhadores, como procuraremos demonstrar.

O objeto teórico da presente investigação constituiu-se, desse modo, na apreensão das tendências atuais do trabalho com grupos no âmbito dos processos de trabalho dos CAPS. Compreendemos que essas tendências estão expressas na disputa de modelos de atenção em saúde mental, que se configura com mais nitidez, desde a implantação da reforma psiquiátrica brasileira, resultante do embate das forças sociais conservadoras com as propostas do movimento antimanicomial.

Nesse capítulo, buscaremos apresentar parte das influências dos modelos neoliberais de gestão e organização do trabalho que ganharam expressão na pesquisa, capturando as ações dos agentes e serviços estudados. Adiante, nos importa relacionar essas influências com a disputa

de modelos de atenção em saúde mental, pois os dados coletados nos indicam uma forte relação entre as formas de organização atual do processo de trabalho e a reatualização de um conservadorismo de base gerencial que reforça as concepções do modelo biomédico e fragiliza a proposta da atenção psicossocial, tendo impactos no trabalho com grupos que se apresenta como pragmático e tecnificado.

Até aqui estabelecemos as características dos modelos de atenção em saúde mental dominantes (biomédico e atenção psicossocial) enquanto modelos abstratos que refletem organizações particulares do processo de produção do cuidado. Compreendemos esses modelos como estando em disputa no cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental, ainda que com hegemonia do modelo biomédico. As ações e serviços articulam, desse modo, características de ambos os modelos abstratos da conformação das práticas, modelando um espectro de arranjos entre eles. Por conta disso, nossa análise não busca enquadrar as práticas dos serviços investigados nos critérios organizados anteriormente, para “aferir” a qual modelo se filiam. A simples classificação dessas práticas como em um *checklist*, não nos parece auxiliar na superação dos modos tradicionais de compreender o processo saúde-doença e no avanço das práticas de cuidado. Nossa intenção é antes avaliar, na contraditoriedade das práticas do cotidiano, quais as tendências predominantes e depreender elementos da realidade que podem indicar o novo que se anuncia na repetição e que pode estar contribuindo para uma tendência ou para outra. Não há progressismo nessa análise, o novo que se anuncia não representa em essência algo bom ou ruim, podendo se apresentar como aparente retorno a práticas manicomiais sob novas formas, assim como apontar sua superação.

Em vista disso, optamos por organizar os dados da análise tendo por eixos as características da reestruturação produtiva, apontadas por diversos autores (MELLO E SILVA, 2004; ANTUNES, 2005; FREIRE, 2006; 2010; PIRES, 2008; MERHY; FRANCO, 2013; ANTUNES; PINTO, 2017;) na tentativa de identificação dos seus impactos nas tendências atuais do trabalho em saúde mental. Ao desvelar os impactos desses processos produtivos no trabalho com grupos, estamos investigando, concomitantemente, em que medida essas tendências concorrem para o desenvolvimento do modelo psicossocial ou do modelo biomédico, visto que a posição dos grupos nesses modelos é bastante divergente.

Esse nos pareceu um relevante caminho de análise, já que os referenciais críticos da saúde coletiva brasileira articularam uma importante crítica aos impactos do padrão taylorista-fordista no processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 1998; 2015; MERHY, 2013a; 2013c), apostando no reforço das tecnologias leves ou relacionais e enfatizando a micropolítica do

trabalho vivo em saúde, como dimensão prioritária de análise. A ênfase nas tecnologias do cuidado como "acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia", entendidas por dispositivos transversais no processo de produção em saúde, tem levado ao centramento do cotidiano nas análises, na busca do vivido nos espaços de encontro em que a subjetividade é valorizada. Esse movimento produziu ferramentas de cuidado e impactos na atenção à saúde que impressionam do ponto de vista da abrangência e da articulação de práticas que buscam fugir às armadilhas da objetivação nos diagnósticos que o modelo biomédico produz. No entanto, a sua produção em contexto de ajuste fiscal e implantação de políticas neoliberais, não foi acompanhada na mesma intensidade pelo debate da reestruturação produtiva no trabalho em saúde.

Em nosso entendimento, a potente crítica ao taylorismo não encampou a crítica ao toyotismo na mesma intensidade, abrindo o flanco para apropriações neoliberais e gerencialistas das ferramentas do cuidado e do discurso humanista que as sustentam e produzindo contradições que são vividas como ambiguidades pelos profissionais no cotidiano dos serviços. Cientes do limite desse estudo, objetivamos abrir um caminho de análise e compartilhar os dados da pesquisa com vistas ao seu aprofundamento e questionamento. Não se trata de negar os avanços das tecnologias do cuidado propostas pelos modelos alternativos no SUS que recuperaram para a dimensão clínica a escuta, o acolhimento do saber do usuário e a responsabilização dos serviços pelas necessidades em saúde do território. Pelo contrário, pensamos que é a articulação dessas ferramentas com as críticas sociais mais amplas, que podem evitar sua apropriação por modelos de atenção conservadores e instrumentalizar a luta em favor da ruptura com o conservadorismo nas práticas e nos serviços e em favor de um projeto em defesa da vida.

Iniciamos essa exposição com a apresentação dos CAPS como serviços centrais na tentativa de reversão do modelo de atenção nos marcos da reforma psiquiátrica brasileira. Na sequência, apresentamos as características gerais da organização do processo de trabalho nos CAPS do município observado, para então refletir sobre alguns dos impactos da reestruturação produtiva identificados no âmbito desse processo de trabalho. Finalizamos o capítulo com a argumentação acerca da possibilidade de refuncionalização dos conceitos da atenção psicossocial sobre bases conservadoras e gerencialistas, que concorrem para o reforço do modelo biomédico.

6.1 Os Centros de Atenção Psicossocial

A trajetória da reforma psiquiátrica brasileira tem lugar no contexto de lutas do fim da década de 1970 e início da década de 1980. Com a crise da ditadura empresarial-militar e o ascenso das lutas sindicais e populares, a pauta pela assistência pública em saúde é uma das que se destaca. O movimento pela reforma sanitária qualifica essa luta com o debate em torno da concepção ampliada do processo saúde-doença, que inclui a não redução da saúde ao seu aspecto anatomofisiológico e enfatiza a determinação social no processo de adoecimento da população. No marco da conquista de um Sistema Único de Saúde, constituem-se condições institucionais para o desenvolvimento de uma política de saúde mental que diversifique as ofertas terapêuticas para além da solução asilar, hegemônica e quase única, até então. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978 e o Movimento pela Luta Antimanicomial, criado em 1987, foram importantes atores na visibilidade e mobilização em torno das pautas pela ampliação do conceito de saúde mental, contra a violência perpetrada pelos hospitais psiquiátricos e contra a mercantilização da saúde.

Influenciados pelos movimentos internacionais de reforma psiquiátrica e contando com contribuições de diferentes marcos teóricos, começam a ser construídas propostas alternativas ao modelo psiquiátrico dominante, afirmando a possibilidade de um cuidado em saúde mental no território, em liberdade, pautado por formas mais humanas e acolhedoras de relações, pela reinserção social dos usuários estigmatizados pelos diagnósticos psiquiátricos e pela construção de um novo lugar social para a loucura.

Assim como nos marcos legais do SUS, a política de saúde mental impulsionará as condições para que se experienciem novas formas de cuidado e sejam propostos modelos de atenção em saúde alternativos ao modelo biomédico hegemônico. No entanto, essas políticas, forjadas em momento de orientação neoliberal da economia, com ajuste fiscal, retirada de direitos da classe trabalhadora e desresponsabilização do Estado, além de não receberem o financiamento necessário para sua consecução, guardam as marcas dos diferentes interesses em disputa nos projetos de sociedade e nos modelos de atenção. Dessa forma, os marcos legais que por um lado alavancaram a possibilidade de expansão da rede assistencial e reversão do modelo manicomial, também garantiram em seu interior a manutenção de contradições que contrabalanceavam e impediam o avanço da atenção psicossocial.

É preciso destacar, ainda, que a legislação em saúde mental será formada com bastante ulterioridade em relação ao SUS e à atenção básica, tendo as experiências locais surgidas antes

e impulsionado a necessidades de mudanças legais. Embora a lei da reforma psiquiátrica brasileira date do ano de 2001 e tenha sido regulamentada com inúmeros retrocessos em relação ao projeto original (de 1989), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial ocorreu em 1987, na cidade de São Paulo.

No final da década de 1980, em um contexto de atenção dominado pelos hospitais psiquiátricos e poucos ambulatórios de saúde mental tradicionais, a criação do CAPS Professor Luiz Cerqueira, surge como um projeto piloto, ainda nos marcos da constituição de um serviço intermediário entre a internação hospitalar e a assistência psiquiátrica, mas com uma proposta de atuação de equipe interdisciplinar que buscava um cuidado intensivo a situações de saúde mental que ficavam à margem da assistência. Voltando-se à experiência-sofrimento dos sujeitos, seu funcionamento diário e em dois turnos permitia um suporte mais efetivo à complexidade da experiência desses sujeitos com a loucura, servindo de suporte e auxiliando-os em seu cotidiano. Priorizavam-se os casos graves, com comprometimentos dos vínculos e dificuldades nas relações sociais. Essa experiência foi inovadora e começou a modificar a relação da assistência com a loucura, mostrando a efetividade de formas de cuidado alternativas ao hospital, mas ainda não se constituía como uma estratégia oficial que possibilitasse a formação de uma rede de cuidado (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Como experiências pioneiras, também, é preciso destacar o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) de Bauru, criado em 1987 e, em 1989, o processo mais amplo realizado em Santos, quando após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, o fechamento do hospital ocorreu com a concomitante estruturação dos NAPS, tomados já como serviços estratégicos na transformação do modelo manicomial de cuidado e propondo intervenções territorializadas que promovessem a mudança da concepção social sobre a loucura.

A intervenção em um hospital privado credenciado ao financiamento público sob iniciativa de um governo municipal (até 1988 a saúde estava sob circunscrição dos governos estaduais e federal) se aproveitava dos direitos instituídos pela nova constituição para tensionar a relação entre direito universal à saúde e a propriedade privada e o lucro. Já no início da intervenção, com a abertura das celas fortes e a criação de assembleias diárias como espaços de organização política da instituição em que todos tinham direito a participar (independentemente do estado mental, social ou clínico), ficava evidente a mudança de postura em relação à passividade dos usuários.

Com inspiração no processo da reforma italiana e na discussão que fazia Basaglia sobre a desinstitucionalização, os técnicos que atuavam em Santos nesse momento se esforçavam por

manter aberta a contradição entre a psiquiatria e a antipsiquiatria. Para tanto, os espaços coletivos eram utilizados como oportunidades de potencialização das contradições e não tentativas de abafamento. Buscava-se construir consensos provisórios que permitissem o enfrentamento das dificuldades apontadas por todos os participantes da instituição e que poderiam ser revistos nas próximas assembleias. A organização do hospital foi caminhando para a divisão em cinco alas correspondentes a cinco regiões territoriais da cidade. As equipes de cada ala aos poucos foram sendo transferidas para os NAPS do território. Partindo da recusa da violência institucional e da periculosidade presumida, a organização dos NAPS estava pensada como serviços com funcionamento 24 horas, que servissem de pontos de apoio para a ampliação dos espaços comunitários a serem ocupados pelos usuários. Nesse sentido, a assistência era encarada como um momento tático de uma estratégia de participação, valorização e emancipação que ia para além dos serviços. Alertava-se, desde aquele momento, que a possibilidade de se converterem apenas em serviços assistenciais, significava a vitória do polo da psiquiatria com o reforço de sua função de controle e se mantendo nos limites das experiências das “psiquiatrias reformadas” (KINOSHITA, 2009).

Essas experiências inovadoras estavam ainda restritas a iniciativas municipais e estaduais, já que não existiam formas de financiamento federal que possibilitassem sua generalização. Todavia, foram importantes marcos na defesa da viabilidade de mudanças na oferta de cuidado, vindo a influenciar o desenho institucional que culminou com os CAPS como serviços estratégicos para a mudança das práticas de atenção, pautados pela lógica de inserção no território, vínculo, acolhimento e atenção diária.

Em 1991, com a portaria 189, o Ministério da Saúde passa a incluir atividades em grupo como procedimentos passíveis de serem financiados no âmbito do SUS, aumentando assim a viabilidade da diversificação de ofertas terapêuticas. Em 1992, com a portaria 224, NAPS e CAPS passam a ser incluídos no financiamento e a multiprofissionalidade a figurar como diretriz dos serviços. A referida portaria, também enfatiza a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, incluindo atendimento individual, grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividade de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias. No entanto, até esse momento NAPS/CAPS ainda são entendidos pela legislação como serviços intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

Em 19 de fevereiro de 2002, com a portaria nº 336/GM esse entendimento foi ampliado com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico e “favorecer o exercício da cidadania

e da inclusão social dos usuários e familiares” (BRASIL, 2004, p.12) pela via dos cuidados clínicos e reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território. Os CAPS são definidos, então, como serviços de saúde abertos e comunitários integrantes do SUS, e que devem se constituir como locais de referência e tratamento "para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida" (BRASIL, 2004, p.13).

É, portanto, somente dez anos mais tarde, com a portaria 336, que o Ministério da Saúde uniformiza a nomenclatura CAPS, que passa a ser a oficial a partir de então. Essa portaria define as modalidades de CAPS segundo a complexidade da atenção e a abrangência populacional e padroniza as equipes mínimas e os horários de funcionamento dos serviços. As modalidades contidas na portaria são as seguintes: CAPS I (municípios de 20.000 a 70.000 habitantes), com funcionamento em dois turnos durante cinco dias da semana; CAPS II (municípios de 70.000 a 200.000 habitantes), com funcionamento em dois turnos durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas; CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes), com funcionamento 24 horas e um máximo de cinco leitos para acolhimento noturno e fins de semana, com duração máxima de sete dias corridos ou dez dias dentre um período de trinta; CAPS I II (municípios acima de 200.000 habitantes), destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPS II AD (municípios acima de 70.000 habitantes), destinado a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

De maneira geral, a portaria definia os CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária e com funcionamento pela lógica do território, voltados ao atendimento prioritário de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS eram definidos como reguladores da porta de entrada da rede assistencial e tinham a função de supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito de seu território¹⁵⁰, além de funcionarem, necessariamente, em área física independente de estrutura hospitalar¹⁵¹. Quanto à organização interna dos

¹⁵⁰ Essa função de regulação e supervisão da rede de serviços de saúde mental era exclusiva dos serviços de natureza jurídica pública, o que já revela que no momento da implantação dos CAPS a gestão via Organizações Sociais e outras formas de Parcerias Público-Privadas já estavam em andamento.

¹⁵¹ Esse conteúdo que está contido no terceiro parágrafo da portaria e que visava coibir a transformação de alas de manicômios em CAPS, aproveitando do financiamento público e mantendo as mesmas práticas, é contrabalanceado por um parágrafo único no qual se lê que " Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria". No município pesquisado, a gestão dos CAPS em seus primeiros anos de funcionamento era realizada por ONGs,

serviços a portaria dividia os regimes de tratamento em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. As equipes deveriam ser compostas por profissionais de ensino superior e nível médio e as atividades incluíam: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social. As funções definidas para os CAPS compreendiam, ainda, a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica.

Desde então, diversos outros dispositivos institucionais foram criados para dar suporte ao processo de desinstitucionalização, entre eles os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e o Programa de Volta pra Casa. A partir de 2011, com a portaria 3.088, o conjunto das iniciativas e serviços passa a ser nomeado de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A RAPS inclui pontos de atenção na atenção básica (Unidades Básicas de Saúde; NASF; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura); ponto de atenção na atenção psicossocial especializada (CAPS em suas várias modalidades); pontos de atenção de urgência e emergência (SAMU; UPA, UBS; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); pontos de atenção de caráter residencial e transitório (Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial); e pontos de atenção hospitalar (Serviços hospitalares de referência em saúde mental e álcool e outras drogas; enfermarias em Hospitais Gerais). Além desses pontos de atenção, a RAPS está composta por estratégias de desinstitucionalização (SRTs; Programa de Volta pra Casa; Programa de Desinstitucionalização) e por estratégias de reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, incentivo ao protagonismo de usuários e familiares).

Um dos pontos mais polêmicos dessa portaria versou sobre a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) como ponto de atenção de caráter residencial e transitório. A portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, oficializou a inclusão das CTs na RAPS limitando a nove meses o

algumas delas com relações com os donos de hospitais. A título de exemplo, um deles funcionava no mesmo terreno de um hospital psiquiátrico, separado apenas por um portão. As situações de crise no interior do CAPS eram frequentemente atendidas pelos funcionários do hospital, gerando um fluxo interno direto. Relações que estavam na contramão do que visava a política, mas todas elas permitidas pela legislação, mostrando a ambiguidade e convivência de interesses.

período de permanência dos usuários. Em carta de dez de agosto do mesmo ano¹⁵², a reunião do colegiado de coordenadores de saúde mental se posicionava contrária à inclusão das CTs como estabelecimentos de saúde, porque operam com princípios distintos dos que pautam a reforma psiquiátrica brasileira. Ao mesmo tempo, defendiam a ampliação da rede substitutiva, pois a ausência do Estado seria a principal determinação para o crescimento das CTs. Sugeriam ainda que as CTs fossem incluídas na rede de assistência social, como dispositivos de proteção social (BRASIL, 2016b).

Esse debate se deve ao fato de que a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD) já vinha financiando com verba pública o acolhimento de usuários nas CTs e o tema vinha ocupando boa parte das pautas do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD). A SENAD tinha interesse na regulamentação das CTs, mas as instituições não constavam na tipificação de serviços socioassistenciais do SUAS, que inclui somente serviços com diretrizes de territorialização e definição de população adscrita, mas também não estavam regulamentadas como serviços de saúde. O tema é tão controverso que o próprio relatório de gestão do Ministério da Saúde desse período (BRASIL, 2016b), reconhece que a inclusão das CTs enfraquece a lógica da redução de danos, que é uma das diretrizes da política de atenção psicossocial na atenção a usuário de álcool e outras drogas¹⁵³.

Com relação aos CAPS, a portaria 3.088 confirma o seu papel estratégico na articulação da rede, além de reafirmar a existência de equipe multiprofissional atuando interdisciplinarmente em atividades “realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe)” (BRASIL, 2011). Enfatiza, ainda, a importância do Projeto Terapêutico Individual para o cuidado em saúde mental devendo ser desenvolvido no envolvimento entre a equipe, o usuário e sua família. Do ponto de vista administrativo, cria a modalidade de CAPS AD III para atendimento de adultos ou crianças e adolescentes com o máximo de doze leitos de observação e monitoramento e funcionamento 24 horas.

¹⁵² A carta consta como anexo I do relatório de gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b).

¹⁵³ "Por fim um outro aspecto importante que tange o debate sobre a Redução de Danos é o surgimento de “novas institucionalizações” em volume significativo nos territórios. Ações de caráter asilar e com orientação única pela abstinência, por entidades de caráter majoritariamente religioso e filantrópico, muitas vezes dissociadas no SUS e do SUAS (Comunidades Terapêuticas) tem impactado a discussão sobre as estratégias de oferta de cuidado. A análise e discussão sobre as “novas institucionalizações” constituem-se como um desafio importante para a construção do cuidado, no âmbito do SUS, de base territorial que promova os direitos de cidadania dos usuários e fortaleça o protagonismo e o exercício da liberdade" (BRASIL, 2016b, p. 6).

Seguindo as modificações de entendimento propostas pela RAPS, a portaria 854, de 2012, cria a possibilidade de que todos os CAPS possam realizar acolhimento noturno e de finais de semana, mesmo não sendo habilitados como CAPS 24 horas, numa estratégia de ampliar os recursos nas situações de crise. Além disso, ainda em 2012, uma série de portarias alterou a forma de registro de procedimentos de CAPS, Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas, buscando superar a lógica de produtividade, incidindo sobre os conceitos de intensividade (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo). A forma de registro foi alterada de APAC (Autorização para Procedimentos de Alto Custo) para Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), visando induzir novas práticas e dar mais visibilidade às ações realizadas no âmbito dos CAPS. Passaram a ser incluídos na RAAS psicossocial vinte procedimentos pautados nas necessidades dos contextos reais de vida dos usuários e familiares¹⁵⁴ (BRASIL, 2016b).

Os CAPS são entendidos pelo Ministério da Saúde como componentes da Atenção Psicossocial Estratégica (BRASIL, 2016b) por sua importância nas situações de crise e seu papel articulador junto aos demais pontos de atenção da RAPS. Tem sido visto como um serviço central na institucionalização das políticas, dando concretude aos princípios da reforma psiquiátrica (territorialidade, participação comunitária, multiprofissionalidade, ênfase nas dimensões grupais e coletivas e na transformação cultural) e possibilitando uma atenção substitutiva ao modelo asilar. Apesar das suas limitações quantitativas visto a diversidade e extensão territorial, principalmente em relação à atenção à usuários de álcool e outras drogas e a municípios com menos de 50.000 habitantes, os CAPS das diversas modalidades somavam número de 148 em 1998 e no ano de 2015 já eram 2328 (BRASIL, 2016b)¹⁵⁵.

Embora os marcos legais e institucionais tenham sido importantes para impulsionar a estratégia de atenção psicossocial e a expansão da rede de serviços substitutivos, não são suficientes para garantir o modelo de atenção psicossocial. A literatura tem apontado

¹⁵⁴ "Definiram-se 20 procedimentos pautados nas necessidades reais dos contextos de vida dos usuários e familiares, nos serviços e no território. Destaca-se a criação de procedimentos de acolhimento inicial, atendimento familiar, atendimento domiciliar, atenção às situações de crise, ações de Redução de Danos, ações de articulação em redes intra e intersetoriais, matriciamento de equipes da atenção básica, matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência, promoção de contratualidade e fortalecimento do protagonismo de usuários. Incluiu-se, ainda, a possibilidade de registro das ações realizadas pela equipe do CAPS voltadas ao acompanhamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), das Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços de Atenção em Regime Residencial (SARR)" (BRASIL, 2016b, p. 53).

¹⁵⁵ O último dado disponível sobre a expansão da rede é de 2015, divulgado no relatório de gestão publicado em 2016 (BRASIL, 2016b). Depois disso o Ministério da Saúde não divulgou mais os dados que vinham sendo expostos com regularidade. Diversas entidades e movimentos sociais têm criticado publicamente essa postura.

recorrentemente o risco desses serviços virem a reproduzir uma lógica manicomial (DESVIAT, 1999; COSTA-ROSA, 2000), gerando novas formas de cronicidade, mesmo sem passar pelo manicômio. Aponta-se, ainda, a redução no aspecto de intervenção na cultura e na mudança das relações da sociedade com a loucura (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014) e a possibilidade de sua redução à lógica assistencial, gerando apenas mudanças no âmbito dos serviços e reduzindo os objetivos da reforma psiquiátrica (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; KINOSHITA, 2009). Nesse sentido, acreditamos que a legislação tem espelhado os conflitos de projetos políticos, permitindo a coexistência dos modelos de atenção biomédico e psicossocial, bem como seus espectros intermediários.

Como apontam Souza, Guljor e Silva (2014), as estratégias institucionais e técnicas são determinantes, porém insuficientes, se considerarmos os desafios cotidianos impostos para

[...] a estruturação de uma rede social solidária em uma sociedade globalizada, regida pela lógica do individualismo; a busca por um lar em um país com tamanha desigualdade social e com mais de 20 milhões de indivíduos abaixo da linha da pobreza; a inserção laborativa no mercado competitivo e excludente do mundo contemporâneo; e, por fim, o gradual esmaecimento da ideologia da Reforma Psiquiátrica, cada vez mais compreendida como técnica pelos novos profissionais dos serviços (SOUZA; GULJOR; SILVA, p. 296).

O conflito entre projetos políticos e seus desdobramentos nas legislações e normativas tem ficado ainda mais explícito no momento recente. Em dezembro de 2017 o Ministério da Saúde lançou a portaria 3.588, alterando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que foi alvo de críticas de diversos setores da sociedade, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujos conselheiros votaram uma recomendação para a revogação da portaria por não ter sido discutida com a sociedade civil e apreciada pelo CNS antes de sua aprovação. Essa portaria é acusada de desestruturar a lógica organizativa da RAPS e beneficiar empresas de saúde e comunidades terapêuticas. Entre os pontos mais polêmicos estão o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral (passando de quinze para vinte por cento), com exigência de número mínimo de oito leitos (antes eram quatro) e ocupação acima de oitenta por cento para garantir financiamento. Essa proposta inverte a lógica de leito de retaguarda para ser utilizado somente em casos excepcionais e estimula o aumento das internações.

Além disso, a portaria é criticada por criar equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, em um retorno à lógica ambulatorial que contribuiria para a ruptura do trabalho em rede, do matriciamento e da construção de casos em equipe. O valor de

custeio proposto para uma equipe multiprofissional do tipo III é próximo do valor de custeio de um CAPS I, o que revelaria uma opção de inversão de modelo ao invés de ampliar as equipes de NASF e de CAPS para acolher essa demanda. Cabe destacar, ainda, a proposta de criação dos CAPS IV junto a cenas de uso, em municípios com mais de quinhentos mil habitantes ou capitais de Estados. Essa proposta, por sua vez, foi criticada por fragilizar o investimento nos Consultórios de Rua que permitem uma abordagem itinerante e local, ampliando o acesso às pessoas que não chegam espontaneamente aos serviços e cuidam de questões que vão para além da demanda de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tem sido apontado também o reforço de uma lógica médico-centrada na proposta desses serviços, em detrimento do investimento de equipes multiprofissionais.

Desse modo, podemos considerar que ocorreram importantes mudanças no âmbito técnico-assistencial e jurídico-político, mas o modelo biomédico, embora não oficial, continua hegemônico e os serviços enfrentam dificuldades em ampliar sua ação para o âmbito epistemológico e cultural¹⁵⁶. Além disso, mesmo as mudanças teórico-técnicas são profundamente sensíveis aos modos estruturais e conjunturais das instituições por meio das quais são executadas. A prática dos trabalhadores e das equipes estará sempre permeada pela presença da instituição como intermediária que se manifesta em formas imediatas, mas também em formas sutis que só a análise pode revelar (COSTA-ROSA, 2000). Partindo desse entendimento é que caracterizamos os marcos legais e institucionais que conformam esses serviços, até o presente momento. Na sequência, vejamos algumas das particularidades do processo de trabalho nas instituições pesquisadas.

6.2 Sobre o processo de trabalho nos CAPS investigados

6.2.1 Sobre as mudanças de gestão e seus impactos no processo de trabalho e no modelo de atenção

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, no sul do Brasil. A cidade contava com uma população de 1.751.907 habitantes no censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010), o que correspondia a 16,8% da população do estado, sendo a oitava cidade mais populosa do país. Em 2016 a população estimada era de 1.893.997 habitantes

¹⁵⁶ Amarante (2017) define a reforma psiquiátrica como devendo afetar essas quatro dimensões.

(IBGE, 2017). A população do sexo feminino soma 52,33% e, embora nasçam mais homens, a sobrevida maior é das mulheres, que são 67,5% da população na faixa etária acima de 80 anos. A expectativa de vida era de 77 anos em 2010 (IBGE, 2010). Observa-se uma tendência de declínio da natalidade e redução da mortalidade com aumento na parcela mais idosa da população (PMC/SMS, 2016). A população declara-se predominantemente branca (80,47%), seguida de pardos (15,53%) (IPPUC, 2012).

Em relação aos indicadores econômicos, o PIB *per capita* em 2014 foi de R\$42.314,71, representando a quinta economia entre as capitais brasileiras, e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total correspondia a 55,7% (IBGE, 2017). Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,823 e apresenta 96,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, sendo 59,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (IBGE, 2017). Curitiba possui uma área de 430,9 km², divididos em 75 bairros e 10 regiões intramunicipais (distritos sanitários).

Em relação aos serviços que mais diretamente atendem à demanda de saúde mental, a rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde estava composta, quando do início da pesquisa, por: 66 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF); 44 Unidades de Saúde (US); 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; 30 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 5 residências terapêuticas; 1 Centro de Convivência (CECO) (PMC/SMS, 2016). Além desses serviços existia ainda uma Unidade de Interconsulta Psiquiátrica, como retaguarda para os CAPS em situações de urgência e emergência, principalmente no período noturno. A rede também utilizava vagas de hospital-dia e hospitais psiquiátricos que são privados. Ainda podemos apontar como dispositivos que se relacionam com o cotidiano de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) os Consultórios na Rua; o Intervidas¹⁵⁷ e a Morada Intervidas, uma casa de acolhimento a usuários de drogas que estavam em situação de rua e em tratamento nos

¹⁵⁷ O Intervidas é um programa que conta com um ônibus e uma equipe multiprofissional que aborda usuários de álcool e outras drogas nas praças da cidade oferecendo atividades esportivas, artísticas e de lazer, com a finalidade de ressocialização e criação de vínculo para encaminhamento a outros equipamentos municipais. Trata-se de um programa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o apoio da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), executado pelo Instituto Pró-Cidadania. Esse Instituto é uma associação civil sem fins lucrativos (ONG) que atua em Curitiba há mais de 30 anos. Foi criado em 1984, como Programa de Voluntariado Paranaense (PROVOPAR) e passou a Instituto em 1993. Até 2005 foi responsável pela contratação de todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), confirmando uma lógica bastante presente no município de não contratação pela via da administração direta. A partir de 2006, com a Emenda Constitucional 51/2006 o município foi forçado a contratar os ACS por concurso público. O Intervidas começou a funcionar no município em 2015 e foi expandido em 2016 com financiamento da SENAD.

CAPS, com permanência de até quatro meses. As equipes também referiram¹⁵⁸ um ambulatório em saúde mental e a reabertura recente de mais dois ambulatórios, passando os NASF a serem responsáveis pela triagem e encaminhamento dos usuários aos ambulatórios conveniados com a rede SUS.

As UPA e os CAPS¹⁵⁹ são geridos pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), uma fundação pública criada por lei municipal em 2010, como personalidade jurídica de direito privado e integrando a administração indireta do município. Considerando somente os CAPS, mantém cerca de 300 profissionais¹⁶⁰ de saúde com relações de emprego regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos onze CAPS, quatro eram tipo II e sete eram tipo III, e somavam 64 leitos (PMC/SMS, 2016). Os trabalhadores contratados pela FEAES iniciaram o trabalho nos CAPS a partir de 2014. Antes disso a prefeitura mantinha contrato com diversas Organizações Não Governamentais (ONGs), num processo em que diferentes instituições coordenavam a assistência em saúde mental.

Na coleta de dados, a todo momento as trabalhadoras fizeram referência às transformações do processo de trabalho que estavam ligadas às mudanças de gestão. Referem-se a uma primeira gestão da fundação estatal, que é com a qual iniciam o trabalho no CAPS, em 2014, com a transformação de algumas unidades em CAPS III e a implantação de uma proposta de trabalho que diferia daquela que havia sob a gestão das ONGs. Referem-se também à mudança de gestão da fundação estatal no início da gestão municipal de 2017, que acarreta outro conjunto de modificações no processo de trabalho.

A posição das profissionais em relação a ambas as gestões se mostrou oscilando entre uma postura de engajamento e esperança com as mudanças e a descrença e crítica aos limites visualizados. Foi possível, a partir das falas, sistematizar algumas das avaliações sobre esses diferentes momentos.

Em relação à primeira gestão, destacam um processo amplo de reorganização do processo de trabalho com vistas a “implementar a reforma psiquiátrica”, ao mesmo tempo que a rede não investe em Centros de Convivência e outros espaços necessários para a reabilitação psicossocial, e que a relação com a atenção básica encontra dificuldades. Apesar de os CAPS existirem há vários anos, sob a gestão das ONGs seu funcionamento é comparado à “centros de convivência” que contribuíam para a cronificação dos usuários:

¹⁵⁸ Dados de diário de campo.

¹⁵⁹ A FEAES gerenciava 11 CAPS do município. Um deles, sob gestão direta da SMS é um CAPSi AD III.

¹⁶⁰ Informação retirada do sítio eletrônico da FEAES em primeiro de agosto de 2017.

Mudou por conta dessa questão mesmo de uma nova visão da reforma psiquiátrica, que não era para ser um espaço de convivência. Era para ser um espaço de tratamento, de acompanhamento da crise. Tinha muito paciente que ia lá mais para ter um espaço para conviver. Muito paciente crônico, já não era mais suporte à crise. Tinha mais esse caráter de querer atender casos mais agudos, crises, evitar internamentos. Foi mudando nesse jeito até virar o CAPS III também. Então a proposta de novas atividades, com objetivo, PTS, não só focado no CAPS, mas focado na comunidade ali, no território. Foi fazendo essa mudança com os usuários (extrato de entrevista)¹⁶¹.

Sob a gestão das ONGs as trabalhadoras descrevem que os CAPS funcionavam por encaminhamento; os usuários tinham uma postura mais passiva e as oficinas que existiam eram criticadas por não se constituírem em meio para a reabilitação psicossocial, mas como um fim em si mesmas. Se considerarmos que a reabilitação psicossocial é entendida como um processo de redução de barreiras que impedem a integração dos usuários na comunidade e o exercício de direitos (BERTOLOTE, 1996), fica mais clara a crítica que fazem às antigas oficinas de artesanato nas quais os usuários passavam os dias, mas sem um debate mais amplo sobre a finalidade das atividades e sua relação com o projeto terapêutico:

Porque a gente quando entrou no CAPS tinha quinhentos usuários. Então, até a gente conseguir ver qual era a real demanda, o problema certo, correto, qual é a população que tem que ser atendida, como trabalhar isso, levou uns três anos. Eu já estou há quatro anos lá. Agora a gente tem cento e cinquenta usuários. Mas são cento e cinquenta usuários graves. Com sintomas persistentes, mais graves, assim. Não são pessoas que podem ser atendidas em ambulatório, mas que iam lá por conta de sei lá o que, sem sentido (extrato de entrevista).

Além disso, no modelo das ONGs as oficinas eram realizadas poricineiros de nível médio ou por terapeutas ocupacionais e os técnicos de nível superior realizavam atividades de seu núcleo profissional específico. Relatam que a maior parte das atividades girava em torno de grupos terapêuticos coordenados por psicólogos e atividades de artesanato coordenadas por terapeutas ocupacionais. Conforme nos alerta Costa-Rosa (2000), a multiprofissionalidade não é garantia do estabelecimento de um modelo alternativo ao modelo biomédico, podendo consistir numa organização ambulatorial da assistência que continua ocupando o lugar de depósito que ocupava o hospital psiquiátrico. Nesse modelo, a atuação da equipe se dá de maneira fragmentada por especialidades e tende a reproduzir a apreensão do objeto como

¹⁶¹ Ainda que utilizássemos nomes fictícios, dado o número reduzido de profissionais entrevistadas, poderia ser possível sua identificação. Para garantir nosso compromisso de anonimato com as participantes optamos por não identificar as falas, deixando apenas a indicação do contexto em que ocorreram. Fizemos também pequenas edições no conteúdo para retirar vícios de linguagem que poderiam facilitar a identificação.

doença, seja pela centralidade do conhecimento biomédico e das respostas medicalizadas, seja pela psicologização das demandas que reproduz a mesma lógica. As participantes destacam ainda a reprodução da lógica da abstinência que ocorria nos CAPS AD, em contraposição à redução de danos que agora vinha como proposta. A postura passiva dos usuários, também era conformada pela existência de listas de presença e necessidade de justificar faltas para que o usuário não fosse “desligado” do serviço:

[...] porque às vezes o usuário ia lá só pra assinar aquela lista, não ficava lá, não ia pro tratamento. Tipo: ‘Tenho que assinar uma lista senão vou perder minha vaga’. E daí a gente tirou esse caderno, senão fica um negócio meio escola, chamada, né? Tem que prestar um esclarecimento de porquê eu faltei. Aí trazia um atestado pra comprovar que tinha faltado. Então foge um pouco do que é esperado agora, que ele seja mais livre. Se ele não vier no CAPS é porque ele foi viajar, e que bom que ele foi viajar. Trabalhar, assim, mais fora do serviço. Ficar ali mais como um serviço que direciona o que fazer no momento de crise do que só um serviço que fique recolhendo e não dê conta da demanda que está vindo, e não faça nada por eles. Só fique recolhendo gente para prestar conta que está recolhendo gente, que está fazendo acolhimento, que está recebendo a demanda, mas na verdade a gente finge que está fazendo, eles fingem que estão sendo tratados, e a gente finge que está tratando. Eu acho que isso, se a gente não cuidar, volta a ser desse jeito (extrato de entrevista).

Essas mudanças foram apoiadas pela realização de assembleias semanais com a participação de usuários e todos os trabalhadores, a fim de esclarecer os usuários sobre as modificações e criar vínculos com os novos trabalhadores. Com o tempo, esses assuntos passaram a ser discutidos nos grupos de referência e as assembleias foram sendo coordenadas por apenas um dos trabalhadores em ambos os serviços pesquisados, sem a participação dos demais. Segundo as participantes, as equipes estavam compostas por alguns trabalhadores que haviam trabalhado nas ONGs, mas majoritariamente por profissionais que não tinham histórico de trabalho em saúde mental. Um dos fatores para isso foi o fato de que o teste seletivo realizado era amplo e visava contratar profissionais para CAPS, UPAs e hospital, de maneira que vários candidatos haviam feito o concurso visando outros equipamentos de saúde. Apesar disso, afirmam haver um investimento dos novos trabalhadores em fazer funcionar o modelo proposto.

A reorganização do processo de trabalho estava centrada em algumas ferramentas do cuidado, dentre as quais as mais citadas foram: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Técnico de Referência (TR), ambiência, atuação em equipe e miniequipes. Chama a atenção a grande ênfase que dão as trabalhadoras, no discurso, à falta de formação nesse período, sentindo-se despreparadas para o cotidiano de trabalho:

Então, levou um ano pra gente conseguir colocar em prática o que era grupo de referência, que todos os profissionais poderiam escolher qual oficina queriam fazer, livre de especificidade. [...] Então, eu fiz uma oficina de caminhada, tinha oficina de culinária. [...] Ensinar os usuários que eles tinham que se envolver mais em coisas na comunidade, na sociedade, que o tratamento é para período de crise e que o CAPS não é um local pra somente socialização. [...] Então, foi essa a construção que a gente teve que fazer, sem nenhuma orientação, sem nenhuma capacitação. E como teve essa troca teve muitos usuários em crise, também. [...] Então foi bem caótico. Desde o começo a gente sempre pediu muita capacitação e a gente aprendeu na garra ali, quem está há mais tempo ali. [...] Só com uma base teórica para seguir, mas sem uma capacitação. Porque a gente precisava. Tinha gente que nunca tinha tido contato com saúde mental e caiu lá (extrato de entrevista).

Ainda que houvessem reuniões semanais com a discussão de textos e assuntos relativos à nova proposta e o suporte de alguns profissionais que vieram da cidade de Campinas para auxiliar na implantação do modelo, as profissionais se referem a esse momento como não conseguindo depreender diretrizes práticas para a realização das atividades.

Semanalmente eram feitas reuniões de equipe [...] porque a FEAES pegou um pessoal de Campinas para vir aqui implantar essa 'nova versão de CAPS', digamos assim, que lá em Campinas já funcionava. Eles trouxeram textos do que era TR, de autogestão do serviço. A gente discutia bastante, mas ficava muito na conversa só, e não tinha nada que delimitasse uma prática. Como seguir, como não seguir. A gente ia vivendo e descobrindo que dava certo, ou se não dava certo, pra daí conversar sobre. Mas eram feitas reuniões semanais para falar sobre. [...] Aí agora está vindo as diretrizes de novo, meio que querendo voltar ao que era antes. Então estamos meio perdidos. (extrato de entrevista).

E as pessoas chegam sem capacitação. Tentaram fazer algumas capacitações, mas não essa coisa... [...] Então chega uma galera de paraquedas e quem tinha discussão técnica, quem tinha aulas com o Gastão Wagner Campos, eram só os coordenadores. [...] E nas pontas também, muita rotatividade. [...] Então, também, acho que foi uma escolha, tipo: "Quem está mais perene são os coordenadores, vamos capacitar essas pessoas". Trazer um pessoal de Campinas, que era apoio X, supervisor Y, supervisor não sei o quê. Então muito tentando segurar por eles. Só que eram pessoas que não tinham contato com a rede de Curitiba. [...] Esse ano entrou uma gestora que é 'coordenadora do modelo', que está há anos nessa função de coordenadora. E em menos de três meses pintou todo o CAPS, mudou a rede, coisas que em quatro anos a gente não via. Porque tinha os contatos. [...] E daí conseguiu muito fácil. E a galera chegando, mais na técnica, política, não tinha esses contatos, não conhecia a politicagem de Curitiba. [...] Então foi tentando fazer por cima. Daí se desentendeu com essa galera. Então rola um racha entre FEAES e prefeitura (extrato de entrevista).

É perceptível na proposta de reorganização do modelo as influências da concepção teórica Paideia (Método da Roda), um método para análise e cogestão de coletivos criado por Campos (2015), a fim de favorecer a democratização da gestão nas organizações pela criação de coletivos e pela participação dos sujeitos na gestão e na definição dos processos de trabalho. Esse método visa construir relações horizontais, dialógicas, e de compartilhamento do poder, a fim de efetivar a cogestão no trabalho. Foi incorporado, ao longo dos últimos anos, em

documentos do Ministério da Saúde e em diversas experiências regionais (FERNANDES; OLIVEIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2017).

Propõe-se, por essa via, a utilização de "apoiaadores institucionais", ligados à dimensão da gestão e da produção da cogestão, e "apoiaadores matriciais", mais ligados à dimensão da gestão da clínica, envolvendo a promoção da clínica ampliada e do trabalho interprofissional. O Apoio Institucional, portanto, busca promover a horizontalidade das relações e a gestão democrática. O Apoio Matricial busca promover a interdisciplinaridade e romper com a lógica do encaminhamento que fragmenta o cuidado. Ambos, visam substituir relações de controle por relações de apoio, sendo utilizados para implementar as diretrizes do SUS. Para tanto, os apoiaadores devem dialogar com as necessidades dos coletivos estabelecendo contratos e compromissos que permitam implantar as diretrizes de gestão, que devem ser elencadas democraticamente (CAMPOS, 2015).

Fernandes, Oliveira e Pereira Júnior (2017) destacam que esses conceitos perdem sua potência se operados isoladamente. Para esses autores, em diversas experiências concretas os apoiaadores institucionais têm recebido cargos de gestão e são responsáveis pela mediação, negociação e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão. No entanto, apontam que algumas dessas experiências têm se constituído em um mediador formal, fixando papéis e criando uma relação vertical que vai da gestão às gerências dos serviços e suas equipes. Em relação aos apoiaadores matriciais, os autores enfatizam que são profissionais que não participam integralmente do cotidiano das equipes e oferecem retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico. No entanto, em algumas experiências têm encontrado dificuldades em vencer a lógica produtivista e concentram sua atuação em capacitações pedagógicas, mais do que na atuação conjunta e compartilhada, permanecendo um isolamento entre apoiador e equipes de referência (FERNANDES; OLIVEIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2017).

Ao que parece, a experiência de Curitiba viveu dificuldades semelhantes na implantação do modelo Paideia. Uma das trabalhadoras caracteriza o processo como uma tentativa de “fazer a reforma por cima”, o que nos dá pistas da percepção de verticalidade nas relações, ao contrário da horizontalização pretendida. As capacitações que ocorreram tinham um número limitado de trabalhadores dos serviços participando, de maneira que nem todos puderam se beneficiar, além disso, a centralização na capacitação dos coordenadores parece apontar um maior envolvimento desses com o modelo de cogestão, do que dos trabalhadores da ponta.

Segundo os relatos, essa primeira gestão focou no acolhimento à crise, na tentativa de diminuir o número de internações e mostrar a viabilidade do cuidado a partir da implantação

dos leitos em CAPS, bem como viabilizar a porta aberta dos serviços, pois a maior parte dos serviços gerenciados por ONGs trabalhava na lógica do encaminhamento. Ao mesmo tempo que as trabalhadoras dizem concordar com esse entendimento, porque veem nele uma concretização das diretrizes da atenção psicossocial, isso já gerava incômodos em algumas delas, porque sentiam uma pressão pelo atendimento à crise em detrimento do trabalho cotidiano e continuado com os usuários. Somava-se a isso a ideia reproduzida, a partir do discurso da gestão, de que os usuários, assim que estabilizassem, deveriam estar no território, passando o mínimo tempo possível no CAPS. Essa era a compreensão que as trabalhadoras reproduziam como justificativa para não haver oficinas de nível médio nos serviços¹⁶². Entretanto, a ideia de “ativar” os recursos do território era constantemente contrabalanceada pela distância do serviço em relação aos territórios de vida dos sujeitos, pela falta de grupos e atividades no território e pela sequência do cuidado estar centrada no atendimento individual e espaçado na Unidade de Saúde, focado na medicação.

Às vezes eles vinculam tanto no grupo que fica difícil até ir de alta. Eu penso: ‘Meu deus, como pode que só aqui eles se sintam bem? Sabe? Como pode que esse seja o único lugar que eles se reconheçam, porque tem pessoas iguais a eles’. [...] Daí eu fico pensando bem isso: ‘Poxa, eles se sentem tão bem, fez tão bem pra ele, porque fortaleceu muito, e daí ele sai daqui pra lado nenhum’. A gente tem uma estratégia de evitar falar ‘está saindo de alta’. A gente fala que vai de ‘transferência de cuidado para a unidade’. Mas a ‘transferência de cuidado para a unidade’ muitas vezes se resume à consulta com o médico todo mês para renovar receita. E daí até tem algumas outras atividades no território que a gente se utiliza de outras ferramentas, de outros dispositivos, para tentar que eles continuem com esse fortalecimento assim (extrato do grupo focal).

A dificuldade de transporte até pra fazer uma visita. Vamos supor que a gente monta um grupo numa Unidade de Saúde que a gente possa, minha miniequipe, ir atender os pacientes lá numa unidade. Vamos supor que a gente faça um esquema assim, lá fora. A gente tem dificuldade com transporte também, estrutura, logística, sabe? (extrato do grupo focal).

A dificuldade de estabelecer um trabalho intersetorial e a distância dos territórios levavam a uma percepção de que o trabalho estava centrado no atendimento individual à crise. Ao mesmo tempo, as atividades realizadas em grupo, ainda que, com dificuldades relatadas como “de formação e manejo”, eram percebidas por sua potencialidade de grupalização e apoio:

¹⁶² A crítica ao modelo de oficina que era realizado pelas ONGs, como vimos, somada a dificuldade da fundação em contratar esses profissionais, levou à naturalização da ideia de um serviço sem oficinas e à consolidação de uma posição crítica à sua existência. A partir de então, todas as atividades na forma de grupos e oficinas passaram a ser desempenhadas pelos técnicos, a partir das demandas levantadas junto aos usuários e de suas capacidades e vontade de realização.

Esse sentimento de pertença é muito importante. Porque às vezes a gente atende um usuário que é desacreditado na rede, que é desacreditado na família, que não tem uma função, e quando ele chega ali e é acolhido, isso faz muita diferença. A gente vê uma melhora assim muito importante, ele se sente... Ele se vê possível de fazer várias coisas, de auxiliar o outro que às vezes ele achava que 'eu sou ruim, eu não dou conta'. Daí vê essas outras possibilidades (extrato de entrevista).

[dificuldade] de largar, de sair do CAPS, de saber que a gente é como um porto seguro, sabe? Que pode contar se ficar ruim. Já perdeu muitas coisas na crise, perdeu vínculo familiar, perdeu o emprego, teve um momento bem difícil e o CAPS ajudou a reconstruir. Então vejo também essa como... não um prejuízo propriamente dito, mas uma dificuldade de conseguir que eles podem sim viver sem o CAPS, que eles têm uma vida fora da nossa parede lá, enfim (extrato do grupo focal).

A grupalização é percebida como gerando dificuldades na diretriz de potencializar a vida no território, já que o território se mostra distante e difícil de ser ativado pelas iniciativas do serviço, contando com poucas iniciativas de outra ordem. A ambiguidade aqui se revela como reconhecimento da potencialidade do trabalho com grupos para produzir mudanças efetivas nas necessidades e demandas dos usuários, mas ao mesmo tempo na possibilidade de a própria grupalização, quando ocorre, produzir o seu contrário.

Que nem ela falou sobre dar alta pro paciente. Ele fala assim: 'Eu não quero sair de alta. Pra eu não sair de alta eu tenho que estar recaído, então. Vou recair, então' (extrato do grupo focal).

As participantes relatam, ainda, uma ênfase da primeira gestão nas atividades relacionadas ao "campo das práticas e saberes" da saúde mental, em detrimento das atividades relacionadas ao "núcleo de práticas e saberes", ligado à sua área de formação¹⁶³. Junto à queixa sobre a falta de capacitação inicial para o trabalho e falta de referenciais claros para a atuação, descrevem a sensação de "perda da identidade profissional", gerada pela sobrecarga com o trabalho de Técnico de Referência. Nesse sentido, a preocupação da gestão que inicia em 2017 com o fortalecimento de atividades relacionadas ao núcleo profissional de competências, encontrou acolhimento entre as trabalhadoras:

Até foi uma coisa que nessa capacitação da FEAES, teve essa cobrança. Porque tem CAPS que nem desenvolve atividade de núcleo, ainda está todo mundo fazendo tudo

¹⁶³ Campos (2002) estabelece uma diferença entre "campo de práticas e saberes" e "núcleo de práticas e saberes". Estariam diferenciados por um âmbito de responsabilidades e saberes comuns a várias profissões (campo) e um âmbito de ações ou competências exclusivas de cada profissão (núcleo).

e o núcleo ainda fica meio abandonado. Então eu penso que quanto mais núcleo melhor, porque pensa mais no tratamento. Só que a gente trabalha na prática com quatro distritos, então a porta tem que ser maior mesmo. Então vai ter que ter um monte de acolhimento. Há pouca triagem das unidades de saúde, há pouco suporte também. Tem unidades que estão sem matriciamento de psiquiatra. Então a rede está bem frágil. E daí sobra mais pra gente, né. Eles mandam às vezes qualquer coisa pra gente, e a gente perde muito tempo nisso. Que seria um tempo pra atendimento individual, pra mais um grupo específico e não dá, porque eu tenho que ficar acolhendo, acolhendo, acolhendo. [...] Às vezes demora duas horas e meia pra você entender a demanda do usuário, pra entender a gravidade. Porque também não dá pra liberar alguém que tá com risco de suicídio. Então, acho que é o que mais eu sinto que me angustia. Que a gente tem que abrir muito a porta pra demandas que também não são tão nossas. [...] e a gente tem que brigar por essas coisas, então é difícil. Nosso CAPS já tem uma fama de briga e, por conta disso. Porque a gente briga pelo nosso trabalho, pela qualidade. Mas está bem difícil atualmente (extrato de entrevista).

Sempre falei: "tenho que buscar o núcleo de alguma maneira". Porque é o que eu sei fazer melhor e é o que vai me dar um pouco mais de satisfação no trabalho. Mesmo quando a coisa estava um pouco ruim, a minha satisfação vinha do grupo, porque daí era meu lado específico. Então eu nunca parei [...] mas porque isso era minha motivação. Eu vejo que é pessoal também. Para eu gostar do que eu faço ali eu tenho que exercitar minha especificidade. Se eu não fizer aquilo ali, daí pra mim fica muito angustiante (extrato de entrevista).

Aí quando essa gestão vem, mesmo que uma capacitação tosca, propondo uma capacitação pra todo mundo, propondo capacitação de núcleo... Porque a principal frustração da galera era isso: "Eu vim pra ser enfermeiro, não pra ser TR. Profissão: TR". Então isso gera uma frustração gigante pra galera que não entende a reforma. Que tem *expertise* diferente. [...] Eu vejo muita a reestruturação produtiva, essa coisa do toyotismo mesmo. O que é 'núcleo-campo'? "Ah, trabalhar no campo da saúde mental". Então usar o argumento técnico para precarizar mais. Porque daí todo mundo faz tudo, mas tem coisas que faz diferença uma escuta de um psicólogo e uma consulta clínica de um enfermeiro. Então meu acolhimento vai ser muito diferente de outra especialidade. Então perde essa singularidade das profissões, joga muito pro campo. De uma forma que daí você não precisa contratar enfermeiros, psicólogos e TO's. Você precisa contratar TR's. No meu CAPS, isso foi algo que eu percebo [...], começou a contratar um monte de TO, porque não tinha mais processo seletivo pra psicólogo. Como o lance era ter TR, vamos ter TO. Nessa pegada de usar o argumento da reforma, do campo e núcleo, pra precarizar mais o serviço. Numa reação à lógica anterior que era ambulatorial. Então usam o argumento da transdisciplinaridade, mas sem sustância também. Aí essa gestão vem com essa sustância: "Não a gente precisa estar no campo, mas precisa fortalecer os núcleos". E isso ganha muita força da enfermagem, principalmente, que ficou muito desassistida nesse processo e é quem na prática se fode, que é o chão de fábrica dos CAPS. Então ganhou força a posição (extrato de entrevista).

Mantivemos essas longas transcrições porque, além de explicitarem as ambiguidades em relação à capacitação e à relação núcleo-campo, são representativas do processo da pesquisa. Quando questionadas sobre o trabalho com grupos, as profissionais recorrentemente apontaram a relação do trabalho com grupos com dimensões mais gerais da organização do trabalho, referindo-se a aspectos como a intensificação, sobrecarga e polivalência, o que levou à reestruturação da análise, segundo os eixos que apresentaremos no capítulo 7.

As trabalhadoras que participaram da pesquisa se mostraram bastante envolvidas com as finalidades de produção de um cuidado ampliado aos usuários. No seu discurso, o processo de trabalho aparece permeado por ambiguidades em relação à essa finalidade.

Com a primeira gestão da Fundação e a tentativa de promover uma gestão colegiada dos serviços, as profissionais manifestam uma adesão à proposta de atenção psicossocial, mas as agruras do cotidiano, como a falta de estrutura e meios para desempenhar o trabalho, vão levando a posicionamentos que além da adesão expressam resistência e insatisfação, bem como desconhecimento ou despreparo para a proposta. Ou seja, apesar de a gestão ser colegiada, os trabalhadores que não participavam do colegiado, manifestam, nas falas, o despreparo e desconhecimento com a proposta, solicitando formação e capacitação para o trabalho, que veem como uma das possibilidades de superação das dificuldades. Além disso, reconhecem que as necessidades em saúde mental precisam ser enfrentadas com diversidade de ações terapêuticas, articulação em rede e intersetorialidade, mas se defrontam com sérias dificuldades em sua implementação. Essas dificuldades, por sua vez, reaparecem na forma de resistências individuais e coletivas, em divisões de posicionamentos no interior das equipes e pelo adoecimento individual. As queixas que deram origem a essa pesquisa referiam um adoecimento e esgotamento relacionado à dificuldade de realização de grupos e a falta de respaldo institucional para tal. Interessante notar, que ao abrir espaço de fala na pesquisa foram as próprias trabalhadoras que relacionaram, a todo momento, as dificuldades de realização dos grupos, mais com processos amplos da organização do trabalho do que com seu manejo ou falta de formação, embora isso também tenha aparecido.

Ainda em relação à essa primeira gestão da fundação estatal nos CAPS, foi possível identificar alguns fatores que contribuíram para as dificuldades de implantação do modelo pretendido. A fala de uma das trabalhadoras esclarece parte deles:

A gente estava atendendo muitas pessoas graves, então sempre tinha intercorrência de leito, sempre tinha contenção. Era sempre essa sensação de pronto atendimento. A gente até fazia atendimentos em grupo, mas eram menos oficinas, muitos usuários. Eu lembro dessa sensação, muitos usuários no serviço. Até a gente entender que as pessoas não tinham que ficar no CAPS. Teve um planejamento em 2017, que foi bem significativo. A gente fazia planejamento nos CAPS, isso era bom. Nesse planejamento a gente conversou que estava institucionalizando os usuários. E que a gente precisava ir mais pra fora. Então diminuimos a quantidade de grupos dentro, diminuíu a quantidade de dias, de TR. E fazia mais acompanhamento de PTS, atendimento individual para fora. Na direção da reabilitação mesmo. Para a alta ser já na comunidade. Porque as pessoas davam alta. Mas, assim: atenção à crise aguda e alta, atenção à crise aguda e alta. Era um CAPS que dava alta, que não deixava os usuários lá. Tinha algo positivo nisso, mas ao mesmo tempo, era atenção à crise restrita ao leito, a um período estável, mas não se preocupava com a reabilitação, com

se engajar em algum grupo, estar mobilizado, ter uma rede. Daí eu acho que a gente começa a ter a responsabilidade de criar vínculos comunitários. Daí diminui as ofertas no CAPS para fazer isso. Ao mesmo tempo que não tem estratégias pra fazer isso. A gente tenta, tipo, pela assembleia, por relação com outros lugares. Mostrar pros usuários que tem a UNILEHU, que tem Liceu de ofícios. Mas não ir com o usuário, ou ajudar a ligar. Tem lógicas diferentes mesmo, uma parte da equipe mais liberal, que acha que cabe ao indivíduo ir sozinho. E outra lógica que é uma linha tênue de tutela, de ir junto, às vezes proteger demais. Então é sempre essas duas linhas que estavam dentro da equipe (extrato de entrevista).

Com o fechamento do Centro de Convivência¹⁶⁴, que já era insuficiente para a demanda do município, e a falta de alternativas para reinserção social, o foco na estabilização da crise e alta é percebido como potencial agudizador do próprio quadro, já que pode vir a significar o afastamento do serviço, no qual os usuários atingiram alguma melhora em seu projeto terapêutico.

A percepção de um serviço voltado para a crise, com alta rotatividade de usuários e também de profissionais, a falta de estrutura física, logística e de materiais, a dificuldade de realizar um trabalho junto ao território e manter as atividades internas ao CAPS ao mesmo tempo, foram levando a uma diminuição do número de atividades e grupos e também mobilizando resistência por parte dos profissionais, que passam a assumir uma postura mais conservadora, com reflexos que se estendem aos dias atuais e contribuem para a reprodução da disputa de modelos de atenção no interior da equipe, com parte da equipe contribuindo para a reversão do modelo:

Também começa um movimento forte da enfermagem e de outros setores, de questionar alguns leitos que a gente faz, de internar mais. Porque a gente não tinha estrutura para atenção à crise. Então em 2015 e 2016, a equipe apanhou muito. Tem a ver com manejo, mas tem a ver com quantidade de equipe [...] Aí acontecem muitos afastamentos, muitas dores pra equipe de enfermagem. [...] Então a equipe começa a questionar atender algumas crises lá e não tolerar mais algumas crises. Aí hoje eu percebo que tem algumas atenções à crise que a gente poderia fazer lá e que a gente não faz porque as pessoas têm receio do que já viveram (extrato de entrevista).

Em alguns momentos as profissionais chegam a afirmar que, para os trabalhadores, a precarização do trabalho parecia maior do que na época das ONGs. Mesmo entre aqueles trabalhadores comprometidos com a mudança de modelo, frente às situações de violência vividas, a prioridade das avaliações dos casos passa a ser a preservação da equipe e qualquer

¹⁶⁴ Apesar de constar na legislação como ponto de atenção integrante da rede de Saúde Mental desde 2005, o primeiro Centro de Convivência de Curitiba foi inaugurado somente em 2015 e fechado em 2017.

ameaça potencial torna-se campo de disputa entre ofertar um cuidado no leito ou encaminhar para o internamento em hospital psiquiátrico.

Junto à resistência de parte dos trabalhadores, manifesta-se com força a resistência da rede de atenção, principalmente das equipes de atenção básica. Os CAPS começaram a dar alta para usuários considerados estáveis e encaminhar para o cuidado em Unidade Básica de Saúde, mas sem um processo de capacitação ou uma relação mais próxima de matriciamento com a atenção básica. Há que se considerar que as equipes da atenção básica também estão submetidas a dificuldades no processo de trabalho que incluem a falta de tempo e de recursos demandados pelos atendimentos que envolvem sofrimentos psíquicos, em meio a outras demandas e protocolos de atendimento.

Segundo a fala das trabalhadoras, as UBS faziam encaminhamentos com a finalidade de consulta psiquiátrica, mas como os CAPS passam a priorizar os casos mais agravados, nem todos os casos encaminhados eram inseridos na atenção diária. Isso manifesta reação por parte das UBS, que é agravada pelo fato de alguns CAPS terem vivenciado períodos com falta de psiquiatras para preencher todo o quadro necessário. Como salientado em uma das falas anteriores, esse processo vai gerando um afastamento entre a gestão da Secretaria de Saúde e seu órgão de administração indireta (a FEAES), evidenciando um dos riscos dos processos de terceirização das gestões municipais, que impacta no comando único e no funcionamento em rede dos pontos de atenção.

Para além das dificuldades de capacitação, das resistências dos profissionais e da rede de atenção, da falta de intersetorialidade e o foco nas situações de crise, as participantes elencaram a tradição manicomial do município, a falta de um movimento antimanicomial consolidado e o contexto de ajuste fiscal como motivações para que várias das iniciativas desse período "morressem na praia":

Tentando levantar a reforma num momento de desmonte da reforma, também. Sem grana, enfim. Uma cidade que tem um cordão manicomial muito grande. [...] Então começa a tentar fazer residência com o Hospital Bom Retiro, com um pessoal crítico dentro do hospital. Começa a tentar discutir caso e fazer visita, ter uma relação mais próxima com o hospital psiquiátrico. Tenta fazer centro de convivência, mas morre na praia. Tenta abrir leito clínico em hospital, no HIZA, mas também morre na praia. São seis leitos e as pessoas estão morando lá há mais de um ano. Tipo, morreu na praia, entendeu? (extrato de entrevista).

Com a mudança da administração municipal no início do ano de 2017, ocorrem quase concomitantemente mudanças na gestão da FEAES. A nova gestão fazia avaliações distintas

sobre o processo de desenvolvimento da rede de saúde mental do município e põe em movimento uma série de modificações no processo de trabalho e de organização dos serviços e das equipes.

Em um primeiro momento ocorreram editais internos de remanejamento de profissionais entre os Centros de Atenção Psicossocial e chamamento de profissionais dos testes seletivos já realizados pela fundação, além de reuniões com os coordenadores dos serviços para rediscutir as diretrizes de atuação. O que começa a ser ventilado como informação é que há a necessidade de uniformizar o processo de trabalho nos CAPS, que estaria ocorrendo de maneira muito diversa e com entendimentos muito díspares sobre os instrumentos de atuação (acolhimento, critérios para inserção de usuários, prontuários, ambiência etc.). São determinados novos prazos para as ações dos profissionais, como definição de Projeto Terapêutico Singular, avaliações médicas etc. Os trabalhadores e gestores também informam que passa a haver uma diretriz de corte de gastos e horas extras que dificultava a composição de algumas escalas de trabalho. São oferecidos cursos para a equipe de enfermagem e um curso para todos os profissionais, que ocorre ao final do primeiro trimestre de 2018. Como parte do balanço da gestão anterior, os profissionais relatam que a nova gestão anuncia uma disposição maior de investimento nos núcleos profissionais em detrimento do campo, que teria sido privilegiado até então. Relatam também, que havia um distanciamento entre a gestão municipal e a gestão da fundação que buscava-se diminuir nesse momento¹⁶⁵.

Na sequência, a partir do segundo trimestre de 2018, os serviços passaram a contar com dois coordenadores: um indicado pela FEAES, responsável direto pela gestão da equipe; e um indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, que passa a ser denominado de "gestor do modelo". Algumas questões merecem destaque aqui, porque o processo de mudança de gestão explicitou, de maneira mais aguda, dificuldades cotidianas e as posições em torno delas, que são vivenciadas pelas trabalhadoras com ambiguidades. Ao mesmo tempo que reconhecem dificuldades no processo de trabalho e sentem-se esperançosas de que as mudanças possam auxiliar na sua superação, as profissionais também manifestam certa descrença pela percepção de um processo de mudança verticalizado e pautado em critérios administrativos.

As trabalhadoras explicitam essa ambiguidade em relação às mudanças da seguinte maneira:

¹⁶⁵ Dados de diário de campo.

Antes a gente fazia acolhimento de tudo quanto é jeito. Se ligava alguém, se tinha que vir pro CAPS, inseria num leito de qualquer jeito, sem uma observação mais atenta, sem uma coleta de dados mais rigorosa. Todo mundo fazia um pouco de tudo. Eles falam que a gente perdeu o núcleo. E pior é que é verdade, você acaba fazendo um pouco de tudo, mas daí o que que você realmente faz? E eu vejo nisso da organização da estrutura, de reorganização das salas, de pintar, de colocar janela, de arrumar fechadura, trocar tela, de arrumar banheiro, de trocar cadeira, de buscar mais material pra gente, de comprar caixa, de ter material de emergência certinho, de se preocupar com essas coisas da enfermagem. [...] Eu não sei se porque uma das coordenadoras agora é enfermeira, que parece que considera mais as coisas da enfermagem [...] porque até então... tentava, tentava, tentava que viesse trocar vidro, arrumar poltrona e nunca dava. [...] Então positivamente são essas organizações que eu vejo que foram possíveis. Por outro lado, também, tem umas coisas mais impositivas, que a gente não gosta muito, mas que também a gente responde pra uma Fundação, né? A gente é um empregado, então, tem coisas que a gente acaba precisando fazer mesmo contra vontade. [...] Ah, tipo quando a gente não concorda com o acolhimento, mas na avaliação da Unidade de Saúde tem que vir pra CAPS. Aí é um acolhimento que a gente diz atravessado, né? "Ah, fulano de tal lugar ligou que precisa de um acolhimento urgente". Mas não tem gente pra fazer acolhimento, porque tá todo mundo em alguma atividade. Daí *tira* uma pessoa de uma atividade com os usuários, pra fazer o acolhimento. Eu vejo que o que mais a gente tem encontrado embate é nesse sentido. [...] A gente se sentiu muito invadido, porque nosso coordenador antigo saiu em uma semana, na semana seguinte, elas já vieram [as duas novas coordenadoras]. Então esse processo pra nós foi meio agressivo. E eu vejo que é mais impositivo nesse sentido. A gente ter que fazer acolhimento, a gente ter que fazer tal coisa, dizer que a gente está fazendo errado, meio que fiscalizar o nosso serviço. Depois eu percebi como positivo, porque a gente ficava muito fazendo e nem sempre parava pra ver aquilo que a gente estava fazendo. Então acho que elas organizaram também. Acho que já baixou um pouco a poeira (extrato de entrevista).

Quando sai essa gestão, a gente consegue ter uma referência dos benefícios que foi mudar a gestão. Querendo, ou não, uma gestão mais 'racional', que no caso é racional privatista, assim como essa, ela cobra coisas que são do trabalho, mas que dão uma organizada. Tipo, prontuário. Tem que evoluir prontuário, você tem que se organizar pra isso, tem que ter data no prontuário, tem que ter carimbo, tem que ter página. É uma coisa que é ridícula, mas ajuda a dar uma organizada. [...] Horários mais definidos para as coisas. Todo mundo tem que fazer grupo. Era meio solto: "Ah, estou afim, ou não". Enfim, tem uma organização, uma racionalização do trabalho, que tem um lado positivo, que ajuda a organizar a cabeça de todo mundo. É quando vem esse ano as duas coordenadoras. Uma coordenadora que é do RH, da FEAES, e uma da gestão do modelo. Nesse ano que rola essa organização, rolam as diretrizes, o projeto institucional, e a gente meio que já saca nessa transição do ano passado que vamos ter derrotas, mas ao mesmo tempo tem coisas que estavam difíceis pra caramba (extrato de entrevista).

As demandas das trabalhadoras por maiores diretrizes práticas para o trabalho cotidiano vão sendo respondidas com a criação de diretrizes e de uma "Linha Guia para a Saúde Mental". Recebem essas diretrizes como indicativo de maior organização do trabalho e com certo alívio em relação ao trabalho menos padronizado que realizavam. Ocorre que também passam a perceber que as diretrizes implicam em maior controle sobre o trabalho e menor autonomia em relação às suas atividades e decisões da equipe. O aspecto quantitativo que ganha o controle do

trabalho é percebido, também, por suas implicações no cuidado já que a singularidade dos casos e das necessidades dos usuários, nem sempre se reflete nos indicadores disponíveis:

O que a gente nota é que também, por outro lado, tem uma pressão pra metas, pra você cumprir metas, que não existia tanto antes. Se focava mais na qualidade do serviço, no sentido assim: "Esse cara veio, olha o quanto ele melhorou". Uma coisa que não tem como você mensurar, sabe? Era mais qualitativa. E hoje em dia você vê que tem uma coisa assim que é indo pra o quantitativo, entende? O leito está todo cheio e alguns ali nem seriam pra estar no leito, mas tem que estar com o leito cheio. Agora essa é a nova regra. É, a gente precisa que faça tantos acolhimentos, não interessa se isso vai sobrecarregar a equipe, se a minha ambiência vai ter uma qualidade menor, mas interessa que tem que ter "x" de acolhimento, porque tem uma diretriz [...]. Então eu tenho que seguir essas diretrizes. Então antes, ao mesmo tempo que você não tinha uma organização que deixava a coisa meio solta [...], mas ao mesmo tempo você tinha mais é autonomia, a equipe decidia mais coisas. Agora você vê assim que vem uma ordem, [...] que tá tendo um controle maior no trabalho. Mas eu acho que teve essa mudança, que tem o seu lado negativo, mas tem seu lado positivo [...] que até é bom ter uma estrutura. [...] Eu acho que foi bom porque veio chefia de fora [...], eu acho que dá mais seriedade ser uma pessoa de fora pra ter uma coordenação (extrato de entrevista).

A ambiguidade dos discursos sobre esses temas também sinaliza algo que apareceu em outros momentos da análise, uma exaltação da autonomia profissional existente no processo de trabalho, ou em parte dele, aliado à solicitação de maiores protocolos e diretrizes terapêuticas. A autonomia que é reconhecida em espaços como os grupos (por permitirem uma percepção mais próxima das necessidades em saúde trazidas pelos usuários e a abordagem de sua existência-sofrimento, para além do diagnóstico psiquiátrico), em momentos em que os profissionais se sentem pouco capacitados, reaparece negativamente, com o pedido de maior padronização do processo de trabalho.

A partir da mudança de gestão, as trabalhadoras passam a afirmar uma valorização das atividades de seu núcleo profissional, com a estruturação de formações voltadas à equipe de enfermagem e a retomada das "atividades de núcleo". Isso foi possível também, porque as equipes foram recompostas após um período de desfalques de alguns profissionais e com o remanejamento de profissionais entre os CAPS. Como vimos, essa era uma demanda corrente da equipe, que sentia necessidade de afirmar sua identidade profissional pela consecução de atividades específicas de sua área de saber, para além das atividades comuns a todos os técnicos em saúde mental. Por outro lado, entre as trabalhadoras mais antigas e que tiveram contato com o processo de trabalho no período das ONGs, há o receio da retomada de uma especialização que prejudique o trabalho interdisciplinar em equipe:

Parece um pouco o padrão do que era antes. Muito ligado também na especificidade de cada profissional. Então, voltar para o grupo do psicólogo, TO fazer uma oficina, e perde um pouco desse negócio interdisciplinar, sabe? De todas as profissões poderem ficar mais livres ali para atuar. [...] [as diretrizes] Parece que foi feito por alguém que estuda muito, mas que não vive ali na prática. Fica difícil de querer limitar de novo. Porque querem que o usuário volte a assinar lista de presença no CAPS. Era uma coisa que tinha antes, que a gente teve todo um trabalho pra retirar (extrato de entrevista).

Embora grande parte da equipe mostre engajamento na proposta de valorização do núcleo de competências e saberes, e isso tenha possibilitado a retomada de um maior número de atividades grupais e oficinas que haviam sido diminuídas pela falta ou rotatividade de profissionais, expressam preocupação com outras atividades que perdem espaço no processo de trabalho, como a articulação dos casos em rede e atividades de reabilitação psicossocial que precisam ser articuladas e desenvolvidas intersetorialmente ou em relação com o território:

Aumentou a quantidade de coisas que a gente tem que fazer, tá muito mais racionalizado. Então eu tenho que anotar quantos acolhimentos eu fiz, eu tenho que anotar quantos atendimentos de núcleo eu fiz, tem que somar no final da semana. Quantos atendimentos de TR eu fiz, quantos grupos eu fiz. Então está nesse grau de racionalização. Que não cabe espaço para formas mais fluidas e mais diluídas de estar naquele espaço também. Eu fazia muito mais visita, muito mais acompanhamento terapêutico. Ir no EJA [Educação de Jovens e Adultos] com o usuário, passear com os usuários. Não cabe mais esse espaço (extrato de entrevista).

Se em relação à primeira gestão as falas destacavam com muita frequência a centralidade no atendimento às crises que geravam sobrecarga e dificultava as atividades de reabilitação e articulação com o território, nesse segundo momento passam a fazer pontuações semelhantes, mas agora voltadas à grande demanda por acolhimentos. Destacam uma pressão por aumentar e garantir o acolhimento dos casos encaminhados de outros pontos de atenção.

No CAPS AD a principal demanda nos meses da pesquisa vinha por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (111 usuários)¹⁶⁶, seguidos de procura espontânea pelo serviço (60), encaminhamentos da UPA (13), consultório na rua (05), hospital psiquiátrico (01), hospital geral (01), e outras formas de encaminhamento (11). Segundo a coordenação da unidade, os dados refletem a média encontrada nos demais meses. Nota-se que o maior número de encaminhamentos procede das UBS, mas trata-se também da menor taxa de inserção no serviço. A taxa de inserção em CAPS dos usuários encaminhados por outros pontos de atenção

¹⁶⁶ Os dados aqui compilados são do relatório de gestão dos serviços e relativos apenas ao mês de outubro de 2018.

que não a UBS foi de 85% (78 de 91 casos). Já em relação aos 111 casos encaminhados por UBS, apenas 32 foram inseridos, representando 28,8% dos casos.

No CAPS TM, o maior número de encaminhamentos vem da UBS (36 casos), seguido pela UPA (32), hospital geral (5), hospital psiquiátrico (2), consultório na rua (2), demanda espontânea (1), outros (3). No caso desse serviço, a taxa de inserção de usuários encaminhados por UBS é de 27,7% (10 de 36) e os encaminhamentos dos outros pontos de atenção somados têm taxa de inserção de 25,3% (16 de 63). Note-se que em ambos os casos o número de casos inseridos em relação ao total de usuários acolhidos é similar, mas menor que no primeiro serviço.

Dito de outro modo, em ambos os serviços, menos de trinta por cento dos casos encaminhados pela atenção básica são considerados pela equipe de saúde mental como tendo critérios para a continuidade da atenção em CAPS, o que pode denotar diferenças nos critérios de avaliação, mas também diferentes condições de realização de avaliação. A atenção básica não foi objeto de nosso estudo, mas é preciso considerar que sem maiores investigações não nos é possível afirmar que as equipes desse nível de atenção apresentem falta de preparo para avaliação das questões de saúde mental, sendo necessário aventar outras possibilidades, como a sobrecarga de trabalho, que contribuam para o encaminhamento a serviços especializados.

A queixa das trabalhadoras acerca de uma pressão por acolhimentos, ainda quando discordem dos encaminhamentos já por contato telefônico, tem base na taxa de inserção e sua relação com o fluxo de atendimento com as UBS pode revelar grandes dificuldades no contato com as unidades e no estabelecimento do trabalho de matriciamento, seja pelos profissionais do CAPS ou ainda do NASF:

Então, eles pressionaram a gente pra aumentar acolhimento: “Vocês têm que acolher mais, têm que acolher mais”. Pra Unidade de Saúde a lista tem que ser de 10 dias, a UPA tem que ser de 48 horas”. Mas é aquilo que a gente fala: não há investimento em melhorar a triagem. Então vem qualquer coisa. Vem paciente surda que brigou com a mãe, vem paciente com AVC (risos). Sabe, qualquer coisa vem parar ali. Porque eles não triam. Ou paciente que falta, a lista de faltantes tá imensa. E daí eles querem que a gente abra mais horário, mas abre horário e a pessoa não vem. Então é porque a triagem está sendo mal feita. Esses dias tinha um paciente “grave” agendado, mas aí ligaram: “Ah, dá pra mudar? Porque ele está em São Paulo”. Então isso não é grave. Se ele está viajando pra São Paulo, se ele está em outra cidade, ele não está nem aqui. E daí eles enfiam meio que goela abaixo. [...] Ou médico que mente pra gente, médico da unidade que fala “tá mais grave”, daí de repente liga o paciente “não, não tô tão grave assim”. Liga familiar falando que não é, que a médica falou pra aumentar a gravidade pra ele conseguir consulta. [...] A rede ali é fogo (extrato de entrevista).

Em nosso entendimento parece haver um deslocamento de um padrão de atenção à crise para um padrão de trabalho mais ambulatorial, na lógica da referência e contrarreferência. Ambos, no entanto, estão focados na demanda e geram queixas de intensificação do trabalho e diminuição do tempo para a realização de atividades com grupos. Apesar da concepção externada pelas trabalhadoras de que "os grupos são o centro estratégico do trabalho no CAPS"¹⁶⁷ e de que "os grupos são os ordenadores do processo de trabalho"¹⁶⁸, elas relatam também, que as atividades em grupo são as primeiras a serem afetadas ou canceladas quando a pressão pelo acolhimento da demanda ou de crises aumenta.

A desconfiança com as mudanças de gestão também se expressou quando se referiram às capacitações oferecidas no início da nova gestão:

Eu acho que falta reconhecimento do trabalhador. Acho que muita gente sai por não ter reconhecimento. Por ser um trabalho difícil, que é difícil lidar com o problema do outro. Tem muito adoecimento ali, tem profissional afastado, profissional que se afasta várias vezes. Muito atestado, muita gente que fica doente. [...] A gente teve uma capacitação agora mês passado, mas foi meio... São coisas que a gente deveria ter visto no primeiro ano, sabe? Não quatro anos depois. Se bem que é uma tentativa, uma sensibilização agora porque tem muita gente nova entrando de novo. Mas se tivesse sido feita há quatro anos atrás teria tido muito mais eficácia, muito mais... Talvez teria tido menos desistência de profissionais. Seria mais fácil fazer um planejamento do serviço mesmo. Então vamos ver se agora vai dar continuidade. Porque também não adianta vir com cinco 'aulinhas' pra gente e aí achar que está tudo bem, que está tudo resolvido e isso que a gente escutou já está bom pra gente dar conta sozinha mais uma vez do serviço, né? (extrato de entrevista).

Com a segunda gestão, referem-se a um clima de mudança, mas também a ansiedade gerada por diretrizes que demoram a ficar mais claras. A sinalização de capacitação e o discurso de valorização do núcleo profissional de competências aproximava parte dos trabalhadores da gestão, visto que a identidade de técnico em saúde mental era vivenciada com apreensão e indefinição. Para além disso, essa adesão a um ideal comum com a gestão contribuía para apaziguar os ânimos em relação às decisões vistas como verticalizadas e impostas. No entanto, as mudanças eram também recebidas com desconfiança, porque percebia-se sua relação com padrões administrativos de corte de verbas e aumento da demanda, com a consequente intensificação do trabalho.

Esse processo de transição que se estende de 2017 a 2018, fica mais claro em setembro de 2017, quando a Secretaria Municipal de Saúde apresentou na Comissão de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, uma proposta de "remanejamento dos CAPS". Por

¹⁶⁷ Extrato do grupo focal.

¹⁶⁸ Extrato do grupo focal.

essa proposta, os CAPS seriam redistribuídos, passando cada um deles a responder por um distrito da cidade (com exceção de um que ficaria responsável por dois distritos) e passariam a atender indistintamente as clientela, que até então, eram divididas entre usuários de álcool e outras drogas e transtornos mentais.

A gestão municipal denomina esses novos serviços de "CAPS territoriais", mas no cotidiano dos serviços passam a ser chamados pelos trabalhadores de "CAPS híbridos". A proposta enfrentou resistências nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde por parte de trabalhadores, usuários e entidades que criticavam a hibridização e a redistribuição em detrimento da ampliação da rede de cuidados. Tendo sido aprovada, os primeiros dois serviços que passaram a operar dentro desse modelo iniciaram a nova proposta gerencial em novembro de 2018, portanto, logo após o encerramento da coleta de dados dessa pesquisa.

Antes do encerramento, entretanto, já havia sido lançada em setembro de 2018, a "Linha Guia de Saúde Mental", documento da Secretaria Municipal de Saúde, que buscava dar consequência e uniformidade para as mudanças pretendidas. Na apresentação desse documento a secretária municipal de saúde avalia que:

Nas últimas décadas os serviços de saúde mental passaram por mudanças importantes em Curitiba, avançaram no cuidado multidisciplinar e na atenção ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial em vez do cuidado hospitalar. Contudo, os transtornos mentais e a dependência química são condições crônicas e vem sendo enfrentadas nos serviços como eventos agudos, passada a crise, poucas alternativas de apoio familiar e aos usuários estão estruturadas. A organização dos CAPS Territoriais, não centrados por tipo de agravo tem como objetivo facilitar o acesso e o cuidado adequado dos usuários e seus familiares (CURITIBA, 2018, p. 7).

Durante esse processo de transição, ocorreu o fechamento do único Centro de Convivência do município (CECO), que operou de 2015 a 2017. Também foram encerradas as atividades do Projeto Intervidas como resultado do encerramento do convênio da prefeitura municipal com o Instituto Pró-Cidadania de Curitiba (IPCC), que gerenciava o projeto. Até o fim da coleta de dados da pesquisa o projeto ainda não havia sido viabilizado de outra maneira.

Uma primeira questão a ser destacada aqui é a utilização, por parte da gestão municipal, de argumentos como a facilidade do acesso e o cuidado adequado aos usuários para justificar o procedimento de remanejamento dos CAPS. Na prática, para poder atender todos os distritos sanitários da cidade sem ampliar a rede assistencial, a secretaria remanejou os serviços conseguindo autorização para torná-los "híbridos", o que do ponto de vista da legislação específica dos CAPS, não se encaixa em nenhuma das modalidades previstas em lei.

Isso chegou ano passado. Foi ano passado? Acho que foi já ano passado, né? Que a secretaria passou nos CAPS levantando demandas. Deu uma pesquisada nas filas do ambulatório. E nesse estudo que eles fizeram nos CAPS eles chegaram à conclusão de que o melhor método seria transformar um CAPS que é TM e AD num CAPS único. Atender transtorno mental junto com álcool e drogas. E na época foi falado que isso ia mudar do dia para a noite, também. Não aconteceu porque deu... Como já ia ser de uma forma atravessada, dessa vez os trabalhadores se revoltaram um pouco. Foi feita uma denúncia pro Ministério Público, que está rodando ainda. Então eles falam que vai acontecer, mas não se fala quando, e também não se fala como. Porque na época, também, quando foi falado, foi falado tipo 'Ah, vai fechar tal CAPS, pra abrir CAPS em tal lugar e essa equipe vai ser dissolvida em outros CAPS'. Então mais uma vez esse negócio de mudanças sem preparação. Mas não foi feito do dia pra noite, mas também não se fala sobre isso. Isso fica no ar. Tipo, como vai acontecer, quando vai acontecer e porquê que vai acontecer. Então teve bastante reuniões em que os trabalhadores e os usuários não puderam entrar para participar, sendo que são as pessoas que utilizam o serviço e as pessoas que trabalham no serviço, e não puderam participar das decisões a serem tomadas. Foi isso que foi difícil. E os trabalhadores acreditam que na verdade não vai ser tão bom assim, por conta dos contextos diferentes. Porque existe muito preconceito dentro deles, né. Quem usa álcool e drogas não gosta dos loucos e quem é louco não gosta dos drogados. Então já existe um certo preconceito entre eles. Até quebrar isso, também, a gente acaba acreditando que talvez uma dessa população fique desassistida. Se as coisas não forem feitas corretamente, tende a desassistir uma população. Então isso agonia um pouco, assim, de como vai ser essa mudança. Como não se fala nisso a gente acabou esperando, deixando acontecer. Eu confesso que não tenho pensado, pra não me angustiar, sabe? A gente está pensando nos problemas a curto, médio e longo prazo. E a hibridização é um problema a longo prazo (extrato de entrevista).

Então eles [a gestão] acham assim, se hoje a gente está nessa regional e atende pessoas de outra regional, de AD. Se essa pessoa fosse atendida lá na outra regional a chance de ele ir pro tratamento e pro CAPS era maior porque tá mais próximo da casa dele e ele não tem que se deslocar. [...] No meu ponto de vista, eu ganho no acesso, mas eu perco no processo, isso que a gente levou em discussão e a contraproposta que a gente escreveu e levou, porque assim eu penso no acesso territorial apenas, mas eu vou perder outros acessos, porque vai cair a qualidade do meu atendimento. [...] Então eu resolvo um problema de acesso territorial, mas eu fecho uma outra porta, é inegável isso. [...] O AD sempre vai perder, porque no momento que eu tô num grupo ali, podem ter 40 pessoas, mas eu tô levando um grupo numa linha, numa direção de reflexão. Então tem um paciente, pode ser um só TM ali, se ele ficar psicótico, se vier uma crise, eu vou ter que deixar todos os outros 40 ali. Isso até o protocolo diz. Nesse protocolo que a gente recebeu essa semana a gente viu isso. Então se tiver alguém em crise no serviço, todo mundo vai parar tudo. Quem tiver em atendimento individual larga o atendimento, quem tiver num grupo larga o grupo, a prioridade é atender aquela crise. [...] Ah então a solução vai ser a gente de 9h às 10h faz um grupo TM e das 11h às 12h faz um grupo AD, é segregação, né... Então são tantas questões assim que pode vir a mudar um dia [...], mas acho que antes da mudança tem muita conversa pra ser feita. A gente tem que se capacitar, estudar, refletir, pensar bem assim. Isso tudo a gente já dialogou com eles aí em reuniões, digo com eles a própria gestão, a secretaria de saúde. [...] Não sei se já tem mais ou menos um ano que começou essa ideia, interrompeu e esse período que a coisa tá parada, nada tem se falado mais. [...] Não tá mais se falando no assunto, não tá mais discutindo, avaliando, estudando, fazendo nada pra efetivar. É uma pena. Agora se vai acontecer ou não vai eu não sei. Tudo indica que vai, em algum momento vai, mas... não sabemos (extrato de entrevista).

O ideal seria a gente ter mais CAPS e diminuir território. Pra gente estar mais próximos assim. Ter mais possibilidades de matriciamento, mais carro pra fazer

visita... Eu acho que seria bem a questão estrutural, isso já ia dar uma boa ajuda. A rede ter mais suporte também... Em relação à equipe do CAPS a gente tá com uma equipe legal, é tudo gente bem a fim de fazer um bom trabalho. Eu acho que seria mais questões estruturais mesmo. [...] A gente lida com quatro territórios, sei lá quantos mil habitantes... não tem estrutura pra isso. E a gente vai ter que se ater ao que é grave. Mas o que não é... Então é o que mais angustia. Você vê muita gente precisando de ajuda, mas às vezes ali a gente não consegue ofertar esse tipo de ajuda (extrato de entrevista).

Além da preocupação com a verticalização do processo, as falas apontam algumas possíveis tendências com a unificação das demandas no mesmo serviço. Entre elas, a preocupação com a desassistência e fragmentação do processo de trabalho, que pode ser gerada com a unificação das "duas clínicas". Assim como a discussão sobre a clínica e a política como dimensões dicotômicas ou unitárias na saúde mental (PASSOS, 2009), a discussão sobre a existência de uma "clínica AD" e uma "clínica TM", com suas especificidades, não é consensual, mas comum e viva nesse campo, não podendo ser ignorada sem argumentação.

Na prática, o rearranjo não promete aumentar o número de serviços, ampliando o acesso aos serviços já existentes, podendo gerar, se bem-sucedido, um aumento da demanda, que não está sendo acompanhado pelo aumento das equipes. Embora as equipes estejam dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, esses parâmetros não se referem a serviços mistos e, se aumenta o acesso da população, a sobrecarga de trabalho também tende a aumentar. Chama atenção, ainda, que o nome "territorial" esteja associado à proximidade da residência dos usuários, mas não esteja acompanhado da defesa de uma maior atuação no território, no âmbito das relações comunitárias, o que, do ponto de vista da atenção psicossocial, poderia ter algum efeito no ordenamento da demanda e na lógica de um serviço que não se estruturasse apenas pela demanda, mas atuasse no reconhecimento das necessidades em saúde e da atuação sobre determinações sociais mais amplas.

O remanejamento dos CAPS já está em curso, mas nossa coleta de dados não abrangeu esse período, de maneira que estudos posteriores deveriam ser realizados para discutir seus efeitos. O que queremos apontar até aqui, além da verticalização do processo gerencial que produziu angústia nos trabalhadores, é a possibilidade de uma lógica gerencial estar se sobrepondo à lógica do cuidado, tendência que, como procuraremos demonstrar, parece estar se confirmando em diversas esferas do processo de trabalho.

Ainda que o procedimento de remanejamento adotado em Curitiba seja uma novidade frente às mudanças dos processos de trabalho em saúde mental, estudo similar em menor escala foi realizado por Belotti et al. (2017). Nesse estudo, os pesquisadores avaliam os impactos da

fusão de um CAPSi e um CAPSi AD em um município da região sudeste do Brasil. Nesse município, a fusão se tornou possível, porque a modalidade CAPSi AD oficialmente não existe na legislação, o que favoreceu a argumentação da gestão. As conclusões do estudo apontam para a possibilidade de confirmação das preocupações levantadas pelas participantes de nossa pesquisa.

Naquele município, os pesquisadores apontam que não houve participação dos trabalhadores, nem de usuários e familiares no processo de planejamento e decisão sobre a fusão. Contrariando as diretrizes do SUS, a verticalização das decisões demonstra a fragilidade do modelo de cogestão. A participação de usuários e familiares no planejamento das ações, segundo os autores, poderia ter contribuído para aliviar os estigmas, que só começaram a diminuir depois de certo tempo de convivência conjunta no serviço. A princípio, a preocupação dos pais em relação às distintas clientela acarretou um processo de maior estigmatização em torno da loucura e do uso de álcool e outras drogas, gerando entraves para a construção de um outro lugar social para esses sujeitos. Já a não participação dos trabalhadores nas decisões sobre o processo de fusão, por sua vez, gerou dificuldades na realização do trabalho em equipe multiprofissional na lógica da interdisciplinaridade e na construção de um agir comprometido. Na prática as equipes se juntaram, mas não se misturaram, gerando uma separação da demanda (alguns atendendo demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e outros álcool e drogas) e maior desresponsabilização das equipes pelos casos (BELOTTI et al., 2017).

Com a possibilidade de aumento da demanda e fragmentação das equipes, corre-se o risco de, na tentativa de ter um CAPS por distrito sem o aumento do número de serviços, constituir-se algo como “meio CAPS” por território para cada tipo de demanda. Uma questão levantada por esses processos de ampla reorganização de serviços e ações em saúde mental, diz respeito à inexistência de sistemas de informação em saúde específicos em saúde mental, e à ausência de indicador de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em que pese a complexidade em se estabelecer indicadores avaliativos no cuidado em saúde mental, a ausência de dados é uma fragilidade que impede a sistematização das demandas específicas do território. Em comparação com as ferramentas utilizadas na Atenção Básica para mapeamento de outras necessidades em saúde, os CAPS, que devem ser serviços territorializados, têm um conhecimento menor dos perfis epidemiológicos e uma menor sistematização das demandas do território, apresentando maior dificuldade em estabelecer ações programáticas e ficando reféns da demanda.

Nos dados da pesquisa em tela, as atividades em grupo apareceram como momentos nos quais os técnicos conseguiam estar mais próximos da escuta das necessidades coletivas e também como espaços menos padronizados e, justamente por isso, mais facilmente adaptáveis a novos contextos. Nesse sentido, as equipes rearranjavam as atividades em grupo e criavam novas atividades a partir de necessidades detectadas no contato com os usuários, e a depender das possibilidades dos técnicos (criação de grupo de mulheres, ou de jovens, por exemplo, a partir de demandas específicas percebidas, ou de oficinas de leitura ou culinária). As percepções que reorientam as atividades, no entanto, provêm do contato cotidiano com a clientela, já que não dispõem de dados sistematizados sobre o universo populacional atendido.

As ações de saúde mental na Atenção Básica passam a ter mais destaque como parte da RAPS a partir da portaria 3.088/11 e também com a publicação do "Caderno de Atenção Básica nº 34", que aborda a temática (BRASIL, 2013). Também nesse âmbito verificamos que a atuação com a saúde mental está dirigida mais pela demanda e com pouca sistematização. Aventamos a possibilidade de que essa dificuldade em lidar com a questão, pode estar ligada ao grande número de casos encaminhados pelas UBS para os CAPS e que não são inseridos.

Logicamente, não se trata somente da falta de dados, já que os CAPS priorizam os casos mais graves e casos considerados intermediários acumulam-se em filas de atendimento ambulatorial e não encontram ações no âmbito do território dirigidas a eles. Dessa maneira, os encaminhamentos feitos por UBS podem realmente consistir em demanda de saúde mental, mas não corresponder às prioridades atendidas em CAPS. Ocorre que a falta de dados contribui, a nosso ver, para invisibilizar essa demanda em relação às demais, gerando um hiato entre a atenção de alta complexidade (estratégica) e as ações da Atenção Básica que, segundo o relato das trabalhadoras, muitas vezes se reduzem à prescrição de medicação quando se trata de demanda de saúde mental.

Na rede pesquisada, parece haver uma tendência ao apoio matricial no âmbito dos NASF¹⁶⁹ se resumir à regulação do acesso às especialidades¹⁷⁰ e a um amoldamento dos CAPS à lógica dominante na rede, que passa por um direcionamento maior pela demanda das UBS e um consequente aumento do recurso às internações em hospitais psiquiátricos, dado que ainda que os CAPS tenham leitos, a dinâmica do trabalho centrado no acolhimento pode inviabilizar a manutenção de casos agravados e que demandam maior atenção:

As unidades estão muito felizes com essa nova gestão. Nesse sentido da saúde mental. Porque conseguiram abrir mais acolhimento em CAPS. Ao mesmo tempo que diz que estão capacitando as unidades para fazer triagem. Mas estão aliviando as coisas, estão concordando com as críticas das unidades aos CAPS. Tentando mudar os CAPS para que caiba certas coisas. Porque acompanhar mais os usuários pressupõe atender menos certas crises. Então internar mais. A gente está internando mais. Fazer mais acolhimentos. Passar por médico. A gente ficou muito tempo com pouco médico, então passar no acolhimento e passar por consulta médica antes era inadmissível, fazer reajuste medicamentoso. Hoje a gente já cedeu para fazer. Tipo, faz um acolhimento, passa pela médica e recebe alta. [...] E a gente se estressava muito porque gastava energia com esses casos. É muita energia que a gente gasta nesses acolhimentos e nesses 'caso-não-caso'. Hoje a gente entende que a unidade tem a precarização e a gente acaba tendo que cumprir esses papéis. A gente acha que o ideal seria matriciamento, mas está aquém de ter transporte e espaço na agenda pra isso. E escuta da unidade pra isso, porque a própria lógica da unidade não permite, é muito centrada

¹⁶⁹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados por portaria do Ministério da Saúde em 2008, como “objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, art. 1). A proposta estava baseada em equipes multiprofissionais que desempenhassem o papel de apoio matricial, o que incluía ações assistenciais e de suporte técnico pedagógico às equipes de Saúde da Família. Essa lógica rompia em partes com a atenção básica centrada na atuação de médicos e equipe de enfermagem (em alguns casos odontólogos), tendo que referenciar para a atenção secundária sempre que necessária a ação de outro profissional. Em que pese as dificuldades de entendimento e implantação da proposta, o próprio ministério já vinha publicando diretrizes para o trabalho das equipes. Em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica é reeditada e essas equipes passam a ser chamadas de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Nessa versão a dimensão do apoio parece perder centralidade e a atuação é ampliada para equipes de Atenção Básica para além da Estratégia de Saúde da Família. Cabe ressaltar que mais recentemente, em processo que ainda está em curso, o Ministério da Saúde altera as formas de financiamento da Atenção Básica atingindo diretamente essas equipes. Com a portaria 2.979 de novembro de 2019, institui-se o Programa Previne Brasil e os repasses financeiros deixa de ocorrer por número de equipes de Saúde da Família e de Nasf-AB, passando a ocorrer por número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica, bem como pelo desempenho das equipes em determinados indicadores. Na prática, as equipes de Nasf-AB deixam de existir como requisito para repasse dos recursos, ficando a cargo dos gestores locais a decisão sobre a manutenção dessas equipes em seus locais. Esse entendimento parece ser ratificado pela Nota Técnica número 3 de 2020. Apesar de afirmar que os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais são fundamentais para a Atenção Básica, seu cadastramento fica suspenso a partir de janeiro de 2020. Esse movimento tem sido apontado como um retorno a uma atenção básica médico e enfermeiro-centrada (devido aos indicadores selecionados para o financiamento) e como um ataque à multiprofissionalidade no âmbito da atenção básica.

¹⁷⁰ Oliveira, Pompei e Santos (2017) referem que na organização do Apoio Matricial dentro da secretaria de saúde de Curitiba, a partir de 2013, havia a sobreposição de dois departamentos (o departamento de atenção primária e o da saúde mental) com diretrizes nem sempre coincidentes, o que resultava em dificuldades de organização do processo de trabalho e na tendência de os Nasf reduzirem seu papel à regulação do acesso às especialidades. Com a necessidade de rever as filas do ambulatório de saúde mental, acreditamos que essa tendência foi exacerbada, cabendo aos Nasf a maior parte dessa triagem.

no médico, é muito lógica de consultas. A gente está cedendo pra lógica da rede. O hospital psiquiátrico faz parte da RAPS, a Unidade de Saúde é desse jeito, não tem centro de convivência. [...] Em última instância é essa a contradição. Atendia a crise em liberdade, muito melhor, diminui certos traumas. Mas também deixava solto, hipermedicalizado. [...] Ao mesmo tempo, alivia a tensão com a unidade porque está seguindo o fluxo dessa rede. Meio que os CAPS entraram na rede, na rede que temos, né (extrato de entrevista).

Em relação às mudanças de gestão, um último ponto merece destaque. Essas mudanças aparecem como barreiras ao processo de trabalho na medida em que o reorganizam em novas bases, gerando novas exigências no cotidiano de trabalho e aumentando a sensação de sobrecarga. As mudanças são rápidas e exigem adaptação e esforço dos trabalhadores para esclarecê-las aos usuários, já que mudam, inclusive, nomes de programas e projetos já conhecidos por eles.

Durante o período de observação participante pode-se acompanhar as consequências de uma das reclamações que citam as trabalhadoras: a paralisação de alguns serviços nos momentos de mudança de gestão. Em uma das visitas ao CAPS III TM um usuário que não era conhecido da equipe, chegou agressivo e fazendo ameaças. O fato ocorreu, porque estava sem medicação e não conseguiu acessar os medicamentos pela Unidade de Saúde, como sempre fazia. O pedido de compra de medicação atrasou por conta do encerramento da gestão anterior (dezembro) e ainda no mês de maio (data dessa observação) a dispensação de medicamentos não estava regularizada:

- Ah, eu acho que tem a questão política também. Trocam as cadeiras, aí muda a gestão, aí muda a ideia de como se faz o trabalho, aí vêm mil e quinhentas exigências novas. Daí você parece que tem que fingir...
 - Quando você está acostumando com aquilo lá, daí vem mais cinquenta...
 - Daí vem mais cinquenta exigências, muda tudo de novo, muda o nome de tudo e você tem que se adaptar.
 - Muda até o nome das Unidades de Saúde. [...] Agora não é mais Unidade de Saúde, agora voltou a ser ‘posto’.
 - E os ‘portal do futuro’ são ‘clube da gente’. Teve que mudar o nome porque é campanha política.
 - Daí fica um tempo sem, né...
 - Sim. Param todos os serviços.
 - Tem que saber ali de novo, a gente faz todo o começo de novo...
 - Os coordenadores novos...
 - Os NASF. Mudam todos os NASF, mudam os lugares.
 - As hierarquias, quem responde quem.
 - As coordenações
 - Muda a escala.
 - Impacta a gente não conseguir fazer o nosso trabalho como gostaria.
- (extrato de grupo focal)

Apesar de estarmos nos referindo a duas mudanças de gestão com orientações um pouco distintas, em ambas algumas tendências se mostraram comuns, como as reclamações acerca da polivalência, da diminuição da porosidade e intensificação do trabalho, que contribuem para a sensação de sobrecarga e adoecimento dos trabalhadores. Essas tendências se mostraram operando sob conceitos distintos, alguns mais afeitos ao modelo psicossocial e alguns mais próximos do modelo biomédico e da lógica de cuidado orientada pela demanda. Em alguns momentos, a sensação de sobrecarga aparecia ligada ao grande fluxo de acolhimentos e a uma organização mais ambulatorial pautada na lógica da referência e contrarreferência, em outros, ligada ao foco no atendimento à crise, em detrimento de um trabalho de reabilitação psicossocial com ligação mais estreita ao território. Ao longo de todo o período de coleta, no entanto, os dados indicaram relações que nos parecem bastante explícitas com a lógica da reestruturação produtiva e de um trabalho em grupo (equipe) que reforça uma sociabilidade privada, bem como reproduz um modelo de trabalho com grupos que dificulta a grupalização, seja pela diminuição ou despriorização dos espaços grupais, seja pela alta rotatividade de usuários nos grupos.

6.2.2 Sobre o objeto do trabalho

Situado o processo das mudanças na gestão que ocorreram durante a coleta de dados, bem como seus impactos na percepção dos trabalhadores, é possível apontar alguns parâmetros mais gerais da organização do processo de trabalho que têm sido mantidos nos últimos anos, com pequenas modificações e particularidades em cada uma das equipes.

Primeiramente, é preciso apontar que todas as participantes ao se referirem ao **objeto de trabalho** externaram posições que apontavam no sentido de uma concepção ampliada do processo saúde-doença. O trecho a seguir, retirado do grupo focal, expressa em parte essas percepções:

— Isso é complicado. Por que até que ponto a gente consegue chegar no núcleo do adoecimento, mesmo, né? Fica meio no fenômeno, a gente consegue secar gelo. Tipo, é melhor lidar com os sintomas, conter as crises, e tal. Eu sinto isso. Quando vai abrindo coisas a gente não consegue manter uma estruturação.

— E é isso, a gente acaba tratando só sintoma, né. Principalmente na clínica AD é muito complicado. Porque se você começa a pensar ‘Por que que o cara bebe? Por que que ele faz uso de droga? O que que está levando a isso? O que que é o contexto dele, a vida dele, o entorno dele?’. Se você começar a mexer, puxar esse fiozinho de um por um, você não dá conta de cuidar disso, e tal. E daí você quer que ele pare de beber, que ele fique abstinente. E o maior problema da vida dele nem é o uso. São

outros problemas que se você tivesse os problemas dele você ia usar também. Porque às vezes o problema é tanto que a melhor solução é usar alguma coisa. E nunca se pode chegar lá por causa da nossa dinâmica, porque não é o lugar, porque não se dá conta. Isso às vezes é até meio frustrante para o profissional.

— É, e a medicação. No caso de vocês é a bebida, a gente qualquer crise isso é necessária medicação. É o nosso respaldo, inclusive, para aquilo. Não é a gente deixar a pessoa ali em crise, também, que vai resolver a situação. [...]. Porque você não vai dar conta também, né. Então tem essa contradição.

(extrato de grupo focal)

Nesse debate e em outros momentos vai ficando claro que reconhecem nas histórias de vida dos usuários as condições geradoras de seu processo de adoecimento e, ao mesmo tempo, sentem-se frustradas quando não conseguem abordar essas condições produtoras de sofrimento no processo do cuidado. Reconhecem, ainda, que há contradição entre a concepção que têm do objeto e a prática centrada na medicação, que acaba por recortar como objeto os sintomas e a doença. Nesse sentido, os dados apontam conclusão semelhante ao estudo realizado por Campos e Soares (2003), que encontraram entre trabalhadores de saúde mental que atuavam em CAPS, uma concepção do processo saúde-doença que se aproxima da teoria da determinação social e um recorte do objeto no processo de trabalho em que predomina uma concepção que relaciona o usuário à sua rede social. Em oposição a isso, no âmbito hospitalar, ambulatorial e das unidades de saúde, as pesquisadoras encontraram uma concepção do processo saúde-doença multifatorial e centrada no indivíduo, tendo por objeto o indivíduo doente ou o sintoma da doença (CAMPOS; SOARES, 2003). O desafio que essas autoras apontam é o mesmo que parece estar colocado aqui, qual seja, o de redefinir processos de trabalho pautados no âmbito das determinações e não somente dos resultados do processo saúde-doença.

As trabalhadoras, em diversos momentos, apontam para diferenças entre o processo de trabalho que pretendem estabelecer e o que percebem no restante da rede de atenção:

Eu acho também que uma coisa que é muita barreira para o nosso trabalho, é que a Saúde Mental não é respeitada. Ela é totalmente um *apartheid* da clínica pra saúde mental, como se as pessoas pudessem viver sem cabeça. [...]. Parece que as pessoas: ‘Ah, tem um problema mental. Epa, não é com nós’. Como se fosse desmembrado o negócio. A gente quando vê um paciente lá no CAPS a gente vê totalmente: ‘Não, de repente é alguma coisa clínica, vamos ver’. Agora, chegou lá coisa mental é ‘Não’. Nem vê se tem alguma coisa clínica, ‘Sai fora’. Entendeu? Nem vê se é saúde mental de fato, às vezes nem é. Então tem esse modelo lá que... Um estigma terrível. Então daí o que acontece? A rede tem isso. Então trabalhar em rede, na saúde mental é bem difícil, torna o nosso trabalho bem difícil (extrato de grupo focal).

Todavia, a dificuldade de construir respostas condizentes com essa concepção mais ampliada de saúde pode levar, na prática ao reforço da racionalidade biomédica hegemônica. O projeto terapêutico do serviço se constitui no formato dos modelos de atenção pela forma específica como se dá o encontro das necessidades com as capacidades de produzir certas práticas (MERHY, 2013b). Nesse processo, as necessidades reaparecem no objeto, mediadas pelos saberes que auxiliam a recortar esse objeto, mas as determinações externas também se interiorizam no objeto (MENDES-GONÇALVES, 1994). Entre essas determinações externas estão não só as determinações gerenciais que contribuem para uma prática centrada na produção de procedimentos, mas também as pressões da população e determinações mais amplas como as influências do Complexo Médico Industrial.

A indústria farmacêutica, por exemplo, produziu amplo impacto nas formas de tratamento e atuação em saúde mental, aprofundando a abordagem biomédica e individualizante. Grande parte do controle da sintomatologia que antes da segunda metade do século XX era realizado com contenções físicas, vai sendo deslocado para a contenção química, auxiliando a aprofundar a relação da saúde mental com o controle e a normatização do social. A medicação vai se tornando, por esta feita, o principal meio de trabalho e resposta ao “adoecimento mental”.

Essa tradição biomédica que produziu individualização pela apreensão dos fenômenos nos limites anatomofisiológicos do corpo, homogeneização das nosologias e universalização dos conceitos, levou também a população a perceber suas necessidades como necessidades de serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994). Não à toa a demanda nos serviços reaparece formatada como demanda por internação e por medicação, prioritariamente.

Almeida (2018), em pesquisa realizada, com usuários de CAPS acerca da formação social dos transtornos de humor, destaca que, diferentemente do que a pesquisadora poderia supor inicialmente, as respostas dos usuários sobre seu processo de adoecimento e crise não se prendiam a explicações biológicas ou genéticas, ressaltando os processos sociais que contribuíram para seu adoecimento. Em nosso juízo, assim como os usuários percebem os processos sociais envolvidos em seu adoecimento, mas contribuem com a pressão pela produção de procedimentos-mercadoria, também os profissionais dos CAPS demonstraram uma conceituação ampliada do processo saúde-doença, mas reforçam nas suas práticas aspectos das concepções biomédicas hegemônicas, seja pelas pressões externas ao processo de trabalho, seja pela dificuldade de construir respostas coletivas e intersetoriais.

Se as formas como conceituamos o objeto de trabalho pela mediação dos saberes direciona o uso que fazemos dos meios de trabalho para alcançar intervenções normativas ou transformadoras, parece-nos, também, que, quando a conceituação ampliada de saúde não ganha consequências práticas, utilizando-se de meios que não concorrem para atingir as finalidades pretendidas, a compreensão do objeto e o resultado das práticas entram em contradição, podendo gerar frustração e sofrimento aos agentes:

Eu acho que parte é a gente ter uma melhor visão da saúde mental pra outros pontos da saúde. Principalmente na Unidade de Saúde, que eu acho que eles estão muito aquém do que é a saúde mental. De avaliar se o paciente é pra um CAPS, de ter um olhar mais humano pra pessoa que tenha transtorno mental [...] A gente tem tanta coisa que precisa desenvolver na sociedade. Faz transplante de coração, faz transplante de rosto na saúde, aí um cara é que é bipolar, que tem esquizofrenia, o cara é visto como um *alien*. [...] Meu deus, o cérebro é tão sensível. É tão possível, se eu não me cuidar na minha vida social, das minhas escolhas, eu poder sofrer um transtorno grave ou menos grave. É tão fácil estar do outro lado da mesa, sabe? E as pessoas tratam isso com muito preconceito. Quando a gente vai fazer visita com pessoas da unidade a gente vê falarem assim: “poxa, a pobreza a gente vê que pode ter, mas a pessoa ser porca...”. Mas você está visitando uma família que o pai provavelmente tem um retardo, empobrecimento cognitivo, a mãe também, os dois filhos são esquizofrênicos, mora numa ocupação, como que ele vai... O cara só quer uma casa pra morar. Aí o cara falar isso, sabe? Não vê que é cultural [...] é uma falta de compaixão com o outro, de se colocar no lugar. [...] Coisa simples, o meu guarda roupa poderia estar muito mais organizado e minha vida poderia estar mais organizada, mas às vezes eu não consigo. Por quê? Porque eu tenho meus limites. Agora você imagina o cara lá, entendeu? [...] Falta pessoas que tenham essa vontade, essa coisa desse bichinho aí da saúde mental, de querer, sabe, se apropriar dessa área. Então a gente está muito na margem, tem que avançar muito. [...] Por isso que eu não saí do CAPS, também. Eu fico pensando: “Meu deus eu vou sair, eu sei de tudo isso e daí eu não vou estar lá pra eu com meu olhar de assistente social, mas da saúde mental...”. Ah, vou até chorar, desculpa (chora). Eu olhar uma pessoa e eu tratar ele como gente, sabe, [...] eu poder ajudar ele a ser tratado melhor em outros espaços, poder ser esse meio de organizar melhor o documento dele pra ele poder se direcionar melhor num INSS, porque ele tem esse direito. Eu poder ser esse facilitador, essa orientadora pra ele, quando ele vem ali. [...] Isso que faz a gente não sair da área, sabe? (extrato de grupo focal)

Ainda quando os sofrimentos observados como empecilhos ou obstruções aos modos de viver a vida (CANGUILHEM, 1966/1978) não são reduzidos à dimensão corporal, a submissão a padrões de atuação do modelo biomédico concorre para a normatização dos corpos e comportamentos e contribuem para reduzir o social à condição de meio que facilita ou dificulta os processos naturais. Se a resposta é apenas medicamentosa, as relações entre meio e organismo são, na prática, abstraídas de suas determinações no interior do modo de produção da vida, da realidade de trabalho, das opressões e exploração a que os corpos estão submetidos, ficando as intervenções dirigidas somente aos efeitos do social.

Apesar de instrumentalizados por outros conhecimentos que não só os biomédicos, a demanda por consulta e medicação vai forçando os CAPS a entrarem na mesma lógica de fragmentação do trabalho que acusam as UBS de seguirem. Essa lógica repõe a ideia de referenciamento e desresponsabilização (atualizando a lógica empresarial de “um serviço para cada problema”) e é oposta àquela que os modelos alternativos ao modelo biomédico tentam implantar nos marcos do SUS, quando o usuário, mesmo frequentando um serviço de saúde mental, continua adscrito à Estratégia de Saúde da Família e as intervenções buscam requalificar e fortalecer seus vínculos e sua aceitação no território.

Ainda quando incorporados pela impossibilidade de negar as influências do social, conhecimentos das ciências humanas e sociais podem vir a ser tomados como externalidades ao ato clínico e profissionais como psicólogos e assistentes sociais, que tenderiam a entrar em conflito com a concepção de saúde-doença individualizante e biologicizante, podem terminar por orientar suas práticas sob a normatização do trabalho médico (MENDES-GONÇALVES, 1994). Mesmo a atuação em equipes multiprofissionais exteriores ao hospital psiquiátrico, quando se apoiam nos saberes biomédicos, reproduzem essa lógica e acabam por acionar o hospital em momentos de crise, reforçando a necessidade de sua existência (COSTA-ROSA, 2000). Por outro lado, há a possibilidade de que as práticas realizadas em equipe contribuam para a constituição de uma assistência com maior integralidade da atenção (PEDUZZI, 1998).

Nos serviços estudados, essa tensão se reproduz. As participantes enfatizam a cisão entre a equipe multiprofissional e os médicos, que não desempenham função de técnicos de referência e não realizam grupos. Nessa relação distanciada, a prática clínica, em alguns momentos, aparece como uma relação de poder verticalizada. Ao mesmo tempo, no cotidiano dos serviços, a presença do médico parece ter menor centralidade do que em outros processos de trabalho em saúde. As práticas dos demais profissionais não se constituem apenas em práticas supervisionadas pelo trabalho médico. Isso não significa que o saber médico não conserve certa centralidade no processo e que as práticas que lhe são privativas, principalmente as relacionadas à medicação, não centralizem a terapêutica. O saber psiquiátrico pode se impor, mesmo na ausência da figura do psiquiatra. Todavia, diferentemente do manicômio, os demais trabalhadores não estão exercendo somente práticas predominantemente manuais. Ao contrário, há um movimento de desconcentração do trabalho terapêutico para os demais técnicos de ensino superior, que realizam a maior parte das avaliações e intervenções junto aos usuários. Ainda que o psiquiatra continue concentrando poder e valorização social elevada, o caminho constitui-se como uma via de mão dupla, dependendo os médicos cada vez mais da avaliação dos demais

agentes da equipe para realizarem suas intervenções, dado que participam menos do cuidado cotidiano e que são instados a negociarem com saberes que organizam os demais campos profissionais. A organização das práticas, dessa maneira, faz com que os trabalhadores individuais adquiram conhecimento de outros campos parcelares, propiciando maior capacidade de apreensão da totalidade do processo de trabalho (PEDUZZI, 1998).

Outro dado que contribui para que as determinações sociais se imponham na avaliação dos profissionais com maior peso é a inidoneidade e invalidez dos diagnósticos psiquiátricos (com o emprego quase arbitrário das categorias diagnósticas que, diferentemente dos outros campos da medicina, não se excluem mutuamente, além de serem muito pouco conhecidas as causas subjacentes), que contribuem para a percepção da função moral e de controle da intervenção psiquiátrica (HEATHER, 1977).

Por fim, dois destaques merecem ser feitos acerca dessa temática. O primeiro refere-se à possibilidade de outros conhecimentos assumirem o papel do saber biomédico, produzindo efeitos semelhantes:

Eu vejo meu papel assim de, como a gente trabalha num local que é às vezes, muitas vezes, fica só na psique, psicológico, psicológico, psicológico, o meu trabalho é colocar que tem coisas que é da realidade do cara, que estão fazendo que ele está tendo um transtorno, ou que podem melhorar, se melhorar a qualidade de vida, ele vai melhorar. E as relações, ele vai melhorar também aqui psicologicamente. Então a minha área faz com que eu veja possibilidades de tornar a vida deles mais funcional também (extrato de grupo focal).

Assim como aponta a fala dessa trabalhadora, Costa-Rosa (2000) também sinaliza que a hegemonia do conhecimento biomédico pode ser substituída pelo conhecimento psicológico sem com isso alterar os fundamentos da prática clínica, produzindo nesse movimento psicologização. Se isso ocorre, a socialização do trabalho também não rompe com as relações verticalizadas.

Basaglia (1985), ao avaliar a experiência de Gorizia e no seu balanço crítico do movimento das comunidades terapêuticas inglesas e das experiências francesas, faz apontamentos similares quando considera que as teorias psicodinâmicas trocaram o objeto do “corpo” para a “pessoa”, buscando desvendar o sentido dos sintomas pela investigação do inconsciente, mas sem romper com uma posição que objetificava o sujeito. Ainda que deslocando o objeto para a subjetividade, Basaglia questiona o fato de essas teorias auxiliarem na construção de uma crítica dos diagnósticos fabricados pela psiquiatria, mas acabarem por se adaptar à vida das instituições psiquiátricas sem questionar sua estrutura autoritária, coercitiva

e hierárquica. Para esse autor, era preciso que as teorias se submetessem ao questionamento e contestação que a realidade do doente mental lhes opunha, por isso propõe a inversão da lógica da psiquiatria pelo procedimento de "colocar a doença entre parêntese", deslocando o enfoque do cuidado para a existência-sofrimento dos sujeitos (BASAGLIA, 1985).

O segundo destaque refere-se ao fato de as práticas coletivas também poderem produzir a normalização do social. Ao criticar a Medicina Comunitária, Donnangelo (1979) adverte para o fato de que esse movimento de renovação da prática médica tomou por objeto a pobreza e, em um movimento contínuo, diluiu esse objeto no conceito de comunidade. "Nesse sentido, a interferência sobre os grupos que constituem objeto da prática talvez deva mover-se com vistas a reorientar os seus padrões de ação social e a compatibilizá-los, política e ideologicamente, com o padrão dominante, político-ideológico" (DONNANGELO, 1979, p. 93).

Desse modo, essa prática com comunidades passa a incluir a participação e a mobilização social como instrumentos estratégicos, desde que as práticas definam e orientem os limites dessa participação e as vias pelas quais se manifesta. Seu objetivo implícito torna-se o de deslocar ou eliminar as tensões sociais, contribuindo, assim, para a normatização social. A diferença dessas práticas para o modelo biomédico hegemônico, na avaliação de Donnangelo (1979) é que não se pautavam diretamente pela integração da força de trabalho ao processo produtivo, pois surgem no contexto americano do pós-Segunda Guerra Mundial e estão destinadas a conter as possibilidades de conflitos nos bolsões urbanos de pobreza, bem como dissipar a revolta dos movimentos pelos direitos civis que ascendem nesse momento, em especial, o movimento negro.

Feitas essas ressalvas e assinalando que essa discussão já se relaciona com os agentes e o trabalho em equipe multiprofissional, passemos ao ponto seguinte.

6.2.3 Sobre os agentes e o trabalho em equipe

Segundo Arouca (2003), o processo de trabalho em saúde é o próprio cuidado, que se realiza no encontro dos agentes socialmente determinados e legitimados com as pessoas que transformam um sofrer, um sentir ou uma insegurança, em necessidades que só podem ser supridas com a presença dos agentes que monopolizam o conhecimento corporificado em instrumentos ou condutas. Em geral, esse encontro se dá em um espaço especializado e visa uma intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais e psicológicos que obstruem os modos de andar a vida. As necessidades que comparecem a esse encontro são

determinadas pelas experiências históricas, assim como as formas de atendê-las, às quais é atribuída certa valoração social.

A consolidação do modo de produção capitalista ocorre concomitantemente à consolidação do monopólio da profissão médica sobre outros agentes que operavam o cuidado. Na segunda metade do século XVIII e início do século XIX, com as descobertas científicas de cunho microbiológico e reorganização dos saberes sobre o corpo, esse monopólio é reforçado e o hospital vai se transformando na instituição privilegiada dessa prática. O trabalho médico que era realizado prioritariamente no domicílio se transfere para o hospital e passa a requerer o apoio de outros profissionais (MENDES-GONÇALVES, 1992). Os médicos controlavam o trabalho de práticos e religiosos que depois passam a ser substituídos pelo trabalho de enfermagem, já com certa autonomia, mas ainda se subordinando ao gerenciamento dos casos pelos médicos e às regras institucionais (PIRES, 2008).

Durante o século XX, o trabalho em saúde passa por um processo de maior socialização, com a transferência de atividades, antes concentradas nos médicos, para outros profissionais e a inclusão de novos profissionais e atividades no processo de produção do cuidado (SCHRAIBER, 1993). O trabalho médico moderno é, portanto, o núcleo original do qual derivam outros trabalhos (PEDUZZI, 1998), seja por atividades manuais ou aspectos da atividade que são delegados a outros profissionais (enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas etc.), ou ainda pela inclusão de novas atividades (assistentes sociais, psicólogos). Num primeiro momento a medicina preserva o domínio sobre o núcleo intelectual da atividade, mas com a maior divisão da mesma, outras profissões também passam a contar com assistentes, delegando atividades mais manuais e conservando certo núcleo de decisões em seu campo de atuação, como é o caso da relação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem (MENDES-GONÇALVES, 1992; GOMES, 2017).

Por esse processo vai se conformando o trabalho coletivo em saúde, com diversos trabalhadores operando juntos, de acordo com um plano em um mesmo processo produtivo ou em processos diferentes, mas conectados. Com o advento da medicina tecnológica e a inserção cada vez maior de conhecimentos científicos no processo do cuidado, aumenta a fragmentação do trabalho, a tendência de especialização e também a transferência do saber dos agentes para as tecnologias na forma de máquinas¹⁷¹ e equipamentos. É reforçada, também, a tendência de

¹⁷¹ Discutimos em capítulo anterior as características do trabalho coletivo em saúde, entre elas a menor inserção da maquinaria do que no processo industrial. Ainda quando a maquinaria se faz presente, seu papel não chega a ser dominante a ponto de controlar o processo de trabalho. Terão mais peso, portanto, as tecnologias na forma de

institucionalização do trabalho e do assalariamento dos agentes que antes operavam de maneira autônoma, desenvolvendo uma prática liberal (SCHRAIBER, 1993).

Como uma das consequências do processo de socialização do trabalho, o trabalhador individual já não domina a totalidade do processo e não é capaz de produzir o produto em sua totalidade ou fora do contexto que lhe confere o capitalista. No trabalho em saúde investigado, embora não se trate de produção privada, a realização do cuidado também se mostra impossível de ser realizada fora das condições institucionais oferecidas pelo Estado e dependente da combinação de trabalhos especializados, que comportam, por sua vez, diferentes graus de complexidade.

No âmbito das representações subjetivas dos trabalhadores a indissociabilidade dos trabalhos especializados que contribuem para a ampliação do objeto e a impossibilidade de realizá-lo fora das condições institucionais atingindo a mesma finalidade, se expressam ora como potencialidade, ora como possível geradora de sofrimento:

Eu gosto muito de trabalhar em equipe. Eu gosto do trabalho em equipe. De você estar protegido, assim. Porque antes, quando você trabalha em empresa você se vê muito sozinha, com teu núcleo, você se vê muito sozinha. Isso me angustiava demais. Eu descobri que uma das coisas que mais me angustiava era isso (extrato de entrevista).

Por vezes eu me sinto muito colada no meu trabalho, num grau de não conseguir me imaginar sendo outra coisa, de não conseguir me imaginar em outra equipe, de não conseguir me imaginar em outro CAPS. Muito simbiótica a relação. Eu acho que isso é um sinal de adoecimento. Você não conseguir ser outra coisa além daquilo. Então quando começou a mudar a gestão, quando eu comecei a ter medo de ser demitida, eu tinha muito medo de perder a minha personalidade: "Meu deus, eu não vou conseguir atuar em outro lugar". Eu acho que essa é uma angústia muito grande (extrato de entrevista).

O trabalho coletivo, ao mesmo tempo que fragmenta o processo de trabalho e expropria os agentes individuais de seu saber sobre a totalidade é responsável pelo aumento da produtividade e pela maior especialização que se expressa na conformação de instituições de grande porte, com especialização em unidades e serviços, a fim de responder ao aumento da população e à ampliação da complexidade dos problemas (PIRES, 2008). Esse trabalho complexo, especializado e unificador de práticas manuais e intelectuais (SCHRAIBER, 1993),

saberes e técnicas que instrumentalizam os modos de operar o trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994). Isso ocorre devido à incerteza ligada a cada caso individual. Embora homogeneizados nos diagnósticos, os casos individuais exigem do trabalhador a operacionalização do conhecimento em práticas instrumentais para alcançar suas finalidades, impondo maiores dificuldades ao processo de subsunção real do trabalho vivo pelo trabalho morto (MERHY, 2013b). Essa subsunção, quando ocorre, costuma ser apenas parcial (GOMES, 2017). Ainda assim, o trabalho em saúde vai conformando núcleos mais "intelectuais" e mais "manuais" da atividade em seu interior (PEDUZZI, 1998).

no entanto, jamais expropria totalmente os agentes de momentos reflexivos e de interação, preservando relativa consciência sobre o projeto assistencial (PEDUZZI, 1998). Portanto, se comparado a outros tipos de trabalho, o trabalho em saúde preserva uma maior autonomia na produção do cuidado, ainda que essa autonomia esteja mais no plano técnico e bastante superada no plano do controle do processo de trabalho (SCHRAIBER, 1993; 2008; GOMES, 2017), já que a institucionalização e o assalariamento impõem ao trabalho regras relativas à institucionalização, legislações trabalhistas e acerca do funcionamento da assistência e regras relativas a cada categoria profissional (PIRES, 2008).

Ainda que o trabalho em saúde enfrente redução de autonomia técnica e graus de padronização da assistência, a transferência do saber do trabalhador para máquinas ocorre de maneira limitada, dependendo ainda de trabalho vivo para a operação das máquinas e realização do diagnóstico e da terapêutica. Como vimos nos relatos anteriores, no trabalho dos CAPS, essa redução de autonomia e a captura do trabalho vivo se dá mais na forma de protocolos e estabelecimento de fluxos assistenciais do que pela inserção de máquinas e equipamentos.

O estabelecimento dos trabalhos especializados no campo da saúde, implica, de um lado, a individualização de profissões com ações próprias e singulares no processo assistencial. De outro, acarreta novos recortes do objeto e a instrumentalização de práticas a partir de novos saberes. Desse modo, o trabalho em saúde vai se caracterizando cada vez mais pela complementariedade e interdependência dos trabalhos especializados, pela articulação entre eles, pela autonomia técnica e interação entre seus agentes (PEDUZZI, 1998).

A intensa fragmentação, todavia, se a um tempo permite o aprofundamento do conhecimento sobre domínios particulares da realidade, também diminui a reflexividade do agente individual e coloca no horizonte o desafio da recomposição do objeto e do processo de trabalho. Isso tem ocorrido pela ampliação do trabalho em equipes (em grupo, em times) (PEDUZZI, 2008), ou ainda pela maior necessidade de funções de gerências (CAMPOS, 1998). Importa destacar que, em relação às funções de gerência, essas se apresentam não somente como função técnica, mas política, como parte do trabalho intelectual que exerce função de controle. Já o trabalho em equipe, como modalidade de trabalho coletivo, busca uma recomposição parcial da fragmentação pela relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes (PEDUZZI, 1998).

Em ambos os serviços investigados, o processo de trabalho era realizado por uma diversidade de agentes especializados, incluindo diversas profissões da saúde e contando com o apoio de outros agentes profissionais, não diretamente envolvidos com o cuidado. Os dois

serviços possuíam funcionamento 24 horas, contando com equipes que trabalhavam em turnos. A equipe do CAPS TM estava composta, no momento do início da coleta de dados por 35 funcionários, sendo 33 contratados pela fundação estatal e duas funcionárias terceirizadas, realizando serviços de limpeza. Os profissionais contratados pela FEAES se dividiam nas seguintes categorias profissionais: cinco terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, dois assistentes sociais, sete enfermeiros, doze técnicos de enfermagem, dois médicos psiquiatras, dois auxiliares administrativos. Além desses, havia um profissional com função de coordenação. O serviço não contava com oficinairos¹⁷² de nível médio e segundo a coordenação, havia déficit de um profissional de enfermagem e um médico psiquiatra. No final da coleta, a equipe contava com mais uma coordenadora indicada pela secretaria municipal de saúde e mais um profissional de enfermagem. Além disso, a relação entre terapeutas ocupacionais e psicólogos havia se modificado, passando a ter três terapeutas ocupacionais e quatro psicólogos¹⁷³.

A equipe se organizava em duas “miniequipes” para facilitar a discussão e acompanhamento de casos e para facilitar o contato com os NASF¹⁷⁴, com quem articulavam a maior parte dos casos que envolvia a Atenção Básica. O contato com outros pontos de atenção, para articulação dos casos, se dava por meio telefônico com a UPA e também presencialmente no caso dos NASF. No decorrer da coleta foi possível perceber que os contatos com NASF se tornaram mais difíceis de ocorrer pessoalmente e passaram a ocorrer majoritariamente por telefone. Confirmando as afirmações de Oliveira, Pompei e Santos (2017), havia uma tendência a esses encontros se restringirem a casos imprevistos e urgentes, com a dificuldade de torná-los periódicos e regulares. Também se confirmou a maior facilidade de estabelecer contatos com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em detrimento de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada miniequipe era responsável, ainda, pelo acompanhamento de uma das duas Residências Terapêuticas presentes no território.

¹⁷² Essa função não consta no quadro funcional da FEAES, não contando os serviços com esse tipo de profissional desde que a fundação assumiu a gestão no lugar das ONGs.

¹⁷³ O remanejamento interno de profissionais entre os CAPS permitiu alterar essa relação, já que no momento não havia mais psicólogos na lista de chamada do teste seletivo, motivo pelo qual haviam sido chamados mais terapeutas ocupacionais para completar o quadro.

¹⁷⁴ No momento inicial da coleta a equipe era referência para três distritos da cidade (aproximadamente 450 mil habitantes), que compreendiam 24 Unidades de Saúde. Contava com 249 usuários ativos, oito leitos e um leito de observação. No momento final da coleta, a área de referência havia sido expandida para 4 distritos (aproximadamente 619 mil habitantes), que compreendiam 29 Unidades de Saúde. Contava, então com 192 usuários ativos.

A equipe do CAPS AD, no início da coleta, estava composta por 35 pessoas, sendo 33 profissionais contratados pela FEAES e duas funcionárias realizando serviços de limpeza. A composição da equipe contratada pela fundação, era a seguinte: dois assistentes sociais, três terapeutas ocupacionais, três psicólogos, sete enfermeiros, doze técnicos de enfermagem, um médico psiquiatra, dois médicos clínicos, dois auxiliares administrativos, um coordenador. Segundo a coordenação da equipe¹⁷⁵, haviam deixado recentemente a equipe, um profissional de enfermagem, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, dois psiquiatras. Houve reposição de um psiquiatra e um médico clínico. O déficit considerado pela gestão, segundo a coordenação, era de apenas um enfermeiro e um psiquiatra, pois havia a alegação de que a equipe, anteriormente, estava funcionando com profissionais além do mínimo previsto na legislação. O serviço contava com dois oficineiros voluntários, fora do arranjo institucional¹⁷⁶. No momento final da coleta, a equipe havia sido integrada por mais uma coordenadora indicada pela secretaria municipal de saúde, uma funcionária terceirizada prestando serviços de limpeza e mais três profissionais contratados pela FEAES (um enfermeiro, um psiquiatra, um médico clínico)¹⁷⁷.

Essa equipe também estava organizada em duas miniequipes que dividiam as áreas de cobertura das Unidades de Saúde e dos NASF¹⁷⁸. O matriciamento só ocorria, em geral, por telefone e sem regularidade. Os contatos mais frequentes da equipe, além das Unidades de Saúde e UPA, se davam com a equipe do Consultório na Rua, do Ônibus Intervidas e da Unidade de Acolhimento, com quem compartilhavam casos.

As equipes se organizavam em reuniões semanais com a participação de quase todos os profissionais, excetuando os que estavam na ambiência no dia e que tinham maior dificuldade em estar na reunião. As técnicas de enfermagem tinham maiores dificuldades em participar e acabavam assumindo as demandas que ocorriam em horários de reunião. Além dessa reunião, havia uma reunião semanal das miniequipes, mais focadas na discussão de caso e dos projetos

¹⁷⁵ Dados registrados em diário de campo.

¹⁷⁶ Segundo uma das informantes, um desses oficineiros estava na instituição desde a época das ONGs e realizava um trabalho que conflitava com a diretriz do serviço, baseado na abstinência e nos preceitos do "Alcoólicos Anônimos", além de apresentar cunho religioso.

¹⁷⁷ Segundo a coordenação, o número de médicos se apresentava maior, porque a carga horária de cada um era reduzida, de maneira que todos juntos somavam 60 horas de trabalho semanais. Havia ainda, déficit de um profissional de psicologia com previsão de contratação em breve.

¹⁷⁸ A equipe era referência para dois distritos da cidade (aproximadamente 400 mil habitantes), que compreendiam 26 Unidades de Saúde. No momento inicial da coleta contava com 270 usuários ativos e no momento final com 408 usuários ativos. O serviço possuía 12 leitos para acolhimento noturno.

terapêuticos. Essas reuniões eram compostas, basicamente, pelos técnicos de referência, profissionais de ensino superior, excetuando os médicos.

Havia ainda, uma reunião diária de passagem de plantão, que ocorria com os profissionais presentes no dia e que conseguiam participar de acordo com as demandas. As técnicas de enfermagem participavam dessas reuniões, mas também com menor frequência. Os médicos participavam da reunião de passagem de plantão e de miniequipe quando estavam no serviço e não estavam em atendimento. O mesmo ocorria com as reuniões gerais de equipe.

Nos plantões noturnos e de final de semana permanecia, basicamente, a equipe de enfermagem (em geral, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem), que se revezava em escalas para cobrir esses horários. Os trabalhadores administrativos participavam somente das reuniões gerais, e, pontualmente, foi possível observá-los nas passagens de plantão. Os trabalhadores terceirizados não participavam de reuniões de equipe. As atividades em grupo eram realizadas pelos técnicos de referência. Nos primeiros meses da coleta de dados as técnicas de enfermagem realizaram atividades com grupos no CAPS AD. Médicos não realizavam grupos.

Por essa descrição, realizada a partir das observações participantes, é possível perceber que a maior parte do trabalho com grupos, da articulação dos casos e dos projetos terapêuticos singulares estava concentrada nos técnicos de referência, o que mostra um reforço da lógica de trabalho em grupo nas miniequipes, mas uma cisão entre os técnicos de referência e os demais profissionais. Essa fragmentação do trabalho na equipe se mostrou em diversos momentos do grupo focal e das entrevistas. Uma das falas do grupo focal explicita, em parte, essa fragmentação:

Eu não sou TR, mas eu falo assim como da enfermagem, que o que falta muito é evolução realmente em prontuários. Se cada um fizesse a evolução de cada grupo de TR... Eu sei que tem gente lá que tem pacientes no grupo de TR. Mas isso eu acho que facilitaria muito o atendimento nosso. Porque se o paciente chega lá e quer um atendimento, se a gente pegasse o prontuário e conseguisse ler o que foi falado no grupo, o que foi evoluído ali, seria muito mais fácil para a gente poder resolver e ele não ter que procurar o TR de novo, sabe? [...] Eu acho que evitaria muita coisa, sabe? Um caminho aí que seria cortado, para poder resolver. Eu vejo isso. Sei que muitos não concordam, sei lá, mas isso acontece (extrato de grupo focal).

Nesse momento do grupo, a trabalhadora de nível técnico se posicionava frente às reclamações das técnicas de referência, pelo grande volume de prontuários a serem preenchidos individualmente, após cada grupo e cada atendimento. Sua fala explicita que, por não participar dos espaços de reunião em que são articulados os casos, mas ao mesmo tempo por serem as

profissionais que mais passam tempo com os usuários nas atividades de cuidado direto (principalmente os usuários que estão ocupando os leitos), o prontuário acaba servindo de instrumento unificador do processo de trabalho. As próximas falas explicitam um pouco das dificuldades percebidas pela equipe na relação com a "equipe de enfermagem"¹⁷⁹:

Acho que o mais difícil num CAPS é a atenção à crise. Porque a gente depende de uma equipe noturna, de uma equipe de final de semana. Uma equipe noturna que não participa das discussões, que não delibera sobre aqueles casos estarem ali ou não. Emite opiniões, mas não é em última instância que delibera. E a equipe, por vezes, não contribuiu nas condutas. Às vezes medica demais, ou não contribui na escuta. A pessoa que tem crises mais à noite, mais final de semana. São momentos que aparece mais coisas que no dia-a-dia não aparece, até porque tem menos pessoas [...], rola um descompasso, por vezes. E acaba internando. Porque não é uma equipe multi, só enfermagem. [...] Então acho que isso fica defasado e ajuda nas fragmentações (extrato de entrevista).

As técnicas de enfermagem não participam das reuniões de miniequipe, não participam das reuniões de passagem de plantão. Então fica tudo meio solto, discute os casos meio solto. Aí a gente tem que passar as histórias dos casos e ficam umas informações soltas, elas não conseguem elaborar as informações, às vezes fica pesado pra elas. Às vezes até não escutam os usuários como uma forma de proteção, de defesa, porque não sabem lidar com determinadas informações. E a gente precisa que elas escutem, porque elas ficam mais tempo com eles, mas também não têm mecanismos para isso. Por exemplo, em vários casos usam conselhos religiosos, que era a alternativa que a pessoa tinha para lidar com aquela demanda. Ficou doze horas com a pessoa no final de semana, a pessoa chorando e tentando se matar e ela foi tentando achar as ferramentas que tinha. Tentando não usar medicação, mas aí não tem outras técnicas também, enfim, vai criando no processo (extrato de entrevista).

Porque gira muito, a gente sofre muito, a gente trabalha fim-de-semana, trabalha feriado, é equipe reduzida, passa poucas e boas que o restante da equipe não vê. É muito diferente um usuário que está tirando todos os lixos, fazer isso dia de semana, quando tem todo mundo vendo, quando todo mundo pode pontuar pra ele e fim-de-semana que não tem higiene, que a gente só tá em três, que tem que ficar manejando ele o tempo inteiro pra não se colocar em risco. [...] O adoecimento da equipe me preocupa bastante. [...] A gente tem ao longo desses anos, buscado o nosso espaço, colocar a nossa voz, colocar a nossa opinião, nosso ponto de vista, falar nas reuniões de miniequipe, dar nossa sugestão nas passagens de plantão. Então acho que [...] a gente tem conseguido se inserir nesse cuidado multidisciplinar (extrato de entrevista).

Em relação aos médicos, as falas evidenciam um avanço em relação às que já foram desenvolvidas em outros momentos do serviço, bem como uma postura mais aberta de alguns profissionais para o trabalho em equipe, no entanto, a organização do serviço e a divisão do trabalho acabam por reforçar a postura ambulatorial dos médicos que têm agenda a cumprir e ficam presos à lógica da consulta, reproduzindo um processo hierárquico e verticalizado:

¹⁷⁹ Seu papel é tão diferenciado em alguns momentos, centralizando os cuidados clínicos e respondendo por demandas técnicas, que a referência, diferentemente das outras profissões, é a uma "equipe de enfermagem". Dessa equipe, os enfermeiros são os que estão incluídos na "equipe de enfermagem" e na "equipe".

Poderia ter médicos menos ambulatoriais, que façam grupo e que não fiquem nas salas. As médicas, elas discutem caso e tal. Mas é isso, elas só atendem no consultório e naturalizam esse trabalho. Tipo, são as médicas que têm agenda. Já são muito avançadas porque participam da passagem de plantão e das reuniões de miniequipes e pensam caso junto, pensam o PTS junto. Isso já é muito avançado. MUITO avançado. Conversam com a equipe, isso é MUITO avançado. Mas nem é uma questão pensar em fazer grupo ou questionar a medicação, discutir os efeitos iatrogênicos da medicação. A postura ainda é hierarquizada. [...] E tem muitos jogos de poder envolvido também. O que uma médica fala é diferente do que outro profissional fale. A relação com as técnicas de enfermagem... Enfim, tem esses jogos no decorrer da equipe, das relações institucionais que podem emperrar para os usuários, porque daí uma vai ficar boicotando a conduta da outra. Sei lá: "Eu acho que não é mais medicação supervisionada". E as pessoas continuam a dar. Ou eu acho que tem que dar e as pessoas são grossas quando a pessoa vai receber. Daí a pessoa não vai querer mais se medicar. Ou eu acho que a pessoa tem que participar de tal grupo e a pessoa não faz por onde para construir vínculo para a pessoa entrar no grupo [...], certos boicotes de combinados (extrato de entrevista)

A divisão do trabalho no campo da saúde se deu com a centralização do trabalho médico como curador, delegando parte do trabalho manual para outras profissões e profissionais, produzindo uma cisão entre a função de "curador", concentrado no médico responsável pelo diagnóstico e pela terapêutica, e a função de "cuidador", concentrada nas equipes de enfermagem responsáveis, mais diretamente, pelo cuidado manual e cotidiano (PEDUZZI, 1998). Nesse processo não ocorre somente uma divisão técnica do trabalho, mas também uma desigual valoração social entre os trabalhos mais manuais e aqueles que concentram partes mais intelectualizadas da atividade. Essa desigual valoração social acaba por se reproduzir no interior do próprio trabalho médico na fase da medicina tecnológica, entre profissionais mais e menos especializados com valorações sociais distintas. A categoria que tinha relativa homogeneidade na fase da medicina liberal, passa, desse modo, por modificações nas suas formas de cooperação (PEDUZZI, 1998).

Ocorre que essa desigual valoração social não se dá somente na relação das demais profissões com o trabalho médico, mas também no interior dessas profissões, com a conformação de núcleos mais "intelectuais" e mais "manuais" da atividade. Isso ocorre, por exemplo, com a enfermagem que concentra funções de supervisão e administração do trabalho dos técnicos de enfermagem.

Dessas diferenças técnicas e desigualdades de valoração social decorrem relações hierárquicas e de subordinação que perpassam o trabalho em equipe no contexto do trabalho socializado. Há uma tendência, portanto, de as equipes reproduzirem vários planos de fragmentação em relação às diversas atividades, saberes e campos disciplinares (PEDUZZI,

1998). A divisão técnica, no entanto, também acaba por impor objetivamente a complementaridade e interdependência entre os diversos trabalhos especializados na mesma área de produção, solicitando a colaboração entre os "desiguais" (PEDUZZI, 1998) e entre os campos disciplinares nas relações objetivas em que se produz a interação com os usuários e o cuidado. Não à toa na produção sobre o trabalho em equipe evoca-se constantemente o debate sobre a multiprofissionalidade e a interdisciplinariedade.

No campo da saúde mental não é diferente. O modelo psiquiátrico hospitalar reproduzia uma divisão técnica do trabalho centralizada no trabalho médico e no saber biomédico, ainda que o objeto de trabalho tivesse sempre dificuldades em se enquadrar no padrão "localização, objetivação, intervenção". Com os movimentos por reforma psiquiátrica em meados do século XX, passam a surgir as primeiras experiências mais amplas e sistematizadas de atenção à saúde mental fora do espaço asilar e incorporando o trabalho em equipe. Yasui e Costa-Rosa (2008) afirmam que no Brasil dos anos 1980, a criação de ambulatórios de saúde mental com equipes multiprofissionais era apontada como o primeiro passo da reforma psiquiátrica e tida como um promissor instrumento de mudança da realidade manicomial.

O trabalho ambulatorial se afirmava como o modelo de uma "boa assistência à Saúde Mental", mas logo foi possível perceber que reproduzia a mesma lógica biomédica hierárquica, com atividades compartimentalizadas entre os diferentes profissionais e subordinadas à autoridade do trabalho médico. A Unidade de Saúde tornava-se, assim, a porta de entrada para o encaminhamento do trabalho especializado e o maior acesso às consultas, sem questionar as bases sobre as quais se estabelecia o diagnóstico psiquiátrico, reproduzia fora do hospital a mesma lógica hospitalar, funcionando como agenciadora, no território, de clientela para o hospital. De uma promessa de reforma psiquiátrica tornava-se, então, um reforço da lógica manicomial e a garantia de sobrevivência do hospital.

A consulta médica continuava sendo tomada como a principal diretriz para a avaliação dos sujeitos em sofrimento e o saber médico imperava sobre os demais saberes que tinham papel secundário. Os atendimentos, nesse modelo, seguem a lógica da produtividade de consultas que se tornam cada vez mais curtas, repetindo a lógica liberal de trabalho (seja do médico, seja do psicólogo). O trabalho em grupo, quando ocorre, está reservado a enfermeiros e assistentes sociais, geralmente com caráter pedagógico tradicional e sem responder às demandas subjetivas específicas dos indivíduos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). A relação entre os profissionais se dá prioritariamente na lógica da referência e contrarreferência e as

reuniões visam mais as questões administrativas do que a articulação do cuidado, ou se restringem aos casos mais graves que se impõem como necessidade.

Na mesma linha de pensamento, Almeida Filho (2000) descreve a multiprofissionalidade como uma justaposição de disciplinas em um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares. Dessa forma, e segundo esses autores, pode-se definir o multidisciplinar como uma somatória de diferentes campos que não estabelecem diálogo e não apresentam nenhuma cooperação entre si necessariamente, mantendo seus limites e fronteiras e olhando sob suas perspectivas e a partir de seus lugares para um mesmo objeto, no caso, o sofrimento psíquico. A equipe multiprofissional, por esta caracterização, já está fadada a ser um apenas um agrupamento de profissionais de distintas áreas que ocupam o mesmo espaço físico.

Essa configuração multiprofissional, já analisada e criticada desde muito cedo, está de acordo com a lógica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador que, por sua vez, está em sintonia com a lógica da divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção¹⁸⁰ (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.32).

Para esses autores, o modelo da atenção psicossocial implica uma organização das práticas em saúde que supere as atividades curativas, individuais, assistencialistas e organizadas em especialidades. Esse modelo estaria fundamentado na integralidade, no trabalho em equipe e nas práticas coletivas de saúde, não se pautando por uma prática privada e regida pela lógica de mercado, na qual as parcerias se moveriam somente por interesses comerciais (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Percebe-se, desse modo, que os autores relacionam a maior especialização com a atuação multiprofissional, que deveria ser superada por um trabalho em equipe pautado pela interdisciplinaridade, no qual a relação entre as disciplinas se daria pela concretude dos casos singulares e das necessidades, com menor reserva de mercado para cada ação privativa das profissões e um desenvolvimento de uma escuta voltada à existência-sofrimento dos sujeitos. Nas entrevistas das participantes da pesquisa essa é uma reflexão constante e ambígua. Caracterizam o modelo das ONGs e de outros CAPS em que trabalharam como dividido por especialidades, verticalizado e subordinado ao trabalho médico. Porém, constantemente

¹⁸⁰ Como procuraremos demonstrar nas próximas páginas, em nosso entendimento não é somente o trabalho multiprofissional fragmentado que corrobora e reforça o modo de produção capitalista. O capitalismo em sua fase de acumulação flexível tem se utilizado do trabalho em equipe (em grupos) para o aumento da polivalência e a diminuição da porosidade, com a finalidade de aumento do lucro. Logo, é possível existir formas de trabalho em equipe que reproduzem uma sociabilidade privada e estão plenamente adaptadas ao modo de produção capitalista. Em geral, os autores do campo da saúde coletiva têm feito essa afirmação, considerando o modo de trabalho fordista-taylorista. Acreditamos que é preciso expandir essas reflexões para as características atuais dos processos de trabalho flexibilizados, sob pena de reforçar com um discurso crítico, práticas que superam parcialmente a fragmentação, mas continuam reforçando uma lógica concorrencial e de mercado, no interior dos equipamentos públicos de atenção à saúde.

apontam a polivalência que acarretava o trabalho de técnico em saúde mental sem divisão de especialidades, a sobrecarga e a dificuldade de estabelecer uma identidade profissional sem demarcar sua área de formação. Retomam, aqui, o debate sobre núcleo e campo de saberes e competências e parecem apontar maior interdisciplinaridade no momento em que conseguem organizar o processo de trabalho, de maneira a atuar no núcleo e no campo ao mesmo tempo:

Nos outros CAPS que eu trabalhei não tinha TR. Às vezes podia até ser dado esse nome, mas não era esse trabalho que a gente fazia. Era muito por especificidade: o TO toca oficina, o psico toca grupo psicoterapêutico, a assistente social toca um grupo, a enfermagem faz... era bem restrito. Era cada um meio que na sua. Não havia esse trabalho de referência, de você cuidar do usuário individualmente, assumir o caso pra você e passar para a equipe. Então era uma responsabilidade bem maior também. Nos outros CAPS você só acolhia e inseria. A gente tinha uma lista de espera nos CAPS antigos. Ah, se tem vaga insere. Independente se precisa de CAPS ou não. Aí aqui a gente tinha que ver: "Precisa mesmo?". Porque não tem mais a lista de espera. A gente pode lotar o serviço e não conseguir fazer nada. Então tinha que ver os casos mais graves. [...] Muita mudança. E na minha formação eu não tive nada disso. Eu tive o modelo antigo. Então foi tudo novo. A gente saiu do zero. [...] Eu também não bancava aquele modelo anterior, eu era bem contrária, porque eu não via valorização na minha área. E parece que a gente não trabalhava em horizontalidade. E eu acho que a forma de CAPS atual é mais horizontal. Então o que eu falo também entra, o que a assistente social fala também entra, a gente é mais valorizado a nossa formação. Isso pra mim foi bem importante. Não existe um saber médico ou psicológico que domine. Por mais que no começo ainda veio dominando. [...] Lógico que acolhimento eu ainda acho complexo, por mais que eu já tenha um bom domínio. Esses últimos anos, um ano e meio, dois anos, a gente estava trabalhando as especificidades, porque daí a gente saiu do TR que faz tudo, como era no começo, a gente fazia absolutamente tudo. A gente cuidava do caso do paciente, só que aquilo acaba com você, era adoecedor. [...] E daí a gente saiu disso e começou agora a trabalhar as especificidades. Então agora tem um trabalho mais específico também, que eu desenvolvo. Então não fica só no TR. O TR consegue organizar pra equipe também assumir o caso, é mais um porta voz (extrato de entrevista).

Eu acho que se tem várias profissões dentro de um serviço é que é para ter o olhar de todas essas profissões. [...] Quando eu tenho uma equipe em que eu trabalho junto com uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social, as visões têm que ser agrupadas dentro do tratamento desse usuário. E como TO eu entro fazendo outro grupo com base na minha especificidade. Então no começo eu acho que estava todo mundo meio que sendo só TR, fazendo tudo e foi tendo várias crises de outras profissões lá dentro. [...] Porque estava muito todo mundo fazendo tudo e ninguém feliz com isso, você acaba não fazendo aquilo que você se formou pra fazer, você não se sente preparada. [...] Daí a gente sentou e pensou o que cada um podia trazer pra equipe dentro da sua especificidade e eu acho que as pessoas ficaram mais felizes (extrato de entrevista).

No âmbito concreto do processo de trabalho percebe-se um grande engajamento dessas equipes com as finalidades do trabalho e com os projetos terapêuticos dos usuários, ao mesmo tempo, um esvaziamento dos espaços teóricos e de reflexão da equipe. As transformações no processo de trabalho, ao menos aquelas operadas pela própria equipe em sua organização dos

processos cotidianos, vão sendo realizadas a partir das dificuldades vivenciadas, e poucas reflexões teóricas aparecem para apoiar os processos de reorganização do trabalho.

A recomposição parcial da fragmentação do trabalho é vivenciada pelas profissionais como um processo difícil e, por mais dispostas que estejam a realizar um trabalho conjunto que ultrapasse o núcleo de especialidade, há um embate constante com o respeito ao corporativismo e à disciplinabilidade. Nesse embate, que não ocorre entre grupos diferentes, mas às vezes nas mudanças de posição de uma mesma pessoa, ora predomina um polo, ora outro. Estão ausentes, no entanto, as reflexões mais amplas sobre a divisão técnica do trabalho e suas implicações. Fazem-se também ausentes as reflexões sobre diferentes concepções do processo saúde-doença, que são tratadas como homogêneas ou disputadas sem muita consciência no âmbito dos projetos terapêuticos singulares. Isso resulta em momentos de atuação mais coletiva nos projetos e momentos em que hierarquias e sobreposições de especialidades, se manifestam com mais força:

Quando eu fui trabalhar no CAPS o que mais me seduz, o que eu mais gosto é poder trabalhar em equipe e eu poder dividir a minha percepção da realidade. E muitas vezes com pessoas que não são da minha profissão, isso me fascina, sabe? Ouvir uma opinião diferente, um olhar diferente do outro e em torno disso você estar sempre aprendendo (extrato de entrevista).

Mas me agrada muito quando alguém na passagem de plantão diz: “Acolhi uma pessoa assim, mas eu acho que pode ser problema na tireóide”. Eu me sinto orgulhosa, sabe? Que não que seja um trabalho só meu, da minha especificidade, da minha profissão, mas que mais pessoas, tendo contato comigo, tendo contato com os outros profissionais da enfermagem, com os outros médicos, aprenderam isso para si. Compreenderam que as alterações clínicas podem sim causar alterações no comportamento, na fala, no sono, enfim. [...] Eu aprendi coisas da assistência social, aprendi coisas da terapia ocupacional, aprendi coisas da psicologia, que se eles não me ensinassem, se eles não me permitissem conhecer, seria muito mais difícil. [...] E pra mim eu acho que é um desafio que está dado no serviço, como a gente ser generalista a esse ponto, de ser técnico em saúde mental. Claro que vão ter divisões de trabalho, funções, mas eu ainda acho que rolam muitas cisões (extrato de grupo focal).

Principalmente na minha miniequipe isso é bem forte, de a gente conseguir dar o olhar de cada profissão, o conhecimento de cada profissão sobre o usuário. É que estamos juntas há praticamente quatro anos. Então a gente criou uma identidade bem forte de uma saber do usuário da outra, ter a liberdade de falar qual é sua visão, de ter essa liberdade de falar da especificidade. E a gente respeita muito a especificidade. Tipo: ‘Ah, eu preciso agora da enfermeira aqui, eu preciso dessa visão. Eu preciso da psicóloga. Eu preciso da TO’. E a gente conseguiu na equipe se colocar como essas profissionais e falar o que o profissional faz. Mas isso foi uma construção da equipe. De estar perdido num período ali e de se construir individualmente, novamente, para se colocar no grupo (extrato de entrevista).

A dificuldade de realizar um trabalho que exige mais do que o enquadramento ambulatorial, vai conferindo maior importância para o plano das interações, não só dos técnicos com os usuários, mas entre os técnicos. Schraiber (1993; 2008) demonstrou, como na passagem do trabalho liberal para a medicina tecnológica o plano das interações entre agente e usuários vai sofrendo modificações, com as relações passando a se dar mediadas pelas instituições e pelos instrumentos. Dessa maneira, os vínculos entre agentes e usuários se fragilizam, passando a ser mais forte o vínculo dos usuários com as instituições. Também as relações passam a ser mediadas mais fortemente pelos instrumentos, de maneira que tanto médicos dependem mais dos exames complementares, por exemplo, do que do exame físico para seus diagnósticos, como também, os usuários entram em relação com os agentes esperando a interposição de exames e da medicação. A boa prática, do ponto de vista dos usuários, passa a estar definida pelo maior uso das tecnologias.

Do ponto de vista das relações entre a equipe, a falta de clareza ou o abandono da dimensão do projeto terapêutico desloca as interações para um plano mais pessoalizado. Esse mecanismo é reforçado pela subjetividade própria das relações privatizadas e competitivas do modo de produção capitalista. Por esta feita vemos que grande parte das referências que as trabalhadoras fazem ao trabalho em equipe está marcada por conflitos que aparecem como "pessoais", como "fofoca" ou intrigas que dificultam o cotidiano de trabalho, expressam-se no boicote das deliberações e ações terapêuticas definidas pela totalidade da equipe, e, em última instância, atingem diretamente os projetos terapêuticos dos usuários e as finalidades da produção do cuidado:

E tem muitas pessoas que não fazem essa diferença acho que do pessoal para o profissional, lá dentro. Então acabam adoecendo por ter um contato tão íntimo com o usuário. Ou então entre a própria equipe, achar que qualquer crítica que você fale é pessoal e não profissional. E acaba sempre tendo aquelas confusões, briga. A gente tira sarro que é mais difícil lidar com os profissionais lá, com a equipe, do que com o próprio usuário. Eu sei que se eu sentar e conversar com o usuário, a gente vai se acertar, vai conseguir dar um caminho pra coisa. E com a equipe parece que é sempre... Não sei se por todo mundo estar sempre muito com os nervos à flor da pele por conta de todas essas mudanças, também. Ultimamente foi isso, né, a gente teve uma troca de coordenação em meia hora no CAPS. Tinha uma coordenação a uma hora da tarde. Uma e meia essa coordenação avisa que vai sair e a outra coordenação está chegando. Numa segunda-feira, em que tinha profissional que não ia, que é um dia bem ruim, assim. Daí você recebe isso com vários profissionais saindo, profissionais novos entrando. Não tem um cuidado pra lidar com a transição. Então eu acho que isso adoeca muito, também, porque todo mundo precisa de um trânsito pra ir se acostumando com a ideia. Muitas vezes os usuários entram em crise por conta desses contextos em casa, né? Problemas que acontecem e não sabem... E a gente tem que estar ali, firme e forte (extrato de entrevista).

Eu acho que a equipe é muito difícil de trabalhar. Nos dois primeiros anos foi mais difícil pra mim. Eu pensei em desistir. Por causa da dificuldade em trabalhar em equipe, essa dinâmica do CAPS que se você não souber, o paciente faz com que você se volte contra a equipe. [...] Porque no CAPS sempre tem um bode expiatório. Acho que também por ser uma equipe muito imatura, tinha muita gente que era o primeiro emprego ali. [...] As pessoas diziam o que queriam, trabalhavam na hora que queriam trabalhar, não tinha um fluxograma, uma coisa assim estruturada, sabe? [...] [A falta de uma hierarquia] fazia com que as pessoas se empoderassem, diziam o que queriam, falavam palavrão, tiravam sarro na sua cara, sabe? Olhavam pra uma fraqueza que viam que você tinha e usavam aquilo, sabe. [...] Isso que fez com que eu falasse assim: "Cara isso aqui é loucura, isso aqui é um colégio, um monte de gente fazendo *bullying*, é um colégio dentro do trabalho", entende? E você vendo aquelas cenas ali e uma coordenação que não conseguia ter pulso firme com isso [...] isso me causava muito transtorno. [...] Hoje a gente sabe mais quem é quem, hoje eu não me estresso mais tanto. Hoje a equipe está bem mais madura. [...] Então hoje eu já não penso em sair de lá (extrato de entrevista).

Infelizmente, se você ficar uns dias com a gente ali na sala de equipe, você vai ver que tem muitos comentários bem negativos do trabalho. Do próprio sistema, da própria Fundação, da prefeitura, dos profissionais e dos pacientes mesmo. [...] É uma fala de todos esses três anos que não muda, por causa que não tem segurança aqui, porque às vezes roubam um carro, riscam um carro, e no ponto de vista dos profissionais a fundação tinha que providenciar um tipo de segurança. Então essa coisa da vulnerabilidade que a gente vive num serviço desse sempre é uma queixa bem forte. Você chega e já vai ouvindo que os pacientes são manipuladores, mentirosos. Tanto que tem gente que chega aqui e não dá conta, não consegue ficar. Chegou uma médica agora aí por último que ela ficou uma semana aqui e falou pelo amor de deus me transfiram daqui. [...] Eu penso que esses comentários da equipe são bem assustadores. Os usuários, eu acho que eles recebem muito bem todo mundo que chega, porque cada pessoa que chega pra eles é: "Que legal, mais um profissional". Então não é deles que vêm comentários negativos, é da equipe. Sempre da equipe, mesmo assim. [...] Aqui a gente faz combinados e ninguém cumpre, senta na reunião lá uma manhã inteira e faz um monte de combinados, saiu dali e já esqueceu daquilo. [...] A gente sabe que não é fácil mesmo, a gente trabalha na prefeitura e a gente não tem uma caneta pra escrever, se eu não trago minha caneta, não tem uma caneta pra escrever. Teve uma fase logo que eu cheguei que não estava tendo insumos, tipo papel higiênico. Sabonete não tem até hoje. [...] A precariedade do serviço público é bem triste, a realidade. Então alguns comentários são fatos, são realidades, às vezes um pouco exagerada, dependendo do ponto de vista. [...] E outros são do processo de trabalho, da equipe não ser parceira. [...] Mas a gente tem amadurecido nisso pra organizar melhor (extrato de entrevista).

As falas acima destacam a influência que os conflitos na equipe têm, no processo de sobrecarga e adoecimento dos profissionais. Ademais, a todo momento em que se referiam aos desentendimentos na equipe, acabaram por ligar essas situações conflituosas a pressões e influências externas, seja pelas mudanças bruscas no processo de trabalho, seja com a falta de materiais e meios de trabalho, ou ainda com a falta de profissionais:

E o negócio de RH sempre me incomoda. Porque ainda está faltando gente, embora tenha melhorado bastante. Eu acho que nunca tem que faltar RH, nunca tem que faltar gente pra trabalhar, porque isso gera um turbilhão de coisas, de sobrecarga, de cansaço, de você vê que a pessoa tá irritada por estar sozinha. E isso me preocupa porque agora a gente recebeu mais um distrito e vai ter uma clientela maior. [...] Antes

a gente não tinha uma oferta terapêutica muito rica, porque a gente não tinha número de profissional pra ofertar. Muito entra e sai no nosso CAPS. A última foi uma enfermeira que ficou um dia (risos) (extrato do grupo focal).

Apesar de individualmente fazerem a ligação entre o tensionamento nas relações pessoais e as dificuldades estruturais e organizacionais no processo de trabalho, essas discussões não chegam a atingir o plano da reflexão coletiva sobre o processo de trabalho:

Eu acho que teria que ter mais reuniões pra deixar isso mais claro. Isso que eu faria, reuniões mais próximas. Não só a reunião de quarta-feira que todo mundo discute tudo, né? Nós tivemos uma época reuniões semanais pra discutir realmente o processo de trabalho, ver as dificuldades. Porque acontece assim, vai atropelando tudo, de uma semana pra outra. Daí que chegam nas confusões de equipe, confusões de ideias, né? Acho que se tivesse reuniões semanais pra discutir o processo de trabalho, acho que isso resolveria muita coisa. Porque cada equipe tem uma ideia, tem um pensamento, então tem casos que tem uma disputa grande. Cada um quer fazer uma coisa ali, entende? Cada um tem uma ideia pra fazer com o paciente, e aí que dá a discórdia. E o paciente acaba percebendo que a equipe não está entrosada para as decisões, para os combinados. Isso é bem ruim, porque dá mais trabalho, a equipe desorganizada dá mais trabalho pra manejar o paciente.[...] E o paciente não tem culpa, a culpa é dos profissionais que não se organizaram. E atrapalha a vida dele, dos pacientes (extrato de entrevista).

Interessante notar que as percepções das profissionais sobre o trabalho em equipe apresentavam maiores indícios de que compreendiam a equipe como um grupo que estava em processo. O mesmo entendimento se mostrou mais frágil quando relacionado ao trabalho com grupos que realizavam com os usuários, chegando algumas delas a afirmar que a produção de grupalidade não era uma finalidade do trabalho com grupos que realizava. Quando se referiam à equipe, falavam sobre diferentes momentos de grupalização e serialização entre os profissionais. Em geral, categorizavam isso como momentos de maior ou menor “maturidade” da equipe. Reconheciam, por exemplo, que a alta rotatividade de profissionais tinha impactos diretos no processo de trabalho e no vínculo estabelecido com os usuários e com os demais pontos de atenção da rede:

A equipe não deixa de ser um grupo e é bem difícil de lidar ali. Porque muitas opiniões diferentes, essas coisas assim. Não deixa de ser um grupo que tem problemas também. Eu acho que é muito isso de gente que está ali dentro e gosta de fazer uma fofoca. Então não fala ali na reunião, que é o espaço para falar isso, fala fora e acaba contaminando as pessoas de uma maneira que não precisa. Tem muita gente que leva tudo muito para o lado pessoal. Então o trabalho que a gente estava fazendo era disso. De maturidade para se falar as coisas, serem trabalhadas ali dentro, e como prosseguir, como dar um encaminhamento para aquilo. Não ficar só nisso de se queixar, se queixar, se queixar, se queixar e nunca ter uma proposta para melhorar aquilo (extrato de entrevista).

Tem rodado muito a equipe, tem saído muita gente e isso me deixa muito preocupada, porque se perde a característica do grupo, tem que falar tudo de novo pra outra pessoa, daí até ela engrenar, daí até ela entender mais ou menos como é que é o nosso serviço, então a gente quer que fique. Eu vejo que faz muita diferença o trabalho no CAPS quando as pessoas estão há muito tempo. Facilita muito o manejo, as pessoas já se entendem com um olhar, com uma ou duas palavras (extrato de entrevista).

Esse movimento entre momentos de maior serialização do grupo de trabalho e momentos de maior grupalização é apreendido por Peduzzi (1998), no âmbito do trabalho em equipe, pela diferenciação entre "equipe agrupamento" e "equipe integração". O primeiro caso está caracterizado pela justaposição de ações dos diferentes agentes. Já no segundo, há interação maior entre os agentes e articulação das ações, o que somente seria possível com a superação do isolamento dos saberes e seus campos disciplinares. O trabalho em equipe, desse modo, não é sinônimo de interação entre os agentes e superação do corporativismo de cada categoria profissional. Ele pode ocorrer sem romper a hierarquização entre as disciplinas e sem abalar a hegemonia do modelo biomédico na explicação sobre o objeto e em sua apreensão individualizada no plano anatomofisiológico.

As participantes da pesquisa reconhecem em diversos momentos que o trabalho solicita, objetivamente, a relação entre seus campos de saber e a cooperação entre elas. A recomposição do objeto em sua totalidade, por meio do trabalho em equipe, entretanto, tem se dado enquanto um processo conflituoso e adoecedor, mas também referido como um processo de aprendizado e crescimento pessoal e profissional. A presença ou ausência da função de coordenação para auxiliar nessa recomposição também é objeto de suas análises, muito embora as posições em relação às coordenações ressaltem a dimensão política dos coordenadores, sua função de controle e seu distanciamento em relação ao processo assistencial, em alguns momentos.

Yasui e Costa-Rosa (2008) contribuem com essa reflexão assinalando a necessidade de superar os conflitos pessoalizados no interior da equipe de trabalho, a fim de salvaguardar os interesses dos sujeitos em sofrimento:

Uma proposta de trabalho em equipe para a EAPs [Estratégia de Atenção Psicossocial] precisa reconhecer os processos cotidianos de trabalho como áreas de tensão e interesses sociais conflitantes encarnados por distintos atores, para justamente pôr a salvo desse conflito maior os interesses imediatos dos sujeitos do sofrimento (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.33).

Nas duas equipes investigadas, foi possível observar que os conflitos nas relações entre profissionais levavam a uma postura reativa e à fragmentação da equipe. Isso tinha como resultado, o reforço de uma postura disciplinar e de tutela na relação com os usuários. No fim

de cada discussão estava a negação de um direito (atestado, consulta etc.), a opção pela internação, ou o acionamento da guarda municipal no interior do serviço. O argumento já citado da "proteção e segurança da equipe" produzia, ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, um reforço do estigma de periculosidade ante os usuários e o acionamento dos recursos clássicos do modelo biomédico (internação, isolamento, medicação).

Ao mesmo tempo, durante o período da coleta de dados, foi possível acompanhar momentos de maior integração entre as equipes, quando os posicionamentos, mesmo que divergentes, levavam a uma ação conjunta que permitia o manejo de casos complexos:

Quando eu vejo que eu não estou sozinha, que eu olho pra minha parceira, ou meu parceiro e sei que alguém está junto comigo naquela situação, vivendo junto, só aquilo já me fortalece. Aí tá o poder do grupo também, entendeu? Então a gente também vivencia isso junto, a gente vivencia isso na equipe com situações que se eu fosse resolver sozinha.... Quando eu diluo na equipe eu consigo trabalhar muito melhor. Quando eu consigo falar com meus colegas e pedir opinião deles. Essa questão multidisciplinar, olha, abençoado seja quem inventou esse trem, sabe? [...] O poder do grupo, porque a gente vive mais em grupo, a gente faz mais coisas juntos do que sozinho, e a potência é o grupo (extrato do grupo focal).

Alguns aspectos contribuíram sobremaneira para esses momentos de maior integração das equipes. Os três principais fatores observados foram: 1) equipes que atuavam há mais tempo juntas e onde houve menor rotatividade de profissionais; 2) equipes nas quais a discussão sobre os modelos de atenção e a influência do projeto antimanicomial, não se restringia a uma dimensão técnica do trabalho (como conceitos a serem operacionalizados somente no plano técnico); 3) equipes que frente à ameaça de reestruturações produzidas pelas mudanças de gestão tiveram um movimento de grupalização:

No nosso caso é uma equipe que foi criada para ser cogerente, foi criada para pensar a totalidade, foi criada para se corresponsabilizar. Então é uma equipe que não engole a seco. Se a gente vai engolir, então vamos engolir com água. A gente sabia que ia ter que aumentar os acolhimentos, mas a gente ficou até o final, até a chefona da secretaria e da fundação chamarem a coordenadora e falar: "Vocês têm que aumentar os acolhimentos". E a coordenadora veio chorando pra gente: "Não vai dar pra segurar". Então é uma equipe que tem esse histórico de resistência, de luta.[...] Então a gente foi entendendo esse processo e foi se unindo. Hoje eu vejo que é uma equipe que está muito mais coesa, muito mais madura. É uma equipe que a maioria está há quatro anos juntas, as TR's. Teve um processo das pessoas quererem sair, se transferir de CAPS, e acabaram ficando. A gente sabe que está num momento de derrota, tem várias coisas bem piores acontecendo, a gente percebe que não atende a crise como atendia antes. Ao passo que ficar atendendo muita crise sem ter acompanhamento, sem ter oficinas terapêuticas, também era muito precarizado. Então, era uma cronificação mais velada. Porque você atendia a crise, mas também não conseguia continuar acompanhando (extrato de entrevista).

Ainda que os trabalhadores, durante a primeira gestão da fundação, fizessem queixas sobre não participarem do colegiado e não terem claras as diretrizes do serviço, a tentativa de implementar uma gestão colegiada parece ter tido influência sobre algumas das equipes, nos momentos posteriores de reestruturação. Todavia, também fica claro que o discurso da corresponsabilização, esbarra, a todo momento, em dificuldades estruturais no processo de trabalho (falta de profissionais, de estrutura, de meios de trabalho). Destacamos isso, pois nos parece que o discurso da “corresponsabilização”, longe dos meios concretos que possibilitem a tomada de decisões e implementações de projetos, concorrem apenas para maior culpabilização dos profissionais pelas insuficiências na produção do cuidado.

Na maior parte das avaliações sobre os conflitos no interior da equipe, assim como demonstra a fala da profissional de nível técnico que recuperamos anteriormente, essas disputas são vistas como “diferenças de ideias entre profissionais”, geralmente ligadas a posições divergentes sobre o projeto terapêutico de algum usuário. Essa visão atenua os conflitos como se estivessem relacionados a uma opção terapêutica, dentre várias. No entanto, em alguns momentos, as disputas foram também expressas como materialização de distintos modelos de atenção ou projetos para a realização do cuidado. Não à toa, os posicionamentos expressavam-se com maiores divergências nos casos em que se aventava o internamento em hospital psiquiátrico.

Essas disputas de posição, essas não compreensões de certas linhas, do tipo: “Ai, fulano olha muito pros usuários em vez de olhar pra equipe”. Como se isso fosse um... “Ai, passa a mão nos usuários”. Aí fica menos um debate técnico, menos clínico, e mais “Ah, é do perfil da pessoa”. Não, é uma concepção que tem por trás, uma discussão clínica que tem por trás, um raciocínio de miniequipe, uma passagem de plantão que por vezes as pessoas perdem (extrato de entrevista).

Teve momentos de muito entrave. De boicote mesmo. De não encaminhar as coisas que foram discutidas coletivamente, de disputa. Então a gente vive uma disputa ali bem clara. Tem as pessoas que acham que o internamento é uma opção e as pessoas que acham que o internamento é a última opção. E essa disputa causa fissuras, causa desgastes, enfim (extrato de entrevista).

Semana passada a gente teve uma discussão de caso e a gente chegou à conclusão que é isso: que tem uma equipe que vê o internamento como a última opção, e pessoas da equipe que veem o internamento em hospital psiquiátrico como uma das opções. Então, no caso de um idoso em mania que temos dificuldade de manter no leito porque tem escadas, a equipe da última opção vai dizer para tentarmos um leito no CAPS AD, e a outra equipe vai achar um absurdo, porque é na clínica AD e defender o hospital psiquiátrico porque divide AD e TM. Vai pensar que é melhor um hospital psiquiátrico do que um CAPS AD. A outra equipe vai dizer: “Não, a gente tenta fazer visita, a gente tenta articular o caso, a gente tenta assistir em liberdade, comunidade, etc.”. Então a gente está conseguindo entender, inclusive, as divergências. E antes ficava uma coisa: “A galera manicomial e a galera da reforma”. [...] Hoje a gente diz:

"Meu, faz parte da RAPS isso. A RAPS cabe isso". É complementaridade dos serviços e não substituição dos serviços. Então cabe esses argumentos dentro do mesmo CAPS (extrato de entrevista).

A disputa de modelos de atenção, como formas particulares da disputa de interesses e projetos políticos na reforma psiquiátrica brasileira, portanto, se atualiza no cotidiano das equipes produzindo fragmentação das equipes, desgaste, adoecimento e desresponsabilização pelos casos atendidos. Em vários momentos da observação participante e das entrevistas, foi possível perceber que essa disputa não é consciente para o coletivo de trabalhadores e que a discussão de um projeto terapêutico do serviço, se perdeu. As discussões giram em torno dos projetos terapêuticos singulares, mas não ocorrem discussões sobre a finalidade do serviço e das práticas em saúde mental de maneira geral, sendo retomadas, principalmente pela coordenação das equipes, em momentos pontuais, quando há um manejo equivocado ou problemático de algum caso, com consequências ou potenciais consequências aos serviços e aos trabalhadores.

Foi possível observar, ainda, que a justificativa para ações que instrumentalizam o modelo biomédico e para ações que instrumentalizam o modelo psicossocial, eram ambas sustentadas por argumentações que incluíam conceitos da reabilitação psicossocial. Desse modo, inclusive, internações chegavam a ser justificadas como contribuindo para a autonomia e bem-estar dos usuários, numa inversão que mantém os conceitos do ideário reformista presentes na política de saúde mental e esvazia seus conteúdos e a indissociabilidade entre eles¹⁸¹. Pelas falas anteriores se nota que mesmo a integração da equipe, que ocorre em alguns momentos, só é conquistada pelo abandono das posições antimanicomiais, ou do modelo psicossocial, em favor do consenso da equipe e da possibilidade de continuidade do trabalho conjunto.

Acerca dos momentos de integração da equipe, Peduzzi (1998) considera, ainda, que a "equipe integração" só existe quando a recomposição parcial da fragmentação ocorre com o estabelecimento de um projeto assistencial comum, o que se dá na interação dos profissionais no contexto de trabalho. Compreendemos que isso se dá, porque com o deslocamento da

¹⁸¹ Em defesa das equipes, é preciso considerar que essas inversões conceituais acabam sendo impulsionadas pelo contexto concreto de falta de recursos e condições para a efetivação de um trabalho intersetorial e territorial. Não raras vezes, por exemplo, os trabalhadores do CAPS AD, frente à inexistência e ao desmonte das políticas públicas, precisaram recorrer a internações em comunidades terapêuticas para garantir abrigo a algum usuário em situação de rua ou proteção em relação a ameaças de traficantes. Essas situações, por sua recorrência, acabaram por naturalizar o uso desse tipo de recurso que acabava se automatizando em casos em que não seria necessário ou em que o internamento em comunidades terapêuticas ou no hospital psiquiátrico ocorria mais por desgaste da equipe ou do profissional em lidar com o caso do que por indicação terapêutica.

dialética teoria e prática do agente individual para o trabalhador coletivo em saúde, não se trata somente de considerar o agente individual dotado de finalidade, mas a unidade de vários trabalhos especializados combinados, munidos de um projeto terapêutico e de condições para realizá-lo.

A tendência de socialização do trabalho e aumento da complexidade tecnológica produz não só hierarquias e subordinações, mas simplifica o aspecto reflexivo do trabalho. Ainda que no processo de trabalho em saúde mental vejamos menor inserção de tecnologias na forma de máquinas e equipamentos, quando o elemento reflexivo e criador do trabalho (que se mostra na adequação das intervenções às necessidades e carecimentos por meio do projeto terapêutico) se faz menos presente, verifica-se uma hegemonia maior da dinâmica propiciadora da alienação (GOMES, 2017). Quanto menos consciência tem o coletivo de trabalhadores acerca do projeto terapêutico que dirige e articula os meios de trabalho para as intervenções em favor de certas finalidades, mais desumanizados se tornam os vínculos entre os trabalhadores e destes para com os usuários, bem como menos sentido percebem em suas ações e mais vulneráveis estão a vivenciar com sofrimento, os impactos de suas práticas.

Um dos impactos da alienação no trabalho em saúde dá-se a conhecer na tendência aos agentes se constituírem em meios na relação entre usuários e a tecnologia (SCHRAIBER, 2008). Na saúde mental essa inversão se dá mais comumente na relação com a medicação e o internamento. Os meios vão sendo reificados e, no plano da consciência, elevados a sujeitos das práticas (GOMES, 2017). Essa inversão dos fins pelos meios tem impactos nos vínculos entre profissionais e usuários. Partindo de bases materiais, a alienação se expressa, não somente, em relação ao produto da atividade, mas face à atividade e aos outros seres humanos.

Se a alienação não pode ser superada sem a transformação das relações objetivas, há que se considerar que os diferentes trabalhos concretos produzem graus diversos de alienação. No caso do trabalho em saúde, quando as esferas da produção e do consumo estão unidas, a alienação tende a se apresentar em menor grau (GOMES, 2006) pela proximidade com o consumidor das práticas e a possibilidade maior de visualizar seus efeitos sociais. Pensamos, ademais, que parte do sofrimento vivenciado no trabalho, advém, contraditoriamente, dessa proximidade que coloca os agentes em contato direto com as determinações sociais do sofrimento e com a baixa efetividade das práticas operadas no modelo biomédico frente à complexidade da vida social. As práticas asilares e preventivistas típicas do modelo biomédico reproduzem com maior frequência a função de normatização e medicalização, contribuindo para aliviar as tensões sociais, mais do que o sofrimento dos indivíduos e coletividades.

No contato com o campo, presenciamos e escutamos relatos que evidenciavam a alienação do trabalho, a desumanização que acarretam e o impacto no sofrimento e adoecimento dos profissionais. Dentre essas destacamos uma como exemplo:

É normal receber alta quando foi pego lá dentro usando, ou se admitir que usou. Teve uma paciente que ela estava em uma situação bem complicada com a família, cárcere privado, sem vínculo, a mãe não quer saber e tal. E ela estava no leito, ficou lá um dia. No dia que ela chegou mesmo ela saiu do CAPS e foi usar droga. E a equipe, nós da tarde, sabia de toda situação de risco dela e ficou se questionando: "Ah, e agora? A gente vai mandar ela embora ou não vai? Porque ela saiu e usou. E agora?". Chegou a equipe da noite: "Não, tem que mandar embora, tem que mandar embora". Sei que uns eram contra, uns a favor, sei que a maioria ganhou de ela ir embora. Só que era situação bem de risco dela. E todo mundo se posicionou e mandou ela embora, sabe? Daí o que aconteceu? A menina desapareceu. A gente deu alta pra ela. Sei que a coordenação no outro dia falou um monte, que a gente não podia ter feito isso, que cada caso é um caso, que não poderíamos ter dado alta pra ela à noite, chovendo, e a paciente saiu sozinha, sem nada. [...] Já teve várias situações, essa aí é a mais recente, que mexe muito comigo porque na verdade eu não opinei nessa. Eu deixei a bomba explodir. [...] Ao mesmo tempo eu pensava: "Tem que ir embora, porque ela infringiu a lei aqui do CAPS, que é 'saiu, usou, tem que ir embora'". Mas por outro lado, eu pensava: "Meu deus, a situação dela, ela estava de cárcere privado do namorado, estava uma semana comendo ração de cachorro com água. A mãe não quer saber dela, tem já filhos que estão no Conselho. Ninguém quer saber mais dela. Está ameaçada por traficantes e a gente vai deixar ela sair?". Então eu me cobrei muito isso. [...] Então eu me senti muito mal de não dar palpite na hora. [...] Eu me senti uma covarde de não ter falado pra ela ficar, não quis enfrentar as outras pessoas. Há casos que você enfrenta uma situação que você é contra e você é muito malhado no grupo, pessoal te detona no grupo. [...] Tudo bem, ela saiu e ela falou que não sabia. Tá, vamos dar um crédito pra ela então, né? Deixar ela voltar. Porque ali é o quê? O CAPS é o quê? É um tratamento de droga, né? "Ah, ela saiu e usou". E quem está aqui faz o quê, então? Nós estamos aqui pra quê, então? Então eu vejo assim, que eu devia ter falado, devia ter imposto minha palavra. [...] Eu indo pra casa, eu fiquei imaginando aquela chuva e ela na rua, a mãe não queria que ela fosse pra casa, ela não tinha dinheiro pra passagem. [...] Por isso que eu digo, às vezes o pessoal muito tempo no CAPS pensam: "Ah, não quer nada com nada, deixa ela que vá embora. Usou droga, deixa ela que vá embora, então ela não quer ficar no tratamento". Só que às vezes não é o momento da pessoa, né? Às vezes ela não está preparada pra enfrentar aquela situação ali. Só que no caso dela... Tem o quê? Vinte anos a guria. Às vezes tá com a cabeça... Não sabe nem o que que é o tratamento. Ela nem tinha deitado ainda, ficou o dia inteiro andando, bem agitada, sabe? Então era o momento de a gente acolher ela, sabe? Tentar conversar, dar o conforto pra ela, sabe? A equipe não queria nem dar a janta pra ela. [...] Acho que a equipe ali está todo mundo se atropelando. Está todo mundo com raiva dos pacientes, com raiva da coordenação. Então a gente não está mais pensando mais no bem estar do paciente, o que que é o CAPS mesmo. [...] Isso é triste, porque eu não via isso antes. [...] De repente, estou ficando igual também. Às vezes eu paro e penso: "Meu, será que eu estou ficando igual em alguns momentos?". E se você fala algo é crucificada. Nunca vi um elogio (extrato de entrevista).

Ainda que não tenha sido o único, esse relato condensa um elevado grau de alienação e desumanização na relação do cuidado, chegando a subverter as finalidades da existência do próprio serviço, conforme ressalta a profissional, não sem produzir sofrimento em parte da

equipe. Fica explícita a reprodução da lógica manicomial que privilegia o atendimento às regras da instituição em detrimento das necessidades do sujeito em sofrimento.

As diretrizes de abstinência e normatização, típicas do modelo biomédico, hegemonizam a disputa pelo cuidado com implicações no cuidado ofertado à usuária (ou negado). Em relação à parte da equipe que defende a proposta, e àqueles que se abstêm, a finalidade da atividade se desloca da produção do cuidado para as regras institucionais, com uma importante redução das mediações que engendram o cuidado. A atividade que se esperaria ganhar sentido pelos produtos derivados da relação do cuidado, tem seu sentido reduzido ao cumprimento das regras. Esse deslocamento dos motivos da atividade para um objetivo intermediário que não sua finalidade social, não se restringe aos impactos que têm para os usuários, afetando a subjetividade e a estrutura da consciência dos trabalhadores. É possível afirmar, desse modo, que a alienação presente objetivamente na atividade, se expressa como cisão entre o significado social da atividade e o sentido que ganha para seus agentes.

Como é possível identificar pelos extratos dos relatos aqui disponibilizados, as queixas acerca da sobrecarga do trabalho e os relatos de adoecimento, foram frequentes nos dados coletados. Foi possível identificar no material três conjuntos de saídas apontados pelas profissionais, perante os sofrimentos vivenciados pelos integrantes das equipes: 1) saídas individuais fora do ambiente de trabalho;

Tem pessoas que têm consciência de que têm que buscar um acompanhamento fora. Sei lá, eu tenho que fazer terapia pra poder trabalhar esses negócios em mim para eu estar disposta para trabalhar no outro (extrato do grupo focal).

2) Saídas individuais no ambiente de trabalho, que apareciam como boicote, resistência ou na busca de respaldo corporativo, legal e institucional;

A gente já teve técnico, inclusive, que adoeceu e tentou suicídio e tá lá trabalhando. [...] Tanto que a gente tem desfalque a tarde, tudo por conta de adoecimento de profissional. [...] A gente teve muita situação de agressão no CAPS [...] Quebrar dedo, [...] de ataque sexual, de tudo. E eu acho que não é lidado. Eu acho que não existe um interesse da gestão em lidar com essas situações. Então a parte de saúde do trabalhador não existe [...] a gente cobra supervisão, a gente cobra algumas coisas, mas não, a resposta sempre é negativa. [...] “ah vai procurar terapia por fora, se vire”. [...] Teve essa nossa colega que ela foi internada porque ela tentou suicídio e ela ficou um mês internada e eles já liberaram pra voltar pro CAPS e ela não tava bem, ela tava totalmente sedada e ela voltou a trabalhar. [...] Então a gente vê a cara da fundação nisso. [...] Eles tão nem aí assim. [...] Eu fiquei muito resistente. Eu sou uma pessoa [...] mais alegre, mas quando eu entro ali, parece que eu tô entrando na guerra, então eu já me armo. Eu me protejo, inclusive, de colega. [...] Então é tudo meio no no debate e tudo você já joga advogado, comigo sempre funcionou nesse pé, que é a forma como eu consigo manter a minha saúde mental. [...] Porque teve uma enfermeira que ficou

um mês, começou a passar mal, teve um ataque de pânico e daí nunca mais veio. [...] A outra enfermeira ficou um dia e falou “isso não é pra mim” e foi embora também. [...] Agora estou até mais tranquila, dependendo de quem está na equipe a gente fica mais sossegada. [...] Tinha uma época que a coordenadora chamava a gente assim “Ah, vamos lá atender fulano” e eu falava “Não vou, eu me nego a ir, o cara está agressivo, tem dois metros de altura, você acha que eu vou lá? Ele bateu em todo mundo da equipe. Vai você, porque eu não ganho pra apanhar”. Então a gente tem que dar umas respostas assim. A pessoa te colocar em grupo e você ter que falar “Olha, judicialmente isso aqui corresponde a isso, vai dar problema trabalhista pra você. Você quer?”. [...] Pra conseguir executar um trabalho bom eu tive que brigar, senão não ia rolar. Que nem, eu não ia fazer atestado pra paciente, eu não ia ligar pra unidade de saúde e falar que remédio que tinha que passar pra paciente, porque isso não... Era incentivado esse negócio de discutir remédio com médico de unidade de saúde, sendo que você não é médico. Você não pode discutir remédio com médico. Não existe.[...] Lógico que eu estava sempre respaldada pelo meu conselho, eu nunca fui trouxe também (extrato de entrevista).

3) Saídas coletivas nos momentos em que as equipes se organizaram para fazer frente às mudanças no processo de trabalho que implicavam em maior sobrecarga (como já apontadas anteriormente nas falas). Essa grupalização se mostrou em momentos pontuais e efêmeros, quando algumas das equipes conseguiram fazer frente, por algum tempo, às diretrizes de aumento da produtividade ou quando conseguiram a redução da clientela pelo reordenamento da demanda de um distrito para outros serviços. Ocorreu também, quando uma das categorias deflagrou uma greve pela redução da jornada de trabalho, o que gerou grupalização, mas terminou com sentimento de frustração com as posturas assumidas pelo sindicato.

No primeiro caso, legitima-se a ideologia dominante que desloca ao plano individual qualquer dificuldade vivenciada como sofrimento no âmbito do trabalho, advenha da falta de formação, da falta de estrutura e meios para a realização do trabalho, ou ainda dos conflitos pessoais ou cobranças da gestão. Por não encontrarem espaço de vazão e discussão coletiva na equipe, o único espaço para sua expressão acaba sendo o das consultas individuais, sejam psicológicas ou psiquiátricas, reforçando a medicalização de questões produzidas na vida social, que as profissionais buscam combater nos projetos terapêuticos dos usuários.

No segundo caso, retoma-se a defesa apoiada em um modelo profissional liberal e privatista, tendo por justificativa, argumentos éticos corporativistas. Recorre-se a um modelo que está na contratendência do movimento histórico, que tem superado e subordinado o modelo liberal ao modelo da medicina tecnológica. Esse tipo de argumentação, contraditoriamente, é vivenciado pelos profissionais como exercício de maior autonomia profissional, ainda que se expresse, em alguns momentos, como autonomia para se negar ao trabalho. Não raras vezes, no entanto, os argumentos técnicos/éticos acabam por reforçar uma atuação no sentido da tutela e da desresponsabilização. Diferente do caso apresentado acima, nos demais momentos

observados, a defesa não aparece como negação ao trabalho, mas como opção por outros meios terapêuticos. Ao invés da afirmação "não vou atender esse caso", se diz "esse caso precisa ser internado". Dessa maneira, a sobrecarga, a falta de integração da equipe e de condições de trabalho se traduz em recusa ao atendimento e encaminhamento do usuário para o isolamento, que aparecem, todavia, como exercício de autonomia profissional, ao escolher um entre diversos caminhos terapêuticos possíveis. O que some do plano da argumentação, entretanto, é a finalidade pretendida no trabalho de cuidado, que determinaria o uso de outros recursos terapêuticos que não o internamento.

No terceiro caso, na contramão da individualidade concorrencial e individualista da sociedade capitalista, a coletividade oferece novas condições para a identificação entre pares e elaboração do sofrimento, bem como a possibilidade de orquestrar ações para o enfrentamento coletivo das condições que produzem o sofrimento, não se restringindo ao combate de suas expressões individuais. Esse caminho tem se mostrado dificultado pela precarização do trabalho que se articula com a fragilização do movimento sindical, e também pelo refluxo do movimento antimanicomial:

O caráter *militante* se acentua como marca do cotidiano no trabalho das políticas públicas, diante do avanço da precarização da rede de saúde mental, que não raro torna a sustentação de uma direção antimanicomial de trabalho verdadeiramente voluntarista, solitária, inviável. Evitar a internação passa a depender do empenho individual de técnicos e equipes muitas vezes adoecidas e despotencializadas. Não são raros os CAPS que não conseguem sustentar essa direção, ambulatorizando-se ou terminando por banalizar o recurso à internação. A sobrevivência do manicômio, na convivência com uma rede substitutiva precarizada e privatizada, leva o *horizonte antimanicomial* a retroceder cada vez mais ao seu programa mínimo – resistir aos asilos concretos, em meio a resignadas apostas na sua humanização (COELHO, 2017, p. 308, grifos no original).

Com o refluxo do movimento antimanicomial e a institucionalização das políticas com base no modelo de atenção psicossocial se dando repleta de contradições e cessões ao modelo biomédico e privatista, a reforma psiquiátrica reduz seu horizonte de impacto na dimensão cultural para a atuação restrita ao campo "técnico-assistencial". Tomada somente em sua dimensão técnica esvazia-se a dimensão coletiva de um projeto de transformação social e de mudança das relações sociais em torno da loucura, restando a defesa antimanicomial ao voluntarismo dos profissionais frente à hegemonia do modelo biomédico.

6.2.4 Sobre os meios de trabalho

O trabalho com grupos no âmbito das políticas brasileiras de saúde mental tem sido considerado, inclusive, pela legislação, como um dos principais meios de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Sua utilização nos serviços pesquisados, no entanto, ocorre de maneira subordinada e integrada a outras ferramentas ou tecnologias do cuidado, como o técnico de referência (TR), o projeto terapêutico singular (PTS), a ambiência e o acolhimento. Essas tecnologias do cuidado mediam o processo de trabalho e definem o perfil de assistência que é realizada (FRANCO; MERHY, 2013). Nesse tópico o trabalho com grupos aparece juntamente com a discussão dessas outras tecnologias do cuidado, sendo retomado na discussão estabelecida nos Capítulos 7 e 8.

Os meios de trabalho, que servem de instrumento aos agentes para executarem suas atividades e concretizarem o projeto terapêutico, não estão dissociados da concepção sobre o objeto de trabalho e da maneira como os agentes se organizam para executar suas práticas. O projeto terapêutico, que dá unidade ao processo de trabalho e organiza os meios de acordo com as finalidades pretendidas, por sua vez, adquire formatos determinados pela maneira como os diferentes modelos de atenção reúnem as capacidades de produzir práticas em saúde e as necessidades de saúde (MERHY, 2013b).

Vimos como a progressiva divisão técnica do trabalho aumentou a especialização e o aprofundamento dos conhecimentos sobre o objeto, e, ao mesmo tempo, fragmentou a atenção, gerando a necessidade de interdependência e cooperação entre agentes vinculados a um mesmo processo produtivo. Por esta feita, o desenvolvimento do trabalhador coletivo implicou em necessidades de recomposição da fragmentação, seja pela instauração de gerências diretas no processo produtivo, seja pelo trabalho em equipe. Não à toa, as trabalhadoras dos serviços pesquisados consideraram a equipe como um dos principais meios para a realização do seu trabalho:

[...] Não é fácil, mas é necessário. E é muito recompensador você trabalhar em equipe. E pelo menos hoje, em 2018, é a melhor tecnologia que nós temos no momento pra trabalhar no CAPS (extrato de entrevista).

Essa afirmação corrobora a assertiva de Yasui e Costa-Rosa (2008) de que "a equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial" (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 34). Todavia, como ressaltado

anteriormente, isso só ocorre quando a equipe consegue integrar suas ações em função das finalidades do cuidado.

A expropriação do conhecimento do trabalhador individual e sua concentração no trabalhador coletivo, vai sendo unificada pela maquinaria nos processos de produção de bens materiais. No caso do trabalho em saúde as máquinas e equipamentos encontram dificuldades de subsumir o trabalho vivo totalmente, devido ao grau de incerteza do objeto, que exige maior autonomia dos agentes na definição do projeto terapêutico (diagnóstico e terapêutica). Se considerarmos o trabalho em saúde mental, as tecnologias na forma de equipamentos existem, ainda, em menor número do que em outras áreas do trabalho em saúde. Nos Centros de Atenção Psicossocial, as formas de tecnologia que ganham relevo estão consolidadas em técnicas e saberes, alguns deles sistematizados em protocolos e rotinas, além dos manuais de classificação diagnóstica.

Estamos tomando por tecnologia "os nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, através daqueles instrumentos" (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 18), o que inclui as relações sociais de produção em que as tecnologias estão inseridas. Dito de outro modo, tecnologia, nessa acepção, refere-se aos nexos estabelecidos entre os elementos do processo de trabalho no seu nível interno e em função de suas finalidades e objetivos, que incluem as articulações sociais que determinam essas práticas. Esse sentido amplo vai da dimensão técnica dos modelos de atenção à dimensão particular dos processos singulares de produção (MENDES-GONÇALVES, 1994). Cada modo de produção particular, bem como cada modelo de atenção em saúde, conforma certas relações dos instrumentos técnicos com os demais elementos do processo de trabalho, razão pela qual a tecnologia não pode ser considerada uma função técnica particular abstraída das formas e propósitos de sua utilização, que mudam em cada um desses casos.

No embate entre modelos de atenção, estão em disputa as funções sociais da prática em saúde, com a proposta de diferentes articulações entre as técnicas e as finalidades sociais. O modelo biomédico em saúde mental e sua orientação privatista, com pressões do Complexo Médico Industrial, tende a uma maior incorporação de tecnologias materiais, centralizando a terapêutica nos medicamentos que realizam a mais-valia da indústria farmacêutica. Já a Medicina Comunitária, por exemplo, também integrante da racionalidade normatizadora biomédica, por sua função mais política do que econômica no controle dos corpos e populações, tendeu à utilização de tecnologias mais simplificadas no cuidado (DONNANGELO, 1979). O mesmo se observa em relação ao trabalho com grupos, utilizado em diferentes modelos de

atenção para instrumentalizar práticas emancipadoras ou adaptacionistas, a depender das finalidades pretendidas. Desse modo, os saberes que organizam os modelos de atenção em saúde não estão presentes só no início do processo de trabalho, auxiliando a recortar o objeto, mas mediatizam, a todo momento, a relação com os meios, já que as técnicas materiais e não materiais têm os saberes como fio condutores (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ao longo do século XX, com a incorporação de protocolos e rotinas na produção do cuidado em saúde para controlar a subjetividade e garantir maior padronização das práticas, aumenta o debate sobre o caráter reprodutor ou criador da atividade dos agentes (DALMASO, 2000). Esses instrumentos, utilizados com a justificativa de controle da qualidade e dos custos, tendem a homogeneizar e tornar mais rotineiras as ações, capturando o trabalho vivo e diminuindo a autonomia dos profissionais¹⁸². Merhy (2013a) e Campos (2002) destacam, ainda, que ao diminuir a autonomia do trabalho vivo, esses instrumentos podem vir a diminuir a eficiência tecnológica das práticas. Incluem, também nesse âmbito das normatizações, instrumentos orientados por saberes do campo da administração, dirigidos à organização e gestão do processo de trabalho.

Na coleta de dados do presente estudo, destacaram-se as propostas de reorganização do trabalho, razão pela qual, iniciamos esse capítulo pela exposição das reestruturações organizacionais derivadas das mudanças de gestão. As normatizações podem adquirir aspectos mais ou menos coercitivos a depender de suas tendências racionalizadoras e podem, também, camuflar sob discursos técnicos determinações econômicas e políticas (GOMES, 2017), despertando maior ou menor resistência por parte dos agentes do trabalho. No caso em tela, foi possível observar que as normativas técnicas e terapêuticas estavam frequentemente associadas e mescladas com orientações de caráter organizacional (caso da Linha Guia de Saúde Mental implementada no município). Dessa maneira, é comum o mesmo documento que orienta uma conduta terapêutica e o tipo de abordagem que deve ser feita, definir também a forma de relação com os demais pontos de atenção, bem como os prazos de realização, o volume de procedimentos e suas formas administrativas de registro.

¹⁸² Merhy (2013a, 2013b, 2013c), na sua classificação das tecnologias em saúde, inclui os protocolos e rotinas como "tecnologias duras", juntamente com as máquinas e equipamento. Assim como Gomes (2006), não concordamos que esses instrumentos capturem o trabalho vivo da mesma maneira e com a mesma intensidade com que as máquinas o fazem nos processos de produção de bens materiais, com a subsunção real do trabalho vivo pelo trabalho morto. Por isso, consideramos mais correta sua consideração enquanto "tecnologias leve-duras". Ainda que, no processo de trabalho em saúde, a maquinaria não consiga cumprir seu papel de subsunção real do trabalho vivo, é a única realmente capaz de fazê-lo no capitalismo, não tendo o mesmo peso que as normatizações. Exemplo disso é que no processo manufatureiro as normatizações já existem e nem por isso o processo de subsunção se completa. Estabelecemos essa discussão no capítulo 2.

Os saberes científicos operacionalizados nas normatizações terapêuticas, organizacionais e relacionais, ganham destaque nas obras de Merhy (2013a) e Campos (1998), ao criticarem as apropriações dos princípios tayloristas para a organização do trabalho em saúde, como mecanismos de aumento da produtividade que reduzem a autonomia do trabalho e distanciam as esferas do planejamento e da execução das ações.

Ainda quando se tratando de um trabalho no âmbito do Estado e que não produz mais-valia, a lógica da produtividade se mostrou presente, emulando processos da produção material, em alguns momentos. Mesmo nos serviços públicos, as várias formas de gestão e organização do trabalho surgidas na produção industrial vão ganhando impacto. Seus efeitos podem ser sentidos nos relatos de pressão por metas, sobrecarga, intensificação e adoecimento dos trabalhadores.

Em nosso entendimento, as formas de gestão do trabalho na saúde pública têm sido influenciadas pelos rearranjos produtivos operados pelo capital nos setores produtivos, exigindo o estudo e análise sobre seus impactos na produção da assistência em saúde da população. Partindo da análise dos impactos do taylorismo no setor saúde, Campos (1998) propõe funções mais generalistas e maior participação dos trabalhadores na organização da produção. Acreditamos que essas orientações têm sido capturadas, pelo menos em parte, na direção da implantação de diretrizes organizacionais inspiradas no toyotismo, que se utilizam da polivalência e do trabalho em grupo para intensificar o trabalho e diminuir a porosidade do processo. Ressalve-se que essas formas coexistem com diretrizes tayloristas, não se mostrando excludentes (PIRES, 2008).

Os saberes científicos que se operacionalizam nas normatizações terapêuticas, organizacionais e relacionais, têm contribuído para padronizar condutas, diminuir os poros improdutivos e aumentar o heterocontrole sobre a atividade dos trabalhadores. Gomes (2017) considera que, ainda que esses instrumentos busquem capturar o polo subjetivo do trabalho e diminuam a autonomia técnica em relação aos casos singulares, tenderiam menos a constituir relações de estranhamento, por se apresentarem como externalizações do saber dos trabalhadores que são reconhecidas por eles como produtos do trabalho. Nesse sentido, as orientações contidas nas normatizações e protocolos não seriam de todo contraditórias com as percepções de como deveriam atuar.

O estranhamento seria mais frequente quando os atores não reconhecem os fundamentos das ações, baseadas em ciências orientadoras que não estão sob seu domínio (GOMES, 2017). As normativas e protocolos da saúde mental que se fundamentam em modelos alternativos ao

modelo biomédico nos parecem produzir esse movimento em alguns momentos. Formados sob a hegemonia do modelo biomédico, os trabalhadores nem sempre reconhecem a concepção de objeto (e suas relações sociais), presentes no modelo de atenção psicossocial ou nos modelos alternativos em saúde de maneira geral, instaurando-se no plano das práticas as tensões teóricas, políticas e ideológicas, presentes na disputa de modelos de atenção.

A inserção maior dos conhecimentos científicos na forma de tecnologias no processo de trabalho tem, ainda, impactos nos modos de operar o trabalho e nos vínculos que se produzem entre trabalhadores e usuários. Há, com a medicina em sua fase tecnológica, uma tendência à reificação dos meios, que se tornam o centro da relação de cuidado (SCHRAIBER, 2008). Usuários e suas necessidades vão sendo capturados pelos procedimentos e o vínculo maior do agente passa a se dar com o procedimento, empobrecendo as tecnologias leves (MERHY 2013c). Na saúde mental isso ocorre, principalmente, pela centralização dos fármacos no processo produtivo. Ainda que o trabalho médico esteja mais centrado nos medicamentos do que o trabalho dos técnicos de referência que apresenta maior uso das tecnologias leves ou relacionais, não raras vezes, a relação de acolhimento, cuidado, contenção da crise e resolução de demandas está centralizada na medicação, no controle das suas formas e frequência de usos etc. Isso tende a tornar as práticas mais impessoais e despersonalizadas (SCHRAIBER, 2008). A confiança dos usuários também está centrada no uso dos recursos técnicos (principalmente a medicação), gerando um fetiche desse elemento intermediário como indicativo de uma boa prática (SCHRAIBER, 2008). Nessa relação, os agentes tornam-se meios para se ter acesso aos fármacos, o que ocorre, por exemplo, quando buscam os técnicos de referência para saber das receitas, consultas etc.

A tendência aos vínculos dos usuários se deslocarem dos agentes das práticas para a instituição e tornarem-se mais instáveis e menos duradouros é reforçada no contexto de instabilidade e precarização dos vínculos trabalhistas, com a baixa quantidade de profissionais e a alta rotatividade. Nesse sentido, a proposta da atenção psicossocial de estabelecer vínculos continuados, inserção territorial e responsabilização pelos casos aparece como uma contratendência no movimento mais geral de transformação das práticas em saúde.

Esse fenômeno se retroalimenta com a intensificação do trabalho e tempos menores de consulta para investigação e acompanhamento dos usuários, recorrendo os profissionais médicos ao uso mais intensivo de medicação para conseguir em menor tempo aquilo que conseguiriam com um acompanhamento e reavaliações mais extensivas e continuadas. Isso, por sua vez, reforça nas representações dos usuários, a imagem de que uma boa prática envolve

um uso maior dos fármacos. Vai se radicalizando nesse circuito a concepção de objeto, fundada na realidade anatomofisiológica e relegando ao segundo plano as tecnologias relacionais. Essa lógica pode, ainda, incluir as tecnologias relacionais de maneira subordinada. Diversas vezes as participantes fizeram menção a situações em que tinham que manejar os grupos, para que os assuntos não se centrassem somente na necessidade de medicação, receita e atestados. Portanto, a atuação dos demais profissionais, ainda que pautada por tecnologias relacionais, pode ser subsumida pelo modelo biomédico de atendimento e atuação.

Reforça também o modelo biomédico o enquadramento dos comportamentos em nosologias diagnósticas, que têm forte efeito sobre a apreensão do sofrimento no âmbito biológico e individual. Ainda que impossível de localizar por exames e procedimentos, as causas são individualizadas e homogeneizadas nos diagnósticos, apontando para a necessidade do uso de fármacos e do internamento.

Merhy (2013a; 2013b) compreende que a lógica centrada nos procedimentos-mercadoria, aprofundada pela medicina tecnológica, empobreceu as tecnologias leves e focalizou a ação dos profissionais e a demanda dos usuários nos procedimentos e meios de trabalho, e não no cuidado. A partir dessa avaliação de que a tecnologia aparece cada vez mais reificada e a cooperação nas relações cada vez mais dificultada, Franco e Merhy (2013) propõem o desafio de construir processos de produção baseados nas tecnologias leves, alterando a composição técnica do trabalho em favor do trabalho vivo, centrado nos usuários e capaz de produzir vínculos. Para esses autores, as tecnologias leves são aquelas que estão presentes no espaço relacional entre trabalhador e usuário e que ganham existência no momento do encontro entre ambos. São elas que permitiriam produzir relações, expressando com seus produtos a presença ou ausência de acolhimentos, vínculos, responsabilizações, autonomia etc. (MERHY, 2013a; 2013b; 2013c).

Teixeira e Vilasbôas (2014) consideram que dentre os modelos de atenção alternativos produzidos no âmbito do SUS, o modelo do acolhimento (PAIM, 2012) ou da clínica ampliada (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014) foi o que mais influenciou as políticas brasileiras, principalmente nos debates sobre produção de vínculos, acolhimento e humanização do atendimento. Trata-se de uma proposta usuário-centrada, voltada ao acolhimento e requalificação da demanda espontânea, com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada. Propõe, ainda, deslocar o processo de trabalho do profissional médico para as equipes multiprofissionais (PAIM, 2012; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Essa proposta que vem sendo sistematizada desde a década de 1990 por pesquisadores da Universidade Estadual

de Campinas (Unicamp), entre eles Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner Campos, teve influência nas políticas de atenção básica no Brasil, mas também nas políticas de saúde mental. Nos dados da pesquisa em tela os conceitos desses autores figuraram com frequência, visto que a primeira gestão da fundação estatal tinha um explícito alinhamento com o grupo de pesquisadores da Unicamp.

Consideramos que a perspectiva de defesa da autonomia do usuário e de sua participação no projeto terapêutico, bem como a crítica à fragmentação produzida pelos diagnósticos, são características que aproximam o modelo da clínica ampliada de referenciais utilizados pela reforma psiquiátrica brasileira. Instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, que já era utilizado na atenção psicossocial demonstram a aproximação entre alguns objetivos dessas propostas, o que faz com que a clínica ampliada seja bem aceita nas equipes de saúde mental e passe a integrar o rol de teorias e práticas que conformam o modelo brasileiro de atenção psicossocial.

As tecnologias do cuidado na forma de tecnologias leves foram as que mais ganharam relevo no discurso das participantes da pesquisa, com especial destaque o acolhimento, técnico de referência, projeto terapêutico singular, e a ambiência. Com menor destaque o matriciamento, que não estava ocorrendo ou ocorrendo com dificuldades no momento da investigação.

Não nos interessa tanto aqui definir pela bibliografia da área o que seja cada uma dessas tecnologias, mas as definições que nos ofereceram as profissionais, no contexto singular dos processos de trabalho investigados. Como as tecnologias só podem ser compreendidas em seu contexto social, interessa-nos as formas de controlar o trabalho, de manipular os objetos e os meios que têm sido articuladas na rede de saúde mental.

Todas essas ferramentas do cuidado foram descritas pelas profissionais como integrando o Campo de saberes e competências, diferentemente de outras atividades que consideravam integrando o Núcleo de saberes e competências (grupos e oficinas que realizavam a partir do que consideravam sua área de formação, atendimentos ou avaliações individuais com instrumentos próprios de suas áreas de formação, práticas privativas das profissões):

Agora a gente está com uma demanda de acolhimento bem grande. [...] Então a gente faz o acolhimento, que não é uma questão de núcleo, mas uma questão campo. A gente faz ambiência, que é campo. A gente faz grupo de TR que é campo. Aí eu tenho minha atividade específica, um dia que é núcleo e eu acho que é isso. E reuniões, que aí a gente tem um dia só de reuniões. Tem reunião geral e tem reunião da miniequipe e daí tem os atendimentos individuais que é núcleo e tem os de TR também, quando eu

sento pra reavaliar o PTS deles. [...] Então tem esse momento individualizado. Então é bastante coisa, é mais campo do que núcleo. Núcleo ainda é mais restrito (extrato de entrevista).

As trabalhadoras separaram os meios de trabalho entre aqueles que eram utilizados na dimensão do Campo e do Núcleo, conceitos que advém das teorizações de Campos (2002; 2015), mas que tem similitudes com a divisão que propõe Merhy (2013; 2013c), entre competências que estão divididas em duas dimensões nas intervenções práticas em saúde, uma dimensão cuidadora (pertinente a todos os tipos de trabalho em saúde) e uma dimensão profissional (própria do recorte tecnológico específico). É na dimensão cuidadora, ou no Campo, que esse autor localiza a produção de relações de acolhimento, e vínculo, posicionamento ético, processos de fala e escuta, que permitem acessar a dimensão subjetiva dos usuários e suas necessidades, bem como articular saberes para compor os projetos terapêuticos. Já a dimensão profissional se daria na relação entre saberes tecnológicos da dimensão cuidadora com as tecnologias duras, focando a produção de procedimentos. No caso da saúde mental, nos parece que se dão mais na relação da dimensão cuidadora com as tecnologias leve-duras, representadas nos saberes estruturados que operam no processo de trabalho, como a clínica, epidemiologia, pedagogia, psicanálise, behaviorismo etc. Merhy (2013b) identifica, ainda, a tendência de a dimensão cuidadora ter mais amplitude do que a dimensão profissional, fato que é corroborado pelos relatos das trabalhadoras.

Acolhimento, Técnico de Referência (TR) e Projeto Terapêutico Singular (PTS) são tecnologias do cuidado que aparecem em relação, embora tenham suas particularidades. Para além dessas, as trabalhadoras se referem ao Grupo de Referência, um grupo semanal integrado pelos usuários que têm referência em cada trabalhador, a fim de gerenciar e acompanhar os PTS.

Quando o usuário entra você vai avaliar qual é a Unidade de Saúde e qual vai ser a equipe de referência. A partir desse momento você vai direcionar o tratamento dentro disso. Então vai participar de grupo de TR, que é um acompanhamento semanal, qual oficina que o CAPS está oferecendo. Imaginando, também, que o CAPS tenha oficina, porque no momento está bem difícil. Então, quando o CAPS tinha oficina, qual oficina que ele vai se beneficiar de participar. Não vou colocar ele lá em todas as oficinas só para ocupar ele e ele ter o que fazer na vida porque ele não pode ficar em casa. Então pensar mais direcionado mesmo quais benefícios ele tem de ir ao CAPS e participar e qual o acompanhamento que ele tem que fazer. Pensando assim no geral. Isso dentro da equipe de referência e das discussões de equipe para o usuário (extrato de entrevista).

O técnico de referência é o profissional que vai meio que conduzir o processo, o projeto daquela pessoa. Eu sempre digo até pra eles quando eles estão iniciando aqui:

"Tem uma equipe multi pra te atender, que vai te ouvir, que vai estar com você. Mas vai ter uma pessoa que você vai referenciar ela mesmo". É aquela que vai mediar ali as questões que ele precisa. Eu acho que é exatamente o que a palavra diz, você se torna uma referência naquele serviço pra aquela pessoa que chega. Seja pra rede mesmo, a Unidade de Saúde dele, ou a família dele, ou ele próprio saber a quem que eu procuro lá, com quem eu falo, quem que vai saber me dar informações dessa pessoa. Embora ele é um paciente do serviço e da equipe e quanto mais gente souber dele, do caso dele, melhor. Mas, a pessoa de referência é essa pessoa que vai realmente intermediar as coisas, que vai dar acesso a ele a algumas coisas, que vai facilitar, né? Porque já foi criado isso no serviço com esse objetivo. A pessoa queria um médico, pedia pra um monte de gente. E daí quando a gente começou a trabalhar com o técnico de referência organizou muito nesse sentido. Porque ele sabe quem é a pessoa que ele vai procurar gerenciar, pra fazer essa interlocução com a equipe, com o médico, com a rede, se for o caso, quando é lá fora. Então, pra mim, o papel do técnico de referência é meio que orquestrar mesmo o projeto da pessoa (extrato de entrevista).

O TR é a pessoa que está acompanhando a pessoa longitudinalmente no serviço e contribuindo na articulação da comunidade. Então é a pessoa que tem a dimensão de totalidade com o sujeito, de organizar a caminhada dele no tratamento.[...] É esse acompanhamento longitudinal do PTS, que se você está no atendimento de núcleo você vai aprofundar mais certas coisas, não necessariamente aquele papel delineador. Ou, eu faço um atendimento de núcleo individual, com alguém que eu não sou TR, eu vou apontar para a TR certas avaliações para ela fazer a avaliação geral. Eu não estou pensando o geral, eu estou levantando demandas ou organizando demandas. Já o TR ele tem essa função de captar o que está acontecendo geral, avaliar junto com a pessoa, acompanhar os momentos marcantes. E também um tanto porta voz, por vezes, tanto para a família quanto para a equipe. Então, às vezes, dar força, dar vazão a coisas que a pessoa não consegue dizer. E aí sempre a linha tênue da diferença entre o cuidado, o apoio, o suporte, e a tutela, o apassivamento. Às vezes você faz pelo usuário e não com o usuário. Então também tem que tentar escutar o usuário e conduzir junto com ele (extrato de entrevista).

Campos (2002) ao diferenciar Campo de Núcleo de práticas e saberes, propõe que se identifique quem dentro de cada equipe administra cada caso, trabalhando com a noção de vínculo definido e adscrição individual da clientela. Sendo assim, o agente responsável pelo caso individual deve solicitar apoio aos demais agentes, quando necessário. A atribuição de TR, entretanto, nos serviços pesquisados, recai somente sobre os técnicos de ensino superior, excetuando-se os médicos que têm agendas individuais e o trabalho organizado na forma de consultas individuais:

O TR pode ser qualquer profissional da saúde, tirando os médicos, que não são TR, que agem como articulador do cuidado do usuário. Então ele assume aquele paciente, ele que vai saber mais profundamente a história, pra conseguir levar pra equipe, pra estruturar junto com o usuário o projeto terapêutico. [...] Os médicos não são TRs e no nosso CAPS alguns profissionais da enfermagem também não vão ser. Então os TR são profissionais de nível superior que articulam esse cuidado, que levam isso pra equipe (extrato de entrevista).

A definição de quem será o técnico de referência é tomada em reunião de equipe ou miniequipe, após o acolhimento do usuário. As miniequipes se organizam de acordo com as áreas do território e dentro dessa divisão, o TR será o profissional que acolheu o usuário. Caso esse profissional já tenha muitos usuários em sua referência ou, ainda, quando se avalia que por questões de manejo seria melhor que outro profissional conduzisse o PTS, é indicado outro TR. O acolhimento é, portanto, o primeiro contato do usuário com o serviço, que se dá de maneira agendada ou espontânea:

A gente faz acolhimento, que é o primeiro atendimento. Que é o momento que a gente faz a escuta inicial e eu acho que é um dos momentos mais ricos que tem. Acho que é isso uma das coisas que a gente tem brigado para manter, porque fazer mais acolhimento é fazer com menos qualidade. E o que a gente tem percebido é que aquelas duas horas que a gente fica em função daquele sujeito são muito organizadoras. Então é o momento que a gente organiza a queixa e articula o cuidado. Sendo ali ou não. Sendo ali no CAPS ou em outros lugares. Tem uma liberdade nesse espaço, de como você conduz a entrevista, de como se conversa, se faz individual. A gente sempre prioriza fazer prioritariamente com o sujeito, depois com a família. Enfim, mas tem uma liberdade nisso. Então a gente defende que seja de uma hora e meia a duas esse espaço, em geral, até articular documento, falar com a Unidade, etc. (extrato de entrevista).

Após o acolhimento, em geral, o profissional articula o cuidado com a Unidade de Saúde ou outros pontos de atenção ou serviços do território. Somente nos casos em que o usuário é inserido em leito ou nas atividades do CAPS é que se definirá um TR para acompanhar seu PTS. Nesse primeiro momento, se for o caso, já é feita a primeira versão do PTS, com a definição de algumas oficinas ou grupos para participação a partir das indicações do profissional e da vontade manifestada pelo usuário, além da marcação de consulta com médico clínico ou psiquiatra do serviço. Os usuários são também inseridos no Grupo de Referência coordenado por seu TR:

No grupo de referência vão estar os pacientes que são da minha referência. Que eu geralmente acolhi ou que passaram para mim. São aqueles pacientes que eu acompanho. Que eu ligo, eu converso com os familiares, eles vêm, se eles ficarem no leito eu que vou acompanhar. Isso é da minha referência. [...] Naquele grupo a gente geralmente vai falar mais sobre: ‘E aí, como é que está? Como é que está o dia-a-dia de vocês? Como é que está o cotidiano? Como é que foi da semana passada pra hoje?’. A gente vai falar mais coisas assim do dia-a-dia, como é que está a vida. Vai falando mais de aspectos do cotidiano. [...] A gente não leva tanto um tema pra sair daquela realidade e trabalhar uma coisa lúdica, digamos assim. [...] A gente pode até trazer o tema, mas já pra puxar alguma coisa pra falar sobre o tratamento, pra falar sobre as questões do tratamento (extrato de entrevista).

O Grupo de Referência aparece como uma das principais inovações da organização do trabalho nos serviços pesquisados. É em relação a esses grupos que surgiram a maior parte das queixas sobre a falta de capacitação ou formação. Figuram como a principal atividade organizadora do trabalho dos TRs e a que se mostrou mais perene durante o período da pesquisa. Em diversos momentos, quando ocorria o aumento da demanda por acolhimentos ou atenção à crise, as trabalhadoras relatam a restrição das ofertas terapêuticas, com a diminuição do número de grupos e oficinas. Na observação participante também foi possível notar que as atividades em grupo eram as primeiras a serem encerradas ou dispensadas em dias de sobrecarga ou falta de profissionais. Nesse contexto, os Grupos de Referência eram os que se mantinham mais ativos nos últimos anos, sendo grupos fechados, incluindo usuários com diagnósticos variados e que tinham como referência o mesmo TR. Nos questionários os profissionais descreveram esses grupos como tendo função de “acompanhamento, intervenção e articulação de PTS”. Os grupos eram realizados por todos os TR, independentemente da área de formação, pois estavam voltados para o campo da saúde mental e menos para o núcleo profissional. Não havia nenhum referencial escrito sobre a dinâmica e funcionamento desses grupos, nem capacitação ou treinamento inicial. O entendimento sobre essa atividade, desse modo, foi sendo construído pelas equipes ao longo do tempo, principalmente nos espaços de reunião de miniequipe:

Eu vim de uma experiência no meu trabalho que eu nunca tinha trabalhado com grupo da forma como se trabalha no CAPS. Nem sabia como conduzir, eu não tinha o conhecimento mesmo. Então foi uma barreira bem grande, bem importante e bem difícil (extrato de entrevista).

A gente foi jogado de cabeça. Quando eu entrei no CAPS também. Fazia o quê? Acho que um mês que eu estava lá: "Vai fazer grupo". "Tá, eu falo o que no grupo?". "Ah, leva um texto lá, lê e fala pra vocês conversarem" (extrato do grupo focal).

Na presença dessa dificuldade de entendimento e à variabilidade de atividades e formas de condução dos grupos, em um dos serviços pesquisados as trabalhadoras passaram a realizar os Grupos de Referência em duplas, juntando seus usuários de referência. Essa é uma das experiências que descrevem com maior entusiasmo. Além da função de dividir o trabalho e de suporte, descrevem como um processo de aprendizado por terem acesso à maneira como outro profissional conduzia um grupo e poderem trocar avaliações e realizarem um planejamento:

Esse grupo é em dupla, que também acho que foi uma conquista nossa como serviço [...] E fazer grupo junto é algo que ajuda. Tanto alivia para o profissional, quanto qualifica o grupo para os usuários. Os grupos de referência semanais não são pra ser grupos psicoterapêuticos, no sentido de aprofundar temáticas, mais um

acompanhamento de TR e de PTS, um monitoramento da semana. É uma roda de conversa, então tem uma leveza. Mas é muito bom ser com outra profissional, porque, primeiro que descentraliza o TR. Então as minhas referências têm referência em mim e em outra profissional. Já ajuda a perceber algumas coisas, ajuda a pensar antes o caso, ajuda a pensar a alta, dar alta junto, na miniequipe já tem outra pessoa avaliando aquele usuário, mais próximo. Então acho que a dupla foi uma boa conquista (extrato do grupo focal).

Para além do acolhimento e do Grupo de Referência, os TRs também se revezam em escalas para realizar a ambiência, estando um profissional por dia destacado para essa função:

A gente faz ambiência, que também foi muito difícil a gente aprender e hoje a gente gosta muito. Acho que ambiência foi o que mais despertou a resistência das pessoas quando vieram com essa proposta. É essa recepção, de atender telefone e atenção aos leitos. E a gente foi construindo uma ambiência muito legal no CAPS. De entender a importância que é ser organizador das demandas do plantão. Ser o articulador do plantão. Que não é só atender telefone. É saber o que está acontecendo no CAPS para poder responder ao telefone. Conseguir marcar um acolhimento conhecendo a dinâmica da equipe. Então a ambiência produz a totalidade. E a atenção ao leito, que foi algo que a gente bateu bastante. Então a ambiência não fazia acolhimento. Agora a gente já perdeu isso porque as pessoas já estão fazendo acolhimento na ambiência. [...] hoje está mais fluído, mais diluído o telefone na equipe. [...] Hoje a gente tem uma recepcionista, que faz o primeiro prontuário, pega arquivo morto. [...] Porque a ambiência, se for atender o leito, não consegue ficar na recepção (extrato de entrevista).

A gente tem um combinado na equipe que a ambiência faz esse papel, se percebe um paciente muito desorganizado não deixa ir pra grupo, vai manejar de outra forma, vai ficar na ambiência. A gente toma esse cuidado, porque às vezes é uma pessoa que não está legal naquele momento, daí atrapalha o momento terapêutico de todo mundo (extrato de entrevista).

Nos questionários as profissionais descreveram as funções da ambiência como sendo: atender telefone, matriciamento de casos por telefone, atendimento a crises e outras intercorrências, agendar acolhimentos, receber pessoas que chegam ao CAPS, conversar com usuários do leito, propor atividade grupal para os usuários que estão no dia, escrever no livro de plantão e coordenar a passagem de plantão. Além dessas atividades apareceram como responsabilidade dos TRs o apoio aos NASF e Unidades de Saúde e as visitas domiciliares articuladas junto com NASF e Unidades de Saúde.

A avaliação das profissionais sobre essa atuação no Campo, oscila entre a percepção de que a atuação em equipe pode vir a produzir uma maior integralidade no cuidado e as dificuldades que encontram no cotidiano em atuar na dimensão cuidadora:

Pra mim eu acho que é um desafio que está dado no serviço, como a gente ser generalista a esse ponto, de ser técnico em saúde mental. Claro que vão ter divisões

de trabalho, funções, mas eu ainda acho que rolam muitas cisões (extrato de entrevista).

Foi uma crise coletiva dos profissionais, todo mundo teve essa crise de identidade profissional. Uma hora todo mundo sentou e disse ‘Meu deus, a gente é TR aqui e a gente não se formou pra ser TR’. Então como ser TR sendo TO? Como ser TR sendo psico? Então a gente encontrou esse espaço dentro das reuniões, tanto geral quanto de miniequipe. Assim, principalmente na minha miniequipe isso é bem forte, de a gente conseguir dar o olhar de cada profissão, o conhecimento de cada profissão sobre o usuário. É que a minha miniequipe ela já está junta há praticamente quatro anos (extrato de entrevista).

Tem uma outra coisa da nossa equipe que é muito rica que é a própria discussão de casos, mesmo. Nenhum usuário sai de lá com só um olhar. Nenhum. Por vezes, em outros CAPS não, você atende e avalia sozinho ali. Ou passa no médico e discute com o médico. O médico faz a avaliação e fecha e encaminha. E lá não. Lá a gente sempre passa por alguém da ambiência, ou alguém que está ali na sala de equipe, sempre discute o caso, por mais que a gente já saiba o que fazer. Um ou outro que não passa, depende da situação. E acho que isso toma muito tempo, e é isso que eles estão querendo cortar da gente (extrato de entrevista).

Apontam, por um lado, que a atuação como técnico de referência potencializa o gerenciamento dos casos e o acompanhamento mais próximo dos projetos terapêuticos singulares. Por outro, afirmam que o compartilhamento dos casos só ocorre quando o trabalho em equipe funciona de maneira integrada e as discussões coletivas ocorrem com os demais profissionais, contribuindo nas avaliações e sabendo o suficiente de cada caso para poder auxiliar no cuidado cotidiano. Como o trabalho em equipe nem sempre tem se desenvolvido dessa maneira, o cuidado, por vezes, acaba ficando centrado no técnico de referência, trazendo prejuízos para o desenvolvimento dos usuários. Além disso, nos momentos de maior intensificação do trabalho, com a redução das atividades grupais, a atenção passa quase exclusivamente pelos Grupos de Referência e pelos atendimentos do Técnico de Referência:

Muita gente não gosta de ser TR, inclusive. No CAPS não é uma coisa tão fácil. Porque o que acontece às vezes é que se pensa em sobrecarga de trabalho, número grande de usuários, a história fica só com você. Então a responsabilidade fica meio que pro TR só, daí fica mais difícil dividir. Se você não tem uma miniequipe bem construída, que você consegue conversar, você assume o caso sozinho. E a cobrança é tua “ó o teu paciente lá”. As pessoas vão te chamar desse jeito. “Ó teu paciente aprontando, ó teu paciente fazendo não sei o que” e daí você fica muitas vezes com essa conduta também de ter que punir, uma conduta punitiva em cima do paciente, porque você é o TR e você tem que agir sobre isso. [...] Por isso que é importante o fortalecimento da miniequipe e do compartilhamento dos casos. [...] Não é uma coisa fácil, mas eu vejo que quando tem dificuldades eu consigo chamar outros colegas pra entrar no caso também, ou eu insiro em outros grupos, agora que a gente tá com uma oferta terapêutica melhor, não fica focado em mim toda a terapêutica (extrato de entrevista).

Então parece que você é só o técnico de referência, que você tem que fazer o grupo, tem que evoluir o grupo, tem que atender a família, tem que atender o usuário, tem

que ver receita, tem que ver consulta, tem que atender a demanda, tem que fazer visita domiciliar. Parece que ficava muito só nesse lugar, que é só o TR. Então, eu sempre achei bem cansativo e bem pesado. [...] porque às vezes a gente fala pouco disso, né? Então, muita gente tem os seus contras em relação ao papel do técnico de referência. Pra mim nunca foi uma atividade que: "Nossa, que eu adorava fazer; que eu sempre gostei de ser técnico de referência". O que a gente busca é fazer um bom trabalho, é prestar uma atenção de qualidade pro usuário, é resolver a demanda, mas às vezes tem muita demanda que é em cima do TR. [...] Mas por outro lado é bom e é importante que exista essa figura, porque é alguém que a gente pode direcionar muitas demandas. É aquela história, "o que é de todo mundo acaba não sendo de ninguém" (extrato de entrevista).

Embora reconheçam a importância do trabalho do técnico de referência na produção do cuidado, as participantes vivenciam o trabalho no Campo como cansativo e gerador de sobrecarga. Em alguns momentos relacionam isso com um despreparo individual para lidar com essas situações, em outros com a organização do trabalho que esvazia os demais espaços coletivos e de convivência de outros profissionais com os usuários, centralizando o cuidado no TR. Em situações mais extremas de cansaço, a sobrecarga resulta em recusa de se responsabilizar pelo trabalho ou na assunção de uma postura punitivista em relação aos usuários. Nesse sentido, a intensificação do trabalho, somada à polivalência do trabalho de técnico em saúde mental pode produzir algumas inversões no processo do cuidado.

A função do TR existe como uma forma de adscrição individual da clientela, apoiando o processo de responsabilização da equipe pelas necessidades em saúde dos usuários. Com a redução do número de grupos e oficinas e com as disputas e cisões internas nas equipes, a cooperação no trabalho se torna dificultada e o cuidado acaba ficando centralizado no técnico de referência. Durante a observação participante foi possível acompanhar um dos momentos em que os profissionais refletiam sobre a forma naturalizada com que estavam tratando os usuários como "meu usuário". Chegaram à conclusão de que isso refletia a centralização do cuidado e do acompanhamento do PTS no TR, ao mesmo tempo que gerava desresponsabilização por parte do restante da equipe, a ponto de colegas deixarem de atender um usuário sob a justificativa de que ele "tinha que esperar seu técnico de referência". Uma ferramenta criada para garantir a responsabilização, agora produzindo desresponsabilização pelo contexto das relações em que é utilizada.

A polivalência também é vivida de maneira ambígua. Algumas das profissionais reconhecem que participar mais ativamente do cotidiano do serviço, seja na ambiência, seja nos espaços de refeição, potencializa o vínculo e o reconhecimento das necessidades dos usuários. Outras, veem essa participação como desvio de função e a vivenciam como sobrecarga:

Mas a gente tem amadurecido nisso pra organizar melhor, instituímos as escalas, quando eu cheguei aqui não existia escala de trabalho, a gente sabia que todo mundo faz tudo, essa é uma, uma diretriz aí dos CAPS. Eu sou TO, psicóloga, assistente social, mas tem é aquela coisa do campo mesmo, tem coisas que a gente vai fazer, independente da formação. Eu entrego café da manhã, entrego almoço e tudo bem. Tem gente que odeia isso, acha um absurdo, eu, uma TO entregar almoço, eu vejo de outra forma, eu vejo que é um momento de eu estar até avaliando, observando eles nesse momento. [...] Entregar uma refeição eu vejo como uma oportunidade de ver como eles estão se relacionando naquele momento, como que eles chegam, se chegam muito desorganizados da rua. Eu sempre digo pra equipe: "gente o café da manhã é o melhor horário pra gente ver como eles chegam, porque eles chegam de casa, da rua, porque eles chegam bravos, chegam brigando com a gente, por causa de um sachê de açúcar, mas pense, como foi a noite dessa pessoa? Passou na rua, no frio, no molhado, ou usando a substância, ou com conflitos dentro de casa". Mas nem todo mundo vê: "Não, é um absurdo, não estudei pra isso" (extrato de entrevista).

As condições concretas de realização desse trabalho não podem ser abstraídas dessa análise. Nos questionários de início da pesquisa identificamos que o número de usuários por técnico de referência variava de seis até 65 usuários. As equipes estavam buscando reorganizar as referências para diminuir a discrepância, mas fato é que, ainda que parte desses usuários não estivesse frequentando ativamente o serviço, o alto número de usuários em sua referência produzia sofrimento em alguns profissionais, por não conseguirem fazer busca ativa e saber das condições em que estava se dando a baixa frequência no serviço.

Nas condições de aumento da intensificação e de baixa integração entre as equipes, os técnicos de referência passam a olhar para os usuários de sua referência como "metas a cumprir", tendendo a gerar um comportamento individualista e concorrencial entre os TRs e contribuindo para a desintegração das equipes e a desresponsabilização sobre os casos. A necessidade de responder a um alto grau de controle sobre o trabalho com registro em prontuários e registro do número de atendimentos e procedimentos realizados, aparece como um dos principais motivos para esse comportamento:

Tipo assim, já tenho os meus, já tenho as minhas metas, porque as referências são metas, né, eu tenho as minhas metas, ele que se vire com as suas metas. Então como fazer na organização do serviço essa descentralização, que seja mais leve para todo mundo também? [...] Sei lá, às vezes tem uma intercorrência, se você não está, as outras pessoas sabem do caso (extrato do grupo focal).

A discussão coletiva sobre essas ferramentas do cuidado, que parecia estar presente quando da implantação das equipes, não tem ocorrido. Com a rotatividade dos profissionais, aprofundam-se os relatos de "perda da identidade profissional" e de desconhecimento sobre as tecnologias do cuidado propostas. Vão se construindo entendimentos parciais e deslocados das finalidades propostas quando da implantação desses instrumentos:

Porque parece que fazer acolhimento e fazer grupo, que é o que mais pega na gente, te desconstrói na profissão. Porque a gente não [...] sabe fazer. E daí, por não saber fazer, eu, particularmente, sempre tive medo de fazer errado; de não contribuir, de não ofertar melhor, de falar alguma coisa que talvez não tenha que ser dito, de não saber conduzir, de quando eles falarem alguma queixa não saber como devolver isso pra eles (extrato de entrevista).

Em relação a esse modelo que se reproduz nos serviços estudados, sob a forma de "técnicos de referência", Peduzzi (1998) nos alerta que tem o risco de igualar artificialmente os agentes, abandonando-se as identidades profissionais. Além disso, coloca o desafio de combinar graus de polivalência com certo nível de especialização. Há também o risco de que os agentes passem a atuar na garantia de outros interesses que não o dos usuários (perseguido a produtividade, baixos custos etc.). Para Gomes (2006), essa tendência de "desespecialização" é, contraditoriamente, uma face complementar do movimento de especialização no campo da saúde. No caso da saúde mental, a sua unificação como um campo único de atuação de várias especialidades profissionais tem como característica a relativização da divisão técnica do trabalho e uma especialização "mais flexível", com trabalhadores de diversas profissões atuando a partir das mesmas responsabilidades. As tentativas de recomposição do trabalho centralizado em um mesmo trabalhador, entretanto, podem se mostrar na forma de um trabalho multiparcelar, que não apreende a totalidade do trabalho, mas contribui para intensificá-lo pelo acúmulo de tarefas.

Nos dados da pesquisa acreditamos que essas duas tendências se mostram. Quando as equipes compreendem a finalidade das ferramentas e encontram condições de trabalho adequadas, visualizam potencialidades no trabalho de técnico de referência como articulador do cuidado que se realiza não somente no interior da sala de atendimento, mas também nos espaços de convivência e no território. Todavia, quando há pressão pelo aumento do número de acolhimentos ou atendimentos, a crise se faz sentir na redução das atividades coletivas e dos espaços de discussão e articulação do cuidado com a equipe, com as equipes dos demais pontos de atenção e com outros equipamentos do território; o trabalho do técnico de referência vai sendo tomado como uma meta individual que deve ser cumprida pela realização de uma sequência de tarefas parcelares desarticuladas e que são sentidas como sobrecarga e desvio de função.

Prevalece, à vista disso, no trabalho em saúde, a cooperação baseada na divisão social do trabalho (GOMES, 2017), com expressões contraditórias como a parcelarização e a

recomposição do processo de trabalho; a especialização e a desespecialização; o trabalho parcelar e o trabalho multifuncional; a socialização com outros profissionais de saberes antes concentrados na figura do médico (GOMES, 2006; 2017).

Peduzzi (1998) considera que apesar da tendência à desespecialização incorrer no risco de abandonar as identidades profissionais, podem contribuir para a constituição de uma assistência com maior integralidade da atenção. Isso se dá no cotidiano dos CAPS investigados, nos quais a presença do médico não adquire a mesma centralidade do que no atendimento hospitalar ou ambulatorial. As demais profissões não se constituem meramente em práticas supervisionadas pelo trabalho médico, compartilhando com ele parte de seus instrumentos (anamnese, entrevistas, avaliações). O que não significa afirmar que o saber biomédico não centralize o processo de trabalho em vários momentos e que as práticas privativas da profissão médica, principalmente a prescrição de fármacos, não centralizem a terapêutica em grande parte dos casos.

Todavia, as profissões especializadas não concentram somente parte do trabalho manual, conservando núcleos de atividade intelectual que apontam para uma desconcentração do trabalho terapêutico. Objetivamente, os técnicos de referência são responsáveis pela maior parte dos acompanhamentos e delineamento dos projetos terapêuticos, dependendo o médico de suas avaliações para realizar parte de suas intervenções. Ainda que sem a mesma valoração social do trabalho médico, esses profissionais negociam com o trabalho médico em condições muito diferentes das encontradas no hospital psiquiátrico. Além disso, a organização das práticas, dessa maneira, faz com que os trabalhadores individuais adquiram conhecimento de outros campos parcelares, propiciando maior capacidade de apreensão da totalidade do processo de trabalho (PEDUZZI, 1998).

Entretanto, observa-se que quando as contradições se acirram, o modelo biomédico de cuidado se impõe. Frente à precarização das relações e condições de trabalho, as reestruturações do processo de trabalho, impostas pela gestão ou auto-organizadas pelas equipes, tendiam a priorizar os espaços considerados “de tratamento” em detrimento daqueles de convivência, de atividades expressivas ou artísticas. Para além do atendimento aos leitos, das consultas médicas individuais e do acolhimento, os Grupos de Referência eram os espaços priorizados em momentos de falta de profissionais ou dificuldades de organização do trabalho, ganhando características assistencial e orientadora, típicas do modelo biomédico de orientação para o trabalho com grupos:

A minha questão nesses grupos de referência é que eu sentia um pouco a massificação. E também: “Ah, todo mundo que é minha referência nesse grupo”. Qual que é o objetivo de a pessoa estar nesse grupo? Ah, tá, porque eu sou referência, pra eu conhecer ela. Mas parece que é mais um objetivo meu, para minha organização do trabalho, do que às vezes necessidade da pessoa. Tipo: “Ah, claro que vai ser bom pra pessoa, ou não”. Mas o lance é que eu preciso ver eles, eu preciso evoluir, eu preciso saber como eles estão, eu preciso acompanhar. Mas eles têm momentos diferentes. Não é porque eles são de um mesmo território, ou porque são da minha miniequipe que têm que estar juntos (extrato de entrevista).

As trabalhadoras se referiam a esse grupo como tendo a finalidade de "falar sobre o tratamento", ou ainda “fazer o monitoramento da semana”, revelando a tendência a serem capturados pelo modelo biomédico, centralizando os assuntos nas demandas por medicação, atestados e consultas médicas. O esforço das profissionais era grande por reordenar essas demandas e poder utilizar do espaço do grupo para discutir o projeto terapêutico de maneira mais ampla, com suas articulações na relação com outros equipamentos sociais e necessidades relativas ao projeto de vida dos usuários e à construção da autonomia. Ainda assim, as demandas podem ser tratadas apenas de maneira assistencial e, quando se esvaziavam as demais ofertas terapêuticas do serviço, reduzem-se as possibilidades de criar novos interesses e formas de expressão, tendo o Grupo de Referência de dar conta das necessidades mais imediatas em relação às cobranças da família, das relações de afastamento do trabalho e das demandas pelos fármacos.

Ainda que a explicação biomédica reduzida à apresentação anatomofisiológica dos fenômenos seja menos compartilhada entre os agentes no campo da saúde mental, isso parece ocorrer mais no âmbito do diagnóstico do que da terapêutica. Ao tratar sobre o objeto, os agentes localizam as implicações das relações sociais e das condições de vida na produção do sofrimento apresentado pelos usuários, mas seja pela formação ter se dado em moldes exclusivamente biomédicos ou ainda pela limitação dos meios de trabalho e da falta de ações intersetoriais, acabam se vinculando aos medicamentos e à internação como meios eficazes na relação com as demandas dos usuários.

No entanto, como o objeto não se deixa fragmentar tão facilmente como em outras áreas da saúde, a percepção das determinações sociais, bem como seus impactos psíquicos, impelem a todo momento à necessidade de articulações na atenção que incluam essas dimensões, de maneira que, ainda que capturados frequentemente pelas respostas terapêuticas do modelo biomédico, os agentes têm produzido, no cotidiano, tentativas de superação parcial dessa lógica a partir das condições que encontram nos serviços e territórios. O reconhecimento dos estigmas imputados historicamente à essas populações, obrigam os profissionais a articularem suas ações

de maneira a lançar mão de seu "poder contratual" para mediar a relação dos usuários com os demais serviços e equipamentos sociais. Por sua baixa capacidade de produção social, muitos usuários perdem poder contratual nas relações sociais e, por sua maior valoração social, os técnicos podem articular suas ações no sentido de “emprestar poder contratual”, fazendo, junto com os usuários, atividades que podem contribuir com a ampliação de sua autonomia (SARACENO, 1996).

Ainda em relação aos meios de trabalho é preciso destacar que durante o grupo focal e também nas entrevistas, as participantes evidenciaram a falta de estrutura e materiais como um entrave à realização do trabalho, principalmente quando se referiam ao trabalho com grupos e às oficinas. Somada à falta de tempo para preparação das atividades, a falta de estrutura e materiais foi apontada como uma barreira à realização do trabalho dentro dos parâmetros de qualidade que gostariam de oferecer aos usuários, bem como uma fonte de sobrecarga e desgaste frente à necessidade constante de improvisação das atividades, como ilustram esses trechos do grupo focal:

– [falando da falta de computadores e internet no serviço] Mas aí não acessa todos os *sites*. Nem email não acessa. Então tenho que eu fazer em casa. Sem contar não ter uma estrutura física de sala, ou de não ter recurso para fazer um grupo, uma oficina, não tem recurso nenhum. Às vezes você ganha um material e não tem uma cola pra alguma coisa...

– Chega lá uma caixa com cinquenta grampos de roupa. [...] Você viu que tem um monte de grampo de roupa lá dentro? O que que você vai fazer com grampo de roupa, gente? [em tom de deboche] Vai pintar, criar imã de geladeira. Então uns materiais também que não ajudam.

– Daí você não tem uma coisa mais básica, né.

– Caneta.

– Papel sulfite não tem mais.

– Esses dias não tinha água.

– Nem gás...

[risos geral]

– Uma das dificuldades de expandir os grupos é essa. Eu queria começar a fazer o grupo fora do CAPS, pra já começar a tirar essa ideia de que eles não podem ir em outros lugares, e tal. Mas por que eu não fiz? Porque não tem recurso, né. [...] Há dificuldade de transporte até pra fazer uma visita. Vamos supor que a gente monta um grupo numa Unidade de Saúde que a gente possa ir atender os pacientes lá. A gente tem dificuldade com transporte também, estrutura, logística, sabe? Até recurso audiovisual, também. Eu estava pensando em mudar a oficina pra fazer algumas coisas sobre leitura de vídeos... Várias coisas que você poderia melhorar, mas...

– Não tem como.

(extrato do grupo focal)

[...] ela falou que ela leva o material de casa, eu comprei um radinho só para fazer a minha atividade, porque eu queria fazer uma oficina que eu gostasse de fazer e que conseguisse ir de encontro ao que os usuários queriam mesmo. E a gente acaba fazendo isso, vai baixar música de noite para amanhã trabalhar na oficina, porque no CAPS não tem como baixar. Então são coisas que se você for ficar contando, de

pontinho em pontinho, elas vão sobrecarregando muito a gente (extrato do grupo focal).

O tema é abordado com risos, por ser algo naturalizado no cotidiano dos serviços públicos. O primeiro diálogo apresentado, extrato do grupo focal, ganha um tom de “competição” entre qual serviço apresenta as piores condições, visto que as faltas são de diversas ordens, afetando até os meios de trabalho mais básicos para a realização dos atendimentos. Nota-se que há também um distanciamento entre os materiais enviados e as necessidades de trabalho das profissionais, explicitando sua falta de participação nas decisões gerenciais que dizem respeito diretamente à sua atividade. Ganha destaque, também, nos dados, a falta de salas para realização de grupos e atendimentos, bem como as condições das salas, com relatos de falta de iluminação e de espaço.

A falta de salas, de materiais e de iluminação para a realização dos grupos e demais atividades não constituem apenas dificuldades para a realização do trabalho com os usuários, mas se referem também às condições de trabalho dos agentes:

A diretriz de economizar os meios sociais de produção, diretriz que se concretiza, de maneira cabal e forçada, no sistema de fábrica, leva o capital ao roubo sistemático das condições de vida do trabalhador durante o trabalho. O capital usurpa-lhe o espaço, o ar, a luz e os meios de proteção contra condições perigosas ou insalubres do processo de trabalho, para não falarmos das medidas necessárias para assegurar a comodidade do trabalhador (MARX, 2004, p. 486-487).

A citação de Marx acima, destaca o quanto o roubo sistemático das condições de trabalho significa também o roubo das condições de vida do trabalhador durante o trabalho. Não à toa os relatos sobre a falta de condições para o trabalho vêm seguidos das relações com a sobrecarga e desânimo. Embora o autor esteja se referindo a um processo industrial, com a economia dos meios de produção contribuindo para a maximização do lucro, no processo investigado, ainda que a finalidade não seja a produção de mais-valia, as restrições se dão pela garantia de interesses como o controle de custos e o aumento da produtividade, alheios às necessidades em saúde dos usuários.

Dada a relação encontrada na pesquisa entre a subversão das finalidades das ferramentas do cuidado no âmbito das tecnologias leves e a precarização das relações e das condições de trabalho, uma ressalva se faz necessária. Como visto anteriormente, Franco e Merhy (2013) defendem a mudança da composição técnica do trabalho e a transição tecnológica dos serviços em favor do trabalho vivo, centrados nos usuários e capazes de produzir vínculos. Para tanto,

propõem processos de produção centrados nas tecnologias leves e relacionais, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado.

Esse entendimento tem se generalizado e orientado diversos trabalhos que propõem que os sujeitos componentes das práticas em saúde mental, valorizem as tecnologias leves aliadas à perspectiva emancipatória dos pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, fundamentando-se no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na co-responsabilização e na escuta ativa entre profissional e usuário (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). Aposta-se que esses dispositivos possibilitam construir uma nova prática em saúde e facilitariam a construção da autonomia mediante a responsabilização compartilhada. A ênfase nessas ferramentas do cuidado tem deslocado o eixo de análise das práticas e serviços em saúde mental para o cotidiano, o espaço micropolítico de cada encontro, com ênfase na subjetividade.

Temos concordância com as análises de que parte Merhy (2013a; 2013b; 2013c) acerca da captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e da centralização da assistência nos procedimentos-mercadoria produzida pela medicina em sua fase tecnológica. Concordamos também, com a necessidade de uma assistência que produza vínculos e autonomia, sob controle dos agentes do trabalho. No entanto, temos ressalvas à operacionalização de sua proposta. Dito de outro modo, concordamos com o diagnóstico, mas não com a totalidade de suas orientações para superar os conflitos e contradições apontadas.

Dos textos que analisamos, o que talvez apresente as mais claras indicações de ação é um dos que escreve com Túlio Batista Franco (FRANCO; MERHY, 2013) e com o qual temos as maiores ressalvas. Com base em autores como Deleuze, Guattari, Castoriadis e Baremblyt, focalizam a produção "imaginária da demanda". O acento da obra de Merhy tem sido o da micropolítica do trabalho e suas análises consideram, em geral, a relação dos processos singulares de trabalho dentro do movimento mais geral de transformação das práticas. No texto mencionado, entretanto, o foco está nos "fluxos comunicantes" que se produzem entre agentes e usuários e a responsabilidade por modificar os significados dos usuários na relação produzida, é atribuída quase exclusivamente aos trabalhadores. Desconstruir o fetiche de que se revestem os equipamentos e procedimentos, passaria pela construção de outras práticas baseadas em tecnologias relacionais que possibilitassem a construção de outros significados e imaginários. No entanto, essa mudança é atribuída aos processos de discussão protagonizados por trabalhadores e usuários, sem referência a outras dimensões do processo de trabalho. Apostam para isso na relação de equipe e numa rede de conversa entre os trabalhadores que permita a interação de saberes e práticas, levando "à constituição entre os trabalhadores de um novo

ideário para o trabalho em saúde voltado ao significado do cuidado, dado pela equipe e transmitido por ela aos usuários” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 206).

A ênfase, portanto, recai na intervenção sobre a subjetividade dos trabalhadores, no nível da micropolítica, na tentativa de gerar “mudança de atitudes” em favor de um cuidado mais centrado no usuário e capaz de gerar processos instituintes. Sugerem, ainda, que os métodos de intervenção em coletivos de trabalhadores, incluam processos de autoanálise e sejam “dialogicos, interativos e construtivistas”.

Em síntese:

O que está sendo aqui sugerido é uma desconstrução do imaginário em que o produto/procedimento ocupa um lugar privilegiado na ideia de cuidado, atraindo para si o conjunto de uma demanda e ao mesmo tempo, a construção de uma outra ideia de cuidado, que *levaria naturalmente* à produção de um tipo de demanda associada ao cuidado à saúde, evitando assim a tensão existente atualmente, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, que se propõe e o outro, produtor de procedimentos, como é atualmente, (FRANCO; MERHY, 2013, p. 210-211, grifo nosso).

Nossas ressalvas a esse encaminhamento no plano teórico dizem respeito à inversão de polaridade, deslocando para a mudança de imaginário a superação das contradições geradas pelos processos históricos da produção material no âmbito do trabalho. Também a dicotomia que produz entre cognitivo e subjetividade, não nos parece corresponder a uma abordagem dialética dos processos entre objetividade e subjetividade (concentram a objetividade no plano técnico e cognitivo, o que, em nosso juízo, desconsidera a objetividade das relações sociais). Ainda a relação entre teoria e prática parece insuficiente quando considera uma intervenção “construtivista” sobre a prática, como se os processos teóricos não estivessem enraizados nessa prática¹⁸³.

No plano da prática o acento dessa proposta parece recair sobre a mudança de atitude dos trabalhadores; sobre o trabalho vivo em ato. O risco aqui é de fazer coro com defesas que imputam ao trabalhador posturas “acolhedoras”, “humanizadas”, sem considerar os modelos de atenção e os modelos gerenciais a que o trabalho vivo está submetido. Consideram que o trabalho em saúde, construído sob a lógica da reprodução do capital e submetido aos interesses de diversos atores, tem nos agentes individuais do trabalho seu ponto de inflexão. Essa pode aparecer como mais uma “obrigação” aos trabalhadores que têm que compatibilizar o uso de

¹⁸³ Nosso capítulo sobre a metodologia explicita melhor nossa concepção sobre a relação teoria-prática.

tecnologias leves com as demandas incessantes do capital e das lógicas administrativas e gerenciais.

Nos parece, pelos dados apresentados até aqui, que é dessa forma ambígua que as participantes da pesquisa têm vivenciado esse tipo de demanda. Isso tudo em um cenário de fragilidade dos trabalhadores, seja pelos vínculos precários, seja pelos organismos de representação e organização das categorias que se encontram enfraquecidos. Daí a dificuldade de fazer frente às instituições e processos instituídos, desde modelos de atenção, até os modelos de gestão. Esses processos que Merhy (2013a; 2013b; 2013c) considera em seus outros textos não aparecem com o mesmo peso nesse último texto de proposições (FRANCO; MERHY, 2013), o que acaba por deslocar a defesa da centralidade das tecnologias leves para um plano quase idílico, de recompor processos e vínculos do trabalho artesanal, agora no âmbito das equipes.

Não desconsideramos, entretanto, que trabalhadores e usuários devam se alinhar como sujeitos de produção de novas formas de produção do cuidado, nem que as posturas individuais dos profissionais, muitas vezes, são padronizadas e capturadas por normas e protocolos, fazendo com que os usuários se sintam desprotegidos. Mas discordamos dessa análise que parece partir da objetividade da relação entre trabalho vivo e trabalho morto, para compreender as determinações da produção atual das formas como as necessidades são produzidas e imaginadas e tira como conclusão uma mudança centrada na subjetividade.

Olhando pela ótica das mudanças do mundo do trabalho, essas ferramentas construídas no trabalho em saúde a partir da crítica às influências tayloristas na organização do trabalho, podem estar sendo capturadas pelas necessidades ampliadas de reprodução do capital. Não negamos o uso dessas ferramentas no cotidiano e sua potencialidade para construir uma atenção mais integral à saúde, mas é preciso atentar para a possibilidade de sua captura no cenário de produção flexível aberto pela reestruturação produtiva a partir do fim dos anos 1970. A captura e refuncionalização dos conceitos da clínica ampliada e da atenção psicossocial, e com isso das tecnologias leves e relacionais geradas no âmbito dessas discussões, pode estar subvertendo seus objetivos iniciais e produzindo efeitos contrários aos pretendidos.

Nesse sentido, a ênfase na responsabilização de cada profissional pela demanda, operacionalização das ferramentas do cuidado e pela gestão dos dispositivos institucionais, bem como a defesa da flexibilidade na execução de tarefas distintas e intercambiáveis (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), somadas à ênfase na defesa teórica de uma mudança centralizada na subjetividade (FRANCO; MERHY, 2013), podem contribuir para pavimentar um caminho que

acentua o polo da responsabilidade dos trabalhadores pelo engajamento no processo de mudanças na atenção, ao passo que invisibilizam os impactos dos processos de reestruturação produtiva no processo de produção do cuidado.

Acreditamos que nossos dados têm demonstrado que em contexto de ajuste fiscal, precarização das políticas públicas e escassez de recursos territoriais, a responsabilização pelas necessidades em saúde se torna, muitas vezes, tarefa individual atribuída aos trabalhadores sem respaldo de condições concretas no processo de trabalho. Além da responsabilidade pela operacionalização de um projeto sem os recursos necessários, há o risco de a flexibilidade necessária ao estabelecimento dos projetos singulares, ser aplicada como intensificação da polivalência e de um trabalho multiparcelar. Isso aponta para a descaracterização e consequente amoldamento do projeto de atenção psicossocial a uma lógica privatista, imediatista, orientada pela demanda e direcionada aos indivíduos, que, a rigor, reproduz uma sociabilidade privada, tornando-se o contrário do que pretendia o modelo psicossocial com a produção de subjetividades que questionassem os modos socialmente dominantes da subjetividade serializada do modo de produção capitalista (COSTA-ROSA, 2000).

Yasui e Costa-Rosa (2008) afirmam que na relação entre o sofrimento dos usuários e a capacidade de continência da equipe, a capacidade de agenciamento por parte das equipes, também é moldada pela plasticidade de sua subjetividade e pela desenvoltura complexa de sua "caixa de ferramentas". Todavia, em nosso entendimento, se as tecnologias não forem contextualizadas em suas condições concretas de operacionalização, incorre-se no risco da culpabilização dos agentes pelas faltas e carecimentos do processo de trabalho. Assim, a partir dos dados que expusemos, sentimo-nos obrigados a atentar para o fato de que nos contextos de falta de recursos e ênfase na produtividade por que passa o processo de trabalho em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial, as ferramentas construídas com vistas a apoiar uma ética da emancipação humana, produção de autonomia e solidariedade, podem vir a contribuir, contraditoriamente, para o reforço de uma ética concorrencial e individualista, pautada numa lógica empresarial.

CAPÍTULO 7 – IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E NO TRABALHO COM GRUPOS

No capítulo anterior, ao analisar o processo de trabalho em saúde mental, constatamos a possibilidade de o trabalho dos técnicos em saúde mental, na forma de Técnicos de Referência, promover a desespecialização e ser realizado nos moldes multiparcelar e intensificado. O trabalho em equipes (grupos), a polivalência e intensificação que se revelam como sobrecarga no cotidiano dos profissionais, dão indícios da influência das formas de gestão e organização sobre as bases do regime de acumulação flexível ou reestruturação produtiva. Tal forma de organização sinaliza o risco da apropriação dos conceitos do modelo de atenção psicossocial e sua conversão em práticas que reforçam o modelo biomédico, contribuindo para inverter as finalidades terapêuticas em favor de um processo intensificado e flexível.

Nesse contexto, a utilização das tecnologias leves ou relacionais que deveriam concorrer para a concretização de uma proposta de cuidado integral, podem submeter as práticas em saúde a critérios administrativos e gerenciais que fragilizam o cuidado aos usuários e convertem a responsabilização das equipes pelos projetos terapêuticos em culpabilização dos trabalhadores pelas faltas de recursos e estrutura presentes no processo de trabalho. Dado o destaque que as influências das formas de gestão e organização ganharam nos relatos das participantes ao descrever tal processo e o trabalho com grupos; nesse capítulo, iniciamos por uma breve apresentação das características gerais do que tem sido chamado de *toyotismo*, regime de acumulação flexível, reestruturação produtiva ou fluxo tensionado. Suas semelhanças e diferenças com o processo de trabalho estudado aparecem na sequência, organizadas em três eixos de análise, que foram organizados a partir de sucessivas leituras do material coletado e condensam os temas mais recorrentes e os que se mostraram mais relevantes na explicação dos desafios encontrados no processo de trabalho em saúde mental e no trabalho com grupos.

O primeiro desses eixos diz respeito aos relatos de "polivalência e intensificação no trabalho em equipe". O segundo, aos impactos de uma "lógica administrativa e gerencial que se sobrepõe às finalidades do cuidado". E o terceiro, agrupa os relatos acerca do "trabalho em equipe estar reforçando uma sociabilidade privada".

Por fim, refletimos sobre a possibilidade de, nesse contexto, os conceitos do modelo de atenção psicossocial que tiveram influência na constituição das políticas brasileiras de saúde

mental a partir da década de 1990, serem apropriados e refuncionalizados na direção do reforço de práticas biomédicas, contribuindo para asseverar um neoconservadorismo de base gerencial nos serviços de saúde mental.

7.1 A reestruturação produtiva, seus impactos na organização do trabalho e na subjetividade dos trabalhadores

Conforme discutido no primeiro capítulo deste trabalho, o modo de produção capitalista, baseado na concorrência intercapitalista, impulsiona a introdução de novas tecnologias no processo de trabalho a fim de diminuir o valor das mercadorias e garantir suas taxas de lucros e a sobrevivência no mercado. As novas tecnologias, no entanto, ao aumentarem a produtividade do processo, diminuem a mais-valia contida em cada mercadoria, levando à queda tendencial da taxa de lucro e provocando as crises inerentes a esse modo de produção. Sob relações capitalistas de produção, portanto, a inovação tecnológica subordina-se ao princípio da concorrência e à lei do valor-trabalho, possibilitando baratear a produção e obter lucro excedente, enquanto a mudança tecnológica está sob domínio de parte dos capitalistas e ainda não se generalizou para o conjunto da produção (KATZ, 1995). Para solucionar suas crises e recuperar as taxas de lucro, uma das saídas do capital reside na reestruturação do processo de trabalho com o aumento da exploração dos trabalhadores.

No final do século XIX, esse modo de produção entra em sua fase imperialista, caracterizada pela fusão do capital monopolista industrial com o capital bancário, formando o capital financeiro; pelo surgimento dos monopólios; pela exportação de relações sociais capitalistas do centro para a periferia do sistema; pela formação de associações internacionais monopolistas de capitais que partilham o mundo entre si; e pela partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas (LENIN, 2012). Com a dominação dos monopólios se constitui um sistema econômico mundial, baseado no fluxo de conexões em que todos os países são interdependentes, sem prejuízo das hierarquias e das relações de dominação e exploração, já que o desenvolvimento capitalista se dá de forma desigual e combinada, operando em ritmos diferentes em diversos espaços nacionais, mantendo os países atrasados na condição de economias dependentes e exploradas (NETTO; BRAZ, 2012).

No estágio imperialista, os monopólios representam um instrumento do capital para aumentar seus lucros e isso não se dá sem acentuar novas contradições, entre elas Netto e Braz (2012) destacam duas. A primeira delas, é que a despeito das enormes condições que têm os

monopólios de incrementar a produção, seu crescimento fica aquém das possibilidades e a capacidade produtiva subutilizada, já que é política dos monopólios só ampliar a produção quando há garantia de realização da mais-valia, de venda de seus produtos. A segunda, diz respeito à incorporação das inovações técnico-científicas, que se dá em ritmo menor do que no capitalismo em sua fase concorrencial. Ainda que a inovação possa ter um efeito imediato nos lucros, a taxa mais lenta de introdução das inovações visa o efeito líquido sobre a lucratividade global das empresas, preservando assim, sua taxa de mais-valia por mais tempo (NETTO; BRAZ, 2012).

Na sua primeira fase, que vai até 1940, o imperialismo foi caracterizado por violentas crises econômicas que evidenciaram a necessidade de maior intervenção estatal na economia capitalista, envolvendo as condições gerais da produção e da acumulação. Essa forma de intervenção do Estado, nos países em que o movimento operário e sindical mostrou-se forte, não violou a democracia política. O mesmo não ocorreu em países em que as ideias democráticas tinham tradições débeis (Itália) ou que o movimento operário foi mais golpeado (Alemanha), nos quais "instaurou-se o regime político mais adequado ao livre desenvolvimento dos monopólios – o *fascismo*" (NETTO; BRAZ, 2012, p. 206). A capacidade de mobilização de massas do movimento operário e a Revolução Russa, colocando no horizonte a possibilidade de expansão das experiências socialistas para outros países, foram elementos conjunturais decisivos para as formas que tomaram as intervenções estatais, frente à necessidade econômica de intervir e salvaguardar a economia capitalista.

Desde os anos 1930, se ensaiam encaminhamentos para as ações estatais que serão implementados mais amplamente a partir da Segunda Guerra Mundial, na fase que se denomina de “anos dourados da economia imperialista” (NETTO; BRAZ, 2012). Com lastro teórico na defesa keynesiana do orçamento público como indutor de mudanças, os Estados nacionais passam a investir diretamente em setores-chave da economia, e também em programas sociais, desonerando os capitalistas de parte dos custos com a reprodução da força de trabalho (NETTO; BRAZ, 2012).

O modo de organização do trabalho que se generalizou nesse momento foi o taylorista-fordista, responsável por conferir grande desenvolvimento econômico por três décadas ao modo de produção capitalista e que, pressionado pela forte organização do movimento operário em alguns países e pela ameaça de avanço do movimento socialista, conjugou-se com a incorporação de demandas populares. O Estado foi refuncionalizado, assumindo funções econômicas diretas e indiretas, desenvolvendo não só mecanismos de coerção, mas também de

coesão social, implementando medidas de caráter social protetor, ao menos em alguns países imperialistas. Juntamente à atuação em favor dos monopólios pela garantia das condições para a acumulação capitalista, consolidaram-se políticas sociais e um conjunto de instituições que dariam forma aos vários modelos de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) (NETTO; BRAZ, 2012). Entre essas políticas sociais, destacam-se as políticas de saúde, que tiveram avanço mais tímido e focalizado nos EUA e mais amplo na Europa, com a constituição de sistemas nacionais de saúde. O *Welfare State* permitiu, portanto, nesse período, a partilha do fundo público entre capital e trabalho, conjugando as altas taxas de lucro com o aumento do consumo de massas.

O taylorismo-fordismo como modo de gestão do trabalho, predominante nesse estágio do desenvolvimento imperialista teve dois fundamentos principais, a organização (ou gerência) científica do trabalho proposta por Frederick W. Taylor (1856-1915), baseada no controle dos gestos dos trabalhadores (estudo de tempos e movimentos); e as adaptações propostas por Henry Ford (1863-1947), com a linha de produção e a produção em série. A produção, nesse período, vai sendo caracterizada por sua escala de massa, homogeneização e verticalização do processo produtivo. As operações realizadas pelos trabalhadores são racionalizadas a fim de reduzir o tempo e aumentar o ritmo de trabalho, visando a intensificação da produção e o aumento da exploração. O trabalho torna-se parcelar e fragmentado e o que vincula as ações individuais é a linha de produção. A divisão entre elaboração e execução se dá de maneira mais ampla, com a dimensão intelectual do trabalho sendo transferida para as gerências científicas e a expropriação do saber do trabalhador sendo compensado pela inserção da máquina. Confirma-se a subsunção real do trabalho pelo capital e a unificação do processo de trabalho realiza-se agora pela máquina, aparecendo os trabalhadores como seus apêndices (ANTUNES, 2005).

Com a parcelização do trabalho, esse modo de organização da produção consegue diminuir a porosidade do trabalho, aumentando a intensificação e a produtividade. Diminuem também os custos com a qualificação do trabalhador, que executa agora gestos e ações simplificadas e que exigem menor tempo de treinamento. Por um lado, a diminuição do valor unitário das mercadorias, aumenta o consumo e os lucros capitalistas, por outro, os trabalhadores se tornam facilmente substituíveis, aumentando a pressão exercida pelo exército industrial de reserva sobre os trabalhadores empregados e diminuindo o preço que o capital paga pela força de trabalho (SOUZA, 2006).

Quando se generaliza como modo de gestão do trabalho, o taylorismo-fordismo impacta não só a produção industrial, mas o controle da vida do trabalhador e a totalidade da vida social.

Mesmo o serviço público, que não está submetido diretamente à produção de mais-valia, acaba afetado pelas formas de organização predominantes, como explicita a crítica de Campos (1998) à aplicação do taylorismo no setor saúde e na saúde pública. Esses modos de gestão demandam também o ajuste das formas de qualificação e formação da força de trabalho nos moldes exigidos pela produção (GOMES, 2006; SOUZA; 2006; ANTUNES; PINTO, 2017).

A partir da segunda metade dos anos 1960, as lutas operárias começam a confrontar o padrão de acumulação taylorista-fordista e os mecanismos de controle social da sociedade do capital. Soma-se a isso uma crise da queda da taxa de lucro que levou à recessão. Premido pela necessidade de aumentar a taxa de lucro e pela luta dos trabalhadores contra as condições de trabalho e de existência impostas, o capital é forçado a uma série de mecanismos de reestruturação no processo produtivo, revertendo as conquistas sociais alcançadas no pós-guerra. Inicia-se aí a terceira fase do estágio imperialista, a do capitalismo contemporâneo (NETTO; BRAZ, 2012), que impacta em mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais de amplas proporções. A esse processo tem se reservado as expressões "reestruturação produtiva", "regime de acumulação flexível" ou "fluxo tensionado".

Passa-se a buscar alternativas ao sistema taylorista-fordista de gestão, apoiadas na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e do consumo (HARVEY, 2014). Caracterizada pela ampla inserção de tecnologia, principalmente de base microeletrônica, as empresas intentam superar a produção estandarizada pelo aumento da produtividade e da variabilidade, buscando elevar a produtividade e lucratividade. Com vistas a isso, surgem diversos modelos de produção flexíveis, entre eles o da Califórnia, do norte da Itália, da Suécia e da Alemanha, com características distintas, mas perseguindo o mesmo objetivo de recuperar os padrões de acumulação. Entre esses, entretanto, o que parece ter apresentado melhores adequações às necessidades do capital e alcançou maior generalização foi o modelo japonês, desenvolvido na *Toyota Motor Company*, razão pela qual esse modelo e o novo padrão de acumulação (que combina elementos de continuidade e descontinuidade com o taylorismo) será muitas vezes chamado de toyotismo (ANTUNES, 2005).

Os experimentos que deram origem ao toyotismo foram empreendidos na fábrica japonesa da Toyota entre os anos de 1947 e 1970 e tinham particularidades referentes ao contexto japonês de produção. Com a crise do pós-guerra e um contexto de lenta recuperação, era preciso produzir pequenas quantidades de muitos tipos de produtos para lidar com a

demanda oscilante. Mas o aumento da produtividade precisava se dar com a redução relativa das instalações, dos equipamentos e efetivos de trabalho¹⁸⁴ (ANTUNES; PINTO, 2017).

Para tanto, era preciso eliminar os estoques e os poros improdutivos na jornada de trabalho. O que se fez com uma produção orientada pela demanda, estruturada pelo trabalho em equipe (células de produção, times ou grupos de trabalho), e flexibilizando o processo produtivo para que cada trabalhador operasse simultaneamente mais de uma máquina:

Passou-se a atribuir a cada trabalhador/a, de forma gradativa, não somente um número e diversidade maior de máquinas, mas também novas tarefas e responsabilidades. Junto da operação, se lhes atribuíram funções de diagnóstico, reparo e manutenção dos equipamentos, assim como a programação, ao mesmo tempo que métodos de aceleração das trocas de ferramentas eram continuamente implantados. Num último estágio, foram atribuídas a praticamente todos os postos de trabalho tarefas de controle de qualidade antes concernentes a um departamento específico da empresa. (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 69-69).

Daí deriva a noção de trabalhadores polivalentes, que passam a trabalhar em células que se responsabilizam por ciclos produtivos completos e estão aptos a substituir os demais nas funções que se fizerem necessárias, ressaltando a flexibilidade no processo. Numa primeira aproximação a polivalência parecia romper com o taylorismo-fordismo, ao promover uma desespecialização que alguns autores acreditavam que contribuiria para o enriquecimento das atividades e a aproximação entre a execução e o planejamento do trabalho operário. Para Antunes e Pinto (2017), entretanto, essa desespecialização se dá a partir dos acúmulos do taylorismo, quando os tempos e movimentos já haviam sido racionalizados a tal ponto pela gerência, que impediriam a reassunção do conhecimento e do controle do trabalho pelos operários. Nesses moldes, a desespecialização diversifica as atividades já previamente racionalizadas, atacando o controle que os trabalhadores mais especializados ainda detinham sobre a produção. Apresenta-se como uma continuidade do processo de racionalização do trabalho que, ao invés da parcelização e microtempo imposto, procede agora pela desespecialização e tempo partilhado (ANTUNES; PINTO, 2017).

Por essa razão, Gomes (2006) preferirá a denominação de trabalho multiparcelar e Machado (1994) fará uma diferenciação entre a polivalência que se anuncia nesse modelo e a politecnia perseguida pelos modelos formadores que buscam recompor a cisão entre trabalho

¹⁸⁴ Vemos aqui como esse ideário tem potencialidade de conjugação com as diretrizes neoliberais impostas ao setor público de saúde a partir dos anos 1990 no Brasil.

manual e intelectual¹⁸⁵. A polivalência, nesse formato, convoca a participação dos trabalhadores no processo, sem transgredir, no entanto, as fronteiras hierárquicas. O trabalhador é chamado a renovar seus conhecimentos continuamente, para melhor servir à produção em transformação, mas dentro dos limites do planejamento e objetivos da atividade, sem romper a cisão entre concepção e execução do trabalho. Enriquece-se o conteúdo da atividade com a assimilação de novas responsabilidades e novas cargas de trabalho, contribuindo para a intensificação e reforçando o estranhamento em relação ao trabalho (CHIARIELLO; EID, 2011)

Outro traço distintivo do modelo japonês foram as avaliações de mérito e os bônus, dos quais dependiam as promoções e os salários, que levavam os trabalhadores a evitar demissões e a cooperar com as gerências e a preferirem os acordos por firmas. Isso levou ao desmonte do movimento sindical na Toyota e ao estabelecimento dos sindicatos por empresa, que se tornaram atrelados à gestão, sendo alavancas para a formação de quadros gerenciais e evitando as greves (ANTUNES; PINTO, 2017). É importante notar que, diferentemente da forma como foi generalizado, o toyotismo em seus primeiros momentos contava com planos de carreira e cargos vitalícios como instrumento para promover o envolvimento dos trabalhadores com a função e sua dedicação integral ao trabalho.

Utilizava-se ainda o *just-in-time*, que busca reduzir o estoque de tempos e de efetivos; com base num aparato de informação e reposição de produtos chamado *kanban*. A estrutura produtiva se torna mais enxuta (*lean production*) e mais horizontalizada, o que se estende, inclusive, à rede de empresas subcontratadas, ampliando a terceirização em suas diversas formas (CHIARELLO; EID, 2011; ANTUNES; PINTO, 2017).

De maneira geral, os princípios desse processo produtivo podem ser sintetizados como uma produção mais vinculada à demanda; apoiada no trabalho em equipe; baseada num processo produtivo flexível, no qual o trabalhador opera simultaneamente várias máquinas. Caracteriza-se, ainda, pela redução do proletariado estável, pela ampliação do trabalho mais

¹⁸⁵ "Polivalência significa simplesmente um trabalho mais variado com uma certa abertura quanto à possibilidade de administração do tempo pelo trabalhador e não importa necessariamente mudança qualitativa das tarefas. Representa nada mais que uma racionalização formalista com fins instrumentais e pragmáticos, calcada no princípio positivista da soma das partes. Não significa obrigatoriamente intelectualização do trabalho, mesmo tratando-se de equipamentos complexos. É suficiente para ser um trabalhador polivalente, o recurso aos conhecimentos empíricos disponíveis, permanecendo a ciência como algo que lhe é exterior e estranho. Politecnia representa o domínio da técnica a nível intelectual e a possibilidade de um trabalho flexível com a recomposição das tarefas a nível criativo. Supõe a ultrapassagem de um conhecimento meramente empírico, ao requerer o recurso a formas de pensamento mais abstratas. Vai além de uma formação simplesmente técnica ao pressupor um perfil amplo de trabalhador, consciente, e capaz de atuar criticamente em atividades de caráter criador e de buscar com autonomia os conhecimentos necessários ao seu progressivo aperfeiçoamento" (MACHADO, 1994, p. 19).

intelectualizado no interior das plantas produtivas modernizadas, pela desverticalização produtiva e pela ampliação generalizada das formas de trabalho precarizado (part-time, terceirizado, em domicílio etc.) (ANTUNES, 2005).

Nos ramos produtivos com maior inserção de tecnologia, impõe-se a necessidade de força de trabalho multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada. Além disso, acentua-se a transferência do trabalho vivo para o trabalho morto, com a passagem das atividades intelectuais para a maquinaria; bem como a expansão do trabalho em serviços imbricada com o trabalho produtivo e a produção de uma massa de excluídos do trabalho que procura formas de individuação e socialização nas esferas isoladas do não-trabalho (ANTUNES, 2005):

[...] o que vem ocorrendo no mundo contemporâneo é uma maior inter-relação, maior interpenetração, entre as atividades produtivas e as improdutivas, entre as atividades fabris e de serviços, entre atividades laborativas e atividades de concepção, que se expandem no contexto da reestruturação produtiva do capital. Uma concepção ampliada de trabalho nos possibilita entender o papel que ele exerce na sociabilidade contemporânea (ANTUNES, 2005, p. 14).

Com a entrada dos produtos da Toyota no mercado estadunidense na década de 1980 e no contexto de crise econômica, essas técnicas e princípios se generalizam em maior ou menor grau nas próximas décadas em quase todos os setores econômicos dos países capitalistas (ANTUNES; PINTO, 2017), ainda que hibridizadas com princípios tayloristas, razão pela qual Mello e Silva (2006) utiliza a expressão *fluxo tensionado*, para se referir a esse modelo que, na tentativa de obedecer ao mercado e à demanda, deve mobilizar a força de trabalho a ele associada constantemente, ainda que misture princípios de modelos de gestão distintos.

O estudo de Denise Pires (2008) sobre a reestruturação produtiva no setor saúde, desenvolvido em hospitais públicos privados, demonstrou que há mais similitudes no processo produtivo desses locais do que diferenças, além de apontar a presença de aspectos tayloristas na organização do trabalho juntamente com as novas formas decorrentes da maior inserção tecnológica no setor. Gomes (2006) destaca também que, apesar dos limites impostos pelo trabalho em saúde à subsunção real do trabalho pelo capital, trabalhos como saúde e educação, inclusive, nos setores estatais, têm sido alvo de investidas do capital na tentativa de recuperar seus patamares de acumulação. Embora não produza mercadorias, o setor estatal tem sua dinâmica também determinada pelas relações capitalistas e seus modos de produzir tendem a ser influenciados pela produção de bens materiais (GOMES, 2006), instaurando-se uma

dinâmica tensa nesse setor entre a lógica de produção de mercadorias e a lógica da produção do cuidado.

Em capítulo anterior (capítulo 3), destacamos como as investidas do capital sobre os fundos públicos no Brasil, em momento de ascenso da luta de classes e de mobilização popular pela reforma sanitária, levou à reorganização dos interesses político-econômicos no setor saúde, utilizando da mediação de organismos internacionais como o Banco Mundial e do fomento do terceiro setor, com a cooptação e produção de consensos em torno às pautas inicialmente reivindicadas pelo movimento sanitarista, até atingir sua forma completa, passando novamente pela hegemonia do capital sob diversas formas de terceirização e de Parcerias Público-Privadas. Fontes (2010) caracteriza esse processo como a passagem de um *eixo mercantil-filantropico* (com a gestão da política social sendo assumida pelas ONGs), que não deixa de existir, mas vai se subordinando a um *programa capital-imperialista* à medida que o capital conquista modificações na estrutura legal e passa a gerir mais diretamente esse processo por meio das Organizações Sociais. Um programa que trocava direitos em nome da urgência e da miséria (FONTES, 2010), mas que também passou a influenciar diretamente os processos de trabalho no nível técnico-operacional.

Harvey (2014) destaca ainda os impactos da reestruturação produtiva na transformação cultural, com a compressão do espaço-tempo e a indução de necessidades cada vez mais fugazes no âmbito do consumo. Não só os processos de trabalho, mas também as relações, valores e o consumo se tornam cada vez mais voláteis e efêmeros. Diversos autores têm salientado também os impactos desses processos na subjetividade dos trabalhadores, entre eles Souza (2006) que assinala a volatilidade por que passam os processos subjetivos, derivados das relações intersubjetivas que ocorrem nesses contextos de produção.

A compressão do espaço-tempo apontada por Harvey também é elemento central da análise que faz Palangana (2002) sobre os impactos desse processo na individualidade. Para essa autora, a necessidade do capital de valorizar o valor em tempos cada vez mais curtos, comprime não só a produção, mas o tempo de circulação e consumo. As necessidades e o consumo têm tempo de duração cada vez menor, impostas pela produção e pela necessidade de realização da mais-valia. Ou seja, a intensificação da produção orienta e determina a forma e o conteúdo dos demais âmbitos de espaço e tempo sociais (PALANGANA, 2002). O capital revoluciona a produção, mas também o modo de vida dos sujeitos que passam a se sentir tão obsoletos quanto as mercadorias, com as necessidades constantes de requalificação para o trabalho (PALANGANA, 2002).

Se o capital sempre pressupôs o envolvimento operário como forma de atenuar a luta de classe, esse processo se aprofunda com o toyotismo, que passa a utilizar a repressão explícita com menos força e adotar mecanismos de internalização das regras pelos trabalhadores, numa estratégia que alguns autores têm denominado de “captura da subjetividade” (ALVES, 2011). Amplia-se com esse modo de gestão o uso pragmático das emoções, deslocando o controle externo do trabalho para o controle exercido por cada trabalhador sobre si e sobre os demais, eximindo o capital de parte dos gastos com vigilantes e inspetores (PALANGANA, 2002; SOUZA, 2006).

Há, portanto, um maior peso ideológico dos mecanismos utilizados para conseguir a cooperação dos trabalhadores, combinando mecanismos de controle hierárquicos (verticais) com o controle disseminado entre os trabalhadores nos times de trabalho (horizontal), mobilizando, além da força física, o envolvimento subjetivo e gerando uma relação mais intensa com o trabalho e o aumento da sobrecarga:

Como estas equipes possuem uma ligação fraca, se diluindo e se reconstituindo de acordo com os projetos que se sucedem, com prazos de duração cada vez menores, não apresentam interesses sólidos ou comuns, logo, a exigência em torno de objetivos comuns apenas impulsiona o aparecimento das máscaras de coletividade¹⁸⁶ (CHIARIELLO; EID, 2011, p. 35).

A cooptação emocional dos trabalhadores não se dá, desse modo, somente por mecanismos ideológicos, mas pela objetividade da produção organizada em células de trabalho e aproveitando-se do trabalho em grupo. Entretanto, esse trabalho em grupo ao mesmo tempo que gera uma identificação mais próxima entre os trabalhadores, solicitando seu envolvimento participativo, também reforça comportamentos competitivos e possessivo-aquisitivos, gerando uma sociabilidade cada vez mais privada (MELLO E SILVA, 2004).

O processo flexível de trabalho vai exigindo a disposição do trabalhador mesmo em seu tempo de não-trabalho, não só pela invasão do espaço privado com demandas do trabalho, pelo reforço da ideia de que a qualificação individual é de sua responsabilidade (MELLO E SILVA, 2006), mas também porque a produção orientada pela demanda pode vir a necessitar dele em momentos de maior tensionamento do fluxo, já que os quadros são cada vez mais enxutos. Premido pelos altos níveis de desemprego, os trabalhadores se submetem a essas práticas de

¹⁸⁶ A ideia de “máscaras públicas” os autores retiram da teorização de: SENNET, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

dominação que exigem sua disposição psíquica e física e delineiam todos os demais espaços de sua vida (SOUZA, 2006).

Com as necessidades constantes de requalificação para o trabalho e o deslocamento dessa necessidade para o plano individual, os trabalhadores sentem-se pressionados a destinarem parte de seu tempo livre para se atualizar (PALANGANA, 2002). Além disso, passa-se a buscar um trabalhador com características "pró-ativas", que se relacione com os valores das empresas e disposto a cooperar nos limites da sociabilidade definida pelo capital, internalizando as regras da produção (SOUZA, 2006). Não à toa a qualificação vai se voltando para o treinamento comportamental e motivacional¹⁸⁷ (às vezes mais do que para a técnica, que pode ser apreendida no cotidiano de trabalho).

Assim como a grupalidade das equipes de trabalho se restringe à formação de grupos para cumprir objetivos efêmeros da produção, a autonomia exercida no trabalho, também aparece como uma "autonomia controlada", restrita ao cumprimento das metas empresariais.

Ao mesmo tempo, a capacidade de reação dos trabalhadores tem se apresentado mais dificultada com a fragmentação dos contratos de trabalho que incidem diretamente na fragmentação dos trabalhadores e na fragilização do movimento sindical. As formas de terceirização (além de outras formas de precarização contratuais como os contratos temporários e por tempo parcial) se tornam cada vez mais extensas e o trabalho cada vez mais precário, com um núcleo de trabalhadores mais qualificados e estáveis e um grande contingente de trabalhadores desqualificados com contratos precários e alta rotatividade.

Os impactos desse processo na subjetividade e nos perfis de adoecimento dos trabalhadores são claros, embora ainda pouco reconhecidos pela Medicina do Trabalho, pela Saúde Ocupacional¹⁸⁸ e pela Psicologia (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). As autoras enfatizam que a área da saúde ainda minimiza ou ignora os aspectos sociais, econômicos, organizacionais e psicossociais do processo de reestruturação produtiva que têm fortes impactos na subjetividade e na saúde dos trabalhadores, indo da exposição a agentes tóxicos, ruídos, riscos físicos e assaltos, até a as políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos

¹⁸⁷ No capítulo 3, discutimos o impacto desse contexto na formação dos trabalhadores em saúde, principalmente da formação médica, que, a partir da década de 1990, passa a sofrer grande pressão para a adoção das chamadas "metodologias ativas", com o reforço das competências e qualificações comportamentais, frente à defesa da necessidade de maior humanização nas relações do cuidado. Santiago (2019) analisa algumas das armadilhas dessa defesa, que por vezes, serviu para mascarar a precarização dos currículos.

¹⁸⁸ Campos hegemônicos da saúde na relação com os processos de adoecimento no trabalho, que por seu alinhamento político-ideológico com os processos do modo de produção capitalistas são contrapostos pelos estudos do campo da Saúde do Trabalhador.

e psíquicos dos trabalhadores, impondo a anulação da subjetividade para que as metas sejam alcançadas.

Segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), a precarização do trabalho tem alterado a vida dentro e fora do trabalho, levando à vivência da insegurança e da competição, inclusive, àqueles trabalhadores que vivenciam vínculos mais estáveis. A ameaça da precariedade e da perda do salário pode levar a ruptura em suas vidas, perda da identidade profissional e isolamento social, que é agravada com o desmonte das políticas públicas e a incerteza sobre a assistência do Estado. Pontuam, ainda, o aumento dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho, que têm levado à exclusão do processo de trabalho por afastamentos, acidentes, incapacidade ou aumento do consumo de drogas, tornando-se um problema de saúde pública.

As formas de organização do trabalho que impulsionam a competitividade exacerbada têm potencializado, inclusive, as situações de violência e humilhação no processo de trabalho, legitimadas pela organização e políticas internas. Vilela, Silva e Jackson (2010), em seu estudo com Agentes Comunitários de Saúde, demonstram, também, que a cobrança de metas quantitativas não é exclusiva do setor privado, com os novos métodos de gestão no serviço público exigindo maior engajamento do trabalho nos serviços sob o discurso da qualidade e da eficiência, ao mesmo tempo que não enfrentam os critérios políticos de nomeação, a falta de recursos e a baixa capacidade de atendimento.

Desse modo, a precarização tem se apresentado como um processo multidimensional que afeta a vida dentro e fora do trabalho, impactando os laços familiares e intergeracionais. O *just in time*, a gestão pelo medo, as práticas participativas forçadas, a imposição sutil de autoaceleração e a multifuncionalidade são identificados por Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), como processos de dominação que potencializam insegurança, incerteza, sujeição, competição, desconfiança, individualismo e o sequestro do tempo e da subjetividade. Estudos por várias perspectivas teóricas têm apontado a relação desses fenômenos com o favorecimento de processos de sofrimento e de adoecimento, notadamente pelo crescimento das LER/DORT e dos transtornos mentais. O aumento estatístico dos transtornos do ciclo vigília-sono, fadiga patológica, o esgotamento profissional (síndrome de *burnout*), riscos de hipertensão arterial e doença coronariana, além de processos psicossociais que conduzem ao suicídio e à escalada da dependência do álcool e outras drogas; têm sido relacionados com o ritmo intenso de trabalho, as metas inalcançáveis, o desrespeito ao biorritmo dos indivíduos, e a exiguidade de tempo para pausas, descanso, reposição do cansaço e convivência fora do ambiente de trabalho (FRANCO;

DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). Esses autores destacam ainda, o impacto que a opção pela polivalência tem representado na identidade dos assalariados que antes orgulhavam-se por suas especialidades profissionais e a rotatividade no trabalho que impede o estabelecimento de projetos profissionais e pessoais.

Souza (2006) acentua o impacto que a utilização das emoções como forma de cooptação dos trabalhadores e engajamento com os valores empresariais têm tido nos processos de coerção e exclusão do trabalho, caracterizando o assédio moral como a síntese desse modo de gerir o trabalho. Nesses casos, as humilhações e situações de violência psicológica repetitivas buscam provocar a demissão ou a submissão às imposições de produtividade, instaurando para os trabalhadores o dilema entre aderir ou ser excluído (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). A imposição da ideologia da excelência, da necessidade de inovar continuamente e o medo de discordar levam ao fingimento de que as metas são sempre alcançáveis, ao aumento da competição e da indiferença pelos limites do outro e à instalação de uma cultura propícia ao assédio. Dessa maneira, não só o processo de trabalho se renova continuamente, como o fetiche da inovação se estende aos trabalhadores, que são substituídos quando se desgastam (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). O clima de incerteza, perseguição e intimidação gerado por essas práticas tem aumentado também, os quadros paranóides não psicóticos, com ideias de autorreferência, insônia e distúrbios psicofisiológicos (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Quando consideram os trabalhos no campo da seguridade social, como é o caso do trabalho em saúde, esses autores têm enfatizado o ataque à dimensão ética das práticas, com o abalo não só da imagem idealizada de si, mas do caráter ético que dá sentido às atividades, o que, segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), está profundamente associado ao risco de suicídio. Todavia, antes do aparecimento de quadros clínicos gerados pelas relações e condições de trabalho, Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), evidenciam a existência de uma fase de vulnerabilização, marcada por perdas e impedimentos¹⁸⁹. Nos casos de trabalhadores com vínculos de trabalho precários e submetidos a salários mais baixos, soma-se ainda a vulnerabilidade decorrente da pobreza. Em nosso estudo, alguns dos processos de impedimento e perdas citados pelos autores como relacionados à vulnerabilização apareceram, dos quais destacamos os seguintes:

- **A perda de confiança**, pela exacerbação da competição e pela percepção da

¹⁸⁹ Com exceção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, quando essa fase nem sempre pode ser identificada.

falsidade nas relações no interior das equipes;

- **O impedimento do repouso e da recuperação do cansaço**, principalmente, nas equipes de enfermagem que realizam trabalho em turno e não raras vezes, possuem mais de um vínculo empregatício;
- **A atividade impedida**, quando não há tempo para pensar e entrar em contato com os próprios sentimentos, ou ainda pelo impedimento das reflexões de ordem crítica seja pelo medo de sanções, seja pela intensificação da atividade. As queixas aqui diziam respeito principalmente à falta de tempo no processo de trabalho para planejamento e avaliação das atividades;
- **A renúncia à ética** em favor das metas institucionais, em situações nas quais sentiam que o encaminhamento para os casos estava sendo tomado mais pelo alinhamento às normas e limites institucionais do que por seus critérios profissionais e terapêuticos;
- **Perdas relacionais ao longo do processo de isolamento dos demais no ambiente de trabalho**, o que se mostrou pela irritabilidade devido à sobrecarga e que prejudicava o convívio e as relações, pela competição e individualismo em alguns momentos do trabalho em equipe, e em casos de trabalhadores em sofrimento ou adoecidos que não se dispunham mais ao diálogo com a equipe ou a gestão, além de, em alguns momentos, apresentarem comportamentos de afronta que contribuíam para aumentar o isolamento em relação aos demais;
- **Silenciamento**: pela sensação de impedimento a manifestar críticas, seja pela pressão da equipe, por contrariar normas institucionais ou tácitas, ou, ainda, por medo de cometer erros ou de adoecer;
- **Perda da possibilidade de autenticidade**, por sentir-se coagido à falsidade ou à mentira, o que se expressou principalmente em relação ao trabalho em equipe;
- **Impedimento de ser reconhecido**, manifestado com destaque na crítica às formas de parametrização e avaliação do trabalho que não contemplam o trabalho real, levando à sensação de que a avaliação está centrada mais nas normas e procedimentos organizacionais do que na qualidade do cuidado.

Chama atenção também nos dados, o fato de quase não ter figurado neles relatos de violência nas relações. As queixas, no geral, estavam focalizadas na intensificação do trabalho, na sobrecarga, na polivalência e nas dificuldades geradas pelo trabalho em equipe, impactando

nas relações interpessoais, na competitividade, no empreendedorismo de si e na autoexigência pela qualificação permanente. Em nossas hipóteses, o não relato de situações de assédio moral, apesar do grande envolvimento emocional com o trabalho tem alguns determinantes, entre eles a experiência pregressa de uma gestão colegiada e a presença maior da autocobrança e da autoexigência em detrimento de imposições externas de maneira violenta. Embora identifiquem decisões verticalizadas nos processos de mudança de gestão, em uma das equipes esse processo foi enfrentado com a maior grupalização dos trabalhadores e na outra, apareceram queixas maiores às cobranças dos colegas na equipe do que da própria gestão. Em nosso entendimento, a autocobrança é reforçada pela refuncionalização dos conceitos do modelo de atenção psicossocial. Nesse sentido, em que pese as queixas de um trabalho que em alguns momentos se aproxima da multiparcelaridade, o papel do técnico de referência é vivenciado de maneira ambígua. Se reconhecem nele a desespecialização que provoca sobrecarga, ao mesmo tempo visualizam sua adequação às finalidades do trabalho psicossocial, com o descentramento do trabalho médico e maiores possibilidades de realização da integralidade do cuidado, o que contribui para assumir como correta sua autoimposição.

Pelas considerações acima, vê-se que esse modo de organização do trabalho vai aumentando a tendência à coisificação dos trabalhadores e das relações sociais, reforçando os processos de alienação e a perda do sentido do trabalho, com impactos na identidade, na dissolução dos vínculos entre trabalhadores, e nos processos de adoecimento e sofrimento pelo trabalho. Sua implantação com maior peso está dirigida aos processos de produção de "bens materiais", mas se generaliza para outros processos produtivos, incluindo o trabalho no interior do Estado, que tem adotado instrumentos similares de gestão e sofrido as investidas do capital nas variadas formas de terceirização, gestão por OS, e mercantilização da saúde.

Como vimos no capítulo 3, o Estado tem tido importante papel nesse processo de precarização das relações trabalhistas, ao assumir as pressões do capital-imperialismo por meio de organismos internacionais como o Banco Mundial e promover mudanças permissivas na legislação, de maneira que a instabilidade se dá, não somente no plano econômico e das relações de trabalho, mas também, no plano das políticas públicas e da proteção social, afetando o conjunto da sociedade. A reestruturação produtiva modifica elementos da atividade do trabalhador, aumentando sua vinculação afetiva com o trabalho e estimulando processos de cooptação emocional, além de ampliar e fragmentar as ações que o constituem, aumentando, com isso, a carga de trabalho e o desgaste, o que pode impactar diretamente no processo saúde-doença. Expande também os motivos-estímulo, fazendo com que o sentido do trabalho não

esteja em sua função social, mas em elementos externos ao processo, com potencial de gerar sofrimento e fragmentação da personalidade (MALAGUTY; ROSSLER, 2016).

Cabe ressaltar que vários dos autores aqui citados (ANTUNES, 2005; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; ALVES, 2011; NETTO; BRAZ, 2012; ANTUNES; PINTO, 2017) consideram que não se trata de uma ruptura com o modo capitalista de produção, mas sim, com a radicalização da procura por flexibilizar as condições de produção e a força de trabalho, que são características históricas desse modo de produção. Não se altera a forma de ser do capital, mas seus padrões de acumulação, com o aprofundamento da apropriação privada da riqueza social e dos elementos da natureza e consolidando o mercado como eixo da sociedade. Uma lógica que impede o trabalho de se efetivar em meio de desenvolvimento, solidariedade e potencialidade dos seres humanos, tendo consequências diretas na subjetividade dos trabalhadores e nas manifestações do fenômeno da alienação.

A organização do trabalho, nesse contexto, lança mão de estratégias de sedução e coerção para envolver e expropriar o intelecto dos trabalhadores, com a promessa de espaços mais “participativos”, ainda que só na aparência, convertendo os trabalhadores em “déspotas de si mesmos” (ANTUNES, 2005). São chamados a sugerir mudanças e melhorias nos processos produtivos que se reverterem em acúmulo de tarefas e sobrecarga. A alienação aí se manifesta de maneira mais interiorizada e complexificada, envolvendo-se o trabalhador com os objetivos do capital (ANTUNES, 2005).

O capital em sua fase imperialista, continua não apresentando qualquer solução efetiva para nenhuma de suas contradições iminentes (NETTO; BRAZ, 2012), configurando-se essas reestruturações em novas aparências e na radicalização de velhas contradições, que decorrem em modos de viver e de trabalhar, socialmente patogênicos. Na análise que apresentamos no capítulo anterior sobre o processo de trabalho nos serviços pesquisados, algumas relações bastante explícitas entre as formas de gestão e organização do trabalho, típicas da reestruturação produtiva já foram indicadas. Nosso objetivo aqui, para além da descrição que já foi feita dessas características, é agrupá-las em três eixos que condensam os temas mais recorrentes nas falas das participantes e subsidiam nossa análise sobre os riscos de apropriação e refuncionalização de conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial em favor das práticas do modelo biomédico, bem como salientar as implicações das dificuldades relatadas nesses eixos sobre o trabalho com grupos que é realizado junto aos usuários.

7.2 Polivalência, intensificação e sobrecarga no trabalho em saúde mental

Quando solicitadas a refletir sobre o trabalho com grupos, as participantes da pesquisa identificaram diversas finalidades e benefícios dessa forma de intervenção. Algumas dessas finalidades estavam relacionadas com o desenvolvimento dos usuários¹⁹⁰, outras destacavam o papel dos grupos em facilitar o trabalho das profissionais e contribuir para seu próprio desenvolvimento, um terceiro conjunto, ainda, estava relacionado com finalidades que os grupos cumpriam para a gestão e organização do trabalho. Os grupos são apontados como um "centro estratégico" do serviço, como "ordenadores" do processo de trabalho:

Não que outros tipos de atendimento eles não sejam importantes também no nosso serviço, porque eu acho que são, mas eu acho que é muito mais como um ordenador. [...] Não que seja corriqueiro, sempre só aquele atendimento (extrato do grupo focal).

Eu acho que o CAPS é o espaço para atendimento em grupo. Eu acho que qualitativamente é muito importante, que é essa mediação do sujeito com o mundo, esse meio, que a gente colocou para a reinserção. Acho que os atendimentos individuais eles são importantes para orientação de PTS ou para fortalecimento para participação no grupo. A gente faz muito atendimento individual, não dá pra dizer que a gente não faz. Muito. Mas eu vejo que é um núcleo importante o grupo. Quando a pessoa consegue ir para o grupo, quando no individual consegue falar no grupo. Eu vejo que ele é um centro, é estratégico mesmo para o CAPS. [...] é um centro de avaliação importante (extrato do grupo focal).

Então acho que os atendimentos em grupo eles giram o CAPS (extrato do grupo focal).

Na opinião delas, assim como na legislação, os grupos deveriam ser priorizados e a socialização, inclusão e desenvolvimento que permitem aos usuários são ressaltados a todo momento, além de permitirem outras formas de expressão, para além da expressão verbal¹⁹¹. Os grupos de referência, nos quais acompanham e revisam os projetos terapêuticos singulares juntamente com os usuários, foram os mais destacados no relato, sendo caracterizados pela função de reabilitação psicossocial, pelo tempo que dedicam à reflexão acerca das dificuldades cotidianas e dos projetos de vida dos usuários.

¹⁹⁰ Essas finalidades serão melhor abordadas no próximo capítulo. Neste, ganharão destaque a relação dos grupos como meio de trabalho dos agentes profissionais e suas funções no processo de trabalho.

¹⁹¹ As trabalhadoras não fazem distinção entre grupos de referência, terapêuticos, oficinas, assembleia etc. Todos são considerados espaços de grupalização e atividades com grupos. No próximo capítulo apresentaremos alguns dados sobre as atividades realizadas nesses grupos. Nessa primeira aproximação manteremos essa definição ampla, pois suas referências dizem respeito ao lugar que todas essas atividades ganham no processo de trabalho em diferença com as atividades de atendimento individual, acolhimento, articulação de casos com a rede e assistência aos usuários que estão no leito.

Embora com menor acento do que aquele conferido às finalidades de desenvolvimento dos usuários pelo trabalho com grupos, aparece também a função racionalizadora que tem esse meio de trabalho, ao permitir atender um maior número de usuários em menor tempo. O grupo figura como uma possibilidade de “otimizar” o trabalho, já que não teriam tempo de realizar o acompanhamento de cada usuário individualmente:

- Uma das é atender o maior número de pessoas possíveis. Porque a gente não tem tempo hábil para fazer atendimentos individuais. Então a gente faz grupos para poder acompanhar, atender...
 - Otimizar.
 - ...otimizar o tempo. É uma das finalidades de grupo.
- (extrato do grupo focal)

Então acho que os atendimentos em grupo eles giram o CAPS. [...] Então a nossa dinâmica nos permite fazer mais grupos porque não teria tempo de a gente ... Sei lá, quatrocentos usuários, como é que dez profissionais vão dar conta de quatrocentos usuários? Como é que vão acompanhar? Como é que vai dar seguimento no tratamento? (extrato do grupo focal).

Reconhecem nos grupos, principalmente nos grupos de referência, a possibilidade de acompanhar o cotidiano e os projetos terapêuticos dos usuários, o que está ligado à estruturação particular do processo de trabalho no município. Com o processo sendo articulado a partir dos técnicos de referência e o grupo de referência sendo um “ordenador” do serviço, é no momento do grupo que conseguem ter um contato mais próximo e continuado com os usuários, para os quais são referência. Para além disso, reconhecem no grupo a possibilidade de observar os usuários em relação com técnicos e com os demais usuários. Veem aí uma possibilidade que não conseguem efetivar nos atendimentos individuais e apontam o grupo como local de observação que vai além do que o que está sendo dito pelos usuários, permitindo apreender seus comportamentos e reações.

Eu acho também que o grupo é um ambiente muito rico pra gente observar enquanto profissional. A gente vai observar o comportamento do usuário frente aos outros usuários. Então é muito diferente de ele vir e se queixar ou da família se queixar. Você vai ver como ele age com a pessoa do lado, a relação dele com o terapeuta. [...] acho bem importante pra gente observar (extrato do grupo focal).

[...] talvez, a atividade em si torne... deixa isso ficar mais livre para deixar ele se expressar de uma maneira mais solta com outros pacientes, que num atendimento individual talvez não iria acontecer. Então tem essa possibilidade. Inclusive, até o fato de o usuário não conseguir talvez se expressar tanto num grupo também é uma forma de a gente também estar observando: ‘Nossa, mas ele não consegue se expressar no grupo. Mas por que será que não consegue?’. Então o que que é o grupo? O que essa coisa do grupo exerce sobre ele? Então tudo isso, né. De qualquer forma o ‘se expressar ou não’ já é uma questão. A gente já fica pensando: ‘Pô, mas o que que é

que está rolando aí?’. Então a relação com o outro revela muita coisa. E o grupo permite isso (extrato do grupo focal).

Mas também tem o lance de acompanhamento mesmo. De o profissional de referência conseguir perceber como está na semana ou quinzenal. Conseguir ter esse acompanhamento do PTS. Acho que tem vários tipos de grupo, mas também tem isso de perceber, porque uma das metas do PTS pode ser conseguir se posicionar, conseguir dizer ‘não’, conseguir divergir, sei lá... e no grupo isso também faz parte da meta. Acho que tem isso da execução e do acompanhamento do PTS (extrato do grupo focal).

Os grupos cumprem, portanto, uma função no processo de trabalho dos profissionais, permitindo "falar sobre o tratamento" e fazer o monitoramento da semana. Não se resume a isso, porque as profissionais reconhecem os benefícios que têm os grupos no desenvolvimento e socialização dos usuários, mas em vários momentos afirmam que não poderia ser diferente, dada a relação entre número de usuários e número de profissionais. Há, portanto, uma tensão constante no sentido de o grupo se converter em um instrumento racionalizador, reproduzindo o modelo biomédico de grupo assistencial e educativo, com foco no "acompanhamento do tratamento", centrado no controle e remissão de sintomas e nas demandas mais imediatas. Note-se que nesse formato biomédico, a finalidade dos grupos não envolve a grupalização, já que a relação dos usuários se dá centralmente com o coordenador do grupo, em função da necessidade de realizar o diagnóstico e a terapêutica, sendo o “paciente” passivo nessa relação, como suporte orgânico de uma doença que precisa ser conhecida e diagnosticada.

A defesa que as profissionais fazem do trabalho em grupos é, nesse sentido, ambivalente: percebem as potencialidades que representam para os usuários quando os grupos são capazes de promover relações interpessoais e vínculos entre eles, mas também reconhecem sua instrumentalidade para a realização do trabalho prescrito. Ocorre que as necessidades de usuários e técnicos podem, não necessariamente, coincidir. Quando as lógicas administrativa ou biomédica se impõem, a finalidade do trabalho dos técnicos de referência pode estar centrada, por um lado, no controle de uma doença que objetifica os indivíduos e exclui do quadro de análise a totalidade de sua existência-sofrimento e, por outro, na persecução de metas e registro de procedimentos que, não necessariamente, coincidem com a produção do cuidado.

Essa tensão entre modelos divergentes para o trabalho com grupos também se expressa quando afirmam a “dificuldade de abordar usuários que não se adaptam ao trabalho em grupo”:

E tem paciente que requer uma abordagem mais individual, e que às vezes, devido ao número de pacientes, você não tem como fazer essa abordagem. Uma abordagem contínua. Você faz um atendimento individual pontual, mas a abordagem contínua

que o usuário precisaria, num CAPS a gente não vai conseguir fornecer (extrato do grupo focal).

Não sei se é um prejuízo ou algo problemático, que tem usuários que não se beneficiam do grupo, porque não conseguem prestar atenção, não conseguem ter participação... São graves demais que não vão ficar parados aqui num grupo e cognitivamente concentrados, com a atenção... não têm essa aptidão. Então nessa parte não sei se é um prejuízo no trabalho com grupo, mas é uma problemática, 'o que fazer com este usuário' (extrato do grupo focal).

Tomada no contexto, essa queixa parece revelar mais do que uma dificuldade dos usuários para participar de atividades grupais. Isso, porque as mesmas trabalhadoras que fazem essas afirmações, em outros momentos, admitem o grupo como promotor de desenvolvimento, inclusive, para usuários em crise, relatando situações em que conseguiram lidar com as crises com o auxílio dos demais usuários dos grupos, revelando o grupo uma potencialidade de produção de "continência", acolhimento e suporte coletivo. Além disso, quando se referem a oficinas e atividades com grupos baseadas no uso de ferramentas artísticas e expressivas, destacam as características inclusivas dos grupos ao permitirem que os usuários que não participam verbalmente dos grupos de referência, encontrem ali possibilidades de expressão e vinculação.

De um lado, em nosso entendimento, essa reclamação se refere a um padrão de formação biomédica que tende a individualizar as formas de tratamento e adoecimento e reconhece nas formas que se desviam desse padrão, uma insuficiência terapêutica. Por outro, revela aspectos objetivos dos atendimentos em grupo que podem produzir massificação e indiferenciação entre usuários e suas histórias de vida, dificultando o trabalho a partir das singularidades. Para Petrovski (1984), a personalidade se forma nas relações interpessoais mediadas pela comunicação no sistema de atividades coletivas. Todavia, a qualidade dessas relações interpessoais e da atividade conjunta, definirá condições sociais objetivas nas quais a personalidade poderá se manifestar de formas tão diversas como por fenômenos de conformismo ou por um fenômeno oposto, como a autodeterminação coletivista, a saber, a capacidade de não ceder à pressão do grupo defendendo valores coletivos (PETROVSKI, 1984). A personalidade, para esse autor, não é só produto dessas relações, mas também sujeito, já que ao agir mediatizados pela atividade coletiva e pela comunicação, os sujeitos provocam modificações essenciais nos demais e em si mesmo tomado como "outro" (PETROVSKI, 1984). Desse modo, a depender das condições em que ocorre a atividade grupal, podemos considerar que poderá concorrer para o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, mas o contrário também é verdadeiro, a atividade grupal pode ocorrer em condições que impedem

a participação efetiva e produz sugestionabilidade e conformismo, mais do que a afirmação das potências individuais que contribuem para o desenvolvimento do grupo e da personalidade dos demais.

Nas condições reais de trabalho, as participantes destacam outras formas de atendimento, como os atendimentos individuais realizados em caso de necessidade, de preparação para o grupo, de avaliação individual etc. Entretanto, nos momentos de intensificação da atividade de trabalho as práticas que se mostraram priorizadas foram os acolhimentos, atendimentos à crise e os grupos de referência, de modo que, ainda que figurem na legislação como possibilidade, na operacionalização do cuidado, as formas de atendimento individual nem sempre são possíveis de serem realizadas devido ao número de profissionais e a demanda por atendimentos.

Vemos nessa queixa, também, um questionamento parcial do modelo de técnico de referência utilizado no município que está sustentado pela “perda da identidade profissional”, já que as trabalhadoras expressam a dificuldade de lidar com esse tipo de grupo em que não aplicam diretamente o enquadre profissional de sua formação. Desse modo, a intensificação da atividade e a referência hegemônica do modelo de formação biomédica vão contribuindo com o questionamento aos grupos de referência como ordenadores do cuidado.

Objetivamente, é preciso considerar também em que condições ocorrem os grupos, qual o conteúdo de sua atividade e a qualidade das comunicações que aí ocorrem. Nos dados do questionário inicial aplicado a todos os profissionais que realizavam grupos, quando questionados sobre o número de usuários que frequentavam os grupos por eles coordenados, as respostas variaram entre cinco e 38 usuários, dependendo da atividade. O valor mais frequente de respostas ficou entre 10 e 20 usuários¹⁹² e durante a observação participante nos deparamos com situações em que havia mais de 40 usuários em grupo, para além, inclusive, da capacidade das salas dos serviços. Se considerarmos que os autores do campo das grupoterapias, em geral, apontam que os grupos devem ter de oito a 12 pessoas para o desenvolvimento dos grupos terapêuticos de maneira que possa se dar a relação entre seus membros¹⁹³, vemos que as

¹⁹² Destaque-se que esse é um dado secundário, advindo do preenchimento das profissionais a partir da memória e percepção do processo de trabalho. Não foi realizado nenhum processo de confirmação formal, embora os dados de observação permitam confirmar até aqui a percepção das profissionais, bem como a variação do número de usuários no serviço de um dia para outro.

¹⁹³ Zimerman (2000), por exemplo, considera que para as grupoterapias o número de participantes pode variar de um pequeno grupo com três participantes (ou dois no caso de terapia de casal), até o que considera um grande grupo, com quinze participantes.

condições de realização da atividade geram a possibilidade dessa massificação e “diluição do indivíduo no grupo”, para utilizar a expressão das participantes.

É preciso ainda, considerar o caráter de classe que conformou as políticas de saúde mental historicamente, sendo direcionadas para o doente pobre, para os trabalhadores aliçados do processo produtivo ou adoecidos pelo próprio trabalho (BASAGLIA, 1979), que tensiona constantemente os grupos e as demais práticas a se constituírem como exercício de tutela, controle e higiene social. A incorporação da técnica no processo do cuidado está relacionada com “a quem” são prestados os cuidados e quem pode arcar com o custo das técnicas.

A despeito de defendermos a potencialidade do uso dos grupos no cuidado, é preciso que se leve em conta as possibilidades de seu uso para racionamento de outras técnicas no processo de trabalho. A individualização do cuidado, dominante nas relações capitalistas atuais, faz com que as técnicas grupais sejam em sua maior parte aplicadas à classe trabalhadora em seus extratos mais empobrecidos, enquanto os trabalhadores com maior poder de compra e a burguesia fruem de um cuidado individualizado e com maior acesso a outras técnicas e tecnologias. A tendência à racionalização gera o risco real de os grupos se configurarem como um meio de trabalho que incorpora pouca tecnologia e oferece assistência simplificada para trabalhadores sem acesso à saúde suplementar. Se, nesse contexto, os agentes do trabalho não dominarem referenciais teórico-práticos para atuação com grupos e o processo de trabalho não possibilitar espaço para o planejamento e avaliação dessas atividades, o cuidado grupal pode se confirmar como uma técnica que corporifica pouco conhecimento, atingindo poucos resultados em relação aos seus resultados potenciais, e submetida a linhas de força que a mantém no âmbito do controle e da tutela.

No polo contrário, os grupos se mostraram como as atividades que permitiam aos técnicos terem maior contato com a existência-sofrimento dos usuários, pelo acesso a outras relações e aspectos de suas vidas, ampliando a percepção do objeto de trabalho:

‘Por que que o cara bebe? Por que que ele faz uso de droga? O que que está levando a isso? O que que é o contexto dele, a vida dele, o entorno dele?’ [...] E o maior problema da vida dele nem é o uso... [...] São outros problemas que se você tivesse os problemas dele você ia usar também. Porque às vezes o problema é tanto que a melhor solução é usar alguma coisa pra... E nunca se pode chegar lá por causa da nossa dinâmica, porque não é o lugar, porque não se dá conta. Isso às vezes é até meio frustrante pro profissional (extrato do grupo focal).

– [...] o grupo familiar também foi benéfico até para o próprio tratamento dos usuários. Porque a família entendendo como ele é com a gente, a gente entendendo como é com a família essa troca, fica bem mais fácil... A gente fica ali meio como uma intersecção só, mas...

– E a gente conhece mais o usuário. Percebeu mais o fulano, entendeu algumas coisas, entendeu porque o fulano é daquele jeito, né. Você consegue às vezes orientar um pouco melhor, também a família, o paciente quando ele fala da família. Vai conhecer também a dinâmica dele.
(extrato do grupo focal)

Essa percepção vem acompanhada, como já assinalamos, de um sofrimento ético-político relacionado à percepção de que, na maior parte dos casos, acabam combatendo mais os sintomas do que as causas do sofrimento. Percebem a determinação social do processo de adoecimento, mas a falta de recursos e de políticas intersetoriais limita a atuação, muitas vezes, à centralidade da medicação, conformando uma prática biomédica com a qual parecem não concordar. O impedimento a uma atuação no sentido da integralidade do cuidado e a proximidade com as situações vividas pelos usuários, se torna fonte de sofrimento e possível adoecimento dos profissionais. É explícita a compreensão de que as demandas dos usuários não são somente “subjetivas”, no sentido de que as crises que se expressam individualmente têm fundamento nas condições materiais de vida e nas relações em que os sujeitos estão inseridos, o que exigiria uma intervenção que considerasse suas existências na totalidade, ou, como formula Basaglia (1979, 2005d), considerasse sua existência-sofrimento e não apenas o duplo constituído pela doença.

O caráter contraditório da atenção em saúde no interior do Estado reproduz aqui as disputas de interesses excludentes em sua finalidade social. Os distintos modelos de trabalho com grupos, nesse sentido, atualizam no âmbito dos serviços singulares a disputa de modelos de atenção em saúde mental, podendo contribuir com a autonomia dos sujeitos e a produção de modos de andar a vida mais emancipatórios, ou reforçando a normatização e medicalização social que, em última instância, contribuem para a reprodução das explicações individualizadas dos fenômenos sociais e reforçam desigualdades e opressões. A falta de capacitação, que agora é transladada para o plano da responsabilidade individual dos trabalhadores, a intensificação do trabalho e a alta quantidade e rotatividade de usuários nos grupos constituem-se em determinações importantes para o tensionamento do modelo em favor de práticas biomédicas e tutelares.

O trabalho com grupos também é considerado como potente pelas participantes por permitir a descentralização do trabalho e a valorização do saber do grupo. No primeiro caso, nos momentos em que havia maior oferta de atividades, a inserção do usuário em grupos coordenados por diferentes profissionais potencializava o trabalho coletivo pelo contato com os vários agentes, descentralizando o cuidado do técnico de referência. Do contrário, quando o

usuário frequentava apenas o grupo de referência, o acompanhamento e gerenciamento do projeto terapêutico fica centralizado no técnico de referência, produzindo desresponsabilização por parte dos demais e dificuldades de responder às demandas do usuário quando da ausência do TR:

[...] afasta um pouco só do papel do profissional de referência. Às vezes o grupo... não só o grupo de referência, mas eu digo as oficinas, o grupo de família, enfim, permite que eu acompanhe um usuário de outra técnica, por exemplo. Às vezes ele não vem de manhã, mas ele veio pra minha atividade à tarde, então eu vejo. Na semana que vem ele não vem, então ‘Opa, faltou’. Está com comportamento diferente, não conseguiu fazer atividade até o fim, está um pouco mais acelerado, está com o discurso mais desorganizado, enfim, ele permite que eu consiga contribuir para o trabalho do CAPS, acompanhar o usuário na crise, enfim. [...] Então eu acho que aproxima bastante também e permite esse acompanhamento mais geral, por assim dizer...” (extrato do grupo focal).

Acho que facilita também para o trabalhador [...], mesmo quando a referência sai de férias, os outros profissionais também têm ciência do caso. Se alguém liga da Unidade, se está na UPA, se aconteceu alguma coisa com a família, eu tenho propriedade para pelo menos falar alguma coisinha daquele paciente. Se está vindo ou não, das dificuldades que ele tem. ‘Ah, foi de alta, foi discutido na miniequipe, era um caso que eu acompanhava na oficina, uma pessoa que eu via na atividade da ambiência’. Então permite que... a gente tem 258 pacientes, né, não que a gente conheça todos, mas pelo menos você tem uma confiança um pouco maior pra poder falar sobre aquele paciente. Às vezes inserir até no leito um paciente que geralmente vem na manhã, mas naquele dia ele veio à tarde e ele trouxe coisas que a gente achou que fossem de risco, enfim, que precisava de uma abordagem mais intensiva. Eu acho que facilita o trabalho da equipe também (extrato do grupo focal).

No segundo caso, o trabalho em grupo leva os usuários a questionarem a imagem naturalizada dos profissionais como “detentores de saber”, o que teria como consequência a percepção de que precisam se implicar nos seus projetos de vida e também de que há um saber no grupo para além daquilo que é dito pelos profissionais. Isso provoca uma quebra no padrão naturalizado de que os profissionais detêm as respostas para seu sofrimento ou para seu processo de recuperação. Os profissionais que trabalharam em outros CAPS ou no mesmo município antes da entrada da fundação estatal ressaltam que, nos outros processos de trabalho por eles vivenciados, a divisão dos grupos por especialidades ou núcleos profissionais, reforçava a centralização e fragmentação dos campos disciplinares e tornava os atendimentos mais ritualizados, com a expectativa por parte dos usuários de que respondessem as demandas relativas à sua área do saber. Com a ênfase maior no “campo da saúde mental” e profissionais com diferentes formações atuando como técnicos de referência, percebem uma descentralização dessa expectativa de um saber “psicológico” localizado nos psicólogos, ou de um saber sobre o campo social localizado somente na assistente social:

E eles vão começando a perceber que esse saber/poder não está na gente enquanto profissional, mas está neles. Então no grupo eles começam a perceber isso. A gente deixando, eles começam a perceber que é na vivência deles. É eles que têm esse domínio da vida deles e não eles vão lá para procurar uma coisa milagrosa no CAPS, no profissional. Que a gente vai dizer alguma coisa que ‘ai, agora vai resolver todos os problemas da minha vida’. Mas é nessa troca com o outro que eles vão descobrindo, vão desvendando os mistérios, o porquê de tanta coisa (extrato do grupo focal).

Na maioria dos espaços os atendimentos são individuais. Mas é o profissional que é referência, que não fala da sua história, tem uma postura mais de escuta, de orientação, tem a imagem do saber sobre a fragilidade, sobre um não saber, um adoecimento. Então acaba que não é uma referência real, humana, cotidiana. [...] [no grupo] a espontaneidade fica muito maior que no atendimento individual. Te coloca mais como ser humano, digamos, cotidiano. E também referencia nos próprios usuários, de como você ter outras referências de vida. Mais do que você se culpar ou se vitimizar, como você ter outras referências de lidar com as situações, com as trajetórias (extrato do grupo focal).

Todavia, é interessante notar que apesar do papel de Técnico de Referência ser tematizado a todo momento durante a coleta de dados, de maneira negativa ou positiva, e em que pese as críticas à centralização dos atendimentos na medicação (ou ainda uma expectativa dos usuários em torno da medicalização de suas questões), não foi tematizado pelas participantes o fato de os médicos não realizarem grupos, ou ainda a posição que desempenham no processo de trabalho. No único momento em que isso surge é tomado como naturalizado o fato de atenderem somente individualmente e por agenda, da ordem do “não tem como ser diferente”. Em contrapartida, como havia técnicas de enfermagem no grupo focal, seu papel no processo de trabalho foi objeto de reflexão mais frequente.

Ainda sobre a relação do núcleo de saberes especializados e do campo da saúde mental, os grupos são apontados pelas participantes como espaços que contribuem para o seu desenvolvimento, para além do desenvolvimento que proporcionam aos usuários:

Uma coisa que eu queria falar é o benefício também para nós profissionais. Porque eu venho de uma formação que o trabalho é mais individualista. Sempre falo pro pessoal que eu aprendi a dividir mais também com essa questão do grupo, porque você acaba trabalhando muito no teu núcleo, bem individual. Então, para os profissionais também é bem benéfico o trabalho em grupo. Eu mesma tenho experiências positivas. Outra coisa bem interessante que a colega falou é conduzir o grupo em mais de um profissional, de áreas diferentes.[...] Eu achei muito legal, porque a gente vê a visão do outro profissional no grupo e é um negócio que flui, você acaba aprendendo mais. Às vezes uma coisa que eu não conversava com um outro profissional individualmente, no grupo eu vejo a fala dela ali e nós profissionais nos beneficiamos também (extrato do grupo focal).

[...] o dia-a-dia é sempre tão diferente um grupo do outro e cada dia a gente está aprendendo, né. Na realidade, acho que aprendo muito mais com eles até. Cada grupo

eu vou aprendendo, e assim que eu acho que é a minha capacitação. To bem melhor do que eu era, eu acho. Pelo menos o grupo é bem cheio (extrato do grupo focal).

Essa é vista como uma finalidade indireta dos grupos, que acabam por contribuir para a formação em serviço, dada a dificuldade que referem as profissionais para lidar com esses espaços quando iniciam o trabalho nos serviços. Ganha destaque também, a iniciativa das trabalhadoras de um dos CAPS de realizar grupos em duplas. Com a dificuldade encontrada em alguns momentos no trabalho em equipe para dividir avaliações, a experiência de um espaço de troca e trabalho conjunto aproximou as trabalhadoras no cotidiano das práticas e serviu de fonte de aprendizado.

Somamos a isso o fato verificado na observação participante de os conteúdos dos grupos serem trazidos à discussão, mas sua forma não. Ou seja, os conteúdos manifestados pelos usuários eram objeto de reflexão da equipe nas avaliações dos projetos terapêuticos, mas, apesar da dificuldade que verbalizam as trabalhadoras na condução dos grupos, não eram observados, e nem foi referido em nenhum momento, espaços coletivos de planejamento e avaliação das atividades realizadas em grupo, de maneira que a experiência de dividir a condução dos grupos de referência se constituiu, para algumas delas, na primeira oportunidade que tiveram para observar outras maneiras de condução dos grupos e para planejar e avaliar conjuntamente as atividades realizadas. A experiência de realizar as atividades em dupla parece ter contribuído, também, para maior integração da equipe, das ações no processo de trabalho e dos campos disciplinares, facilitando, ainda, a integração pessoal.

Aqui duas pontuações merecem espaço. A primeira delas, diz respeito à capacitação, assunto que voltaremos a discutir adiante. Os modelos de gestão flexível produziram um amplo processo de modificação também na capacitação da força de trabalho. Apontaram para a necessidade de a educação se voltar para a formação de profissionais flexíveis, que acompanhem a dinamicidade da produção científico-tecnológica. Em contraposição aos cursos profissionalizantes, complementados pela formação no trabalho, passou-se a defender uma maior educação formal geral e uma formação profissional de caráter mais abrangente, a ser complementada ao longo das práticas laborais, por cursos de curta duração ou cursos à distância. Essa fórmula voltada aos trabalhadores da produção de bens materiais não se restringe a eles (KUENZER, 2016). Na formação em saúde a adoção de metodologias ativas pautadas no discurso construtivista e na defesa do "aprender a aprender", também levará a uma revalorização da experiência prática e do conhecimento tácito (SANTIAGO, 2019).

Combinada com o deslocamento da maior parte das formações em saúde dos princípios e conteúdos defendidos pela reforma psiquiátrica, cria-se um quadro que, em que pese as duas décadas de implementação da política de saúde mental, os profissionais chegam aos serviços com uma formação voltada para o atendimento clínico no modelo liberal, tendo dificuldade de articular as práticas propostas pelas políticas e pelos modelos de atenção alternativos ao modelo biomédico na saúde mental. Vasconcelos (2004) destaca que os desafios e inovações teórico-práticos que a atuação nos serviços de saúde mental territorializados têm trazido para os profissionais que atuam na área estão ainda restritos ao cotidiano dos novos serviços, às discussões das entidades corporativas e à pós-graduação. Eles penetram pouco na formação básica de alguns cursos da saúde, ainda voltados para o modelo de profissional clínico liberal e individualizado e resistente à cultura profissional voltada para a atenção em saúde mental da maioria da população nos marcos da atenção psicossocial.

A segunda pontuação diz respeito mais diretamente à desespecialização do trabalho e sua relação com a polivalência. No capítulo anterior, abordamos as opiniões controversas dos profissionais sobre esse assunto. Quando discutem o trabalho com grupos, essas opiniões retornam ainda de maneira contraditória. A um só tempo, com a autonomia que encontram reafirmada no trabalho com grupos e com a potencialidade que veem no trabalho em equipe e no trabalho nos grupos em duplas, reconhecem a produção de um espaço de trabalho interdisciplinar que garante maior integralidade do cuidado aos usuários. No mesmo movimento, entretanto, expressam a intensificação e a falta de tempo para planejamento e avaliação da atividade o que, em alguns momentos, é sentido pela fragmentação do trabalho que se aproxima de um trabalho multiparcelar e polivalente:

Eu vim de outras experiências de CAPS, de uma forma ainda longe da reforma. E sempre o que eu gostei de fazer está no contato com o usuário, ali com o paciente. Aí você chega no CAPS tem noventa por cento burocrático das coisas pra fazer. Então você atende telefone, atende recepção, escuta grosseria. E assim, o teu contato com o usuário mesmo, que é a tua prática, que é o que você aprende na graduação, você não executa. [...] É o desenvolver funções que... tem que servir lanche, tem que... que são funções que eu acho que o usuário vai perder esse aproveitamento profissional. Porque daí eu estou lá, eu estou pra ter o contato com ele, mas não, não posso fazer isso, porque eu tenho que atender telefone, porque eu tenho que atender recepção. Então eu acho que a gente perde com funções que eu ainda coloco que eu acho que teriam que ser revistas (extrato do grupo focal).

Nessa fala transparece a concepção de clínica liberal que considera o contato com o usuário como aquele que se dá nos espaços clínicos, concepção que, como vimos, é tensionada por outros profissionais que consideram os espaços de contato telefônico e servir as refeições,

como espaços ampliados de convívio e intervenção junto aos usuários. Todavia, a fala também destaca o peso que ganham outras ações e que, no cotidiano, impedem a realização de grupos e atividades especializadas da profissão, além das tarefas administrativas de registro e metrificação do trabalho. No mesmo sentido caminharam as falas apresentadas no capítulo anterior, que não se opunham aos acolhimentos e atendimentos à crise, mas constataavam a intensificação desse tipo de atendimento em detrimento das demais ofertas terapêuticas.

De maneira geral, chama atenção que mesmo com as dificuldades relatadas na realização das atividades em grupo, as queixas sobre a intensificação do trabalho vão no sentido de defender a manutenção e diversidade das atividades em grupo. Junto à percepção mais ampliada do objeto e das necessidades dos usuários que o trabalho com grupos permite, aparecem ainda, como espaços menos normatizados e de maior autonomia profissional do que outras práticas no interior do processo de trabalho, de maneira que as trabalhadoras conseguem modificar o direcionamento das atividades em grupo e dar uma resposta mais ágil à demanda dos usuários, sentindo com isso maior satisfação no trabalho:

Mas pra mim enquanto profissional é essa liberdade do trabalho mesmo. Propor coisas, criar, e pensar em algumas coisas que jamais seriam possíveis fazer individualmente. Jamais. E o grupo te traz toda essa riqueza, essa versatilidade (extrato do grupo focal).

Na contramão da autonomia, do desenvolvimento pessoal que sentem na atividade com grupos e da satisfação que ela causa, quando se encontram em condições de realizar os grupos sozinhas e sem se sentirem capacitadas, essa mesma liberdade é suplantada pelo sentimento de impotência e sobrecarga, com seu consequente desgaste:

[...] Não é fácil trabalhar em grupo. Eu adoro trabalhar em grupo. Adoro, sempre gostei. [...] [Na minha formação] a gente já sabe que vai trabalhar com comunidade, trabalhar com grupos. Então estuda como trabalhar com grupo focal, tudo. Então a gente já tem uma preparação para lidar com grupo. Mas a gente percebe a dificuldade das colegas nossas que não têm essa dinâmica de saber que quando você vai trabalhar com grupo vai ter situações, de manejo. Só que mesmo a gente tendo uma preparação, você vai trabalhar num local que tem pessoas que têm transtorno mental, que têm uma questão mais grave. Então isso é difícil, certas situações. [...] a questão de trabalhar em duplas e trios foi também pra evitar tanto desgaste do profissional para esses manejos, sabe? [...] Isso estava adoecendo muito os profissionais. [...] Porque não é fácil você manejar. [...] Há todo um movimento, às vezes, subjetivo. [...] Agora você imagine você pegar uma pessoa que nunca trabalhou em grupo e jogar ela pra trabalhar num grupo, e ainda com pessoas que têm transtorno mental. E num CAPS que tem toda essa dinâmica que a pessoa não sabe que existe tudo isso. Você imagine como foi adoecedor para muitas pessoas...[...] Só que aí a questão é a seguinte: nós não tivemos preparo pra isso antes, não temos preparo durante e nem supervisão depois. [...] Qual é o nosso preparo? O preparo nosso é conversar sobre isso durante

a passagem de plantão e miniequipe. E cada uma fazer suas terapias individuais por aí, pela vida. [...] Claro que a gente aprende muito com isso, profissionalmente falando, mas isso é um grande prejuízo que a gente acaba carregando (extrato do grupo focal).

Eu faço um grupo de determinado assunto lá e mexo na ferida de tal paciente. E de repente ele sai dali já deprimido, pior do que chegou. [...] Você abre o problema dele ali, depois ninguém consegue acalmar e resolver o problema dele, dar continuidade no que eu causei ali. Então eu tenho que tomar cuidado nisso. No dia dos pais passado eu fiz isso. Daí me senti muito mal porque o paciente ficou bem mal. Eu pedi pros psicólogos e eles não atenderam. Falaram que um atendimento assim teria que ter um acompanhamento toda semana e o CAPS não é assim. Não é atendimento individual toda semana. Só em crise, tal. Então não pode desencavar assim. Então tenho que pensar bem no assunto que vou fazer pra não acontecer isso de novo, sabe? (extrato do grupo focal).

A falta de capacitação e de preparo dos profissionais é apontada como uma barreira para o manejo correto dos casos que pode levar a um prejuízo para o desenvolvimento dos usuários e dos grupos, mas também como uma fonte de desgaste para os agentes que se ressentem da qualidade e efetividade da intervenção, nesses casos. Sob a especialização flexível, a multifuncionalidade ou polivalência se conforma como um conceito importante relacionado às características de um trabalhador assumir várias práticas parcelares. Gomes (2006) advoga o uso do termo multiparcelar pelo fato de essas práticas não propiciarem a apreensão da totalidade do processo produtivo, tendo como propulsora a necessidade de intensificação do trabalho.

O movimento de especialização no trabalho em saúde tem como consequência a necessidade de recomposição das práticas parcelares. Como no trabalho em saúde a unificação das práticas não se dá pela introdução da maquinaria que articula as várias etapas da produção, a especialização produz também a subdivisão do objeto do trabalho, em partes que estão sob controle de diferentes agentes especializados, produzindo a um só tempo, o aumento dos custos e a diminuição da efetividade das práticas quando tomadas em conjunto.

As tentativas de recomposição desse processo de trabalho têm se utilizado de diferentes expedientes. Em alguns casos, isso tem se dado pela unificação de campos parcelares em um único sujeito, num aparente retorno a práticas artesanais, como é o caso dos médicos de família, conformando uma especialização mais flexível, pela concentração em um só agente de vários campos parcelares do saber. Sua integração ao processo produtivo coletivo, no entanto, impede a reunificação na forma de um trabalho artesanal, apresentando-se mais como um especialista em vários campos parcelares (GOMES, 2006).

Em outros casos, a tentativa de recomposição produz uma relativização da divisão técnica do trabalho. Peduzzi (1998) aponta como exemplo desse movimento o trabalho nos CAPS, nos quais as práticas antes restritas ao campo médico passam ao domínio de outros

trabalhadores ou núcleos profissionais, tendendo a produzir uma atenção no sentido de maior integralidade. Nesse caso, os trabalhadores (incluindo médicos) realizam atividades de seu núcleo profissional, mas apreendem práticas e saberes de outros campos, o que permitiria maior totalidade na compreensão do objeto e no processo do cuidado. Constitui-se, assim, o que Campos (1992) considera o "campo" comum de práticas e saberes, em relação com a atuação dos núcleos profissionais.

Acreditamos que é nesse terreno de tensões que se move a percepção das participantes da pesquisa. Suas inquietações a respeito da atuação no núcleo ou campo de saberes, expressa, em parte, as tensões objetivamente existentes entre um trabalho com vistas à produção da assistência enquanto um todo orgânico, que apreendem nos momentos de maior interconexão dos trabalhos parcelares e da atuação das equipes enquanto "equipes integração" (PEDUZZI, 1998). Entretanto, nos momentos de maior intensificação do trabalho, a sobrecarga parece acarretar em maior fragmentação das equipes e tensionar o processo de trabalho na direção da especialização flexível, sentida como acúmulo de práticas parcelares que não necessariamente contribuem para o cuidado, ou que não são apreendidas pela consciência nas suas relações com a totalidade do processo do cuidado.

Esse movimento de multiparcelarização se agrava pelo fato de as decisões coletivas ocorrerem no âmbito dos projetos terapêuticos singulares, mas não se darem na mesma medida em relação ao projeto terapêutico do serviço, tendo os trabalhadores pouco controle e decisão sobre os fluxos assistenciais e as dinâmicas mais amplas da gestão do trabalho. Em verdade, a divisão entre as equipes que, no plano aparential, referem-se a problemas de relações interpessoais, têm como fundamento divergências de modelos de atenção, revelando a falta de clareza sobre o plano terapêutico do serviço e da rede e sobre as finalidades sociais que perseguem política e assistencialmente. Essas diferenças técnico-políticas se diluem em argumentos pessoalizados que fragmentam as relações e dificultam ainda mais a atuação integrada.

A constituição de processos gerenciais com maior presença e controle dos trabalhadores, a despeito da cooptação dos trabalhadores que algumas dessas tentativas engendraram, podem se constituir em importantes experiências no sentido do enfrentamento da alienação do trabalho. Inclusive, práticas tomadas como mais restritivas e menos autônomas podem se recobrir de maior sentido quando fazem parte de um plano coletivo, cuja submissão a esse plano pode permitir o reconhecimento da interdependência entre as várias partes do trabalho e do fluxo assistencial, não representando, necessariamente, uma maior alienação do trabalho.

É no plano da coletivização das práticas – não somente por fazerem parte de um mesmo fluxo assistencial enquanto trabalho coletivo, mas por estarem integradas e submetidas a um planejamento comum e compartilhado – que a responsabilização dos trabalhadores pelo cuidado pode ganhar outro sentido que não o da "responsabilização prescrita". No entanto, quando o discurso acerca da responsabilização pelo cuidado se torna culpabilização individual e sobrecarga por um fluxo assistencial que não se compreende ou não se concorda, pode gerar impedimento à participação e sobrecarga, que, em geral, não vem acompanhada dos recursos necessários à consecução do cuidado com qualidade.

Vemos que o movimento de desespecialização, engendrado contraditoriamente pelo aprofundamento da especialização, pode contribuir para a relativização da divisão técnica do processo de trabalho e para a produção da integralidade. Todavia, sob condições de intensificação do trabalho parece ser reforçada a sua dimensão de trabalho multiparcelar, que mantém a fragmentação das práticas e unifica nos agentes, singulares práticas diversas que são sentidas como sobrecarga. Quando isso ocorre, a polivalência mostra sua face de trabalho flexível, misturando tarefas e aproveitando recursos de dentro do processo produtivo, sem precisar de novas contratações, além de agregar tarefas antes atribuídas ao pessoal de apoio (MELLO E SILVA, 2006). Nesse caso, ao invés de contribuir para a produção da integralidade e responder às necessidades dos usuários, realiza-se a necessidade gerencial de intensificação do trabalho, aproximando o trabalho em saúde mental das formas de gestão e organização do trabalho da reestruturação produtiva.

Identificamos nos dados, um conjunto de determinações que agem em favor da intensificação do trabalho e podem contribuir para a inversão de finalidades e objetivos do trabalho em saúde mental, a saber: a velocidade das mudanças no processo de trabalho; as dificuldades de produção de um trabalho em rede; o aumento do número de tarefas administrativas e da normatização do trabalho; o aumento da demanda, com a redução do número de grupos e aumento da rotatividade dos usuários; a falta de profissionais; a falta de estrutura e materiais.

As mudanças de gestão são apontadas como intensificadoras do trabalho pela alteração de projetos políticos que se reflete na alteração de programas, serviços e ações, em sua descontinuidade ou na criação de novos. Essas alterações têm consequências diretas como pudemos visualizar na observação participante. Na mudança de gestão que ocorreu durante o processo da pesquisa, o pedido de compra de medicação atrasou e após o encerramento da gestão em dezembro, a dispensação só foi regularizada nas Unidades de Saúde em maio,

causando aumento da procura pelos CAPS, do número de crises e situações de difícil manejo com os usuários que buscavam por medicação. Há também consequências diretas para a organização do trabalho, que ao ser reposta em novas bases, altera fluxos e procedimentos, gerando novas exigências e sensação de sobrecarga. As profissionais relatam ainda consequências indiretas, geradas pelas dificuldades dos usuários em compreender os novos fluxos, nomes de programas e serviços, o que se reflete numa intensificação no âmbito do acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares.

As mudanças são rápidas e exigem adaptação constante dos trabalhadores, além do trabalho de esclarecimento dos usuários, evidenciando características de um trabalho flexibilizado. As consequências se refletem no impedimento de realizar o trabalho como gostariam ou como estão acostumadas:

- Ah, eu acho que tem a questão política também. Que troca as cadeiras, aí muda a gestão, aí muda a ideia de como se faz o trabalho, aí vêm mil e quinhentas exigências novas. Daí você parece que tem que fingir...
 - Quando você está acostumando com aquilo lá, daí vem mais cinquenta...
 - Daí vem mais cinquenta exigências, muda tudo de novo, muda o nome de tudo e você tem que se adaptar.
 - Muda até o nome das Unidades de Saúde. [...] Agora não é mais Unidade de Saúde, agora voltou a ser ‘posto’.
 - Ah, e os ‘portal do futuro’ são ‘clube da gente’. Teve que mudar o nome porque é campanha política.
 - Daí fica um tempo sem, né...
 - Sim. Param todos os serviços.
 - Os NASF. Mudam todos os NASF, mudam os lugares.
 - As hierarquias, quem responde quem.
 - As coordenações
 - Muda a escala.
 - A gente não consegue fazer o nosso trabalho como gostaria.
- (extrato do grupo focal)

As dificuldades de a rede compreender a função dos CAPS, de fazer a triagem dos casos leves e de atender a demanda clínica dos usuários de saúde mental, também se reverte no aumento da demanda de usuários e acolhimentos e faz com que sejam priorizados os novos atendimentos em detrimento da realização dos grupos regulares nos serviços. Nesses casos, são mantidas as atividades de atenção à crise, aos leitos e acolhimentos, e reduzidas as atividades e oficinas devido a falta de profissionais para dar conta de toda a demanda. Do ponto de vista das Unidades de Saúde, que também encontram dificuldades no processo de trabalho, os casos de saúde mental são de difícil manejo e exigem mais recursos, tempo e profissionais do que as unidades dispõem, aumentando a lógica do encaminhamento e dificultando a construção da rede.

Número de profissionais reduzido, achar que o nosso serviço é um serviço de urgência e emergência. Então daí a gente ter que engolir a demanda da rede, dar conta de toda a saúde mental de Curitiba, e daí é aquele acúmulo de usuário que você não consegue... ‘Não, tá em crise? Entra. Entra, entra, entra gente. O que a gente vai fazer, depois a gente vê’. [...] Porque as Unidades de Saúde e as UPAS às vezes não entendem que o usuário às vezes vai ter uma gripe, que ele não está em crise, está com dor. Vai tudo lá no CAPS, tudo no CAPS. Então você fica a tua manhã inteira no telefone. Daí a outra manhã inteira evoluindo. Daí a outra manhã inteira fazendo um acolhimento que não tem necessidade, que a rede primária, a atenção primária poderia fazer. Vão sendo barreiras que vão dificultando um pouco o trabalho, assim. Você vai ficando frustrado, ou então vai ficando acomodado, também, porque ‘Não tem jeito, então vamos ficar assim mesmo... Não vou fazer grupo hoje porque eu estou cansada’. Você acaba deixando grupo, oficina de lado (extrato do grupo focal).

– Nem vê se é saúde mental de fato, inclusive, pra começo de conversa. Às vezes nem é e tentam encaminhar... Então tem esse modelo lá que...

– O estigma, né.

– Um estigma terrível. Então trabalhar em rede, na saúde mental é bem difícil, torna o nosso trabalho bem difícil.

– Não, e você pode ir além [...] eu estava pensando: ‘por que que saúde mental é fora de saúde coletiva?’ [...] começa na graduação, já começa a separar saúde mental. E eu fiquei pensando: ‘Mas olha, são várias questões teóricas. Elas se casam, são muito iguais. Mas por que que na graduação é tratado com diferença. Ou nas outras graduações. Saúde coletiva é uma coisa, saúde mental é outra. [...] Daí da a impressão pro profissional que é uma coisa que tem que ser tratada diferenciada. [...] A gente muda a nossa forma de ver porque a gente trabalha diretamente no CAPS. Se a gente estivesse em outros pontos de atenção, talvez a gente faria a mesma coisa que eles, eu acho.

(extrato do grupo focal)

A dificuldade de construir ações de matriciamento e a falta de políticas intersectoriais, aprofundam a fragmentação da rede e parte dos usuários fica perdido no fluxo assistencial. Há a tendência, desse modo, de ser reforçada a lógica de “um serviço para cada problema”, que leva os usuários a terem que buscar, nos vários pontos de atenção, um mosaico de ações e práticas terapêuticas a fim de suprir suas necessidades, na contramão do que previam as políticas de desinstitucionalização.

A reprodução de uma lógica empresarial que seleciona a demanda de acordo com a competência dos serviços, recortando o objeto de trabalho, tem por efeito o abandono e a falta de respostas ao sofrimento das pessoas. Tende-se, assim, ao aumento da cronicidade e à confirmação da necessidade do hospital psiquiátrico, além do reforço de instituições assistenciais de caráter asilar, como as Comunidades Terapêuticas, produzindo a transinstitucionalização e, da parte dos usuários, a sensação de abandono (ROTTELI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Além da intensificação produzida pelo acúmulo de tarefas assistenciais com a função de técnico de referência decorrentes da desespecialização e da flexibilização do trabalho, as

participantes apontam um dispêndio grande de tempo com atividades que consideram “administrativas”, decorrentes das formas de organização do trabalho. Algumas delas, relacionadas mais diretamente com as tarefas assistenciais, como o preenchimento de prontuários, que se mostram fundamentais para a unificação do processo de trabalho. Outras, mais relacionadas ao controle do trabalho e a formas de contabilização e geração de dados sobre as atividades assistenciais.

Daí a gente não tem um sistema. Você tem que fazer tudo no papel. Você atendeu vinte pessoas, fez acolhimento [...] você vai ter que evoluir tudo isso. Você vai pegar vinte prontuários, tirar lá... [...] É uma coisa muito antiga e a gente perde muito tempo com isso. E é tempo que você perde de estar com o usuário, de estar fazendo uma atividade, de estar bolando alguma outra coisa. Então essa dinâmica é uma coisa que a gente batalha bastante pra reduzir, essa parte mais burocrática. Mas é um baita de um empecilho (extrato do grupo focal).

Então eu gosto de pensar nessa temática antes, de levar as coisas preparadas. E daí a demanda te suga tanto, você tem mil e uma coisas pra fazer, de servir lanche até... Como é que você pensa num grupo? (extrato de entrevista).

Dada a sensação de sobrecarga, vemos que as profissionais têm dificuldade de apreender a importância e função dos prontuários no processo de trabalho, já que suas formas de registro não condizem com as atividades realizadas. O registro individual de atividades em grupo gera um volume de informações que prolonga o trabalho para muito além do momento do grupo, retirando do processo de trabalho os poros que poderiam ser utilizados para planejamento e avaliação dessas atividades. Voltaremos a esse assunto adiante, no próximo eixo de análise. Nosso intuito aqui é apenas o de destacar essas prescrições e normatizações do trabalho, como mais um elemento que contribui para a sensação de sobrecarga e intensificação.

Em uma visão de conjunto, o acúmulo de tarefas e funções com a consequente diminuição da porosidade e do tempo para reflexão individual e coletiva sobre o trabalho vão produzindo a intensificação e a sensação de que devem “se virar de ponta cabeça, fazer mil coisas”. Os depoimentos salientavam ainda, a cobrança por produtividade e o desgaste decorrente desse processo, com sentimento de desânimo e adoecimento. A pressão por produtividade se expressava na cobrança pelo registro das atividades e também na pressão pelo atendimento da demanda, que em alguns momentos, se expressou como atendimento à crise e em outros como pressão por um maior número de acolhimentos de casos agendados, principalmente pelas Unidades de Saúde:

Ao mesmo tempo que a gente sempre discute: ‘Focar nas atividades do CAPS, focar nas atividades para facilitar mesmo o nosso trabalho, para oferecer mais coisas pros usuários...’. Mas aí chega um acolhimento que não estava marcado, que daí foi uma ‘carteirada’ de não sei quem da unidade de saúde, e daí não tem quem vá acolher. Aí quem está no grupo tem que deixar o grupo pra poder fazer o acolhimento. Tem que atrasar a oficina pra daí poder resolver aquele BO que apareceu. Então acho que são coisas que vão se tornando barreiras (extrato do grupo focal).

– Então, isso é uma coisa que prejudica os nossos grupos. Porque sempre tem muitos pacientes no leito. Você vai acabar tendo mais crises. Você vai ter que sair do grupo, deixar o grupo, pra ajudar alguma crise do paciente que está no leito. Então isso também prejudica o nosso trabalho e a gente não realiza como gostaria.

– E a disputa pras reuniões, também. Porque foi uma disputa a gente conseguir manter as miniequipes, manter reunião geral. Porque daí é isso: ‘Ai, menos atividade, né’.

- Diminui cada vez mais esse tempo.

– Tinha a parada técnica, depois começou a não ter.

– Então a gente vai aumentando assim. Hoje a gente faz muito mais acolhimento do que a gente fazia. Não tinha, era bem menos. E aí foi aumentando, foi aumentando.

– Verdade, a gente parava no CAPS. Saudades parada técnica.

– Nem é uma questão hoje a gente sair sem acolhimento. Qualquer: ‘Ah, não, tem a reunião lá..’. ‘Mas vai manter o acolhimento’.

– E daí sobrecarrega mesmo. Porque daí você vai ter que fazer esse acolhimento num outro dia, que às vezes é o dia do grupo, ou daí é mais um acolhimento pra você articular, é mais uma pessoa pra entrar num grupo, é mais serviço.

[...]

– Ah, a síntese que eu chego assim, em relação a desde que eu cheguei, é: a gente diminuiu os grupos no CAPS. A gente tinha muito mais grupo, muito mais oficina com a mesma equipe.

– E agora a gente chegou à conclusão de que precisa de mais.

– O que que aconteceu que a gente diminuiu? A gente diminuiu de usuário também.

[...] Mas o que que a gente está sendo sugado que a gente não consegue, né?

(extrato do grupo focal)

O entendimento por parte da rede do CAPS como serviço de urgência e emergência nos casos de crise, e como ambulatório no caso de encaminhamentos de casos que não conseguem encaminhamento para ambulatório, tem levado a uma diminuição do número de grupos realizados no serviço com os usuários já acolhidos. Os processos internos de trabalho das unidades também reproduzem características que, segundo as participantes, mesmo quando gostam de realizar grupos, o fazem em condições aligeiradas que contribuem para a desmotivação com essa atividade. Junto à pressão pela demanda, com a consequente redução do número de grupos, a rotatividade dos usuários nos grupos, também tem impactado na intensificação do trabalho e na percepção de redução da efetividade das ações terapêuticas:

Uma coisa que eu lembrei agora também, que eu tive como exemplo, é a troca de um número muito grande de usuários do grupo. A entrada de usuários novos em uma grande quantidade. Então a gente era um grupo aqui, aí saiu três, aí entrou tipo aquela galera ali. Como demorou pra engrenar o grupo de novo. Até a gente perceber que o grupo tinha mudado de perfil e que a gente teria que começar tudo de novo demorou uns três, quatro grupos aquele grupo em silêncio, que não falava nada. [...] Então, quando tem a troca de um número de usuários de uma hora pra outra, daí tira aquela

identidade do grupo e o grupo fica meio receoso de falar, daí você tem que começar todo aquele trabalho de novo. Então tem um grande número de troca de usuários. Por que a intenção é o que? Passar pelo momento de crise e alta. Então sempre vai ter essa troca do perfil do grupo. (extrato de entrevista).

A rotatividade, no contexto dos grupos, aparece como uma barreira para o estabelecimento da solidariedade e das noções de respeito e sigilo que as profissionais esperam construir junto aos usuários. O processo de identificação entre os usuários e o desenvolvimento do próprio grupo são interrompidos pela troca constante de usuários, implicando na capacidade de o grupo ser promotor de desenvolvimento para seus integrantes. Petrovski (1984) e os pesquisadores de seu grupo demonstraram por meio de pesquisas experimentais como nas situações de grupos difusos, nos quais não se desenvolveram fortes relações interpessoais e de referencialidade entre seus membros, a tendência que predomina é a do conformismo, estando os sujeitos mais vulneráveis a se adaptar às condições do grupo e a inibirem seus posicionamentos pessoais divergentes. No cenário de grupos em que se discute os projetos de vida e projetos terapêuticos dos usuários, acreditamos que isso se torna particularmente problemático. A inibição da fala e dos processos de comunicação que a rotatividade tende a gerar, prejudica a participação e os processos comunicativos, essenciais para o desenvolvimento dos grupos nas concepções alternativas ao modelo biomédico. Produz-se, desse modo, as condições para reproduzir nos grupos a individualização e o apassivamento típicos do modelo biomédico de atenção.

A intensificação se mostra, também, amplificada pela falta de profissionais, falta de estrutura e meios de trabalho, condições crônicas do serviço público, aprofundadas por políticas neoliberais e diretrizes de ajuste fiscal, como é possível perceber pelo seguinte depoimento:

Qualquer meia hora que você tire da nossa grade, alguém vai estar sofrendo pra te dar uma meia hora, entende? Porque é tudo muito justo, tudo muito calculado, sabe? [...] Então a barreira também é a questão tempo, questão material, questão pessoas, de profissionais, também, que é tudo contadinho (extrato do grupo focal).

A falta de profissionais apontada em vários momentos dos excertos desse capítulo e a falta de meios de trabalho, materiais e salas, apontados nos excertos do capítulo anterior, afetam diretamente a qualidade das atividades propostas. Somadas à polivalência e à falta de tempo para preparação das atividades, essas barreiras se manifestam como impedimentos à atividade e contribuem para as condições de vulnerabilização dos trabalhadores. Não se trata apenas de uma diversidade de tarefas a serem executadas, mas de uma diversidade de tarefas que exigem improvisação, sem as condições suficientes para a realização do trabalho. Em que pese o fato

de se tratar de um serviço com finalidade social, a proximidade e estabelecimento de vínculos com os usuários leva a situações em que os trabalhadores usam de recursos próprios e de tempo fora do tempo de trabalho para a preparação e consecução das atividades. O mesmo envolvimento e comprometimento com a demanda dos usuários que está expresso nessas ações, também contribui para a sensação de insuficiência das práticas e para a eclosão de situações de sofrimento e adoecimento.

Embora com condições singulares de desenvolvimento no município pesquisado, os dados encontrados não parecem discrepantes de outros territórios e regiões do país. Cusinato (2016) em pesquisa sobre as práticas dos profissionais de CAPS de um município de médio porte do interior de São Paulo, se deparou com situações similares em relação às dificuldades e desafios encontrados no cotidiano dos trabalhadores. Os núcleos de significação encontrados por essa autora nas entrevistas realizadas com profissionais de CAPS são os seguintes: o aumento da demanda e a falta de recursos em geral, que complicam e dificultam o desenvolvimento do trabalho; a dificuldade de articulação da Rede de Saúde e Intersetores devido à falta de estrutura e preparo dos trabalhadores; a dificuldade de articulação com a Rede de Saúde e Intersetores devido ao preconceito e estigmatização dos usuários de Saúde Mental (CUSINATO, 2016).

Além disso, a autora destaca a disputa entre práticas manicomiais e psicossociais na atenção em saúde mental do serviço pesquisado. A centralidade da medicação no tratamento e do profissional médico na definição dos diagnósticos são práticas que convivem com as pressões internas na equipe pela construção coletiva do PTS, com a valorização dos grupos e oficinas e com as tentativas de realização de um trabalho em equipe que se diferencie do trabalho ambulatorial e fragmentado.

Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), estudando a implantação do modelo de atenção psicossocial territorial em Fortaleza também se depararam com situações que indicam que o modelo de atenção psicossocial territorial está fora da realidade dos serviços e é tomado com estranhamento e com poucas perspectivas de execução. Esses autores enfatizam a presença do modelo psicossocial no plano discursivo e o descompasso com sua materialização. Entre as dificuldades encontradas nas práticas figuram a desarticulação com os demais serviços; a reduzida inserção territorial; o foco na clínica individual e na prescrição medicamentosa que reduz os sujeitos à condição de objeto; o não estabelecimento de fluxos assistenciais que assegurem o encaminhamento dos usuários; a não consolidação do apoio matricial à atenção básica. Como determinações importantes apontam as difíceis condições de trabalho,

qualificação e financiamento, além do modelo de gestão, que contribuem para que os CAPS se configurem como serviços ambulatoriais, centralizados nos profissionais médicos e na medicação como principal recurso terapêutico (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

A desespecialização tomada como polivalência, aprofundada pelas condições de gestão e organização do trabalho que aprofundam a intensificação e a sobrecarga no cotidiano de trabalho, nos parecem apontar para a aplicação de práticas típicas da reestruturação produtiva e do contexto de acumulação flexível do capital, que tensionam o modelo de atenção em saúde mental em favor da reprodução de práticas biomédicas e fragmentadas. Os impactos do modelo de acumulação flexível se mostraram também, em outros dois aspectos que abordaremos nos dois próximos eixos.

7.3 A lógica administrativa e gerencial produzindo inversões nas finalidades do cuidado

Nas falas das profissionais um eixo de análise que se destaca e que aparece em diferentes contextos diz respeito a pressão por produtividade traduzida nas diretrizes administrativas e gerenciais que impleme ao maior número de atendimentos, ao acolhimento da demanda dos outros pontos de atenção da rede e ao registro dos atendimentos de maneira a contabilizar a produção e garantir o financiamento. Como vimos, o aumento da demanda é contraposto com a falta de profissionais e de estrutura. Impacta também, no excesso e rotatividade de usuários nos grupos, que são relacionados com a dificuldade de singularizar os projetos terapêuticos e de garantir que o contato entre os participantes se dê de maneira a propiciar a comunicação e a identificação entre eles. Acreditamos que esses pontos foram suficientemente explorados acima.

Nesse espaço, gostaríamos de destacar o impacto que essa lógica administrativa e gerencial tem tido na produção de inversões das finalidades do cuidado, concorrendo para o reforço da lógica manicomial e biomédica em que os objetivos da instituição se sobrepõem aos objetivos das pessoas em sofrimento. Uma dessas inversões é produzida pela dificuldade de funcionamento em rede, que fragmenta o cuidado e repõe, no âmbito dos serviços públicos, a lógica empresarial na qual os serviços recortam e selecionam suas demandas a partir da capacidade produtiva de cada equipamento social. A totalidade das necessidades dos sujeitos é fragmentada e nem sempre encontra acolhimento nessa forma de funcionamento, produzindo duplicidade de práticas sobre algumas necessidades e abandono sobre outras.

Em nosso entendimento, a dificuldade que as profissionais referem em realizar a transferência de cuidado de alguns usuários para outros pontos de atenção tem relação com a baixa capacidade de produção da rede e a pouca inserção territorial. No bojo das relações alienadas geradas pelo modo capitalista de produção, o reforço do individualismo e a da concorrência impacta na sociabilidade dos grupos humanos, em diversos âmbitos (familiares, comunitários etc.).

Esse cenário auxilia a compreender uma das contradições vividas pelas trabalhadoras na produção do cuidado. Na medida em que o trabalho com grupos excede os marcos do modelo biomédico e atinge as finalidades de acolhimento, compartilhamento e desenvolvimento dos usuários, com a consequente criação de identificação e vínculos interpessoais, produz-se também a dificuldade no processo de alta. As trabalhadoras conseguem identificar que esse processo está ligado à falta de outros grupos e serviços de referência no território, que permitiram que esse processo ocorresse de maneira gradual e com a criação de novos vínculos, para além do serviço de saúde mental. A pouca inserção territorial dos CAPS agrava esse quadro, pois seus grupos também se mantêm restritos aos limites físicos da instituição.

Essa dificuldade em realizar a transferência de cuidado incorre em recaídas, crises e um retorno a dinâmica mais aguda do sofrimento, identificada pelas trabalhadoras como tendo ligação direta com o processo de construção da alta com os usuários. Essa aparece como uma grande contradição a um serviço que busca proporcionar a reabilitação psicossocial. As limitações na construção da política pública parecem apontar para um aprofundamento dessa contradição.

O relato das trabalhadoras dá conta de que Unidades de Saúde e NASF têm ficado restritos à consulta médica mensal, tendo pouco espaço de convivência e atividades grupais. A falta de transporte para a realização de ações externas ao serviço e de Centros de Convivência que poderiam auxiliar nesse processo de reconstrução de vínculos para além do serviço, também é um fator que aprofunda a limitação. Considerando que os grupos no interior dos CAPS têm sido preteridos em alguns momentos em favor de outras atividades que mais imediatamente respondem à demanda da rede, o panorama que se anuncia parece colocar no horizonte a superação dessa contradição não pela via da maior inserção territorial, mas pela diminuição da grupalidade no interior do serviço, ajustando-se à lógica ambulatorial hegemônica na rede e reproduzida por outros serviços.

Reproduzimos abaixo dois excertos longos do grupo focal, mas bastante representativos sobre a temática em questão:

– Eu acho que é a RAAS [Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde], pra mim. Pra mim aquilo engessa. É burocratização. Como que a gente controla a nossa produtividade? Uma parada absurda pra um CAPS. O ponto. O nosso ponto é lá em cima [no segundo andar]. É sério, eu finjo que eu não vejo os usuários. Porque antes eu chegava, eu abria, dava um bom dia, conversava com os usuários do leito, entendeu? Era uma outra forma de chegar no serviço. Agora é isso, tem que chegar até dez minutos. ‘Dá licença, meu ponto, dá licença’. Eu chego assim, me desculpando. Vou subindo a escada. ‘Tenho que bater meu ponto’.

– Empurra as pessoas na escada.

– Mas é real. E porque se você, inclusive, trabalha a mais o ponto não conta. Se você chega atrasada... Então é uma racionalização do trabalho que é muito incoerente com a proposta, é uma disputa a todo momento. E a RAAS... Hoje na reunião eu escutei: ‘A culpa é nossa se a nossa produtividade não aparecer’. É difícil, porque daí você faz um atendimento individual de uma hora e meia e às vezes um atendimento de dez minutos. E ali é um atendimento individual. Uma articulação de rede: você liga pra cinquenta e sete mil pessoas, discute um caso longe e é um negocinho. Como que você vai quantificar o que faz? É isso, um atendimento familiar, um não sei o que, é um negocinho. Nem dá pra quantificar. Assembleia. Nunca fiz a RAAS da assembleia e nunca vou fazer. Evoluir prontuário de assembleia, de passeio. Não dá, gente. Ou quantifica o trabalho ou faz o trabalho. [...] Fica muito tempo em dizer o que faz e aí não dá pra fazer. Pra mim essa é a minha angústia. Essa é uma lacuna.

– É quantidade e não qualidade...

– Parece que vai apertando. O prontuário é teu, você tem meta. Eu me sinto no toyotismo, me sinto numa indústria lá no CAPS, entendeu? Trabalhadora multifuncional. Tipo, é grupo, é ambiência, é passada de plantão, é conseguir avaliar os sinais vitais, avaliar não sei o que. É multifuncional, com metas: você tem trinta usuários. Você tem que dar conta do teu PTS, você tem que colocar tua tabelinha mensal, entendeu? Cada dia o trabalho vai te comprimindo pra saber: ‘E aí, está dando conta ou não?’. ‘E aí, já deu alta ou não? E aí, quanto tempo vai ficar no leito?’. Então é uma pressão que é pesado. Eu tô me sentindo cada vez mais encurralada.

– Lembra uma vez que teve uma reunião que eu falei isso? E faz muito tempo já, quando tinha ainda uma outra coordenação [...] E eu falei do filme do Charles Chaplin. [...] Lembra que eu falei? Pra dar um exemplo. Que eu estava sentindo que a coisa ia ficar desse jeito e vocês deram risada? Que eu estava sentindo que o trabalho ia ficar tipo aquele filme do Charles Chaplin, que a coisa estava caminhando pra isso...

– Tempos Modernos.

– ‘Olha o prontuário passando’. Agora é a esteira do prontuário, vamos assinar prontuário, assinar prontuário, assinar prontuário. E aí olha, chegou.

– E acho que a tendência é piorar. É que eu fui num curso e a gente fica sabendo das coisas da gestão. Vai piorar porque os indicadores da saúde mental são super fracos. Eles apresentam o indicador e dá vergonha de apresentar. Porque realmente, a RAAS ela não é boa para isso, para mostrar o nosso trabalho, então...

– E aí a gente não faz grupo. Aí não dá tempo. Porque daí a proposta quando chegou, era pra fazer grupo, o bonito era fazer grupo, o legal era fazer grupo. Agora não é mais legal fazer grupo. Então a gente está sendo engolido. O prejuízo nosso é o que? É que a gente é engolido pela rotina burocrática, que é o que ela falou. Tem várias coisinhas, a RAAS, a fileira do carimbo, a fileira de assinar, tem que evoluir o prontuário, tem que evoluir tudo certinho, bonitinho. E daí muitas coisas que são subjetivas, não são quantitativas, mas a gente vê a melhora do paciente. Claro, eu sei que eu tenho que evoluir prontuário – eu detesto evoluir prontuário – mas às vezes eu prefiro deixar. Vai dar tempo de evoluir o prontuário, lançar a RAAS e eu conversar? Mas se eu conversar eu não vou evoluir, mas eu vou conversar. Se eu não evoluir não interessa.

Eu sei que se eu conversar com o usuário, amanhã ele vai estar melhor. Mas se eu não evoluir não interessa, porque a conversa que eu vou ter com ele, mesmo que não dê tempo de eu evoluir, amanhã ele vai estar melhor. Porque pra mim o que interessa é que ele vai estar melhor amanhã. Eu vou orientar ele do que ele tem que fazer amanhã de manhã pra ele progredir, promover o tratamento dele, ou eu melhorar no grupo, ou fazer um grupo melhor, ou atender melhor o grupo, ou o grupo terminar mais tarde e concluir o grupo melhor. Nem que eu não consiga evoluir todos os pacientes depois do grupo, entende? Porque a pressão é para que a gente faça tudo desse jeito, entende? E não faça o grupo como tem que ser feito. Mas é o grupo que vai fazer com que eles melhorem. E que vai fazer com que a gente se sinta com a nossa identidade profissional de saber que a gente faz o trabalho nosso bem feito. Senão a gente vai adoecer. [...] Mas aquilo que ela falou é verdade, um dos prejuízos que faz essa coisa é isso. Daí a gente acaba que pensa: 'Meu deus, tem vinte pessoas no grupo. Tudo isso pra evoluir, tudo isso pra passar na RAAS'.

– Exatamente. Minha oficina tem muita gente.

– Na caminhada também.

– 'Nossa senhora, tem muita gente no grupo. Ai, ai, ai, ai ai. Ui, ui, ui, ui, ui. Tomara que nem falem muita coisa senão vou ter que evoluir muito'. Já não pensaram isso no grupo?

(extrato do grupo focal)

– Mas o que interessa é que tenha produtividade, senão o SUS não paga um dinheiro pra não sei onde, que nunca aparece em lugar nenhum.

[risos do grupo]

– Mas pra começo de conversa tem coisa lá [no formulário da RAAS] que a gente nem sabe o que significa aqueles... umas siglas pequenininhas, desse tamanho assim. Sei lá.

– É pra gerar indicador, né.

– E daí eles apresentam em reunião.

– 'É, realmente, precisa de TO nesse serviço ali ó. Ta usando bastante. Ah, realmente precisa de psico. Ah, ó, enfermeiro já está demais, não precisa mais não'.

– Nesse sentido, então, a gente tem que gerar indicador, né.

– Só pra comentar. Eu estava falando com o coordenador essa semana. 'Nossa, a gente ficou alguns dias com pouco paciente no leito'. E, puxa, eu acho isso bom, né. 'Nossa, menos gente no leito, menos crise, outros manejos'. 'Não é bom. Não, não é bom porque pela questão administrativa, pela questão financeira. Precisa ter nove pessoas para vir mais dinheiro, porque está pagando, não sei o que'. Eu pensei assim: 'Meu deus, como eu sou boba. Como eu sou ingênua, pensando que estava bom...'.

– Vai argumentar com administrador...

– Para nós é bom

– É a disputa da clínica com o econômico.

(extrato do grupo focal)

Esses dois diálogos envolveram todas as participantes do grupo, dada a intensidade com que o assunto as mobilizava. Tocam em diversos assuntos que confluem, a nosso juízo, para as inversões que a lógica econômica e gerencial produz nas finalidades do cuidado e para a precarização que geram no trabalho com os grupos.

Referem-se às formas de registro das ações que realizam como uma das responsáveis por aumentar a sobrecarga do trabalho, ao mesmo tempo que identificam a limitação dessas formas na apreensão do trabalho que realizam. A mudança ocorrida na política de saúde mental em 2012, por meio de portarias, com a substituição do financiamento dos CAPS via APAC (Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade) para Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), tinha em vista a ampliação da visibilidade e diversificação da informação sobre as ações produzidas no âmbito dos CAPS (BRASIL, 2016b). Ainda que essas modificações tenham possibilitado o registro de procedimentos relativos à reabilitação psicossocial que antes não estavam incluídas nos formulários, as profissionais ainda sentem que são insuficientes frente à diversidade dos casos individuais. Relatam que um atendimento pode levar quinze minutos em alguns casos, e uma tarde inteira em outros, sendo contabilizado da mesma maneira, sem dimensionar a complexidade dos casos e a quantidade de recursos necessários para a operacionalização do cuidado.

Fica evidenciado também, o estranhamento que têm a respeito desses instrumentos. Não compreendem algumas de suas siglas e não têm a completa dimensão de para que servem e de que forma instrumentalizam a mudança ou avaliação das práticas. Em menor grau, algo semelhante ocorre em relação aos prontuários. Nesse caso, percebem sua finalidade, mas ainda assim, vivenciam seu preenchimento como uma atividade desprovida de sentido, senão o atendimento à cobrança institucional¹⁹⁴.

As dificuldades de conciliar as necessidades institucionais com as necessidades de atendimento aos usuários colocam-nas em posição de constante tensionamento. Sentem-se “pressionadas”, “comprimidas” e “engolidas” pela dinâmica do trabalho, chegando por vezes a renunciar as tarefas que percebem como de controle e racionalização do trabalho em favor do atendimento aos usuários, que se recobre de maior sentido, porque veem as implicações de suas ações de maneira mais direta e imediata. Nesses momentos, notam que abdicar da produção do cuidado direto com os usuários tem impactos em sua identidade profissional e na sensação de realizar um “trabalho bem feito”, contribuindo para condições de vulnerabilização e sofrimento no trabalho. Essas condições se aproximam de algumas das expressões da vulnerabilidade que

¹⁹⁴ Em momento anterior já ressaltamos como as técnicas de enfermagem, que têm menor acesso à elaboração dos PTS dos usuários, percebem de maneira mais clara a necessidade do prontuário como instrumento unificador do cuidado, já que dependem cotidianamente dele para realizar suas ações de cuidado, necessitam conferir as prescrições e pactuações do PTS com frequência, não podendo ter acesso aos técnicos de referência a todo momento. Outra questão relevante sobre esse instrumento está ligada aos próprios usuários, que têm direito de ter registrado em prontuário o histórico de intervenções e avaliações realizados acerca de seu caso.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam como precedendo situações de adoecimento no trabalho, a saber: a atividade impedida, a renúncia à ética e o impedimento de ser reconhecido.

Acentuam, ainda, a inversão que a racionalização do trabalho produz em suas finalidades, expressa em percepções como a dos leitos vagos que são vistos por elas como indicativo de melhora dos usuários e pela gestão como risco de subfinanciamento. Em relação aos grupos isso também se manifesta pelo grande número de usuários que faz com que se percebam desejando que não falem no grupo (apontada por elas como uma das principais finalidades da existência dos grupos), por saberem que depois terão que evoluir as informações em prontuário, para além de preencher as fichas de produtividade.

A tendência à racionalização do trabalho é aprofundada pelas expectativas dos usuários centradas na demanda por medicação e procedimentos, demanda construída historicamente pela conformação do processo de trabalho em saúde. No trabalho com grupos, ressaltam, ainda, que a expectativa dos usuários está voltada para as respostas dos profissionais, o que reforça o modelo biomédico de grupo. Referem ainda, a expectativa de que os grupos “sejam leves” ou centrados em atividades lúdicas o que, na observação participante e no grupo focal, apareceu, não somente, como uma expectativa dos usuários, mas das próprias trabalhadoras, pela dificuldade de lidar com questões “subjetivas”, consideradas do campo “psicológico”.

Junto da caracterização do trabalho, em alguns momentos, como multitarefa, evidenciam, portanto, o aumento das exigências administrativas e gerenciais como produtores de impedimentos na atividade, gerando sobrecarga e desgaste, bem como retirando do processo de trabalho sua motivação interna e produzindo inversões nos objetivos do cuidado.

7.4 O trabalho em grupo e o reforço de uma sociabilidade privada

“Pois que a qualidade de “dono” mergulha-te sempre no “Eu” e sempre te isola do “Nós”.

John Steinbeck

Até aqui, verificamos o risco de a desespecialização presente no campo da saúde mental ser tomada como polivalência com características de um trabalho multiparcelar, que agrega ao processo de trabalho tarefas antes atribuídas ao pessoal de apoio e busca aproveitar recursos de dentro do processo produtivo, sem precisar de novas contratações. Essa forma de trabalho contribui para a intensificação e diminuição da porosidade, o que é agravado pela pressão por

produtividade direcionada pelo aumento da demanda. Contribuem também para esse quadro a falta de profissionais, de estrutura e de recursos, as dificuldades do trabalho em rede, a falta de grupos e articulação intersetorial nos territórios, a expectativa dos usuários que buscam atendimentos pautados em intervenções e procedimentos, bem como o aumento das exigências administrativas e gerenciais que diminuem ainda mais a porosidade, produzindo tensionamentos entre atender as necessidades dos usuários ou da instituição. Essa intensificação produz uma série de faltas e impedimentos no desenvolvimento das atividades que, somada à falta de capacitação para o trabalho e à percepção de baixa efetividade nas ações em relação à existência-sofrimento dos usuários, geram nos agentes do trabalho situações de vulnerabilidade que podem irromper em processos de sofrimento e adoecimento.

Nesse cenário, o trabalho com grupos é realizado sob situações de falta de meios, falta de tempo para preparação e avaliação das atividades e excesso de participantes, o que inviabiliza em diversos momentos sua constituição como meio de desenvolvimento, socialização, identificação e inclusão dos usuários. Além disso, em alguns momentos, os profissionais se veem realizando essa atividade por motivos que são estranhos às suas finalidades e significação social, produzindo inversões no cuidado e contribuindo para que o grupo não realize seus objetivos de promover a comunicação e as relações interpessoais. Esse conjunto de determinações tensiona os grupos para uma atuação nos moldes do modelo biomédico, como grupos assistenciais e educativos centrados na figura do profissional, no monitoramento e remissão de sintomas, produzindo individualização ao invés de grupalidade.

Essas características incidem no processo de trabalho disputando a assistência em saúde pública para a organização e gestão de seus serviços e práticas nos moldes do trabalho intensificado do regime de acumulação flexível do capital. Para além das características já listadas, acreditamos, ainda, que há relação entre o trabalho em grupo (equipe) dos técnicos e o trabalho com grupos realizado com os usuários.

Enquanto no regime taylorista-fordista de produção o trabalho em grupo era proibido, as influências do modelo japonês (toyotismo) têm preconizado o trabalho em grupos, manufaturas ou times, como forma de mobilizar o engajamento individualizado e tendo consequências diretas na sociabilidade dos grupos operários. Como apontado anteriormente, embora esse modelo seja mais aplicado nos processos industriais de produção de bens materiais, tem influenciado outras esferas da produção, incluindo os serviços públicos, ainda que pela sobreposição ou mistura de modelos.

No processo de trabalho observado não consideramos que se apresentem a totalidade das características destacadas pelos autores que estudam a temática. O que se destaca nos dados, em nosso entendimento, é a influência dessas formas de organização e gestão contribuindo para tensionar o trabalho em equipe no sentido da intensificação e da aproximação com as células ou times de trabalho toyotistas. Como resultado desse tensionamento vemos no cotidiano da assistência situações que são vivenciadas pelos trabalhadores como contraditórias ou ambíguas, aproximando o trabalho em equipe, por vezes, das características de produção de competitividade e de uma sociabilidade privada (MELLO e SILVA, 2004; 2006) e, por outras vezes, da constituição do que Peduzzi (1998) chamou de equipe-integração, facilitando os processos de relativização da divisão técnica do trabalho e contribuindo para uma maior integralidade da assistência em saúde mental.

O trabalho em grupo no contexto da reestruturação produtiva tende a fragmentar o coletivo operário e tem como consequência a exclusão, impedindo a formação de uma identidade coletiva e difundindo em cada participante comportamentos do tipo possessivo-aquisitivo (MELLO E SILVA, 2006). Isso se dá por uma série de mecanismos, entre eles a **delegação e autonomia do trabalho** conferido às células. Autonomia que é restrita quando se trata das decisões sobre a produção e que se refere em maior proporção às decisões disciplinares, capilarizadas para o controle do próprio grupo. Isso acaba por conferir certa centralidade aos conflitos pessoais no ambiente de trabalho. Como as decisões disciplinares são delegadas ao grupo, a decisão do grupo acaba sendo um julgamento definitivo, eximindo a gestão e minando a solidariedade dos demais trabalhadores com relação àqueles atingidos pelas decisões (MELLO E SILVA, 2006).

Vimos como no toyotismo se aprofunda o processo pelo qual o capital busca o envolvimento operário como forma de atenuação da luta de classes, o que se dá com menor uso da repressão explícita e pela adoção de mecanismos de internalização das regras, mobilizando o envolvimento subjetivo dos trabalhadores e gerando uma relação mais intensa com a atividade (ALVES, 2011). O uso pragmático das emoções auxiliou no deslocamento do controle externo do trabalho para o controle exercido por cada trabalhador sobre si e sobre os demais, diminuindo também os gastos com as funções de controle externo (PALANGANA, 2002; SOUZA, 2006).

Nos processos industriais de produção de bens materiais isso se deu pelo uso amplo de bônus e prêmios que chegam a compor a maior parte da remuneração dos trabalhadores. Esses bônus impulsionam a atuação em grupos que aparece como uma **sociabilidade imposta**, que pode levar a ver o outro como um fardo e não como um interlocutor (MELLO E SILVA, 2006).

No caso da saúde mental, o trabalho em miniequipes, embora não incentive a competição pela presença dos mecanismos de retribuição financeira, está premido pela cobrança de produtividade e a centralidade das relações também mostra um deslocamento para as relações pessoais no âmbito do trabalho. Ao nosso ver, se mostram como determinações importantes desse fato, a compressão dos espaços individuais e coletivos de planejamento e avaliação das atividades e a perda da dimensão do projeto terapêutico dos serviços, que faz com que divergências político-técnicas sejam reforçadas como divergências pessoais, não ganhando espaço para serem elaboradas como disputa de modelos de atenção em saúde mental.

Outra distinção que nos parece importante é que nos processos no interior da fábrica, as equipes têm ligações, em geral, mais fracas, definidas por projetos pontuais que não chegam a conformar objetivos e interesses comuns. Na saúde mental, em que pese a rotatividade de profissionais encontrada na pesquisa, as equipes possuem maior relação e envolvimento com a finalidade social do cuidado em saúde, o que possibilita que mesmo com as divergências sendo tomadas como discordâncias pessoais, a possibilidade de atuação no sentido de um projeto assistencial comum se mostre em diversos momentos.

A vigilância sobre o outro no trabalho em grupo é potencializada pela inexistência de parâmetros definidos de produtividade, o que leva a nivelar o trabalho sempre pela célula mais produtiva, criando uma pressão constante pela produtividade e pela vigilância de si e do outro, com a consequente **intensificação do ritmo** (MELLO E SILVA, 2006). Os mecanismos de socialização nos grupos operários passam a estar regulados por essa vigilância, dependendo da performance individual a aceitação nos grupos. No trabalho em saúde mental, a intensificação do ritmo não se mostrou determinada em grande força pelos mecanismos de vigilância horizontal entre os trabalhadores, embora eles também apareçam, como é possível observar pela fala de uma das trabalhadoras:

Se você estiver sentada no computador pesquisando um tema, aí os colegas acham que você está se folgando [riso]. Que você não está ajudando, que você está fugindo de outra responsabilidade, porque, né... A gente não tem *wi-fi* no trabalho. Então muitas vezes a tua pesquisa tem que ser no teu celular. Já estou usando o meu recurso, que eu nem deveria, mas eu uso... Mas aí nessa quarta-feira na reunião de equipe as colegas: 'Ah, porque tem gente que fica só no celular'. Não sei se era pra mim, mas, enfim, eu lembrei que eu uso muito o celular (extrato do grupo focal).

Todavia, a inexistência de parâmetros de produtividade definidos também ganha destaque como intensificadora do ritmo, já que mesmo com as equipes completas do ponto de vista da legislação, os serviços enfrentam o aumento da demanda que não é acompanhado pelo

aumento do número de profissionais. Mostrou-se mais frequente, no entanto, um mecanismo que nos parece complementar à vigilância e é nomeado por Mello e Silva (2006) como **exploração da rebeldia ou exploração da solidariedade**.

Nesses casos, ao capital e às gerências importa o trabalhador ativo. Se o trabalhador não se mostra suficientemente produtivo, tenderá a ser excluído pelo grupo que depende da produtividade coletiva. No caso em que algum colega manifesta solidariedade ativa, pode auxiliar o menos produtivo a fim de atingir a performance do grupo. Trata-se, todavia, de um impulso individual. Aquele que se rebela contra a exclusão do outro se impõe mais essa carga, trabalha dobrado e intensifica o próprio ritmo. Em ambos os casos há ganho para a empresa. Seja pela exclusão do menos produtivo, seja pela compensação relativa à intensificação dos que se mostram "solidários" (MELLO E SILVA, 2006). Nos CAPS, essas situações se mostraram frequentes, comprimindo, em geral, o espaço de preparação de atividades, participação em reuniões e realizações de atividades em grupos, que eram preteridas pelo auxílio aos colegas que precisavam manejar situações de crise ou dar conta de um número maior de acolhimentos do que o planejado:

Porque daí a tua colega, coitada, está precisando de alguém pra ajudar, pra manejar um paciente, pra ajudar a fazer um acolhimento. Qualquer meia hora que você tire da nossa grade alguém vai estar sofrendo pra te dar uma meia hora, entende? Porque é tudo muito justo, tudo muito calculado, sabe? (extrato do grupo focal).

A gestão flexível está marcada, também, pela **indistinção cada vez maior das esferas do trabalho e da vida privada**¹⁹⁵. Mello e Silva (2004) demonstra como no caso da indústria têxtil, a precarização dos salários naturaliza levar trabalho para casa e usar espaço doméstico para treinar boas práticas, visando a possibilidade de manutenção e promoção no trabalho. No caso de nossa pesquisa, mostrou-se determinação importante para isso a diminuição da porosidade que desloca para o espaço doméstico a preparação das atividades, e também a falta de estrutura e materiais que leva à necessidade maior de improvisação e ao uso de recursos pessoais para conseguir atingir a produção do cuidado nos parâmetros que se exigem os profissionais:

[...] ela falou que ela leva o material de casa, eu comprei um radinho só para fazer a atividade de dança, porque eu queria fazer uma oficina que eu gostasse de fazer e que conseguisse ir ao encontro do que os usuários queriam. E a gente acaba fazendo isso, tipo, vai baixar música de noite para amanhã trabalhar na oficina, porque no CAPS

¹⁹⁵ Mello e Silva (2006) considera como indistinção entre esfera pública e privada.

não tem como baixar. Então são coisas que se você for ficar contando, de pontinho em pontinho, elas vão sobrecarregando muito a gente (extrato do grupo focal).

Eu tenho necessidade de me organizar pra funcionar bem. Então eu gosto de pensar nessa temática antes, de levar as coisas preparadas. E daí a demanda te suga tanto, você tem mil e uma coisas pra fazer, de servir lanche até... Como é que você pensa num grupo? Daí falam pra você: 'Não, você não pode fazer nada em casa, você não pode trabalhar em casa, você tem que trabalhar aqui'. Mas você põe o pé dentro do CAPS, não dá mais (extrato do grupo focal).

Além disso, os processos de capacitação e formação têm sido caracterizados pelo **empreendedorismo de si**, representado pela tendência a responsabilizar-se pessoalmente pelos parâmetros da produção e pelo esforço de autoformação/capacitação (MELLO E SILVA, 2006). Essa tendência à **responsabilização individual** se faz presente nos processos cotidianos de trabalho, como expressa uma das trabalhadoras do CAPS:

E como eu trabalho também fim de semana, que é uma escala também diferente, como tem toda uma demanda da própria enfermagem mesmo, pelos técnicos de enfermagem, pela atuação deles... as coisas clínicas, elas geralmente recaem sobre a enfermagem. Então ninguém vê se você tem grupo depois, ninguém quer saber se depois você tem um acolhimento e ainda você tem o grupo, ninguém quer saber se você trabalha fim de semana doze horas e a responsabilidade dos nove pacientes mais dos dois outros profissionais é sua. É você que é o responsável (extrato de entrevista).

Acreditamos que essa tendência se agrava pela própria compreensão crítica que têm parte das trabalhadoras sobre o processo de trabalho em saúde, no qual os processos de responsabilização das equipes e profissionais pelos casos são enfatizados como necessários à produção do cuidado com integralidade. Nos momentos em que o trabalho em equipe se mostrou mais fragmentado, todavia, a responsabilização da equipe e do serviço pelos casos se deslocava cada vez mais aos agentes individuais, principalmente os técnicos de referência, motivo pelo qual elas passam a refletir sobre a naturalização do uso das expressões "seu paciente" ou "sua referência" e a relacionar, como vimos, essa responsabilização com um trabalho controlado por metas.

A tendência de responsabilização individual, também se mostrou quando se referem às necessidades de capacitação para o trabalho. Nesse caso, foram várias as ocorrências de afirmações que enfatizavam que a capacitação estava se dando em serviço, na atividade, ou ainda como responsabilidade individual na busca de cursos e supervisão. Ao mesmo tempo, ressaltam o fato de grande parte dos trabalhadores não ter feito um concurso direcionado para aquele tipo de serviço, motivo pelo qual acreditam que deveria existir maior investimento da

gestão na capacitação e formação dos trabalhadores. Separamos abaixo duas falas de uma mesma trabalhadora que exemplificam essa ambiguidade:

Então o grupo não é nosso. O grupo é deles [dos usuários]. Só que daí tem que aprender a fazer isso. E eles têm que capacitar a gente. Então coloque, por favor, na sua pesquisa que nós estamos com prejuízo, mas não porque nós não somos inteligentes e legais, mas porque nós não estamos podendo acessar as coisas (extrato do grupo focal).

Puxa, não posso esperar que só minha instituição ofereça cursos, ofereça capacitação. Então eu também tenho que fazer minha parte e ir atrás. Mas não tem muita coisa. Então eu leio, eu pesquiso (extrato do grupo focal).

Com as necessidades constantes de requalificação para o trabalho e o deslocamento dessa necessidade para o plano individual, os trabalhadores sentem-se cada vez mais pressionados a destinarem parte de seu tempo livre para se atualizar (PALANGANA, 2002). A responsabilização individual sobre a demanda do trabalho e também sobre a capacitação acaba por transbordar para as formas de resistência aos processos de sofrimento e de adoecimento, que se apresentam como adoecimento individualizado e não como resistência coletiva. Isso está agravado pela **privatização das relações de trabalho**, por o trabalho em grupo produzir pertencimento e identificação com a instituição e erodir as representações sindicais (MELLO E SILVA, 2006).

Embora relatem sobrecarga e em alguns momentos desânimo, é notável, também, as tentativas que fazem as trabalhadoras de melhorias individuais e coletivas. Ressaltam, a todo momento, a iniciativa de fazer grupos com mais de um técnico de referência, as trocas e a interação com outros profissionais no contexto do trabalho e o crescimento pessoal na prática cotidiana, o que revela também, tentativas de superação e resistência à essa lógica.

Por óbvio, as características dos processos de trabalho no cenário do fluxo tensionado não se apresentam da mesma forma e nem na mesma intensidade no contexto das relações de trabalho nos serviços de saúde mental pesquisados. Ainda assim, a manifestação de parte delas em um contexto em que não se impõe as mesmas exigências de produtividade e os mesmos mecanismos de premiação e punição, são dignos de destaque. A divisão das equipes de trabalho em miniequipes nos CAPS estudados, com manifestações de rivalidade entre as equipes e centralização dos conflitos pessoais no processo de trabalho, as queixas sobre o acúmulo de funções e diminuição da porosidade, a cobrança de produtividade e o exercício de múltiplas tarefas, o número de profissionais sempre abaixo do necessário para a realização do trabalho,

são algumas das evidências que nos apontaram a necessidade de debate das influências da reestruturação produtiva nesses serviços.

A mudança de gestão municipal apareceu como uma particularidade do serviço público, mas com efeitos similares. As trabalhadoras relatam que elas geram reorganizações do trabalho com a demanda de novas exigências cotidianas. São mudanças rápidas que exigem adaptação dos trabalhadores e usuários. Mudam, por exemplo, nomes de programas e projetos já existentes, gerando demanda cotidiana por orientação dos usuários sobre novos nomes ou novos fluxos e gerando sensação de sobrecarga nos trabalhadores.

Em resumo, parece haver a possibilidade de a cooperação no trabalho em grupo produzir o seu contrário, uma sociabilidade privada, baseada no empreendedorismo de si, na busca individual por qualificação, minando a solidariedade entre os trabalhadores e coletivizando as formas de controle e disciplina em maior proporção do que as decisões sobre a produção. Há distinções por se tratar de um serviço público, mas a lógica da gestão flexível parece já estar presente e seus efeitos sendo sentidos. Essa discussão nos parece importante, porque a produção teórica a respeito das formas de gestão em serviços públicos de saúde tem enfatizado a crítica ao taylorismo (CAMPOS, 1998) e reforçado o trabalho em equipe como forma de valorizar a autonomia dos trabalhadores e as qualidades do saber operário. Entretanto, nos parece que há a possibilidade da constituição de formas de trabalho em equipe/grupos que precisam ser lidas à luz do risco de produzirem individualização e privatização da sociabilidade.

As tensões entre modelos de atenção na reforma psiquiátrica brasileira têm se traduzido, em nosso juízo, em parte pela manutenção dos termos e esvaziamento de seus significados, chegando a produzir, em alguns casos, inversões completas. Nesse sentido, a defesa da autonomia no trabalho pode vir a mascarar a autonomia para as decisões disciplinares e capilarização do controle; o trabalho em equipe pode trazer o risco do reforço à exclusão; a desespecialização presente na função de "técnico em saúde mental" pode mascarar a polivalência e a multifuncionalidade; as miniequipes podem se tornar células de produção reproduzindo a lógica concorrencial; as assembleias podem ter seu nome preservado, mas revelarem-se espaços de cooptação e de decisões verticalizadas.

Os impactos revelam-se no trabalho em equipe, mas também nos grupos com os usuários. A flexibilização do cuidado vai se expressando em um trabalho que, por mais que tenha uma base técnica e teórica similar, requer diferentes atividades e ações para ser operacionalizado. Nesse sentido, o cuidado das situações de crise (agudas) vai sendo visto como concorrendo com um cuidado longitudinal, com o matriciamento e com a lógica de uma

assistência territorializada. Ambas são ações em saúde mental para as quais os técnicos podem ter algum tipo de capacitação, mas no cotidiano exigem esforços tão distintos que são vistas como inconciliáveis.

Além disso, as diferenças geracionais, de tipo e características de adoecimento, de características da população atendida (situação de classe, opressões, violências e graus de cronificação), também parecem gerar a necessidade de capacitações específicas, tempo de planejamento e atenção diferenciadas. Some-se a isso a dificuldade de um processo de trabalho que envolve uma linha de cuidado menos padronizada e protocolar do que outros tipos de adoecimento crônicos atendidos em UBS e âmbito hospitalar, por exemplo. A proposta de “hibridização” dos serviços que começou a se concretizar ao final da pesquisa, com alguns dos CAPS do município passando a atender indistintamente usuários com sofrimentos relacionados a álcool e outras drogas e transtornos mentais, também contribui para aumentar a diversidade dos tipos de cuidado oferecidos.

Ao discutir a relação entre o trabalho em grupo e o trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família, Ciampone e Peduzzi (2000) também consideram que os processos de trabalho são dificultados por um modo de operar que se torna mais competitivo do que cooperativo. Como não são desenvolvidas, no âmbito da formação, posturas profissionais para coordenar grupos, os agentes têm dificuldade de não se converterem em figuras de autoridade nesses espaços (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

A reestruturação do modelo assistencial em saúde, seja com a Estratégia de Saúde da Família na atenção básica, seja com a proposta da Atenção Psicossocial na saúde mental, propõe modelos que contemplem as múltiplas dimensões das necessidades em saúde em suas faces individuais e coletivas, com mudanças no objeto da atenção do interior do serviço para o espaço/domicílio/território; do indivíduo para os grupos familiares; do âmbito individual e clínico para a esfera da vida social. Esses modelos passam a exigir a atuação de equipes multiprofissionais e a modalidade de atenção a grupos para a consecução de seus objetivos. Embora o trabalho em equipe não seja nosso principal objeto de estudo, há uma intersecção entre trabalho em equipe e trabalho com os grupos de usuários que impacta no estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade com a população atendida (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Dessa maneira, a sociabilidade privada que é reforçada no modo de produção capitalista, inclusive, nos processos de trabalho em grupo, tem impacto em pelo menos duas dimensões do trabalho com grupos. Uma primeira e mais geral, diz respeito à sociabilidade na qual somos

formados, incluindo os usuários, que chegam às atividades em grupo com comportamentos do tipo possessivo-aquisitivo internalizados e dificuldades, muitas vezes, de engajamento em processos grupais que proponham a participação horizontal e o desenvolvimento da solidariedade. O que revela a um só tempo uma dificuldade na articulação e favorecimento desses processos grupais, mas também sua iminente necessidade, já que podem não encontrar outros espaços sociais que favoreçam a inclusão e o estabelecimento de vínculos cooperativos. A segunda, diz respeito aos processos que procuramos evidenciar aqui pela exposição dos dados da pesquisa, com a produção de um modelo de trabalho em grupo que pode se tornar um entrave para a produção de grupalidade e solidariedade nos territórios de inserção dos serviços e entre os usuários.

7.5 A refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo psicossocial

No capítulo anterior, ao analisar os dados sobre o processo e trabalho em saúde mental nos serviços pesquisados em busca das determinações que incidem sobre o trabalho com grupos, nos deparamos com formas de organização e gestão do trabalho que apontavam para uma relação cada vez maior com as estratégias de reestruturação produtiva do atual momento de acumulação do capital. O amplo processo de reestruturação produtiva e dominação política do capital teve como principais determinações a crise do padrão taylorista-fordista de produção e a confrontação pelas lutas operárias do final dos anos 1960 e durante os anos 1970 (ANTUNES; PINTO, 2017). Para recuperar seu ciclo produtivo e repor seu projeto de hegemonia, o capital lança mão de uma série de alternativas ao sistema taylorista-fordista de gestão, figurando entre elas o toyotismo, ou modelo japonês, que foi a que alcançou maior impacto e difusão.

Com a generalização do toyotismo, suas influências se estendem para além do setor de produção de bens materiais, podendo ser sentida em quase todos os setores da produção, incluindo os serviços públicos. Freire (2010), ao estudar os impactos da reestruturação produtiva no trabalho do serviço social, enfatiza os retrocessos sociais resultantes desse processo de reestruturação política, social e econômica do atual estágio de acumulação flexível do capital, que têm como resultado uma reatualização do conservadorismo a que a autora denomina de neoconservadorismo ou conservadorismo gerencialista. “Esta reatualização é referenciada por diretrizes e concepções abstratas, mistificadas e mistificadoras, de inspiração

neoliberal, expressas nos programas denominados de 'qualidade total' e similares" (FREIRE, 2010, p. 17).

Durante os anos 1980 até a primeira década dos anos 2000, os interesses político-econômicos do capital no setor saúde brasileiro também passam por uma ampla reorganização, determinada não só pela crise do capital, mas também pela organização e combatividade dos organismos da classe trabalhadora e do movimento popular, que arrancam conquistas com a reforma sanitária e com a reforma psiquiátrica, entre elas a universalização do direito à saúde e a quebra da hegemonia do modelo empresarial-manicomial¹⁹⁶ de atenção à saúde mental. Essa reorganização do capital no setor saúde, passou pela constituição de um eixo mercantil-filantrópico, com parte da gestão da política social sendo assumida por ONGs, principalmente nos anos 1990. A partir dos anos 2000, esse eixo vai se subordinando ao programa capital-imperialista e o capital passa a gerir mais diretamente a política social pela via das Organizações Sociais e das Parcerias Público-Privadas (FONTES, 2010). Esse processo teve a mediação de organismos internacionais como o Banco Mundial, que pressionavam o Estado para a flexibilização dos mecanismos legais e para a implementação das diretrizes neoliberais (PEREIRA, 2010), com ataques diretos ao Sistema Único de Saúde e o fortalecimento dos seguros e planos de saúde privados. O fomento do terceiro setor como gestor parcial das políticas de saúde passou pela cooptação e produção de consensos em torno de pautas inicialmente reivindicadas pela reforma sanitária. É, portanto, pela via de uma série de mediações que as reestruturações produtivas têm impacto nos serviços públicos de saúde, sendo favorecidas pelas políticas neoliberais e pelo contexto de restrições fiscais e contrarreformas nas políticas sociais.

Em que pese o crescimento do setor de serviços na economia nacional e a importância do trabalho em saúde para a vida em sociedade, a teorização sobre o trabalho em saúde é relativamente pequena no Brasil, tendo certo aumento a partir da década de 1970, com o desenvolvimento de algumas pesquisas críticas na área. Pires (2008), quando da publicação de seu estudo, assinalava que poucas pesquisas relacionavam o trabalho em saúde e o contexto da reestruturação produtiva, cenário que não mudou muito na última década. Houve um relativo aumento das pesquisas que focalizam os impactos das políticas neoliberais no SUS, mas aumento pequeno das pesquisas direcionadas aos impactos nos processos de trabalho.

¹⁹⁶ Utilizamos essa expressão porque, como vimos, a indústria da loucura constituiu-se, com apoio direto e indireto do Estado, como uma iniciativa quase exclusivamente privada.

Merhy (2013c) é um dos autores que lançam importantes elementos para essa discussão. Em seu trabalho, destaca como a reestruturação produtiva no setor passa pelos arranjos tecnológicos que definem os diferentes modelos de atenção. Aponta que a lógica dirigida pelo Complexo Médico Industrial reforça o projeto terapêutico da medicina tecnológica com foco nos procedimentos, permitindo a acumulação capitalista no setor. Essa lógica, que tem como consequências a redução da dimensão cuidadora e o deslocamento dos vínculos entre agente e usuários para os exames e consultas, produz um aumento do custo das práticas pela alta incorporação de tecnologias e começa a ser tensionada pela entrada do capital financeiro no setor.

Com a instauração do Complexo Médico Financeiro, interessado na lucratividade do setor e no controle de custos da assistência de planos e seguros de saúde, instaura-se uma disputa nas práticas tecnológicas em saúde (MERHY, 2013c). Reforça-se a tendência de maior incorporação de tecnologias leves e de captura das decisões clínicas pelas decisões gerenciais, a fim de restringir a autonomia técnica e conter o acesso a procedimentos. Há, nesses casos, um aumento do investimento em prevenção e controle de riscos e a articulação entre médicos voltados para a dimensão cuidadora que articula o cuidado com médicos centrados na dimensão profissional, a partir de ações focalizadas das especialidades. O intuito desta operação está em minimizar a noção de "acidentalidade" própria das seguradoras (MERHY, 2013c).

Para esse autor, no entanto, o recurso aos médicos generalistas e às tecnologias leves, tomadas desse modo, incorre numa ação de mudança na conservação, pois seu objetivo não está na defesa da vida individual e coletiva, mas na defesa dos interesses do capital, ainda que custe a vida do usuário (MERHY, 2013c). Desse modo, no ato do cuidado passam a se confrontar diferentes interesses em disputa, mesmo no campo do próprio capital.

Em nosso entendimento, a discussão estabelecida por Merhy (2013c), aponta como a incorporação das tecnologias leves tem sido parcialmente realizada pelos interesses do capital, colocando ao campo crítico de análises do processo de trabalho em saúde o desafio de manter a defesa da incorporação desse tipo de tecnologia com a diferenciação e qualificação de suas formas de implementação. Dito de outro modo, sua incorporação que é defendida por diversos autores (CAMPOS, 2002; MERHY, 2013a; MERHY, 2013c; FRANCO; MERHY, 2013; CAMPOS, 2015), pode ocorrer sob a forma de modalidades de baixo custo para conter o acesso a procedimentos, sem influenciar no aumento da efetividade das práticas.

Esse processo que determina a assistência privada em saúde, tem se expandido para o sistema público, embora este não opere sob a racionalidade da produção do lucro (MERHY,

2013c). Ainda que a lógica estatal acompanhe esta dinâmica, guarda com ela uma tensa e relativa autonomia. Vimos como na saúde mental, por exemplo, a lógica de inserção de um perfil generalista não se dá nos mesmos termos da incorporação de médicos generalistas pelos planos de saúde. No âmbito dos CAPS, esse perfil artesanal de produção (por juntar em um mesmo profissional diversas especialidades parcelares) é menos frequente do que a figura do técnico de referência, que se dá no sentido de uma relativização maior da divisão técnica do trabalho.

Todavia, nos deparamos com situações de fragmentação no trabalho das equipes que podem reforçar o atendimento em uma lógica ambulatorial, tensionando o trabalho do técnico de referência para agir na lógica do encaminhamento e da polivalência. Também vimos como a introdução de uma forma de gestão pautada em princípios administrativos e dirigida pela persecução de resultados imediatos tensiona o trabalho com grupos a se constituir numa tecnologia de baixo custo com feições racionalizadoras.

A relevância da pesquisa no cenário das políticas públicas e do trabalho estatal, entretanto, se dá por ser esse campo que permite relativa fuga da lógica do lucro e que permite maior planejamento e coordenação de ações coletivas eficazes e pautadas no desenvolvimento humano e na integralidade das práticas em saúde. Acreditamos que aí se dão as possibilidades mais avançadas de uma assistência universalizante e equitativa, bem como da construção de experiências que podem se constituir em acúmulos para a superação da racionalidade privatista dominante, afirmando a viabilidade de um cuidado pautado nas necessidades em saúde da população¹⁹⁷.

No entanto, nossa pesquisa tem demonstrado a aproximação das práticas no sistema público de saúde mental das formas de gestão e organização do trabalho flexíveis, o que coloca para o campo da saúde coletiva crítica, o desafio de debater os riscos de apropriação das tecnologias leves e relacionais em arranjos tecnológicos que se submetem a uma lógica administrativa e gerencial e subvertem as finalidades do cuidado. No presente capítulo, procuramos demonstrar o tensionamento que as formas de gestão do trabalho alinhadas com a reestruturação produtiva impõem ao processo de trabalho em saúde mental nos Centros de

¹⁹⁷ Temos clareza que os objetivos propalados pelas políticas sociais, incluindo as políticas de saúde, não podem ser realizados sob a ordem do capital, dado se tratarem de objetivos excludentes. A concentração de renda perpetrada por esse sistema é sempre maior do que aquilo que se destina às limitadas políticas sociais. Todavia, acreditamos, também, que isso não pode nos levar ao imobilismo e que a política pública, desde que se tenha a consciência de suas limitações, pode se constituir em campo de disputa permanente para a garantia de direitos civilizatórios e para o tensionamento dos limites da ordem social que produz exploração, opressões e alienação.

Atenção Psicossocial. Ao lado dos ataques frontais do modelo biomédico e dos interesses que lhe dão sustentação, representados pela expansão das ações manicomiais e das formas de transinstitucionalização como as Comunidades Terapêuticas, um elemento novo se apresenta na pesquisa, qual seja, o risco da refuncionalização de conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial contribuindo para o reforço de práticas biomédicas no cotidiano dos serviços.

Uma série de determinações mostrou ter influência nesse cenário, incluindo aí o ecletismo teórico do campo político que deu sustentação ao modelo de atenção psicossocial no Brasil. A falta de definição de alguns conceitos e de apropriação por parte dos profissionais, parece redundar na aplicação dos princípios da reabilitação psicossocial restrito ao campo técnico, ignorando a indissociabilidade de seus postulados nos campos teórico, jurídico e cultural (AMARANTE, 2007). A apropriação dos conceitos e práticas do modelo psicossocial em moldes neoconservadores gerenciais tem servido como mediação para práticas que se situam no campo do modelo biomédico, atualizando o conflito entre esses dois modelos de atenção em um cenário mais complexo e ainda mais desfavorável às práticas que se pretendem alternativas ao modelo biomédico.

O uso das tecnologias leves sem considerar seu contexto de produção marcado pela falta de recursos e intensificação do trabalho, a nosso ver, é um exemplo de inversão das finalidades terapêuticas desse modelo. Suas principais consequências no processo de trabalho são: a utilização da autonomia necessária à construção dos projetos terapêuticos em favor da flexibilização nos moldes do trabalho multiparcelar e intensificado; e a conversão da responsabilização das equipes pelo cuidado em responsabilidade e culpabilização individual dos trabalhadores pelas faltas de recursos e estrutura existentes no processo de trabalho.

Como vimos, a intensificação do processo de trabalho em saúde mental ocorre por determinação de diversos fatores, alguns deles particularidades dos serviços públicos de assistência, outros comuns às formas de gestão do trabalho do atual momento de acumulação flexível. A diversificação da atividade com a produção de relativa desespecialização ocorre na figura dos técnicos de referência como potencialmente produzindo uma relativização técnica do trabalho (PEDUZZI, 1998). Sob condições de intensificação e maior fragmentação do trabalho das equipes, no entanto, essa função pode se aproximar da polivalência toyotista, com o desempenho de tarefas multiparcelares previamente racionalizadas, não avançando na integralidade do cuidado. Tomada desse modo, a desespecialização produz um acento maior na responsabilização individual dos trabalhadores e os usuários se convertem em metas a serem atingidas.

A tentativa toyotista de superar a produção em série do taylorismo-fordismo por uma produção mais vinculada à demanda, também encontra paralelos nos modelos de atenção em saúde que se pautam pela demanda e não pelas necessidades em saúde¹⁹⁸. Dentre os modelos alternativos ao modelo biomédico, o modelo da clínica ampliada é um desses que se volta para a demanda espontânea na busca de requalificá-la (PAIM, 2012). Em situações de intensificação, no entanto, há o risco de o acolhimento e a responsabilização, que são prerrogativas desse modelo, também reforçarem a responsabilização individual dos trabalhadores, deslocando as insuficiências do processo de trabalho para a sua dimensão micropolítica, obnubilando as determinações estruturais e organizacionais que precarizam as condições de produção do cuidado.

Justificada gerencialmente pela necessidade dos consumidores e dos demais pontos de atenção da rede, a orientação ao mercado consumidor leva a um aumento pela demanda que se converte em centralização do acolhimento de novos casos e atenção à crise, preterindo as ações e práticas do cuidado longitudinal, entre elas o trabalho com grupos. Há que se considerar, no entanto, que a demanda está conformada pela forma histórica de produção que centralizou a atenção nos procedimentos e intervenções, o que na saúde mental reaparece como demanda por internações e medicamentos, aumentando a pressão por práticas manicomiais e biomédicas.

Chama atenção também, nesse campo, o pequeno uso de ferramentas epidemiológicas e de mapeamento do território que poderiam contribuir para um planejamento que se antecipa à demanda e busca construir ações programáticas voltadas às necessidades e particularidades dos territórios. A falta desse conhecimento mantém as equipes reféns do cotidiano orientado por medidas gerenciais de exigência de produtividade, atendimento de crises agudas, número de acolhimentos, prazos para dar respostas aos serviços demandantes da rede e prazo máximo para preenchimento de prontuários, em um ciclo de atividades extenuante, que flutua com a demanda. Entretanto, com o aumento do sofrimento psíquico nos modos atuais de organizar a vida, os períodos de redução da demanda tendem a diminuir, intensificando constantemente a atividade. Adicione-se a isso a ampliação das formas de intervenção pautadas na medicalização social e teremos um aumento exponencial da demanda para além das capacidades de produção dos serviços.

A diminuição do trabalho vivo na rede de saúde estudada não se dá, somente, pela reestruturação e diminuição de postos de trabalho, mas na relação entre trabalho vivo e

¹⁹⁸ No capítulo 2 discutimos a diferença entre demanda e necessidades em saúde.

demanda. Ocorre uma redução relativa quando consideramos a totalidade da rede, o que pode ser agravado com a proposta de hibridização e a redução do número de serviços necessários, dado o tamanho do território. Ainda que o número de trabalhadores em cada serviço corresponda ao prescrito pela legislação, o aumento da medicalização social e as formas de sofrimento e adoecimento psíquico engendradas pela reestruturação produtiva nos contextos de trabalho exigem maiores esforços de cuidado com as questões tidas como de saúde mental.

Dessa maneira, o prescrito já não é suficiente para dar conta da demanda real, de maneira que o trabalho vivo passa a ser inferior às necessidades da produção do cuidado, mas aparece como cumprindo o que seria necessário, impondo aos trabalhadores maiores cargas de trabalho, mas também de culpabilização. Se as equipes estão completas, mas não conseguem acolher a demanda, uma das possibilidades explicativas é que sua qualificação ou competências não são suficientemente desenvolvidas para dar conta do trabalho prescrito. O acento então, recai sobre a responsabilização dos trabalhadores e não sobre as insuficiências da rede e, dadas as débeis condições coletivas de organização, seu questionamento tem se dado mais pelo adoecimento individual do que pelas formas de resistência coletivas.

Costa-Rosa (2000) compara os ambulatorios clássicos de saúde mental, baseados na atuação de equipes multiprofissionais, com a atuação taylorista-fordista em série e em linha. Guardadas as devidas proporções, acreditamos ser possível estabelecer o paralelo da atuação das equipes e miniequipes nos CAPS com a tendência fabril das células de produção, nas quais os trabalhadores polivalentes se responsabilizam por ciclos completos da fabricação dos produtos. Nesse modelo, o acúmulo de tarefas parcelares previamente racionalizadas e tarefas antes destinadas ao pessoal de apoio, produz um ataque ao saber complexo dos trabalhadores mais qualificados e engendra maior intensificação e diminuição da porosidade (ANTUNES; PINTO, 2017).

É preciso advertir que não se trata de uma transposição imediata. Como vimos, as particularidades do objeto do trabalho em saúde implicam em dificuldades à subsunção real do trabalho pelo capital, inclusive, na esfera dos hospitais e serviços privados de produção. A tecnologia continua dependendo do trabalho vivo em maior escala para a produção das intervenções e a singularidade dos casos restringe a padronização, aumentando a esfera reflexiva do trabalho em saúde em relação a outros processos produtivos. A comparação com a forma toyotista de produção, no entanto, nos parece útil para compreender as tensões a que esse trabalho está submetido e que podem levar à fragmentação das ações e à redução da integralidade do cuidado sobre o objeto.

No trabalho com grupos, por exemplo, que apareceu na pesquisa como espaços de maior reflexividade dos profissionais e submetido a menores padronizações, os relatos identificam uma relação mais próxima com a apreensão das necessidades dos usuários de maneira ampliada e também a possibilidade de redirecionamento das atividades grupais para atender com maior agilidade as necessidades identificadas. Não obstante, sob condições de intensificação, essas se mostraram as primeiras atividades a serem reduzidas, com o consequente estreitamento da diversidade de ofertas terapêuticas necessárias à singularização do cuidado pretendida pelas equipes.

O toyotismo também passou a dar maior acento nos aspectos informais ou comportamentais da qualificação dos trabalhadores, bem como à sua capacidade de adaptação às mudanças constantes do processo de trabalho. As capacidades de trabalhar em equipe e de liderar uma equipe, de improvisar e assumir riscos para atingir as metas e de aperfeiçoar-se constantemente, são ressaltadas a todo momento. Promove-se por meio do trabalho em equipe e dos bônus e gratificações, um envolvimento subjetivo com os valores da empresa. Nos serviços públicos de saúde, ainda que não exista esse tipo de incentivo financeiro, os objetivos da gestão, frequentemente, aparecem como sendo os mesmos dos trabalhadores, sob o rótulo da atenção psicossocial.

Contudo, no interior dessa ampla definição cabem ênfases distintas, entre elas a que recai sobre as metas gerenciais, em detrimento das necessidades de saúde. O atendimento à demanda aparece como cumprindo os objetivos de qualificação da assistência aos usuários, ainda que estejam focados na racionalização de recursos e na realização do valor pelo aumento do consumo de medicações.

A esse processo estamos chamando de refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial, uma defesa que inclui, sob um mesmo campo, objetivos e interesses discrepantes e divergentes. A singularização do cuidado que esse modelo propõe, tomando por objeto a existência-sofrimento dos usuários, compreendida em sua determinação social, sendo subvertida, em seu próprio campo, pelas necessidades gerenciais, que podem passar pelo atendimento das necessidades dos sujeitos, mas, em geral, se referem a demandas recortadas pela lógica da instituição: a demanda de acolher mais pessoas, a demanda de dar conta das crises, a demanda de encaminhar, a demanda de dar respostas aos equipamentos sociais da justiça, da assistência social etc.

O resultado dessa operação é o reforço das respostas biomédicas, reduzidas à necessidade de medicação, internação, atestado e diagnósticos. É por meio desses elementos

intermediários que se constrói o vínculo dos sujeitos com os serviços na fase da medicina tecnológica, fragilizando e tornando impessoais e transitórios os vínculos entre trabalhadores e usuários (SCHRAIBER, 1993).

A centralização do trabalho nas células de produção também contribui para deslocar aos indivíduos a responsabilidade pelo investimento em sua formação. Sob influência da teoria do capital humano, desde a década de 1960, passa-se a conceber a força de trabalho como um conjunto de saberes e fazeres que devem ser desenvolvidos previamente ao processo produtivo, que deve ser visto pelos trabalhadores como investimento e não custos (ANTUNES; PINTO, 2017). Recai sobre o trabalhador individual a responsabilidade de garantir as condições de sua empregabilidade, por meios próprios, concebendo a si mesmo como um empreendedor que deve investir na sua força de trabalho como se ela não fosse uma mercadoria, mas parte de um negócio cuja venda lhe retornará algum capital. Por essa operação, o trabalho assalariado é igualado ao capitalista como se tivessem os mesmos objetivos (ANTUNES; PINTO, 2017) e se reforça o empreendedorismo de si.

No contexto da pesquisa, vimos como a educação formal apresenta lacunas na preparação dos trabalhadores para a atuação nas políticas públicas. Todavia, o empregador também não fornece as condições para a continuidade do processo de formação, que se dá, em parte em serviço, e em parte por iniciativa individual, impulsionando o empreendedorismo de si e sendo vivenciado como uma dimensão contraditória do trabalho, numa ambivalência que reconhece a responsabilidade do empregador mas também toma para si a responsabilidade pela qualificação.

Outra faceta do trabalho em equipe se mostrou na competitividade entre as equipes que reforça comportamentos de uma ética concorrencial e individualista que é estranha às finalidades perseguidas pelas políticas e verbalizadas pelos trabalhadores. Ainda que sem os mecanismos de recompensa que são comuns nos processos de reestruturação produtiva, a fragmentação das equipes e o enfraquecimento do debate coletivo sobre o projeto terapêutico do serviço se mostraram solo fértil para o deslocamento das divergências político-técnicas para o plano das relações pessoais, acentuando ainda mais a fragmentação e os comportamentos competitivos no ambiente de trabalho.

O trabalho em grupo também tem reforçado o aumento da vigilância entre pares e o deslocamento das tarefas para a esfera privada, dada a intensificação que impede tarefas de planejamento e avaliação no espaço e tempo de trabalho. Em relação à vigilância, parece não se reduzir à cobrança dos colegas, mas também se mostra no aumento da judicialização da

assistência à saúde. O grande número de judicializações dos casos no setor saúde inicia como medida de garantia individual de direitos e de qualidade para os usuários que tiveram seus direitos barrados no contexto de ajustes fiscais e racionalização da assistência. No cotidiano do trabalho, essas ações têm avigorado a sensação de vigilância e medo do risco, que leva profissionais a uma postura mais pautada pela rigidez de normativas e a lançar mão desse discurso para evitar situações mais complexas, recaindo quase sempre no uso de meios de trabalho típicos do modelo biomédico, revestidos de maior preocupação clínica. Não raras vezes, a internação aparece como medida imediata, sem grandes avaliações, por medo de assumir qualquer risco. A frase “depois alguma coisa acontece com o usuário e eu vou ter que responder por isso” fornece justificativa para acionar o internamento e a medicação como primeiras respostas a problemas complexos.

Sob o império da competitividade globalizada, Freire (2010) aponta o ideário da qualidade total como um dos mecanismos que tem promovido a adesão ao neoconservadorismo. No âmbito dos serviços públicos estudados, esse ideário tem menor inserção, ainda assim, o tema da qualidade também solicita maior engajamento dos agentes do trabalho. Mesmo que não apareça como um programa de qualidade total, o debate crítico na saúde pública sempre se pautou pelo ideal da qualidade no atendimento e na prestação da assistência.

Debates atuais como do acolhimento ou da necessidade de humanização dos serviços e das práticas estão calcados em preocupações reais no cotidiano dos serviços, que vão dos vínculos despersonalizados ao desinteresse de profissionais pouco valorizados e mal remunerados. O debate da desumanização nos serviços de saúde não pode, no entanto, se furtar ao reconhecimento da alienação reforçada pelo modo capitalista de produção e causas como a falta de estrutura e investimentos em saúde.

Ao nosso ver, há o risco de justaposição desses discursos pela defesa comum da qualidade. O ponto de fuga dessa defesa se encontra nos parâmetros gerenciais por meio dos quais é aferida a qualidade, como número de atendimentos, procedimentos etc. Na saúde mental o quadro se agrava pela falta de indicadores capazes de capturar a melhoria na qualidade de vida dos usuários, o que acaba por restringir as avaliações aos critérios gerenciais, que induzem maior rotatividade e queda global da eficiência das práticas. Reforça-se, assim, o modelo biomédico de intervenção, sem necessariamente, aumentar a efetividade. A novidade aqui parece ser que os novos modelos, rompem em parte com a fragmentação e especialização típicas do modelo centrado no procedimento-mercadoria, fato que produz sua maior aceitação.

Contudo, como vimos, a desespecialização e o trabalho generalista que podem contribuir para a apreensão mais ampla da totalidade para além da fragmentação dos campos disciplinares e da rígida divisão técnica do trabalho, podem produzir também a polivalência e o trabalho multiparcelar, acompanhado de rebaixamento dos critérios técnicos e da simplificação das ferramentas tecnológicas utilizadas. No campo do trabalho com grupos nos serviços estudados acreditamos que as evidências apontam para esse segundo caso, com a ampliação do trabalho com grupos no modelo assistencial e de monitoramento, com poucas condições e formação para a produção de grupalidade e o aprofundamento do trabalho.

Pela via, portanto, da concordância teórica com as finalidades propaladas para o cuidado, que reforçam o discurso de atendimento aos usuários sem diferenciar demanda de necessidades em saúde, vai se produzindo uma naturalização das respostas biomédicas. Estimula-se o consentimento dos trabalhadores, mas a autonomia no processo de trabalho vai se ligando a mecanismos de gestão do trabalho que impedem a definição dos meios e formas de relação com a clientela. A autonomia se justapõe ao discurso de inovação e criatividade disseminado nos contextos de trabalho atuais, que maquia a falta de condições para a realização do trabalho e apela para a improvisação e invasão do espaço privado com atividades de planejamento.

As reflexões coletivas são esvaziadas de seu potencial de criticidade e se limitam ao pragmatismo imediatista, restrito ao que pode ser resolvido no âmbito gerencial, agravadas pela perda da dimensão coletiva do projeto terapêutico da rede e do serviço. Se o que resta é o projeto terapêutico singular, cabe a cada profissional se responsabilizar por dar respostas a esse projeto com os meios disponíveis e nas limitações de tempo e recursos possíveis.

Por esse mecanismo a refuncionalização de conceitos e práticas da reabilitação psicossocial vai contribuindo para angariar o consentimento dos trabalhadores, além de disfarçar os instrumentos gerenciais de coerção que aparecem como limites naturalizados e instrumentos para a organização e potencialização do trabalho. Seus impactos na intensificação são sentidos, mas, na maior parte das vezes, não identificados em sua complexidade a ponto de gerarem mobilizações coletivas por mudanças. A refuncionalização vai, assim, integrando formas sofisticadas de gerenciamento, controle e cooptação, mantendo, no plano de fundo, a centralidade do modelo biomédico para o entendimento e intervenção na vida social, matizado por um discurso capaz de incluir no plano formal abstrato o modelo psicossocial e gerar consentimento dos agentes que defendem esse modelo.

A dificuldade de perceber e fazer frente a esses ataques às políticas e práticas antimanicomiais está determinada por vários elementos, entre eles a terceirização cada vez mais corrente nos serviços de saúde que fragiliza e fragmenta a representação sindical. Some-se a isso as dificuldades de articulação do movimento antimanicomial que acompanhou a institucionalização das políticas de saúde mental. A luta antimanicomial, não raras vezes, aparece identificada como um referencial técnico no cotidiano dos serviços (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014), ficando as ações de resistência ao modelo biomédico reduzidas ao enfrentamento individual e voluntarista de técnicos e equipes, muitas vezes, adoecidas e despotencializadas¹⁹⁹ (COELHO, 2017).

Os referenciais teóricos que emergem do movimento da luta antimanicomial, além de apresentarem um ecletismo teórico-metodológico em nome da articulação conjunta, não superaram os limites estreitos da democracia burguesa, colocando a cidadania do louco, em geral, como seu fim último. Essa orientação teórico-política, por sua vez, tem dificuldades de manter sua independência frente às iniciativas de cooptação dos gestores estatais o que leva o projeto antimanicomial a se confundir com a política pública.

Os problemas dessa identificação são vários. Nos interessa assinalar aqui as estratégias de sedução que levam ao consentimento e a redução dos espaços de militância à participação nos moldes propostos pelos mecanismos de controle social. Esse método, em nosso entendimento, tem paralelos com as estratégias toyotistas de incentivo à participação dos trabalhadores. As empresas flexíveis só podem existir com base no envolvimento e apropriação intelectual dos trabalhadores. Desse modo, passaram a exigir não só a execução de várias tarefas, mas a contínua participação dos trabalhadores junto às gerências para sugerir melhorias. O problema é que nesses espaços a contestação aos métodos de trabalho é apenas aparente e visa minimizar os conflitos e aproveitar as sugestões para intensificar ainda mais o trabalho (ANTUNES; PINTO, 2017). Por isso Antunes (2005) considera que o toyotismo vai convertendo o trabalhador em déspota de si mesmo.

No serviço público, diferentemente, as iniciativas de autogestão e gestões participativas, em que pese as formas de cooptação daí advindas, apresentam maior espaço para os trabalhadores exercitarem a gestão coletiva. Ocorre que em contextos neoliberais, esses espaços

¹⁹⁹ Um exemplo disso no campo pesquisado foram as assembleias do serviço ou a relação com a associação de usuários, cuja responsabilidade se reduzia a algumas trabalhadoras pontualmente, a depender de sua iniciativa individual. Não fazendo parte do projeto político comum do serviço, dependiam do voluntarismo de trabalhadoras que mantinham esses espaços por uma leitura e opção política individual.

têm se reduzido a experiências bastante localizadas e limitadas, generalizando-se a participação que não resulta em decisões reais. Os trabalhadores são chamados a discutir as formas de organização do trabalho, mas não têm ingerência sobre a falta de profissionais, de insumos, de carro para realizar visitas domiciliares, de materiais para realização de atividades, de medicação etc. Resulta daí um controle apenas relativo e circunscrito aos limites de gestão da crise do orçamento público, que por fim e ao cabo, tem como saída mais corrente a gestão e intensificação do único recurso que está à disposição, o trabalho vivo.

Os direitos conquistados na constituição de 1988, com todas as limitações enfrentadas no processo de luta que deu origem à sua institucionalização, passam a ser confrontados com a implantação de políticas neoliberais que se articulam no governo de Fernando Collor de Melo, desenvolvem-se no governo de Fernando Henrique Cardoso e apresentam continuidade contraditória nos governos de Lula e Dilma Rousseff. Essas políticas, impostas por forças hegemônicas mundiais (FONTES, 2010), desregulam direitos conquistados e impõem retrocessos e contradições, inclusive, na política de saúde mental, entre elas as terceirizações no setor. Os interesses privados que agem nos retrocessos da política antimanicomial, entretanto, são frequentemente mascarados sob o falso discurso de interesses sociais.

A disputa desse interesse que no cotidiano se dá pela contraposição entre modelos de atenção, refletem dimensões particulares dos interesses sociais e políticos mais amplos. Sua obliteração desistoriciza a luta pela assistência em saúde e contribui para a naturalização das respostas biomédicas e das opções gerenciais em cenário de ataques à classe trabalhadora, restando como única via possível de atuação a gestão da miséria e do parco orçamento público destinado ao setor. A disputa de modelos de atenção, em última análise, reflete a disputa de projetos societários e a hegemonia do modelo biomédico, com seu histórico privatista de implementação, concorre para a manutenção das relações capitalistas de produção e para o reforço de seus parâmetros ético-políticos.

Nas diversas situações descritas no capítulo anterior e nesse, observamos a possibilidade de os conceitos e práticas com origem no modelo de atenção psicossocial e da clínica ampliada, que orientam a assistência nos serviços, serem aplicados em condições de racionalização e intensificação do trabalho, subordinados a uma lógica administrativa e gerencial que roboram práticas biomédicas. Acreditamos ter demonstrado o risco de apropriação e descaracterização do modelo psicossocial, com seu consequente amoldamento a uma lógica privatista, imediatista e pragmática, orientada pela demanda e direcionada aos indivíduos mais do que às coletividades. A rigor, essa operação reproduz uma sociabilidade privada, tornando-se o

contrário do que pretendia o modelo psicossocial, com a produção de subjetividades que questionassem os modos socialmente dominantes da subjetividade serializada e excludente típicos da organização capitalista da produção.

Na investigação que levamos a cabo o cotidiano se mostrou como espaço de disputa, permeado de práticas que concorrem para a maior integralidade do cuidado e atenção às necessidades de saúde ampliadas dos usuários, indicando possibilidades de avanço nas políticas públicas de saúde mental. Ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, mostrou-se também constantemente tensionado por práticas que reforçam o modelo biomédico, a individualização das intervenções, a objetivação e homogeneização nos diagnósticos e a responsabilização individual dos trabalhadores pelo cuidado. No cenário atual de acumulação flexível do capital, as tendências sociais dominantes parecem acentuar a autonomia dos trabalhadores nos limites impostos pelos modelos gerenciais e a flexibilização e singularização do cuidado reaparece unida ao discurso da inovação, que marginaliza a escassez de recursos territoriais e de condições concretas para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Nesse contexto, a imposição de cargas maiores de trabalho aos profissionais, intensifica a produção e tem graves consequências para a fragmentação do cuidado e inversão de suas finalidades em função dos interesses da gestão e das instituições, que não coincidem com os interesses e necessidades dos usuários. Para além dos frontais ataques da indústria da loucura (portanto do modelo biomédico), dirigidos à reversão da reforma psiquiátrica como política social, aparece como elemento novo a refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial.

Esse processo foi apreendido pela aproximação dos contextos singulares de produção, com a mediação teórica das particularidades representadas nos modelos de atenção em saúde mental e nos modos de gestão e organização do trabalho. A percepção das disputas de modelo de atenção e das influências da reestruturação produtiva, só se fez possível, pelas mediações teóricas que instrumentalizaram o processo de pesquisa e impulsionaram sua compreensão para além da cotidianidade vivida e expressada nos depoimentos coletados. O contato com os profissionais nos possibilitou acessar a objetividade dos processos de trabalho imbricada com a subjetividade dos sujeitos, colocando-nos em contato com o real como campo de tensões e prenhe de contradições, que expressam as tendências mais gerais da sociedade historicamente situada, mas são também, matéria-prima da mudança.

Esses processos articulados integravam o objeto e objetivo da presente tese, que buscava apreender, por meio das respostas profissionais às demandas sociais, as tendências e

contratendências do trabalho com grupos nos Centros de Atenção Psicossocial. A aproximação dos processos singulares, instrumentalizada pelas categorias teóricas sobre o objeto, permitiu situá-lo na disputa de modelos de atenção em saúde mental e influenciado pelos modos de organizar e gerir o trabalho com inspiração na reestruturação produtiva, que se mostraram mediações determinantes das formas como as contradições gerais do modo de produção reaparecem no objeto.

Por esse caminho foi possível compreender que as mediações do avanço neoliberal no setor saúde e da reestruturação produtiva dos processos de trabalho, têm produzido o avesso do modelo de atenção psicossocial sob o manto nominalista da manutenção das formas e esvaziamento de seus conteúdos. Junto à defesa de um modelo territorial de cuidado, da participação social, da descentralização das políticas e da gestão, da universalidade da assistência, da autonomia profissional, tem se produzido um avanço de uma postura gerencial e profissional neoconservadora ou conservadora de base gerencialista.

A tendência encontrada de hegemonia do modelo biomédico se expressa no trabalho com grupos em uma compreensão funcionalista, pragmática e utilitária desse meio de trabalho, em tensão com a contratendência do modelo psicossocial que aponta o grupo como processo, em sua contraditoriedade e potência de transformação. Sob a defesa de atender mais pessoas, pode-se precarizar o trabalho com grupos, produzir a rotatividade que impede a grupalização e descaracterizar os serviços que se pretendiam de base territorial. Sob a defesa da reinserção social e produção de autonomia, pode-se dar altas sem a construção de outros espaços sociais de vínculo e convívio e sem a expansão das potencialidades que permitiriam a superação das obstruções aos modos de andar a vida em patamares superiores.

Apresenta-se aí uma forma modernizada do modelo biomédico que nem sempre tem sido identificada com ele. A utilização dos termos do modelo psicossocial presentes na legislação para nomear práticas pouco ou radicalmente distintas, tem dificultado sua apreensão. Nesse sentido, os marcos legais não são suficientes para caracterizar o modelo psicossocial, visto os conflitos de interesses em sua implementação e as deformidades em relação ao projeto original do movimento antimanicomial. Representam a possibilidade de implementação do modelo psicossocial, mas não são suficientes, permitindo a coexistência de ambos os modelos e seus espectros.

Ao não conseguir sustentar a direção antimanicomial, os serviços tendem à "ambulatorização" ou banalizam o recurso à internação. A sobrevivência do manicômio na rede, por sua vez, em uma rede substitutiva precarizada e privatizada, "leva o modelo antimanicomial

a retroceder cada vez mais ao seu programa mínimo – resistir aos asilos concretos, em meio a resignadas apostas na sua humanização” (COELHO, 2017, p. 308). Nesse sentido discordamos do otimismo de Yasui e Costa-Rosa (2008) quando consideram a nova política de saúde mental como base do modelo psicossocial.

Em nossa percepção, os conceitos e práticas defendidos com base nos modelos alternativos ao modelo biomédico e nos princípios do SUS podem ser utilizados para defender decisões gerenciais e racionalizadoras, construindo o avesso da política por dentro da própria política. Isso é possível, por um lado, porque os conflitos de interesses se manifestam desde a estruturação dos marcos legais e estão presentes neles, permitindo essa inversão sem a alteração significativa da legislação. Por outro lado, a afinidade dos conceitos e práticas construídos no âmbito da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica com os moldes da acumulação flexível permitem essa abertura ao deslocar o acento, por exemplo, para o campo "micropolítico" do trabalho em saúde.

Esse deslocamento permite a reapropriação desses conceitos e práticas no sentido da flexibilização do processo de trabalho e da responsabilização e culpabilização individual dos trabalhadores, sem a consequente estrutura institucional necessária para atender as necessidades em saúde de maneira ampliada, restando o recurso aos meios de trabalho típicos do modelo biomédico. Produz-se, assim, o avesso das realidades que esses conceitos pretendiam construir, afirmando princípios ético-políticos distintos de seu modelo de base. É nesse sentido que a refuncionalização conceitual e das práticas do modelo de atenção psicossocial aparece como estratégia neoconservadora que pode servir à reestruturação produtiva e às práticas biomédicas.

A refuncionalização dos conceitos e práticas pode levar à adesão ao ideário neoconservador gerencialista e à expressão de formas ainda mais brutais de alienação. Neste estudo, apenas começamos a identificá-las, mas merecem investigações posteriores. Nos dois serviços estudados, que contavam, em geral, com equipes comprometidas com a atenção psicossocial, foi possível verificar situações que expressavam não só a disputa de projetos terapêuticos e da escolha de meios de intervenção, mas situações de extremo estranhamento em relação ao outro, que redundavam em violências institucionais de várias ordens²⁰⁰.

Com a reconfiguração toyotista do processo de trabalho, Antunes (2005) assinala uma reconfiguração do fenômeno da alienação, que se mostra mais complexificada e interiorizada. O envolvimento do trabalhador com os objetivos do capital, no nosso caso de estudo com os

²⁰⁰ Uma delas foi relatada no capítulo anterior.

objetivos gerenciais, se mostrou na inversão das finalidades das práticas que, ao invés de atender às necessidades dos usuários, passam a perseguir os objetivos institucionais, mediados por necessidades do Complexo Médico Industrial, das políticas de ajuste fiscal, das terceirizações que afetam o setor etc.

Todavia, se a postura profissional potencialmente pode contribuir para reforçar a alienação, pode também elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido de seu entendimento mais amplo e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana. Buscando a análise das contradições e suas mediações, os profissionais podem reforçar formas de construir autonomia e fortalecimento dos sujeitos, estabelecendo ações que possibilitem a constituição de sujeitos políticos coletivos que podem partir da dimensão institucional e estender-se para além delas, em articulação com movimentos populares organizados.

A potencialização das dimensões instituintes que se mostram contratendências pode utilizar os espaços institucionais sob novas formas, produzindo solidariedade nos limites das relações instituídas e contribuindo para que se projetem para além das instituições. Assumir que as instituições são espaços de conflitos e contradições que expressam a correlação de forças presente na sociedade e as tendências históricas de cada período pode ser o primeiro passo para reconhecer essas contradições e atuar no sentido de suas transformações.

Isso passa pela análise crítica das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Nesse percurso, a crítica à refuncionalização dos conceitos e práticas sociais sobre a base de modelos abstratos que se confirmam em seu contrário, também é parte dos necessários balanços e recomposição das táticas e estratégia de luta em favor de um projeto em defesa da vida. Ante o risco de retrocesso social, teórico, político e ético, que limitam a atuação a metas imediatistas de interesses gerenciais, mistificados com falsos referenciais consensuais, esse é apenas um pequeno, mas necessário avanço. A retomada da concepção do processo grupal, que se mostrou ausente no campo de estudo, também pode contribuir para a construção, ainda que nos limites da institucionalidade em um primeiro momento, de acúmulos para a crítica e superação dos processos alienadores, que só são possíveis de enfrentamento pelo engendramento de ações coletivas e organizadas que se dirijam ao combate das condições produtoras da objetividade das relações de alienação.

A desmobilização do movimento da luta antimanicomial e a fragmentação dos coletivos de trabalhadores e das organizações sindicais não tem sido repostas por outros espaços de organização coletiva na mesma medida da fragmentação. Aprofundada pela organização do

processo produtivo que concorre para o aumento da competitividade e a produção de uma subjetividade privatizada, a fragmentação dos trabalhadores explicita que não se trata, apenas, de buscar na concepção de processo grupal saídas para o trabalho com grupos realizados com os usuários nas dimensões institucionais. É precípua, também, encontrar formas coletivas de análise, organização e ação entre os trabalhadores que têm sido alvo da reestruturação e se veem minados nos seus processos de autonomia e de trabalho, nos seus referenciais teórico-metodológicos agora refuncionalizados e rearticulados em favor de projetos com os quais, ainda que não apreendam esse processo de maneira plenamente consciente, percebem que não coadunam em suas finalidades.

O desafio de fazer frente à refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial e produzir uma nova ruptura com o conservadorismo que ela tem gerado, passa pela reconstrução de um projeto coletivo que unifique as necessidades de trabalhadores e usuários submetidos às mesmas condições adoecedoras de intensificação e exploração. O reconhecimento dessas necessidades precisa encontrar acolhimento em espaços de coletividade que permitam a superação do enfrentamento nas formas individualizadas em que tem se dado, que têm produzido voluntarismo, sofrimento e adoecimento.

A superação das posturas profissionais violentas e autoritárias do modelo biomédico deve possibilitar o reconhecimento e o encontro de trabalhadores e usuários em sua condição de seres humanos de seu tempo, submetidos aos mesmos desafios e condições de exploração, opressão, vulnerabilização, impedimentos e faltas, a que se tem respondido com o aumento da repressão e da medicalização social, que produz apassivamento e naturalização da desigualdade social. Não há saída individual.

CAPÍTULO 8 – O PROCESSO GRUPAL COMO CONTRATENDÊNCIA

[...] pois que dois homens nunca se sentem tão sozinhos e abatidos como um só. E desse primeiro “nós” nasce algo muito mais perigoso: “Eu tenho um pouco de comida” e “Eu não tenho nenhuma”. Quando a solução desse problema é “Nós temos um pouco de comida”, aí a coisa toma um rumo, aí o movimento já tem um objetivo.
Vinhas da Ira – John Steinbeck

Até aqui, destacamos a tendência ao reforço das práticas biomédicas pelas influências das mudanças que incidem sobre o processo de trabalho em saúde mental, agravadas com a refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo psicossocial de atenção à saúde mental. Essas mudanças se mostraram tendo efeitos sobre o trabalho com grupos pela sua diminuição, rotatividade e também pelo reforço de características como a maior individualização e impedimento da grupalidade. São agravadas também, pelo fato de que a produção de grupalidade não apareceu como uma das finalidades do trabalho dos técnicos entrevistados.

No entanto, as reflexões sobre a grupalidade também são frágeis e pouco presentes nas produções sobre o modelo de atenção psicossocial. No processo da pesquisa, o primeiro elemento que se destaca em relação ao trabalho com grupos é a inexistência de referenciais teóricos para orientar esse tipo de trabalho²⁰¹. Mesmo assim, os grupos são afirmados como importantes, centrais no processo do trabalho e “ordenadores” na estruturação do cuidado.

Ainda que acreditemos ter cumprido os objetivos centrais da tese aqui defendida, é importante apontar de maneira sumária a existência das teorias que propõem uma abordagem alternativa ao modelo biomédico no trabalho com grupos. O fato de essas teorias não terem aparecido no campo pesquisado é sintomático da hegemonia do modelo biomédico e aponta a necessidade de sua recuperação para a retomada do objetivo de produção de grupalidades e coletividades, reforçando um movimento que se mostra contratendencial, no momento atual.

O campo psicossocial recebeu influências e contribuições de diferentes matrizes teóricas (psicanálise, análise institucional, esquizoanálise, psicodrama, psicologia social etc.) e a maior parte delas produziu leituras sobre o processo grupal e as formas de trabalho com grupos. Quase todas as experiências que produziram reflexões sistemáticas sobre o trabalho com grupos tiveram como campo de experimentações e práticas a saúde mental. Lancetti (1993) destaca

²⁰¹ Das trinta profissionais com as quais tivemos contato na pesquisa, apenas uma delas afirmou basear sua prática com grupos em referenciais teóricos. No caso, a teoria citada foi a de Wilfred Bion (1897-1979). Esse dado apareceu em questionário, não tendo aparecido outras referências a teorias no grupo focal ou entrevistas.

que Bion, Foulkes, Anthony e Sullivan, precursores da psicanálise de grupos, desenvolveram experiências em hospitais psiquiátricos e suas teorias estão ligadas ao surgimento do movimento das comunidades terapêuticas inglesas. Moreno, inventor do psicodrama, além de realizar experiências na rua e em prisões, passou por hospitais psiquiátricos. Pichon-Riviére, um dos principais nomes da psicologia social argentina, também começou a experiência dos grupos operativos em um hospital psiquiátrico para mulheres (LANCETTI, 1993).

Esse autor considera que as experiências de uma clínica grupal surgem, de maneira mais sistematizada, das iniciativas de reforma das instituições totais e no trabalho com a doença mental. Os movimentos de reforma psiquiátrica do século XX, estavam baseados no trabalho com grupos e em atividades coletivas. Sejam as assembleias e grupos terapêuticos da comunidade terapêutica inglesa, sejam os grupos autogestionários ou cogestados da psicoterapia institucional francesa, ou ainda as assembleias e reuniões por setor da psiquiatria democrática italiana, todas elas operavam intensamente com atividades coletivas (LANCETTI, 1993). Na experiência de reforma psiquiátrica brasileira, os serviços e equipes que buscaram transformar a institucionalização e seus efeitos segregatórios e iatrogênicos tiveram a solidariedade como *modus operandi* e instituíram dispositivos coletivos democráticos e terapêuticos. Foi assim, por exemplo, com a experiência de Santos, quando a ordem presidencial-segmentária do manicômio foi substituída por diversas formações coletivas, entre elas assembleias, grupos psicodramáticos, de lazer, de teatro, de trabalho, de participação política etc. (LANCETTI, 1993).

A despeito, portanto, da diversidade de teorias que compõem esse campo, parece haver concordância sobre a importância dos espaços grupais para o desenvolvimento de propostas que se coloquem como verdadeiramente alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional. Essas influências se refletiram na política brasileira de saúde mental construída nas últimas décadas e na ênfase dada por essa política às atividades grupais. No entanto, poucas iniciativas oficiais se constituíram em torno ao fortalecimento teórico-prático do trabalho com grupos. A legislação chega a fazer menção aos grupos operativos, que se filiam à proposta de Pichon-Riviére, mas o documento mais sistemático produzido pelo Ministério da Saúde sobre a temática nesse período foi o “Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental”, editado em 2013 pelo Ministério da Saúde com apoio da Escola de Serviço Social da UFRJ (VASCONCELOS, 2013). Além disso, o apoio do Ministério também apareceu em alguns momentos às iniciativas que envolviam a Terapia Comunitária, que a partir de 2008 passa a integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Em que pese a importância dessas iniciativas, ambas estão focadas no desenvolvimento de grupos comunitários e na formação de "leigos" para o trabalho como facilitadores desses grupos. São propostas interessantes no sentido do fortalecimento de redes de apoio social e o trabalho dos técnicos, quando ocorre nesses grupos, se dá como apoiadores dessas experiências ou supervisionando facilitadores. Essas iniciativas, que carregam a potencialidade das experiências comunitárias produzidas no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, vivem, também, tensões quando apoiadas pelo poder público, pois fez parte das diretrizes neoliberais impostas ao país pelo Banco Mundial ao longo dos anos 1990, a ênfase ao fomento do trabalho voluntário como alternativa à redução dos quadros técnicos dos serviços públicos (FONTES, 2010).

Chama atenção, desse modo, que apesar da ênfase da política de saúde mental e do processo de trabalho nos CAPS ter recaído sobre o trabalho com grupos, tenha inexistido por período tão longo, ações continuadas de formação para o desenvolvimento desse tipo de trabalho. Há que se considerar, também, o reconhecimento público que há entre profissionais e gestores de que a maior parte das graduações na área da saúde, ainda não prepara os profissionais para o trabalho com grupos e para o contexto das políticas públicas.

Nosso objetivo nesse capítulo não é o de sistematizar uma direção de trabalho, o que excede em muito nossas limitações nesse espaço e momento. Objetivamos dar destaque ao fato de que, ainda que ausentes no campo estudado, os referenciais teóricos que defendem a produção de grupalidade como finalidade do trabalho técnico, existem e contribuíram para a definição do modelo psicossocial. Explicitamos que nossa análise acerca das limitações encontradas nos serviços, bem como as reflexões que apontam para suas possíveis superações, estão centradas nas contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social Latino-americana, mais especificamente em autores como Vigotski, Leontiev, Lane, Martin-Baró e Petrovski. Ainda assim, a sistematização que aqui oferecemos é apenas inicial, motivo pelo qual estamos chamando de "notas sobre o processo grupal".

Não objetivamos, portanto, aprofundar a reflexão sobre a concepção dos grupos enquanto processo grupal, mas recuperar essas formulações que tomam por objetivo a produção de grupalidade e veem os grupos em sua processualidade, com diferentes patamares de organização e desenvolvimento. Em nosso entendimento, essas teorias oferecem ricas ferramentas para pensar o trabalho que desenvolvem os técnicos em saúde mental com os grupos de usuários.

A partir da concepção histórico-dialética dos grupos humanos, indicamos algumas direções de trabalho a serem aprofundadas e que nos auxiliaram a compreender e afirmar a

produção de grupalidade como estando dificultada nos processos de trabalho atuais, constituindo-se como uma contratendência no momento atual da reforma psiquiátrica brasileira. Contratendência porque, ainda que não hegemônica, continua a agir em diversos momentos do cotidiano dos serviços de saúde mental, motivo pelo qual, acreditamos que podem ser reforçadas, contribuindo para ações e práticas na direção de um modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

8.1 O trabalho com grupos como tecnologia na saúde mental

A afirmação dos seres humanos como seres sociais pressupõe sua grupalização e atuação conjunta para superar as determinações materiais e construir processos de objetivação que permitam o desenvolvimento histórico. Todavia, os grupos nem sempre foram percebidos ou tomados como objeto de investigação e intervenção.

Fernández (2006) esclarece, que as línguas antigas não dispunham de nenhum termo para se referir à reunião de pessoas. As palavras surgem de sua necessidade e até certo momento histórico os pequenos coletivos humanos não ganhavam importância suficiente para fazer parte de suas representações. Embora vivessem em grupos e coletivos humanos, os seres humanos não necessitavam se referir a eles ou tomá-los como objeto. A origem do vocábulo *gruppo* ou *gruppo* costuma ser situada na Itália, no renascimento, para se referir ao conjunto de pessoas esculpidas ou pintadas numa obra artística (FERNÁNDEZ, 2006). É nesse momento histórico que as pinturas e esculturas se destacam da arquitetura e passam a ganhar lugar próprio nos museus. Na antiguidade clássica, por exemplo, pintura, escultura e arquitetura constituíam uma só obra, não havendo a necessidade de designá-las separadamente (PEIXOTO, 2003).

É, portanto, somente com a modernidade que o termo passará a ser empregado para designar um certo número de pessoas reunidas com um objetivo comum. O desenvolvimento do capitalismo e sua ideologia de um conjunto de produtores livres acentuará a dimensão da individualidade, ao mesmo tempo que revolucionará as bases materiais da sociedade, permitindo maior mobilidade social do que nas sociedades de castas ou estamentais.

É, nesse momento social, que são possibilitadas as bases para a reflexão sobre o sujeito e para o desenvolvimento das ciências humanas. Ocorre de maneira mais intensa a nuclearização das famílias, acentua-se a intimidade, a individualização, as identidades pessoais e o espaço privado da casa. Acentuando-se a discussão sobre o espaço privado, ganha relevo, também, o reconhecimento da existência de um espaço público. Desse modo, a discussão sobre

a individualidade, reforça a ideia, tida como oposta, de grupo. Grupo, subjetividade e grupo familiar restrito, são, portanto, ideias contemporâneas entre si (FERNÁNDEZ, 2006).

Fernández (2006) considera que os séculos XVII e XVIII foram marcados pelas indagações acerca do indivíduo no campo da filosofia e das ciências sociais. O século XIX, por sua vez, com autores como Durkheim e Marx, teria acentuado a sociedade nessas discussões. Somente no século XX, as questões teóricas teriam se voltado para o fenômeno grupal. Segundo Bechelli e Santos (2004) o trabalho com grupos nem sempre foi visto como terapêutico. Essa finalidade e modalidade de trabalho teria se constituído entre 1905 e 1950.

Na passagem do século XIX ao século XX, conforme já assinalamos no capítulo 3, a relação entre tratamento em saúde mental e trabalho se estreitam, o que teve influência nos hospitais colônia e nas diversas abordagens de ergoterapia que se constituiriam posteriormente. Essas abordagens influenciaram as oficinas em saúde mental e foram bastante criticadas pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas, por seu caráter moral e corretivo, com claros efeitos cronificantes (LANCETTI, 1993). As características repetitivas ou meramente ocupacionais que marcaram as terapias ocupacionais em seu início, também são criticadas por infantilizar os usuários e favorecer a dependência e a segmentarização dos grupos, ao invés de reforçar a grupalidade (LANCETTI, 1993).

Além desse tipo de grupo centralizado nas atividades ou com finalidade de produção, os grupos com finalidade terapêutica, também têm início nas primeiras décadas do século XX. Em 1905, Joseph Pratt já fazia uso de grupos no hospital que trabalhava em Boston, em um programa de assistência à tuberculose. Em 1920, o médico Lazell, descreve, com base na psicanálise, uma metodologia de intervenção grupal com esquizofrênicos. Marsh, que era um sacerdote de um hospital psiquiátrico que depois viria a se graduar em medicina, também realizou trabalhos com grupos heterogêneos (com diferentes diagnósticos) entre 1909 e 1912, incluindo atividades de canto e música. Burrow, um dos fundadores da *American Psychoanalytic Association*, passou a usar grupos com pacientes ambulatoriais não psicóticos em 1925 (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Na Europa, destacam-se as produções de Moreno, que antes de emigrar para os EUA, em 1925, já havia realizado diversas experiências que dariam origem ao psicodrama, e também de Adler, que em 1921 fundou o Centro de Aconselhamento Psicológico, no qual pacientes e famílias eram tratados concomitantemente (BECHELLI; SANTOS, 2004). Nas décadas de 1930 e 1940 iniciou-se a aplicação das terapias de grupo em clínicas e consultórios particulares, impulsionadas pelo aumento da demanda de cuidado psicológico pela Segunda Guerra

Mundial. O período de 1951 a 2000, é caracterizado por Bechelli e Santos (2004) como de expansão, consolidação e amadurecimento das terapias grupais. Nesse período integram-se outros referenciais teóricos para além da psicanálise, que até então, era o referencial dominante nessas experiências, e há o desenvolvimento de diversos modelos de tratamento.

É possível situar, portanto, no início do século XX o surgimento de experiências isoladas e dispersas com grupos no campo da saúde, mas é a partir da década de 1940 que essas experiências ganham maior consistência teórica, generalização e legitimidade no campo das práticas. Rogers (2009) chama de *movimento de grupos* a essas experiências de grupos planejados e intensivos, mediados por um facilitador, que passam a ocorrer a partir da década de 1940 com base nas teorizações de Kurt Lewin e da Gestalt, e também por influência dos grupos de encontro e da terapia centrada na pessoa.

Esses grupos, segundo o autor, crescem à margem do *establishment* e da psicologia clínica e psiquiatria e passam a ser empregados em contextos tão diversos quanto a indústria, empresas, com usuários de drogas e pessoas em busca de autoconhecimento. Estavam focados no treino de habilidades e capacidades humanas, laboratórios de relações humanas, treino de lideranças etc. Rogers (2009) destaca, ainda, que acredita que os elementos para essa rápida difusão estão calcados na crescente desumanização da cultura estadunidense e no fato de serem suficientemente ricos para poderem dar atenção às necessidades psicológicas.

A primeira tentativa mais sistemática de estudar os grupos ocorre com Kurt Lewin que, numa ótica positivista, elege o grupo como objeto que requer corpo conceitual próprio (ANDALÓ, 2006). Lewin, de origem alemã, emigra para os Estados Unidos em 1933 e em 1945 funda um centro de pesquisas em dinâmica de grupo, termo que passa a integrar o vocabulário da psicologia contemporânea (ANDALÓ, 2006). Esse autor é considerado o fundador de uma ciência experimental dos pequenos grupos²⁰², e será também criticado pela concepção funcionalista que levou o dispositivo grupal a ser utilizado em diversos contextos para atenuar conflitos. Fernández (2006) considera que é com Lewin que se inventa o grupo como tecnologia (dispositivo grupal) e, com isso, um novo técnico, o coordenador de grupos.

Havia, no entanto, uma preocupação legítima em Lewin que o levava ao estudo experimental do campo grupal, qual seja, a de por que as massas optaram pelo nazismo (FERNÁNDEZ, 2006). Seu estudo sobre os estilos de liderança (autoritária, democrática e *laissez faire*) e sua preocupação com o fenômeno do conformismo e da subordinação, dariam

²⁰² Os pequenos grupos ou microgrupos são considerados aqueles em que os participantes conseguem manter contato face-a-face, de modo que cada um pode ligar-se aos demais de modo direto e pessoal (ANDALÓ, 2006).

substância para a eleição dos fenômenos de liderança da mudança de atitudes, que dominariam a psicologia social estadunidense nesse período e seriam posteriormente questionados pela Psicologia Social Latino-americana.

Fernández (2006) considera que "nas práticas e teorias políticas foram se desenvolvendo determinadas preocupações com os grupos humanos" (FERNÁNDEZ, 2006, p. 45). O grau de participação ou passividade dos coletivos humanos, dessa forma, foi objeto de preocupação não só acadêmica, mas também, no plano político. As inquietações sobre o que permitiria frear ou desenvolver a participação, sobre a capacidade autogestiva dos grupos políticos, do partido como vanguarda *conscientizadora*, passaram pela reflexão sobre o fenômeno grupal (FERNÁNDEZ, 2006).

A autora considera que assim como Kurt Lewin foi guiado por uma pergunta política, Wilhelm Reich também teria partido do questionamento de por que as massas operárias alemãs optaram pelo nacional-socialismo ao invés da alternativa socialista. Indagação que levou ao estudo do papel desempenhado pelo grupo familiar e da ideologia como força material. De maneira similar, Jean Paul Sartre, em sua teorização sobre o campo grupal em "Crítica da Razão Dialética", obra de 1960, buscava respostas à questão das determinações que permitiram o fenômeno do stalinismo (FERNÁNDEZ, 2006). Há, desse modo, na maior parte dos autores sobre o tema, algum tipo de preocupação com a mudança social e com as visões políticas sobre os grupos humanos, o que instaura uma preocupação ética entre a ênfase no protagonismo autogestionário e a possibilidade de guiar ou mesmo manipular os fenômenos grupais (FERNÁNDEZ, 2006).

Essas preocupações nem sempre estiveram presentes nos grupos que se voltaram para a finalidade terapêutica, que se generalizam com as experiências inglesas de tratamento no pós-guerra. A partir da metade do século XX, as abordagens grupais de terapia se multiplicam e expandem seus campos de atuação e o grupo vai sendo tomado como espaço tático para dar respostas a vários dos problemas gerados pelo capitalismo. Essas abordagens serão criticadas pelos autores da Psicologia Social Latino-americana ao longo das décadas de 1970 a 1990.

Com a tomada dos pequenos grupos como objeto ao longo do século XX e o vigor das teorizações que daí derivam, é de estranhar a ausência de referenciais teóricos no campo estudado na pesquisa em tela e nos debates sobre a política pública que tem direcionado o trabalho prioritariamente para esse tipo de grupos. Andaló (2006) nos oferece algumas pistas que podem auxiliar a pensar a relação dos grupos com as transformações dos processos atuais de trabalho e sociabilidade:

Na sociedade industrial contemporânea, os microgrupos vêm perdendo sua autonomia e singularidade, uma vez que estão dominados pelas dinâmicas da produção e do consumo. Perdem, então, parte de sua função de mediação entre o indivíduo e a totalidade social, no sentido de poderem influenciar a constituição das qualidades específicas da individualidade. A mídia, por exemplo, assume cada vez mais esse papel de mediadora, tomando o lugar ou diminuindo a importância dos microgrupos. Configurações novas, entretanto, surgem quase de forma espontânea, esboçando reações ou tentativas reativas, ainda que parciais e fragmentárias. Segundo Adorno e Horkheimer²⁰³, os microgrupos jamais perdem sua função mediadora, embora ela dependa de como a sociedade se estrutura e se organiza em determinado momento histórico (ANDALÓ, 2006, p. 40).

Vemos, portanto, que tem sido grande o interesse da psicologia e da sociologia pelo tema dos pequenos grupos ao longo das últimas décadas, mas esse interesse muitas vezes esteve ligado a um pragmatismo que visava a estruturação e adaptação de equipes de trabalho, formação de lideranças, aumento da produtividade e, para tanto, obliterava as relações entre os pequenos grupos e o contexto social e histórico em que estão situados (ANDALÓ, 2006). Isso justifica, em nosso entendimento, uma breve incursão pelas teorias histórico-dialéticas dos grupos humanos, que buscam inserir a reflexão sobre a grupalidade na contradição das relações situadas historicamente, abordando o fenômeno grupal enquanto *processo grupal*, marcado por um desenvolvimento que pode levar tanto à maior grupalidade e coletividade, quanto à maior serialidade dos grupos.

8.2 As teorias histórico-dialéticas sobre os grupos humanos

em mim
eu vejo o outro
e outro
e outro
enfim dezenas
trens passando
vagões cheios de gente
centenas

o outro
que há em mim
é você
você
e você

assim como
eu estou em você
eu estou nele

²⁰³ A autora está fazendo referência à obra "Temas básicos em sociologia", de Adorno e Horkheimer.

em nós
e só quando
estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós
(Contranarciso, Paulo Leminski)

Os pressupostos que nos instrumentalizam para refletir sobre o trabalho com grupos no campo de estudo estão assentados nas concepções da Psicologia Histórico-Cultural e nas teorias que Dalla Vecchia (2011) denomina de perspectiva histórico-dialéticas de grupo na Psicologia Social Latino-americana²⁰⁴, o que inclui a teorização de Sílvia Lane, no Brasil, e de Ignacio Martin-Baró²⁰⁵, em El Salvador. Abordaremos, também, algumas contribuições de Arthur Petrovski, autor que a partir do final da década de 1960, aprofundou o conhecimento dos grupos humanos tendo como base a Psicologia Histórico-Cultural. Em comum a esses referenciais estão as contribuições do marxismo e a tentativa de interpretação do fenômeno grupal a partir de uma perspectiva materialista histórico-dialética. Propomos uma breve incursão nesse corpo teórico a fim de subsidiar as reflexões que seguem, sem, no entanto, esgotar a riqueza de suas contribuições, o que já aponta para necessidades futuras de aprofundamento.

8.2.1 O aporte Teórico da Psicologia Histórico-Cultural²⁰⁶

Costuma-se definir como Psicologia Histórico-Cultural as pesquisas baseadas nos pressupostos estabelecidos pelos psicólogos soviéticos Liev Semenovich Vigotski (1896-1934), Alexis Leontiev (1903-1979), e Alexander Luria (1902-1977), bem como seus continuadores. Com raízes no método materialista histórico-dialético e desenvolvendo-se no contexto da Revolução Russa e da construção da sociedade soviética, essa psicologia se deparou com novos desafios aos quais buscou responder com a formulação da tese da natureza social do psiquismo humano. Com críticas às expressões do idealismo e do biologicismo na

²⁰⁴ O autor distingue as teorias histórico-dialéticas da perspectiva freudomarxista, que tem em Pichón-Rivière seu principal representante. No espaço do presente trabalho, não lidaremos com as contribuições de Pichón-Rivière, embora reconheçamos no autor, um importante esforço de análise que inclui contribuições do marxismo.

²⁰⁵ Como veremos, a produção da Psicologia Histórico-Cultural influenciou a leitura de Sílvia Lane sobre o processo grupal. Em relação à Martin-Baró, não pode ser considerado um autor dessa vertente teórica, mas suas contribuições também estão pautadas pela busca materialista-dialética de explicação desse fenômeno, com influências claras do marxismo, motivo pelo qual incluímos suas contribuições nessa análise.

²⁰⁶ Também conhecida no Brasil como “Psicologia Sócio-Histórica”. Discutimos esses termos na nota de rodapé 11.

psicologia, esses autores buscaram compreender como se dá o processo de formação do reflexo psíquico consciente, ou do psiquismo humano.

Como raiz da forma consciente de imagem subjetiva da realidade objetiva localizam, coadunando com a tradição marxista, o trabalho e junto com ele, e ao mesmo tempo que ele, a linguagem (ENGELS, 19--; LURIA, 1979). Em outras palavras, desvelam que o que nos caracteriza como seres humanos é a natureza da atividade que realizamos (LEONTIEV, 1978a; 1978b), uma atividade que é, necessariamente, coletiva e mediada.

A mediação na atividade se dá tanto pelos instrumentos, que fazem a mediação dos seres humanos com a natureza, quanto pelos signos, responsáveis pela mediação entre os seres humanos e deles consigo mesmo. A atividade humana, dependente da ação dos grupos humanos desde seu início, produz um psiquismo necessariamente histórico e social e garante que o ser humano ultrapasse os limites do aprendizado por tentativa e erro ou dependente dos programas genéticos hereditários, desenvolvendo a possibilidade do acúmulo e transmissão da experiência histórica, o que coloca o plano da experiência histórico-social em grau de hierarquia mais elevado em relação ao biológico (LURIA, 1979). Os seres humanos nascem homínídeos, mas se *tornam* humanos, humanizando, inclusive, seu aparato biológico, num processo educativo por meio do qual as gerações anteriores facilitam a apropriação das características humanas pelas gerações posteriores (LEONTIEV, 1978a). Esse processo só é possível na atividade social, nas relações entre seres humanos mediados por objetos, e entre seres humanos com objetos mediados por outros seres humanos.

Partindo da tese marxiana de que a “[...] essência do homem não é uma abstração inerente ao indivíduo isolado. Na sua realidade, ela é o conjunto das relações sociais” (MARX, 1998, p.101), Vigotski afirmará que: “Modificando a conhecida tese de Marx, poderíamos dizer que a natureza psíquica do homem vem a ser um conjunto de relações sociais transladadas ao interior e convertidas em funções da personalidade e em forma de sua estrutura” (VIGOTSKI, 1931/1995, p. 151).

Interessava a Vigotski (1998) compreender como, por meio da atividade, o externo se transmuta em interno. Encontrou no uso das ferramentas culturais, tais como signos e instrumentos, a origem das formas superiores de comportamento. Postulou então, a *lei genética geral do desenvolvimento cultural*, por meio da qual toda função psíquica aparece em cena duas vezes, primeiro num plano interpsicológico – como função partilhada no plano social, entre pessoas – para depois ocorrer, via mediação de signos, num plano interpsicológico – num

complicado sistema de articulação entre as funções que forma a consciência interfuncional²⁰⁷ (VIGOTSKI, 1998; 2000).

Por essa compreensão, o autor afirmará que o cultural é produto da vida social e da atividade social dos seres humanos, sendo as funções psíquicas humanas, relações interiorizadas de ordem social que formam a estrutura social da personalidade que, ao se converterem em individuais, continuam sendo quase-sociais (VIGOTSKI, 1931/1995). A concepção de social aqui, portanto, não se refere somente ao meio ambiente imediato ou às relações interpessoais, mas ao conjunto das objetivações humano genéricas que permitem o desenvolvimento da humanidade, de maneira que, ainda quando está sozinho, o sujeito conserva funções de comunicação formadas socialmente.

Diferentemente da psicologia tradicional que procurava deduzir o social do comportamento individual, estudando em laboratório o comportamento individual e buscando compreender como se modificava a personalidade perante o coletivo, Vigotski está propondo uma análise que se dirija à gênese das relações intrapsíquicas, que busca compreender como o coletivo gera as funções psíquicas (VIGOTSKI, 1931/1995). Essa análise é diametralmente oposta à de Piaget, por exemplo, para quem o desenvolvimento se orienta para a socialização, levando a pensar que as funções existem no indivíduo de forma acabada, semi-acabada ou embrionária, contribuindo para a ideia de adaptação ou equilíbrio na relação indivíduo-meio social. Para Vigotski (1931/1995), o desenvolvimento se dá pela conversão das relações sociais em funções psíquicas.

Em outro texto de 1931, a formulação da lei genética geral do desenvolvimento cultural aparece de maneira a explicitar ainda mais o papel da coletividade no desenvolvimento individual. Ao afirmar que cada função aparece no desenvolvimento da conduta duas vezes, o autor dirá:

[...] primeiro como função da conduta coletiva, como forma de colaboração ou interação, como meio da adaptação social, ou seja, como categoria interpsicológica, e, em segundo lugar, como modo da conduta individual da criança, como meio de adaptação pessoal, como processo interior da conduta, quer dizer, como categoria intrapsicológica (VIGOTSKI, 1931/1997, p. 214)

²⁰⁷ Os trechos das publicações em espanhol aqui transcritos são de nossa tradução.

Isso significa que as funções psicológicas elementares²⁰⁸, quando requalificadas pela cultura têm a possibilidade²⁰⁹ de serem elevadas à condição de funções psicológicas superiores, funções mediadas por signos e de caráter voluntário que acabam por constituir sistemas psicológicos que se modificam ao longo do desenvolvimento (VIGOTSKI, 1998). Modifica-se, assim, a estrutura da personalidade e seus motivos, alterando os modos de relação do indivíduo com o mundo.

Pela inserção na cultura e apropriação dos signos as funções psicológicas podem se desenvolver num processo mediado por outras pessoas e grupos humanos, em direção ao desenvolvimento de um autodomínio da conduta. Ao longo da periodização do desenvolvimento proposta pelos autores dessa teoria (FACCI, 2004), é possível perceber como a socialização e a inserção nos grupos humanos desenvolve novas necessidades e estimula a formação de novos motivos para a atividade, para além dos motivos biológicos.

Desde a relação dos cuidadores com o bebê ao longo do primeiro ano de vida, passando pela mediação dos adultos para a manipulação e aprendizagem do uso social dos primeiros objetos, até a inserção no grupo escolar e a formação dos valores éticos tendo como base a comunicação íntima e pessoal que se desenvolve nos grupos de adolescentes – nos quais a grupalidade é a base para o desenvolvimento de um posicionamento individual na relação com a sociedade (FACCI, 2004; LAZARETTI, 2011) –, percebe-se a importância da inserção nos grupos humanos, como mediação necessária para o processo de individuação e formação da personalidade. Para a Psicologia Histórico-Cultural, ao contrário de outras abordagens²¹⁰, o outro ser humano não é, necessariamente, um impeditivo à realização do indivíduo, mas, pelo contrário, uma condição necessária à sua liberdade, que não se dá como abstração, mas como possibilidade concreta articulada coletivamente.

Vemos, desse modo, que tanto na filogênese, quanto na ontogênese, as funções psicológicas superiores têm origem social e são elaboradas no processo da vida social coletiva, das interrelações e colaborações com o meio social. São as formas coletivas de colaboração que se convertem em forma interior da atividade psicológica, da própria personalidade (VIGOTSKI,

²⁰⁸ Vigotski (1998) diferencia as funções elementares, consideradas naturais, herdadas pelos indivíduos da espécie a que pertencem e determinadas, fundamentalmente, por peculiaridades biológicas, das funções superiores, as que nascem ou transformam-se com o desenvolvimento histórico-social do homem e reorientam toda a conduta humana.

²⁰⁹ Utilizamos aqui o termo “possibilidade”, porque esses autores nos levam a compreender que as condições impostas à consciência pela alienação que ocorre nas sociedades de classes sociais antagônicas – nas quais o fruto do trabalho coletivo não se expressa como possibilidades de apropriação individual – significam, no plano individual, uma mutilação das possibilidades de desenvolvimento.

²¹⁰ Fazemos menção, por exemplo, à célebre frase de Sartre “o inferno são os outros” (SARTRE, 1987).

1931/1997). O desenvolvimento da personalidade, assim, se manifesta como "função do desenvolvimento de sua conduta coletiva" (VIGOTSKI, 1931/1997, p. 220).

Delari Jr. (2009) destaca cinco planos interdependentes da existência social a serem trabalhados em Psicologia Histórico-Cultural, a saber "(a) relações sociais de classe; (b) relações sociais institucionais; (c) relações sociais grupais; (d) relações sociais intersubjetivas; (e) relações sociais no plano do indivíduo, na dinâmica e estrutura de sua personalidade" (DELARI JR., 2009, p. 14). Desses planos de relações, aquelas relativas às relações institucionais e grupais teriam sido as menos exploradas na obra vigotskiana. No entanto, dada a interdependência entre esses planos, também não estão de todo ausentes de sua obra, motivo pelo qual acreditamos haver nesse arcabouço teórico, potencial para problematizar as funções dos grupos humanos e do mediador de grupos, preocupado com o desenvolvimento humano e com critérios éticos²¹¹.

Um dos primeiros apontamentos na consideração dos processos grupais que deriva dessas compreensões seria aquele relativo à contraditoriedade das relações presente nas sociedades de classe, que conforma as atividades práticas e também a ideologia presente nos grupos e que influenciarão o desenvolvimento dos grupos humanos e do psiquismo individual. Desse modo, a formação da personalidade não pode ser considerada um processo linear e homogêneo, assim como não o são os grupos humanos em seu processo de desenvolvimento.

As contradições sociais se expressarão na personalidade individual, o que não ocorre, no entanto, de maneira linear e direta, passando por transformações na passagem do plano social ao individual, e também no sentido inverso, já que se trata de seres ativos que atuam e modificam o mundo pela atividade que se orienta pela imagem subjetiva que dele constituíram. Os grupos humanos estão situados na dinâmica da luta de classes, reproduzindo e também tensionando os valores, ideais e práticas sociais, de maneira que a mera participação em um grupo não é suficiente para afirmar que tais relações de colaboração contribuem para a emancipação humana ou para um desenvolvimento omnilateral, podendo reforçar estereótipos e processos de vulnerabilização social que conduzem ao sofrimento e ao adoecimento.

Leontiev (1978a) também buscou apreender as relações de classe em seus impactos na consciência individual, quando se dedica a demonstrar que a cisão entre sentido pessoal e significado social na dinâmica da atividade social, tem raízes na propriedade privada dos meios

²¹¹ Delari Jr. (2013) sistematiza a partir da obra de Vigotski três critérios éticos nessa abordagem: cooperação, superação e emancipação. Critérios que devem estar, necessariamente, articulados, pois só é possível superar patamares de desenvolvimento em direção à emancipação humana na condição de cooperação

de produção e na alienação objetivamente gerada por essas relações de produção típica das sociedades cindidas em classes. Ou seja, a finalidade social da atividade de trabalho, por exemplo, pode estar, no plano da consciência individual ligada ao salário que lhe aparece como motivo e sentido pessoal e distanciada da finalidade da atividade que desempenha o trabalhador para o conjunto da produção social.

Leontiev aprofunda o estudo da atividade como elemento de mediação entre os seres humanos e os processos, fenômenos e objetos do mundo. As relações entre seres humanos e seus objetos para suprir suas necessidades se dão, nesse sentido, mediadas pela atividade, que por sua vez, é determinante para a formação do psiquismo, da imagem subjetiva que formamos na relação com o mundo objetivo (LEONTIEV, 1978a). A atividade humana, desse modo, engendra o reflexo psíquico e é mediatizada por ele (LEONTIEV, 1978b). É, portanto, na atividade que se constitui a consciência humana e, por meio do desenvolvimento da atividade e seus elementos estruturais (ações, operações, motivos, necessidades, finalidades) que se transformam as necessidades humanas e se modifica a hierarquia dos motivos que conferem certa estabilidade à personalidade individual. Portanto, há relação entre atividade, consciência e personalidade, sendo esta última uma qualidade especial que o indivíduo natural adquire no sistema de relações sociais (LEONTIEV, 1978b). É no processo de desenvolvimento dos vínculos reais dos seres humanos com o mundo que se produz a consciência como reflexo da realidade especificamente humano, mediada pelo trabalho e pela linguagem, e que passa a exercer influência inversa sobre esses mesmos vínculos (LEONTIEV, 1978b).

No processo de elaboração dos meios que satisfazem suas necessidades, os seres humanos não se limitam aos objetos imediatamente disponíveis, passando a transformar o meio natural e produzindo com isso objetivações que permitem satisfazer suas necessidades e, ao mesmo tempo, geram novas necessidades. Toda atividade humana está direcionada à satisfação de necessidades, que ganham um conteúdo concreto segundo as condições e modos como são satisfeitas e que, por sua tendência de repetição podem variar na sua forma e desenvolvimento. À medida em que se enriquecem o círculo de objeto e de meios para a satisfação das necessidades, também a própria necessidade pode se enriquecer (LEONTIEV, 1969).

Ocorre que a existência de uma necessidade não é suficiente para colocar os indivíduos em atividade, precisando de um objetivo que sirva como estímulo e dê uma direção determinada à atividade, um fim. Esse objetivo, que advém do encontro da necessidade com seu objeto, Leontiev denomina de *motivo da atividade*, “aquilo que se refletindo no cérebro do homem

excita a atuar e dirige esta atuação a satisfazer uma necessidade determinada” (LEONTIEV, 1969, p. 346).

O motivo da atividade não é necessariamente consciente àquele que a desempenha, e as atividades podem ser polimotivadas, ocorrendo por variados motivos, alguns ligados mais diretamente à sua finalidade ou significação social e outros que servem como motivos intermediários ou motivos estímulo, auxiliando na consecução da atividade. Além disso, podem ocorrer, no desenvolvimento da atividade, deslocamentos do fim aos objetivos, ou seja, o fim de uma atividade pode se deslocar para o objetivo intermediário de uma de suas partes constitutivas (uma ação), de maneira que aquilo que constituía uma ação dentro de uma atividade mais complexa, se torne, em si mesmo, uma atividade (LEONTIEV, 1978a). Zeigarnik (1981) exemplifica isso com casos de alteração da personalidade de alcoolistas que estudou. Nos referidos casos, o consumo de álcool que não é uma necessidade natural, fazia parte da atividade de socialização com amigos ou de outras atividades sociais, como uma de suas ações. Por variadas razões ligadas à história de vida de cada sujeito, no entanto, essa atividade mediada com o álcool, pode vir a se tornar mais imediata, passando o consumo a ser a própria finalidade e não um objetivo intermediário de uma atividade com outra finalidade, tornando-se, em si, uma atividade.

Assim como nesse exemplo há a redução do círculo de objetos, meios e interesses do sujeito, o desenvolvimento da atividade, pode, também, se dar de maneira a ampliar esse círculo. Isso coloca como importante a descoberta dos objetos a que se dirigem as atividades, assim como seus motivos, para compreender a estrutura motivacional e emocional que sustentam a personalidade individual. Os objetos, ainda quando a atividade pareça se dirigir a um objeto indeterminado, podem ser descobertos pela análise e indicam o conteúdo da atividade. A partir dessas categorias que traçamos apenas em esboço, Leontiev estruturará um sistema conceitual para explicar a atividade humana nas suas relações com a consciência e com a personalidade, que não é estática ou metafísica, mas desenvolve-se na relação direta com a materialidade do sistema de relações sociais integrados pelos indivíduos.

A busca de compreender os fenômenos da subjetividade humana em sua relação dialética com a objetividade dos processos sociais é uma importante contribuição dessa teoria para o estudo dos grupos humanos e seu papel de mediação nos processos de socialização humana. As teorias produzidas na modernidade sobre esse tema, em geral, concebem socialização pela polarização entre *individual* e *social*, levando a dicotomizar a relação indivíduo-sociedade e a tomar a relação entre esses termos desconsiderando a dialética singular-

particular-universal (OLIVEIRA, 1995;2005). Por essa operação, desconsidera-se o gênero humano como polo universal na relação com a singularidade individual mediada pelas particularidades sociais, o que leva a uma postura de busca de equilíbrio ou de adaptação dos indivíduos às sociedades, desconsiderando sua existência enquanto fenômenos sociais e humanamente construídos.

Nesses termos, a sociedade tende a aparecer como necessariamente conflituosa em relação aos indivíduos, obstruindo o desenvolvimento de sua essência que já está dada ou que pode ser anulada pelas imposições da vida em sociedade²¹². A contraposição entre individual e social surge na discussão filosófica com a evolução histórica do pensamento burguês, é, portanto, um fato histórico, mas com origem político-ideológica, visando impedir o desvelamento das contradições essenciais da sociedade de classes (OLIVEIRA, 1995). Os conflitos e impedimentos na relação entre indivíduo e sociedade não são, desse modo, irreais, mas precisam ser compreendidas como relacionadas à divisão social do trabalho, à existência da propriedade privada e das relações alienadas de produção. A separação entre produtor e seus meios de produção leva à alienação de sua atividade e do produto dela, de maneira que sua atividade, ao invés de realizá-lo como ser social, empobrece-o (OLIVEIRA, 1995).

Conceber, à vista disso, a relação indivíduo-sociedade como necessariamente antagônica, significa reduzir a realidade social ao modo como ela imediatamente se manifesta e universalizar esse modo histórico como o único possível. As teorias dialéticas, por sua vez, partem da relação entre *natural* e *social* para compreender o processo de socialização. Nesse sentido, socialização seria o processo de produção do mundo social que se distingue da natureza, tornando os seres humanos seres sociais e com possibilidades de desenvolvimento ilimitadas (OLIVEIRA, 1995).

Sendo assim, o processo de socialização dos indivíduos depende da apropriação das objetivações históricas para que possam participar como seres ativos na sociedade e superar os limites biológicos de sua base material corpórea. Nesse processo, os seres humanos criam a si mesmos e quanto mais se socializam, mais possibilidades têm de individualizar-se (OLIVEIRA, 1995). A relação indivíduo-sociedade, adquire sentido dentro da relação mais ampla entre indivíduo e gênero humano (OLIVEIRA, 2005), o que permite compreender a dialética dessa relação que é potencializadora do processo de humanização, ao mesmo tempo

²¹² Oliveira (1995) analisa como esse processo se dá de maneira diferente nas filosofias da essência ou nas filosofias da existência, bem como a relação desses marcos teóricos com o desenvolvimento do modo de produção capitalista e as contestações realizadas pelo movimento operário a partir de 1848.

que perpetua o processo de alienação. Permite compreender também, a contraposição entre indivíduo e grupos sociais como um fato histórico concreto, derivado de certas formas de organização social que, no entanto, não são absolutas e podem ser modificadas.

Se o desenvolvimento da socialidade nas relações atuais pode não promover o desenvolvimento da genericidade para-si dos indivíduos, isso se deve às condições sociais concretas em que se desenvolvem as relações sociais de produção que são a base das relações sociais. Ainda assim, sob relações de dominação e alienação, é possível avançar na relação dos indivíduos com o gênero-humano, apresentando-se o processo de socialização como conflituoso e os grupos humanos como mediadores possíveis no processo de desenvolvimento, mas também no processo de adaptação dos indivíduos às condições sociais que os alienam, definem esterótipos e reforçam compreensões ideológicas na internalização dos significados sociais.

Em relação à Psicologia Histórico-Cultural há que se considerar a importância que essa teoria atribui aos processos grupais na constituição da individualidade humana. Não existe nessa concepção, ser humano sem o contato com as objetivações do gênero humano, que se dá mediada pelos grupos humanos. Nesse sentido é impossível dicotomizar individual e social, sendo as relações intrapsicológicas desenvolvidas pela apropriação de relações interpsicológicas (VIGOTSKI, 1998). A condição de potencialidade e obstrução ao desenvolvimento existente nos grupos humanos só é possível de ser apreendida em sua riqueza pela lógica dialética que considera os polos da contradição em unidade, sem necessariamente, excluí-los numa operação lógica que poderia redundar na utilização dos grupos como instrumentos de adaptação a relações alienadas.

A compreensão de que se parte aqui é, portanto, de que há um corpo teórico na Psicologia Histórico-Cultural que pode auxiliar a compreensão dos processos grupais mediados pelos profissionais no contexto dos serviços territoriais estruturados no bojo da reforma psiquiátrica nos últimos anos. Embora haja referências clássicas na teoria como a obra de Petrovski (1984), bem como as contribuições mais recentes de Andaló (2006) e de Dalla Vecchia (2011), ainda são poucos os trabalhos que articulam as categorias teóricas da Psicologia Histórico-Cultural ao trabalho do psicólogo com grupos²¹³.

213 Quando ocorrem, essas articulações, muitas vezes, ficam restritas ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (VIGOTSKI, 1998), desconsiderando tantas outras categorias que, ao nosso ver, poderiam contribuir para a reflexão sobre o tema. Um exemplo disso é o artigo de Pinheiro, Barros e Colaço (2012).

Todavia, esse também é um terreno de contradições e onde já há alguma produção crítica. Desde a década de 1960, na psicologia se produzem leituras críticas sobre a forma como a psicologia lia os grupos e como desenvolvia técnicas com objetivo principal de gerar consenso e adaptação, desconsiderando os grupos humanos como processuais e permeados por contradições. Na América Latina, a partir da década de 1960, destacam-se as leituras críticas de Lane (2004b), que enfatiza a análise da contradição e dos processos ideológicos nos grupos, e de Martin-Baró (1999), que parte da análise dos grupos humanos por um enfoque conflitivo que busca superar as concepções funcionalistas.

8.2.2 O processo grupal

A partir da década de 1960, a psicologia social sofre uma crise e a produção positivista e experimental irradiada pelas universidades estadunidenses começa a ser questionada (FURTADO; BRAMBILLA; ROSA, 2018). Nos diversos países da América Latina, esse questionamento passa pelo reconhecimento do contexto autoritário vivido com as ditaduras militares e das condições de desigualdade e exploração a que estão submetidas suas populações. A produção acadêmica latino-americana em psicologia nesse momento, mantém uma relação de subordinação e dependência dos referenciais e modelos internacionais, desvinculada da realidade das classes populares desses países.

Durante a década de 1970, uma série de encontros internacionais colaborou para o reconhecimento e compartilhamento dessa crítica comum à psicologia social hegemonicamente difundida na América Latina, que se deu de maneira concomitante e articulada em diversos países e contando com a produção de autores como Sílvia Tatiana Maurer Lane, no Brasil; Ignacio Martín-Baró, em El Salvador; Gladys Montecino, no Peru, Maritza Montero e Maria Auxiliadora Banchs, na Venezuela (FURTADO; BRAMBILLA; ROSA, 2018; MARTIN, 2018). Além das colaborações daí surgidas, a confluência desse esforço conjunto resultou na criação da Associação Venezuelana de Psicologia Social (AVEPSO) e da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), em 1980.

Esse movimento não está alheio às críticas que emergem no continente no campo da saúde e da educação apoiados em referenciais internacionais. Desse modo, há relação entre o contexto em que se produz a crítica de Paulo Freire à educação tradicional e os movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica que emergem no fim da década de 1970. Os trabalhos em comunidades com caráter assistencialista e manipulativo promovidos pelo Estado, por

organizações religiosas e fundações internacionais, também se reproduziram no contexto da psicologia comunitária, levando esse movimento a propor, a partir da década de 1970, uma psicologia social comunitária que submetesse suas intervenções ao crivo crítico e valorizasse os conhecimentos e saberes dos grupos populares sobre si e sobre suas organizações.

Nesse sentido, a revisão teórico-metodológica dos pressupostos e intervenções da psicologia ao se pautar no reconhecimento da ideologia e da dominação presente nas relações sociais que impedem novas formas de relacionamento, vincula a crítica epistemológica à necessidade de um compromisso ético-político da psicologia com as condições de vida da população latino-americana, bem como com suas possibilidades de transformação social (FURTADO; BRABILLA; ROSA, 2018). Um dos temas que ganha destaque nessa revisão teórico-metodológica é justamente o *processo grupal*, mormente nas obras de Sílvia Lane (1933-2006) e de Martín-Baró (1942-1989). Essa produção traz consigo a potencialidade de ter revisto os referenciais positivistas e funcionalistas da psicologia social estadunidense e com isso apontado para formas alternativas de compreensão desse objeto, conferindo ao trabalho com grupos uma dimensão que transcende o pragmatismo da utilização tecnicizada como forma de suprimir os conflitos e contradições sociais a fim de produzir consensos.

Na presença de uma sociedade que exacerba o individualismo e instrumentaliza os grupos para a produtividade e atenuação de conflitos, a produção da psicologia social crítica latino-americana se apoia na explicitação das contradições e no desvelamento das naturalizações presentes no cotidiano para produzir novas formas de explicação que potencializem o desenvolvimento dos grupos humanos e dos indivíduos singulares. Constitui-se por isso, em nosso entendimento, como importante contribuição ao modelo psicossocial de atenção em saúde mental que se pretende alternativo ao modelo biomédico²¹⁴.

Martín-Baró (1982) vai buscar na dialética a possibilidade de superar o *sociologismo* e o *psicologismo* que impregnam o campo da psicologia social, até então. Para esse autor, pessoa e sociedade se constituem mutuamente, negam um ao outro e no mesmo movimento, se afirmam como tais. Sintetiza a história da psicologia social em três períodos (que não se sucedem mas explicitam três enfoques fundamentais), exemplificados em três perguntas. A

²¹⁴ Obviamente não se trata da única contribuição que influenciou o modelo de atenção psicossocial, que contou com contribuições da psicanálise, da análise institucional, de Pichon Riviére, de Guattari etc. Nenhum deles, no entanto, foi capaz de se generalizar como referencial da reforma psiquiátrica e, a despeito das várias contribuições que influenciaram o campo, chama atenção a baixa produção sobre a temática, no contexto dos serviços que se originaram da reforma psiquiátrica e a quase total ausência de referenciais teóricos em algumas formações, disponibilizadas aos trabalhadores sobre o tema.

primeira delas é o questionamento sobre "o que nos mantém unidos em sociedade e numa determinada ordem social?". A essa pergunta de tipo funcional considera que as respostas tendem a variar sobre a temática da *mente do grupo*, seja pela explicação fornecida por Wundt sobre a existência de produtos mentais que não podem ser reduzidos à consciência individual, seja pela de Durkheim sobre uma consciência coletiva que existe como saber normativo comum aos membros da sociedade, ou ainda pela de Freud, que vê nos laços afetivos que vinculam os sujeitos a um mesmo líder, a possibilidade dos processos de identificação que os mantêm unidos (MARTÍN-BARÓ, 1982).

O segundo período/enfoque estaria marcado pela questão "o que nos integra à ordem estabelecida?", surge com a americanização da psicologia social e sua utilização em favor dos interesses pragmáticos dos grupos sociais no poder. Assumindo a inquestionabilidade da ordem social, esse enfoque se põe a tarefa de integrar os indivíduos à ordem, auxiliando na seleção dos indivíduos mais adequados à realização de cada tarefa e se limitando ao estudo da conduta observável, reduzindo a psicologia social à somatória de respostas individuais. Prescindindo de reflexões filosóficas e do contexto social mais amplo, concentra-se nos fenômenos individuais e tende a universalizar traços circunstanciais. O social, nesse caso, é compreendido a partir do individual e o estudo dos pequenos grupos vai se voltando para a integração dos grupos étnicos como necessidade da sociedade estadunidense desse período. As macroestruturas sociais são tomadas como reproduções em maior escala da dinâmica dos pequenos grupos e, em caso de conflitos, a modificação compete ao indivíduo e não ao grupo, revelando o caráter adaptacionista desse enfoque (MARTÍN-BARÓ, 1982).

Com o terceiro período abre-se uma nova perspectiva orientada pela questão "o que nos liberta da ordem social estabelecida?". Mudam, com esse enfoque, não só os pressupostos, mas também o objeto da psicologia social, que passa a não aceitar a realidade como imutável e a considerar a oposição de grupos que gera uma ordem social concreta no interior da qual os indivíduos atualizam interesses, perspectivas e situações sociais distintas e conflitivas. Esse enfoque, que não é central na psicologia social e não nega completamente os dois anteriores, passa a considerar a realidade social como construção histórica, que não é harmoniosa e, portanto, refere-se a uma ordem social conflitiva, e também inclui a reflexão acerca do papel político da psicologia social (MARTÍN-BARÓ, 1982).

É nesse terceiro enfoque que está situada a produção crítica da psicologia social latino-americana, buscando superar as intenções positivistas de predizer e controlar a conduta e se posicionar em favor da maior liberdade individual e grupal, pela tomada de consciência sobre

as determinações sociais da ação. Com isso, abririam-se possibilidades de opções mais pessoais e de uma ação mais consciente (MARTÍN-BARÓ, 1982).

Sílvia Lane foi uma das principais figuras da psicologia social brasileira envolvida na revisão dos pressupostos teórico-metodológicos dessa disciplina ganhando destaque nesse cenário, a partir da década de 1970. Buscando subsídios na concepção prático-filosófica materialista dialética, lançou as bases para o que chamava de "uma nova concepção de homem para a Psicologia", pautada na recuperação do indivíduo nas relações de sua história com a história de sua sociedade (LANE, 2004a). Para tanto, contou com contribuições de obras de autores da Psicologia Histórico-Cultural, com as quais teve contato em suas viagens internacionais e que trazia para socializar com seu grupo de orientandos e alunos, passando a contribuir para a disseminação do pensamento desses autores por meio das produções coletivas gestadas na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), nas décadas de 1980 e 1990²¹⁵ (MARTINS; 2007; MARTIN, 2018).

Suas análises sobre a temática do processo grupal foram sendo constituídas nas disciplinas dos cursos de pós-graduação, quando se propunha junto aos alunos a rever:

[...] a noção de pequenos grupos em função de uma redefinição da psicologia social, onde o grupo não é mais considerado como dicotômico em relação ao indivíduo (Indivíduo sozinho x Indivíduo em grupo), mas sim *como condição necessária para conhecer as determinações sociais que agem sobre o indivíduo*, bem como a sua ação como sujeito histórico, partindo do pressuposto que toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando indivíduos se agrupam (LANE, 2004b, p. 78, grifos nossos).

Partindo da revisão crítica de teorias como as de Kurt Lewin, Lapassade, Pichón-Riviére e Calderón e De Govia, Lane (2014b) sintetizará em duas grandes posições as teorias sobre grupos. A primeira delas, para a qual o grupo tem a função de definir papéis e garantir a produtividade e a manutenção das relações sociais. E a segunda, que destaca o caráter de mediação que o grupo tem entre indivíduo e sociedade, enfatizando o processo de produção do grupo e as determinações e contradições presentes na sociedade que se expressam no grupo (LANE, 2014b). No primeiro grupo, ao criticar o adaptacionismo em que essa concepção redundante, percebe-se que a análise está centrada na realidade interna ao grupo, levando essas teorias a dar ênfase aos fenômenos de liderança e coesão grupal, sem desvelar as mediações

²¹⁵ Carvalho (2014) aponta que a denominação *Escola de São Paulo*, para o conjunto da produção em psicologia social de base marxista que se realizava na PUC-SP em torno a Sílvia Lane foi utilizada por Maria Auxiliadora Banchs, em 1997, no livro "Corrientes teóricas em Psicologia".

sociais que se expressam na realidade grupal e o próprio processo histórico do grupo em questão.

Martins (2002) explicita que na concepção de Sílvia Lane, não é suficiente afirmar que o grupo está baseado na reunião de pessoas que compartilham normas e objetivos comuns²¹⁶, sendo preciso compreendê-lo como “relações e vínculos entre pessoas com necessidades individuais e/ou interesses coletivos, que se expressam no cotidiano da prática social (MARTINS, 2002, p. 77) e, ao se constituírem em um dado espaço e tempo, articulam aspectos pessoais, características grupais, vivência subjetiva e realidade objetiva (MARTINS, 2002).

Lane (2004b) toma como premissas para o conhecimento de qualquer grupo o fato de que o significado da existência e da ação grupais só podem ser revelados por uma perspectiva histórica que considere sua inserção na sociedade, bem como a necessidade de conhecer o próprio grupo enquanto processo histórico, motivo pelo qual, prefere a denominação *processo grupal*, ao invés de *grupo* ou de *dinâmica de grupo*. Por expressar as contradições sociais na relação com os demais grupos e com a totalidade social, o grupo, potencialmente, mantém ou transforma as relações sociais, sendo um espaço de reprodução das ideologias (LANE, 2004b).

Munida da concepção histórica sobre os grupos humanos Lane (2004b) aponta algumas sugestões primordiais para a análise do indivíduo inserido no processo grupal: 1) considerar que os seres humanos de nossa sociedade são alienados, o que implica operar com o nível da vivência subjetiva marcada pela ideologia, articulado ao nível da realidade objetiva, que reproduzem a relação explorador-explorado nos papéis sociais que restringem as interações ao nível do permitido e desejado²¹⁷; 2) todo grupo existe dentro de instituições e é preciso analisar as condições de seu surgimento e as funções e finalidades que cumpre dentro da instituição; 3) considerar a história de vida de cada membro, que estará presente em sua atuação concreta no grupo; 4) o processo grupal é um processo dialético e é no desempenho de papéis que surgem as contradições e se reproduz a relação dominador-dominado, podendo emergir processos de negação, oposição e negação da negação²¹⁸; 5) observar as vivências subjetivas e as

²¹⁶ Os grupos são, frequentemente, diferenciados dos agrupamentos, como um conjunto de pessoas que compartilha o mesmo espaço, mas sem interesses comuns ou relações entre eles (ZIMERMAN, 1997).

²¹⁷ "A emergência da consciência histórica, portanto, de uma ação social como práxis transformadora, significaria o nível das determinações concretas rompendo as representações ideológicas e se fazendo consciência, momento em que a dualidade desapareceria" (LANE, 2004b, p.85).

²¹⁸ A primeira negação que ocorre no processo grupal é apreendida pelas análises tradicionais e se refere à negação da condição de espécie biológica, possibilitando a concretização de individualidades e diferenciações que se cristalizam em papéis. Já o processo de negação da negação, ocorre quando a auto-análise do grupo permite constatar a função ideológica e mascaradora dos papéis, negando o individualismo pela ação grupal capaz de produzir uma ação transformadora na sociedade (LANE, 2004b).

representações ideológicas que se mostram na interação e na ação grupal. As representações ideológicas reforçam o individualismo dificultando a percepção da interdependência entre os membros do grupo ou desenvolvendo a ideologia da coesão e interação grupal; 6) os papéis sociais aparecem como interação efetiva das determinações concretas e podem reproduzir a estrutura relacional do sistema, mas também sua representação ideológica. Por esse mecanismo, um líder, por exemplo, pode ter uma ação concreta de dominação, mas no nível das representações, aparecer como um coordenador que quer o bem do grupo (LANE, 2004b).

Vemos, portanto, que a cristalização de papéis sociais no grupo pode conduzir a reprodução naturalizada de relações que evitam comportamentos novos e o questionamento do próprio grupo, contribuindo para preservar a alienação de seus membros. A possibilidade de questionar a atribuição e assunção desses papéis e tomar consciência de suas determinações históricas estaria colocada na compreensão de duas categorias que precisam ser tomadas em unidade: a *participação* grupal e a *produção* grupal (LANE, 2004b). A participação é caracterizada pela ação efetiva compartilhada com os demais e a produção se realiza pela própria ação do grupo com a participação de todos em torno a uma tarefa ou objetivo comum. Dessa forma, o processo grupal é caracterizado por uma ação produtiva, porque produz ao mesmo tempo, a satisfação das necessidades e as próprias relações grupais (LANE, 2004b).

É pelo processo de auto-análise e de negação da negação que o grupo poderia se tornar um *grupo-sujeito*, em processo de consciência. Mas esse processo também não é linear, de maneira que pode resultar no *não-grupo*, quando ao invés de predominar o sentido de nós, predominam os motivos e atividades individuais, não produzindo o grupo, mas a serialidade (LANE, 2004b).

Nessa concepção, que considera o grupo em sua historicidade e mediações com a totalidade social, o grupo não é tomado como harmônico, mas como espaço que reproduz e tensiona as contradições sociais, não sendo estático e podendo apresentar momentos de maior grupalidade ou serialidade, contribuindo para a manutenção do *status quo* ou para o desenvolvimento dos indivíduos e para a transformação social. Lane (2004b) sintetiza essa reflexão no parágrafo que segue:

Esta análise nos permitiu constatar com clareza, por um lado, que o grupo social é condição de conscientização do indivíduo e, por outro, a sua potência, através de mediações institucionais, na produção de relações sociais historicamente engendradas para que sejam mantidas as relações de produção em uma dada sociedade. Outro ponto de fundamental importância para o processo grupal e para superação das contradições existentes é a necessidade de o grupo analisar-se enquanto tal. O grupo que apenas

executa tarefas sobre transformações que, se não forem resgatadas conscientemente pelos membros, ele apenas se reajusta, sem que ocorra qualquer mudança qualitativa nas relações entre seus membros (LANE, 2004b, p. 97).

À vista disso, mesmo que os grupos reproduzam relações sociais de dominação há possibilidades de que os indivíduos se agrupem por motivos que não sejam compulsórios e por meio da comunicação e cooperação entre as pessoas estabeleçam relações em que não haja dominação com atividades planejadas em conjunto e que contem com a participação de todos (LANE, 2006).

Do ponto de vista de nosso objeto de estudo, a ênfase que Lane (2004b) apresenta aos processos institucionais que permeiam as finalidades dos grupos, é de grande importância. Para além disso, suas reflexões sobre o observador como não sendo um elemento neutro, que tem influência sobre o próprio processo do grupo, leva a pensar nas tarefas dos profissionais enquanto seus coordenadores, que devem colocar-se à disposição do grupo para narrar sua análise, possibilitando as reflexões críticas do próprio grupo que permitiriam seus saltos de qualidade (LANE, 2004b). Nesse sentido, os profissionais podem estimular a expressão e comunicação entre os membros do grupo, não reforçando a comunicação unidirecional com a figura de autoridade que representa o coordenador; promover a participação dos indivíduos no grupo e o desenvolvimento da atividade conjunta e socialmente significativa; explicitar contradições entre os níveis da vivência subjetiva e da realidade objetiva que subsidiem a auto-análise do grupo, estimulando-o na produção de suas próprias análises e sínteses; além de problematizar a cristalização de papéis e as relações de dominação que se estabelecem, incluindo aí o próprio papel de coordenador que deve ser partilhado pelo grupo, na medida em que se torna sujeito de seu processo.

Martín-Baró, por sua vez, ao fazer a crítica ao funcionalismo da psicologia social norte-americana, também parte de uma concepção histórica, considerando os grupos em seu processo de desenvolvimento e as dimensões pessoal (referida à realidade dos membros do grupo) e estrutural (referida à sociedade na qual o grupo se produz), que estão ligadas entre si (MARTÍN-BARÓ, 1999). No contexto de guerra civil em que vive El Salvador, o autor²¹⁹ proporrá uma teorização e tipologia dos grupos humanos, buscando contemplar três condições, a saber: 1) a de que a teorização busque dar conta da realidade social do grupo, sem reduzi-lo às

²¹⁹ Martín-Baró foi jesuíta, teólogo e psicólogo social, nascido na Espanha, viveu em El Salvador e estabeleceu sua produção teórica na relação com as necessidades e anseios da população daquele país. Foi assassinado por soldados do governo em 1989, no interior da universidade em que lecionava.

características pessoais dos indivíduos; 2) que possa incluir pequenos e grandes grupos; 3) que inclua o caráter histórico dos grupos humanos (MARTÍN-BARÓ, 1999).

Tendo em vista essas três exigências, o autor define grupo como “*aquela estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou os interesses coletivos*” (MARTÍN-BARÓ, 1999, p. 206, grifo nosso). O grupo supõe, portanto, uma relação de interdependência que constitui sua estrutura com relativa estabilidade, configurando uma realidade total que não pode ser reduzida à soma de suas partes (MARTÍN-BARÓ, 1999). Ao mesmo tempo, canaliza necessidades que podem ser de diversas ordens, mas também interesses sociais, que no caso das sociedades de classes com interesses antagônicos significa dizer, que a estrutura do grupo pode não responder às necessidades e interesses das pessoas que integram o próprio grupo²²⁰, desvelando a dimensão política e ideológica do fenômeno grupal que está sempre situado historicamente (“em cada circunstância” concreta). Assim como na compreensão de Sílvia Lane, revela-se aqui a possibilidade de o grupo reiterar a alienação presente nas relações sociais.

As análises de Martín-Baró (1999) sobre o processo grupal estão assentadas em três parâmetros principais, quais sejam: a identidade grupal, o poder grupal e a atividade grupal. A **identidade** requer a alteridade de um grupo diante de outros, ou seja, a existência de uma unidade do conjunto, e, não necessariamente, de traços comuns entre seus integrantes. A identidade requer uma certa *formalização organizativa* (normas de pertença, definição de suas partes e regulação interna), que pode ser explícita ou implícita, ou ainda contradizer as normas formalizadas em documentos. Inclui também, a *relação com outros grupos sociais*, nas quais a identidade se forma, seja por relações de colaboração ou competição, de dominação ou resistência. A identidade, desse modo, se forma na relação com outros grupos e no exercício do poder ante a eles, sendo mais clara quanto maior for seu enraizamento com os interesses de uma classe social (MARTÍN-BARÓ, 1999). O terceiro aspecto que integra a identidade grupal é a *consciência de pertença a um grupo*, que o autor diferencia da pertença objetiva ao grupo. A pertença é um fato objetivo, mas a consciência dela é um saber subjetivo que ocorre quando o indivíduo toma o grupo como referência para sua própria identidade ou sua vida (MARTÍN-BARÓ, 1999). Vê-se, desse modo, que a identidade do grupo transcende a identidade de seus membros e pode vir a determiná-la. Disso decorre que, quando partilham de um alto grau de

²²⁰ Todo grupo criado para satisfazer necessidades pessoais, também satisfaz interesses sociais e coletivos mais amplos em alguma medida, sendo verdadeiro também o inverso (MARTÍN-BARÓ, 1999). Aqui se vê a coerência do autor com sua análise que visa integrar as dimensões pessoais e estruturais do fenômeno em estudo.

identificação e consciência com o grupo a que pertencem, os indivíduos tendem a um maior compromisso com seus objetivos (MARTÍN-BARÓ, 1999).

O segundo parâmetro de análise do processo grupal é o **poder**, considerado pelo autor como uma característica que emerge pelas diferenças entre os diversos tipos de recursos e instrumentos de que dispõem os indivíduos, grupos ou populações inteiras. Esses recursos podem ser de diversas ordens (materiais, culturais, pessoais), aparecendo nas relações concretas e constituindo a identidade grupal (MARTÍN-BARÓ, 1999). Tomado dessa maneira, o poder se mostra como uma diferença favorável de recursos na relação com outros grupos, que permite fazer avançar os objetivos do grupo na convivência social, sendo um fator importante para sua autonomia ou dependência (MARTÍN-BARÓ, 1999). Em sua teorização, Martín-Baró (1999) considera que o poder se dá nas relações sociais (com caráter de oposição e conflito), baseado na posse de recursos, e produzindo efeitos na mesma relação social, tanto sobre os objetos da ação grupal quanto sobre as pessoas que integram o grupo (relações de obediência, submissão, autoridade etc.).

O terceiro parâmetro para análise dos grupos é a **atividade**, bem como a significação social do que essa atividade produz. O grupo se produz por sua atividade e ações que objetivam sua existência, tendo a ação grupal efeitos na própria realidade do grupo, podendo consolidá-lo ou debilitá-lo, chegando até à sua desintegração em algumas situações. A atividade tem uma dupla dimensão, é *externa* na medida em que é capaz de produzir efeitos reais frente à sociedade e a outros grupos para afirmar sua identidade, e é *interna* na medida em que realiza objetivos que consideram as aspirações individuais ou comuns, tendo impacto nos membros do próprio grupo (MARTÍN-BARÓ, 1999). Esse é um parâmetro importante na caracterização dos grupos, que está condicionado pelas condições concretas de sua existência e pela possibilidade de alcançar seus objetivos e gerar produtos.

Esses três parâmetros são articulados por Martín-Baró na sua tentativa de criação de uma tipologia que abarque os diversos grupos humanos. Para tanto, propõe a existência de três tipos de grupos: os grupos primários, os grupos funcionais e os grupos estruturais (MARTÍN-BARÓ, 1999). Os **grupos primários** são aqueles nos quais os indivíduos encontram a satisfação de suas necessidades mais básicas e os elementos principais para constituição de sua identidade. Estão caracterizados por grande dependência mútua e fortes laços afetivos, como os grupos familiares ou de amigos próximos. Na medida em que gera vínculos afetivos e de complementaridade funcional entre seus membros, fortalece também sua interdependência. A atividade desses grupos está caracterizada pela satisfação das necessidades, sua identidade

grupal está baseada nos vínculos interpessoais e as relações de poder estão centradas, em geral, nas características pessoais de seus membros (MARTÍN-BARÓ, 1999). Nem todo pequeno grupo, no entanto, é um grupo primário e é preciso considerar que estão sempre inseridos no contexto social mais amplo, podendo reproduzir as regras e ideologias da sociedade e articular interesses de classe na definição de comportamentos pessoais que mantenham as relações estabelecidas (MARTÍN-BARÓ, 1999).

No caso dos **grupos funcionais**, Martín-Baró (1999) considera que constituem a maior parte dos pequenos grupos e correspondem à divisão social do trabalho no interior de um determinado sistema social. Dessa maneira, reúnem pessoas que cumprem a mesma função com respeito a um sistema, têm os mesmos papéis sociais e ocupam uma posição equivalente. Sua atividade está voltada para a satisfação de necessidades sistêmicas e, não necessariamente, pessoais, de maneira que nas sociedades de classes, a satisfação das necessidades sistêmicas pode, inclusive, vir a negar as necessidades de seus participantes ou se oporem ao seu desenvolvimento mais amplo. Nesses casos, os grupos podem instrumentalizar as necessidades e motivações individuais, tornando-se funcionais ao sistema ou aos interesses de classe presentes nesse sistema. O poder nesse tipo de grupo está centrado na capacitação e ocupação de seus membros e depende da importância que seu fazer tem na sociedade. Em vista disso, acaba importando mais "aquilo que se faz" do que "por quem é feito". A identidade grupal, por sua vez, é construída pelo papel social que o indivíduo desempenha e como esses grupos se referem apenas a aspectos parciais da vida de seus membros, que podem integrar diversos grupos funcionais ao mesmo tempo, pode levar a conflitos entre os diferentes papéis sociais (MARTÍN-BARÓ, 1999).

Diferentemente dos grupos primários, as relações nos grupos funcionais têm a marca da impessoalidade e, assim sendo, menor potencial para afetar a totalidade da personalidade de seus membros. Todavia, Martín-Baró (1999) salienta que pode ocorrer de os vínculos interpessoais se estreitarem nesse tipo de grupo, passando a se constituírem em referências afetivas e emocionais, situação em que se tornariam grupos primários.

Martins (2003) relata o caso de um grupo de usuários de uma Unidade Básica de Saúde que foi agrupado pelas características de uma doença comum, mas que, no processo de desenvolvimento do grupo, formou vínculos afetivos que alteraram a atividade do grupo para satisfação de suas necessidades pessoais, modificando com isso também, sua identidade e se constituindo como um grupo primário. O compartilhamento das experiências pessoais e a articulação das histórias pessoais com a história social de seus membros foi elemento

fundamental introduzido no processo grupal que possibilitou essa mudança. A autora destaca, ainda, que, posteriormente, o grupo passou a implementar ações conjuntas visando a saúde da população do bairro, com atividades voltadas externamente que novamente o constituíram como um grupo funcional, mas agora com características qualitativamente distintas do primeiro momento (MARTINS, 2003).

O terceiro e último tipo de grupo categorizado por Martín-Baró (1999) refere-se aos **grupos estruturais**, definidos pela posição em relação à propriedade privada dos meios de produção, que dividem as classes sociais fundamentais de uma sociedade. Sua atividade está voltada à satisfação de grandes grupos ou classes sociais, seu poder emana do controle dos meios de produção e sua identidade se forma pela comunidade de interesses sociais objetivos. Como o antagonismo de classe é uma dimensão fundamental e estruturante da sociedade capitalista, ela se expressa de modo mais ou menos explícito e intenso em todo grupo social (MARTÍN-BARÓ, 1999).

Podemos considerar, portanto, que toda pessoa pertence a um grupo estrutural e a um ou vários grupos funcionais e primários, que expressam distintos níveis do mesmo processo social, não sendo, desse modo, excludentes. Embora a classe social seja o nível mais básico de determinação, não é, no entanto, o mais imediato, não tendo os indivíduos de maneira imediata a consciência de sua pertença (MARTÍN-BARÓ, 1999).

As características do processo grupal propostas pelo autor trazem diversas contribuições para pensar o trabalho com grupos nas políticas públicas. Além da ênfase na atividade do grupo, de destacar a relação do grupo com os demais na formação de sua identidade e de levar em conta os recursos e instrumentos disponíveis para alcançar seus objetivos, a possibilidade de grupos funcionais transitarem a grupos primários coloca aos profissionais que atuam com grupos, uma direção de trabalho. É possível, tomando essas diretrizes, pensar na produção e implementação de um processo grupal que passe a considerar a história de vida de cada participante como elemento aglutinador e definidor de identificações, articulando a história individual com a história social de seus membros (MARTINS, 2003). O processo grupal pode estimular a reflexão individual e coletiva e permitir que seus membros tomem consciência de sua identidade psicossocial. Nessa direção, é possível que os grupos se constituam como espaços de problematização do cotidiano, que possibilitem a expressão de opiniões e sentimentos, favorecendo a formação de novas relações e vínculos afetivos. Desse modo, a interrelação dos seus membros e a identificação de semelhanças e diferenças individuais não se constitui como problema, mas como meio para a produção de grupalidade.

Além disso, as reflexões de Lane (2004b) e de Martín-Baró (1999) podem contribuir sobremaneira para a reflexão sobre o trabalho com grupos em instituições que se pretendem territoriais. Primeiramente, por problematizarem a relação dos grupos funcionais produzidos nesses contextos com a institucionalidade e a possibilidade de virem a atender os objetivos das instituições e da manutenção do *status quo* sem necessariamente corresponder às necessidades e motivações pessoais. Em segundo lugar, porque compreender o grupo como processo, em seu desenvolvimento, pode incentivar propostas que valorizem a produção de autonomia e a constituição dos grupos como sujeitos, não se mantendo como grupos funcionais restritos ao âmbito assistencial e centrados na figura de autoridade do profissional, como prescreve o modelo biomédico de grupo.

Arthur Vladimirovich Petrovski (1924-2006) foi outro autor que, sob condições diferentes das condições latino-americanas, a partir do final de década de 1960 também realizou críticas à psicologia social norte-americana, apontando novas direções para a pesquisa em psicologia social sobre o tema da grupalidade. Esse autor iniciou seus estudos pela história da psicologia soviética, mas no desdobramento de seus trabalhos elegeu a psicologia da personalidade como temática privilegiada, o que o levou ao estudo das relações interpessoais nos pequenos grupos e coletivos. Na entrevista que concedeu a Marta Shuare (2017), o autor explicita essa mudança de tema da seguinte maneira:

Então começamos a estudar os problemas das relações interpessoais, dos pequenos grupos e dos coletivos. Justamente em 1969 expus em uma comunicação certas ideias que foram como um detonador para o desenvolvimento da problemática dos pequenos grupos. Refiro-me às teses, meia página, no total que apresentei ao Congresso de Psicologia de Londres; denominadas *Conformismo ou coletivismo*. A essência é a seguinte: a contraposição entre conformismo e não conformismo é uma alternativa falsa. A alternativa para ambos termos é o coletivismo: coletivista é a pessoa que aceita as influências correspondentes às tarefas, valores e finalidades do coletivo e é capaz de opor-se às influências, oriundas, inclusive, do próprio coletivo, se estas contradizem estes valores. Esta ideia realizava o princípio da mediatização pela atividade coletiva. Depois foram sendo realizados os trabalhos experimentais (SHUARE, 2017, p.177).

De 1969, quando o autor propõe o estudo do tema do coletivismo na relação com o que a psicologia estadunidense estava denominando de conformismo, até o início da década de 1980, Petrovski chefiará uma equipe de pesquisadores reunidas em torno do Laboratório de Investigações Psicológicas da Personalidade no Coletivo, do Instituto de Investigação Científica de Psicologia Geral e Pedagógica da ACP da URSS. Esse grupo levará a efeito uma série de experimentos e reflexões metodológicas sobre os grupos como objeto da psicologia e

estruturará um sistema conceitual em torno da abordagem que ficará conhecida como *teoria psicológica do coletivo, concepção estratométrica*²²¹ ou *teoria da mediatização pela atividade das relações interpessoais*.

Partindo das reflexões de Vigotski e da Teoria da Atividade proposta por Leontiev, submeterão à análise as teorias vigentes sobre os pequenos grupos, apontando uma série de lacunas e possibilidades de avanços nessas teorizações. A principal contribuição da concepção estratométrica se deu pelas condições concretas da sociedade soviética. A preocupação naquela sociedade e naquele momento histórico com a implicação ativa dos indivíduos na construção do processo revolucionário e o foco no trabalho com as diferentes modalidades de coletivos (de trabalho, de estudo, de pesquisa etc.) possibilitaram reconhecer na psicologia social dos pequenos grupos limitações que não se aplicavam aos coletivos, levando ao aprofundamento dos experimentos e estudos.

Partiam da compreensão proposta por A. S. Makarenko sobre o coletivo como grupo de pessoas unidas por objetivos comuns socialmente significativos da atividade (PETROVSKI, 1986). A partir dessa afirmação geral, passaram a tomar o problema do coletivo como o elo entre a personalidade e a sociedade (PETROVSKI, 1986). Até a década de 1960, as diferenças dos pequenos grupos com os coletivos era um problema restrito ao âmbito sociológico, não afetando a produção sócio-psicológica das relações interpessoais nos coletivos em comparação com os grupos (PETROVSKI, 1986).

A partir do início da década de 1970, esse grupo passa a investigar os principais problemas que ocupavam a psicologia social ocidental, dentre eles a coesão do grupo, a percepção social entre seus membros, as condutas em condições de pressão grupal (conformismo) e o método sociométrico. Pela carência de métodos experimentais para observar os coletivos, recorrem aos instrumentos de psicólogos estadunidenses e europeus e passam a propor modificações nesses experimentos, revelando algumas de suas limitações. Nesse processo, construíram um sistema de provas original para o diagnóstico de grupos e coletivos e

²²¹ O nome estratométrica deriva da concepção de que as relações interpessoais apresentam muitos níveis. Petrovski (1984) apresenta um esquema gráfico composto por quatro círculos concêntricos representando os níveis dessa atividade. Suas "camadas profundas estão determinadas pelas relações vinculadas com as finalidades e valores da atividade conjunta e na superfície, aquelas que tem caráter de relação emocional, que estão também mediatizadas pela atividade, porém uma atividade que se encontra fora da atividade fundamental do grupo em questão. Não é possível transferir as leis que se estabelecem para as camadas mais profundas às camadas superficiais e ao inverso, o que tem consequências importantes desde o ponto de vista da aplicação de provas e testes (SHUARE, 2017, p. 177-178). Fernandes (2015) considera que esse esquema rígido proposto pelos autores sofre o risco de perder a dialeticidade e a concretude intrínseca às diversas estruturas grupais e aponta a necessidade de aprofundamento da análise da proposta dos autores para confirmar sua hipótese de trabalho de que as categorias da lógica dialética se apresentam aqui de maneira menos explícita do que na produção de Lane e Martín-Baró.

até 1982 obtiveram um sistema conceitual relativamente estruturado, tendo passado por sucessivas reformulações coletivas.

A concepção estratométrica encontrou diversos parâmetros para análise dos coletivos, sendo os principais: a autodeterminação coletivista e a diminuição das relações conformistas em situações significativas para os membros do grupo, a existência da coesão como unidade valorativa e de orientação, a identificação eficaz e emocional do grupo, a riqueza de conteúdo do núcleo motivacional da seleção no sistema de relações interpessoais, a educação e a honestidade ao dar e assumir uma responsabilidade pelo êxito ou fracasso da atividade conjunta (PETROVSKI, 1986). Pelas limitações desse estudo, não entraremos em detalhes sobre todos os conceitos, destacando os principais para as contribuições a nosso objeto, bem como as críticas que possibilitaram sua explicitação.

A primeira e maior limitação da psicologia social ocidental identificada por esses autores estava na generalização de observações realizadas com grupos difusos²²² para todos os grupos humanos. Em nome da pureza do experimento, a dinâmica de grupo teria trabalhado com material insignificante para os fenômenos da vida real, estudando grupos difusos reunidos casualmente, o que levou essa psicologia a uma crise de legitimidade de seus postulados (PETROVSKI, 1986).

A psicologia estadunidense definia pequeno grupo como um grupo de pessoas relacionadas entre si durante certo período de tempo, que interatua de forma unida e se encontram em contato direto (face a face), existindo em cada membro a percepção dos demais. As observações se mantinham centradas nos vínculos emocionais, levando a psicologização dos traços observados no grupo que eram abstraídos do contexto social mais amplo. Com isso mantinham o estudo nos vínculos e relações superficiais do grupo (PETROVSKI, 1986). A interpretação daí derivada é tida pela concepção estratométrica como mecanicista, centrada na relação estímulo-resposta, que leva a considerar a pessoa no grupo submetida a linhas de força e vínculos principalmente emocionais. O grupo é visto como um agregado mecânico de indivíduos que se relacionam e interatuam exteriormente (PETROVSKI, 1986).

²²² Para a concepção estratométrica os grupos difusos são o objeto típico de investigação dos pequenos grupos. Trata-se de grupo nos quais são determinantes as interrelações e a interação direta entre os indivíduos, não existindo a atividade grupal socialmente significativa. Desse modo, não há uma atitude única dos participantes em relação aos fins socialmente importantes da interação, assim como pessoalmente importantes (NEMOV, 1986). Kurt Lewin, por exemplo, estudou grupos de estudantes universitários que eram reunidos para a finalidade do estudo, não tendo conhecimentos anteriores e uma atividade conjunta, o que ocorreria em situações reais. Além disso, várias das tarefas propostas nos experimentos estadunidenses não tinham sentido para os participantes, o que alterava os resultados do estudo.

Uma série de indicações derivou desses estudos, entre elas a de que as leis da conduta individual no grupo se reduzem a dependências mecânicas, o grupo exerce pressão e seus membros se subordinam à pressão do grupo; o grupo sente atração por determinados indivíduos e rechaça outros ou, pelo contrário, expulsa de seu meio; o número de contatos dentro do grupo aumenta, o grupo se faz mais forte; aumenta o número de membros, as relações se deterioram ou rompem etc. (PETROVSKI, 1986). Perante essas observações, os pesquisadores soviéticos não negam os fenômenos do conformismo e da sugestão que se apresentam, mas apontam que era impossível transpor esses achados para a vida social em geral, e que essas regularidades mecânicas não incluem todos os tipos de grupo. Trabalham, então com a noção de coletivo²²³ como um tipo de grupo altamente desenvolvido, que deveria ser estudado como sistema integral, como um objeto complexo.

Diferentemente da concepção que toma o grupo como uma comunidade de indivíduos que se conectam do ponto de vista emocional e operacional, inserem a necessidade de considerar os fatores mediatizadores dessas relações que eram tomadas externamente, chegando à teoria da mediatização das relações pessoais pela atividade. A principal diferença entre os grupos difusos e os coletivos, portanto, é que nos coletivos desempenham papel determinante a interação e as interrelações dos seres humanos mediadas por objetivos, tarefas e valores da atividade conjunta, por seu conteúdo real. As relações estão mediadas pelo conteúdo socialmente importante e de interesse para a personalidade e para a atividade conjunta (PETROVSKI, 1986).

Ao ver o grupo somente como elemento de pressão externa que leva ao conformismo e à sugestão, os estudos no campo da personalidade estavam centrados nas possibilidades de estabilidade da personalidade na relação com as pressões do grupo e os estudos pedagógicos também caíram em um falso dilema ao atribuir à educação a formação da estabilidade da personalidade capaz de se contrapor às influências externas do meio social, ou, por outro lado, formar indivíduos flexíveis em relação ao grupo, que não desejam se contrapor às suas influências (PETROVSKI, 1986). Os desafios soviéticos eram outros, buscavam compreender e estimular a posição ativa dos indivíduos mediante sua educação no coletivo e mediante o

²²³ Coletivo "é o grupo no qual as relações interpessoais estão mediatizadas pelo conteúdo social e pessoalmente importante da atividade conjunta. No coletivo atuam como determinantes as interrelações e as relações interpessoais, mediatizadas por objetivos, tarefas e valores da atividade conjunta; quer dizer, por seu conteúdo real. [...] As diferenças qualitativas do coletivo em relação ao grupo difuso se manifestam em interrelações especiais, as quais ou bem não existem no grupo difuso, ou bem se manifestam debilmente" (NEMOV, 1986, p. 302).

coletivo. Em outros termos, queriam compreender a personalidade no coletivo e o coletivo na personalidade, que se forma e se transforma. Buscavam compreender como a personalidade se desenvolve quando vai se incorporando a novos grupos e o que ocorre com ela quando ocorrem mudanças nos grupos (PETROVSKI, 1986).

Petrovski (1986) ressalta que os primeiros questionamentos que redirecionaram o estudo tinham a ver com as investigações de V. A. Bakeev, que mostraram que a influência da sugestão no indivíduo da opinião das pessoas conglomeradas casualmente, se manifesta em maior grau que a influência de um coletivo organizado ao qual ele pertence. Isso veio a demonstrar a importância do fenômeno que primeiro denominaram de coletivismo, depois de autodeterminação da personalidade no grupo e, por fim, de *autodeterminação coletivista* (PETROVSKI, 1984; 1986). Inclusive, o que se apresentava na aparência como conformismo em alguns grupos poderia estar ligado a uma coincidência de valoração da personalidade com os valores éticos aceitos nos juízos propostos nos experimentos, motivo pelo qual passaram a realizar experimentos com juízos claramente opostos ao do grupo estudado (PETROVSKI, 1986).

A autodeterminação coletivista, nesse sentido, se relacionaria com as valorações e tarefas do coletivo como comunidade unida por ideais que saem dos marcos do grupo dado e se referenciam também nos objetivos sociais mais amplos:

[...] ao conhecer bem todos os membros do coletivo e o coletivo em geral, o indivíduo reage conscientemente e seletivamente frente a opinião de cada um, orientando-se nas relações e valorações formadas na atividade conjunta e nos valores aceitos e aprovados por todos. Em contraposição a isso, o estado do indivíduo em um grupo não conhecido, casual, não organizado no qual não se tem suficiente informação acerca das pessoas que o forma, contribui para aumentar a sugestão (PETROVSKI, 1986, p. 37).

No coletivo, em vista disso, a personalidade encontraria liberdade como conscientização das necessidades de atuar em correspondência com suas orientações valorativas, podendo aceitar certas influências do grupo e rechaçar outras, na dependência de fatores mediatizadores como as valorações, as convicções e os ideais (PETROVSKI, 1986). Porque essa situação é observada nos coletivos, mas não nos grupos difusos, esse é um dos parâmetros fundamentais da formação dos coletivos, nos quais a personalidade não está determinada pela pressão imediata do grupo, nem sugestionada pelas qualidades individuais, mas pelos objetivos e tarefas da atividade conjunta aprovados no grupo, o que forma orientações valorativas estáveis (PETROVSKI, 1986).

Essas orientações valorativas estáveis, que são chamadas de *unidade valorativa e de orientação do grupo*, constituíram outro parâmetro dos coletivos. Indicam o grau de coesão grupal e atuam como característica integral do sistema de relações intergrupais, refletindo o grau de coincidência das opiniões, valorações, dos objetivos e posições dos membros em relação aos objetos. Não pressupõe a coincidência dos valores e posições dos membros do grupo em todos os sentidos, nem o nivelamento de suas personalidades, mas a aproximação das valorações na esfera moral e de trabalho. Trata-se da atitude positiva do grupo em relação aos objetivos, tarefas e valores da atividade conjunta socialmente importantes (NEMOV, 1986). Diferentemente da dinâmica de grupo que busca essa coesão na frequência de comunicações, aqui ela será buscada na coincidência de valorações e disposições do grupo na relação com os aspectos essenciais da atividade conjunta.

O terceiro parâmetro apontado pelos autores para caracterizar o coletivo diz respeito à *identificação eficaz e emocional do grupo*, que se manifesta apenas debilmente nos grupos difusos. Esse fenômeno se refere às relações interpessoais quando as emoções de um dos membros do grupo motivam a conduta dos demais, orientando-as, não somente para a realização das tarefas, mas também para a eliminação da influência frustradora sobre os companheiros (NEMOV, 1986). Isso significa que a atividade do grupo só pode ser compreendida corretamente e adequadamente descrita, quando se vê por trás da interação dos membros do grupo um sistema de relações interpessoais que condiciona os objetivos mais estáveis da atividade. A via para compreensão do sistema de relações interpessoais, portanto, é a análise do conteúdo da atividade do grupo (PETROVSKI, 1986).

Essa indicação de que pelas interrelações do grupo é que se chega à análise das relações interpessoais surgiu da utilização e crítica às ferramentas da sociometria de Moreno, que levaram ao desenvolvimento da *referentometria*, que buscava ir além das identificações emocionais entre os membros do grupo, chegando aos aspectos valorativos e de orientação das relações interpessoais no grupo. O fenômeno da *referência* entre os membros do grupo foi estudado pela forma sujeito-sujeito-relações objetivas, revelando que a referência que têm as pessoas para determinado indivíduo no grupo pressupõe, antes de tudo, a sua importância para o plano de solução da tarefa que tem diante de si (NEMOV, 1986). Ao mesmo tempo, a investigação revelava que a sociometria podia ser um importante instrumento para caracterizar as relações nos grupos difusos, mas insuficiente para os coletivos.

As categorias que aqui apenas assinalamos, nos mostram que o projeto de Petrovski de estudar a personalidade não de forma direta, mas por meio dos grupos em que as pessoas vivem

e atuam redundou na construção de um sistema conceitual para a análise dos grupos e coletivos que os consideram em seus diferentes níveis e qualidades de desenvolvimento. Para esse autor, a personalidade se forma nas relações interpessoais mediadas pela comunicação no sistema de atividades coletivas (PETROVSKI, 1984). Considera, ainda, que a qualidade dessas relações interpessoais e da atividade conjunta definirá condições sociais objetivas nas quais a personalidade poderá se manifestar de formas tão diversas como por fenômenos de conformismo ou por um fenômeno oposto, como a autodeterminação coletivista (PETROVSKI, 1984).

Para Petrovski (1984), a personalidade não é só um produto dessas relações, mas também sujeito, porque ao agir mediatizado pela atividade coletiva e pela comunicação, os sujeitos provocam modificações essenciais nos demais e em si mesmo tomado como “outro”. A atividade grupal, portanto, pode impulsionar o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, mas, também, ocorrer em condições que impedem a participação efetiva e produz sugestionabilidade e conformismo.

Embora os coletivos não sejam a forma mais correntes de grupo em nossa realidade histórico-social, em nosso entendimento, as considerações de Petrovski e de seu grupo nos colocam algumas questões importantes para reflexão na relação com nosso objeto de estudo. A primeira delas, assim como também indicaram Lane (2004b) e Martin-Baró (1999), é a de que os grupos têm diferentes níveis de desenvolvimento, com impactos diferentes na formação da personalidade, subjetividade ou identidade²²⁴. Outra questão que se destaca nos três autores é a importância dada à categoria atividade. Para Petrovski (1984; 1986), é pela mediação da atividade socialmente significativa que o grupo terá maior impacto no desenvolvimento da personalidade e do próprio processo de coesão grupal, no sentido da coletivização. Na inexistência da atividade compartilhada e socialmente significativa, os grupos tendem a reproduzir características de grupos difusos, estando mais permeados por fenômenos como o conformismo e mais afeitos a relações superficiais e identificações emocionais que impedem o posicionamento individual e aparecem como efeitos de pressão do grupo sobre os indivíduos.

²²⁴ Os termos aqui são utilizados de maneira diferente pelos autores.

8.3 Notas sobre o processo grupal e os serviços pesquisados

A construção de uma proposta de trabalho para o trabalho com grupos não se constituiu no objeto principal desta tese. No entanto, a partir das teorias aqui sumariadas, cremos ser possível apontar algumas breves notas que podem auxiliar no aprofundamento posterior do tema e na construção de uma direção de trabalho frente às dificuldades observadas no campo de estudo.

Na relação com o objeto pesquisado, ganharam relevo algumas percepções em relação ao trabalho com grupos que era desenvolvido e em relação à postura e falas das profissionais. Uma delas diz respeito à *não conceitualização do fenômeno grupal*, que está ligada também com a *falta de referencial teórico para orientar o trabalho* que é realizado. A definição do trabalho com grupos, bem como suas finalidades e benefícios foi realizada sempre tomando como referência o atendimento individual. Era por aproximação e diferenciações com os atendimentos individuais que as profissionais conseguiam reconhecer as potencialidades desse trabalho e suas limitações.

Outro elemento que chama a atenção é a *indiferenciação dos espaços grupais*, fato que não era esperado em nossas hipóteses iniciais. Não apareceram no campo diferenciações entre os vários espaços de grupalidade existentes no âmbito do trabalho, de maneira que, quando questionadas sobre o trabalho com grupos, as respostas abrangiam as assembleias, os grupos de referência, os grupos e oficinas baseados em atividades ou recursos artísticos, os grupos realizados no espaço da ambiência dos serviços (formais e informais), bem como todas as demais atividades propostas que envolviam grupos de usuários e eram considerados como "ofertas terapêuticas". Não se reproduziam aí as clássicas diferenciações entre grupos com finalidades terapêuticas e grupos com finalidades educativas, ou ainda, entre grupos e oficinas. Ainda que esses termos aparecessem em diversos momentos, quando questionadas afirmavam não fazer distinções entre eles nas equipes.

Também foi verificada uma *falta de clareza em relação ao conteúdo das atividades* dos grupos. Algumas propostas eram mais estruturadas e faziam parte de um esforço coletivo das equipes para atender necessidades em saúde identificadas na relação com os usuários. Outras partiam de habilidades e capacidades específicas dos profissionais e da pressão para que cada técnico de referência ofertasse ao menos uma atividade grupal para além dos grupos de referência. Nesses casos, nem sempre parecia estar clara qual era a atividade que engajava a participação coletiva e qual a produção do grupo. Ao nosso ver, isso tem relação com o fato de

a *produção do processo grupal* não aparecer como uma das finalidades do trabalho dos técnicos. Ainda que percebam as potencialidades do grupo e seu desenvolvimento, não aparecem entre as finalidades manifestadas a produção da grupalidade e no único momento em que isso surgiu nas entrevistas foi pela afirmação categórica de que não era essa uma finalidade do trabalho.

Para além disso, as tendências observadas de *alta rotatividade nos grupos* e da canalização, em alguns momentos, mais dos interesses institucionais do que dos motivos e interesses dos membros dos grupos na atividade grupal, apontam para a possibilidade de conformação de grupos difusos e serializados, reforçando fenômenos de conformismo que são deletérios no sentido do desenvolvimento da personalidade e da afirmação da participação e dos posicionamentos pessoais. Desse modo, o trabalho com grupos parece estar mais baseado na empiria do que em sistematizações teóricas, que estão ausentes tanto das legislações e normativas quanto do relato dos profissionais colhido nos questionários, grupo focal e entrevistas. Em que pese a grande diferença epistemológica existente entre as teorias nesse campo, nem os aspectos que parecem ser consensuais entre boa parte dos autores, surgiram nos discursos sobre os grupos. Estamos convencidos de que só é possível fazer frente às armadilhas apontadas no capítulo anterior (Capítulo 7) pela via de um enfrentamento coletivo, mas para isso é preciso também, saber em que direção rumar.

A direção que nos parece mais profícua para enfrentar esses desafios é aquela que compreende o grupo como processo e toma a grupalidade e o desenvolvimento da coletividade como objetivos do trabalho com grupos. Os avanços na Psicologia Social Latino-americana nesse campo não podem ser desprezados e coadunam com as críticas de Petrovski à psicologia social norte-americana. É com base nesses referenciais que sistematizamos essas breves notas sobre o processo grupal, que podem indicar caminhos para o aprofundamento posterior.

1) Sobre a diversidade e constância das atividades grupais:

Na pesquisa que levamos a cabo, as influências do processo de trabalho flexibilizado se mostraram na orientação pela demanda que implica em alta rotatividade dos usuários no grupo e na orientação para alta e continuidade do tratamento no território com acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde. Considerando-se a ausência de políticas intersetoriais e de grupos nos territórios de vida dos usuários, essa orientação apresentou dificuldades em sua operacionalização. Afetados pelas demandas de produtividade, os grupos eram, em alguns momentos, pressionados a obedecer a lógica dos procedimentos-mercadoria e em diversos

momentos se pôde verificar uma diminuição de diversidade e interrupção dos grupos. Por outro lado, os grupos se mostraram atividades sobre as quais os técnicos tinham maior autonomia e contato com os usuários, de maneira que possibilitavam apreender as necessidades em saúde de maneira mais ampliada e propor intervenções e ações que respondessem à essas necessidades.

Para Leontiev (1969) toda atividade humana visa a satisfação de necessidades, que podem ser supridas por objetos ou pelo próprio resultado da atividade, mas suas formas de realização estão determinadas pelas condições de vida. À diferença dos demais animais, os seres humanos não suprem seus estados carenciais somente por meio dos objetos imediatamente disponíveis, mas transformam a realidade e produzem um mundo social. Essa transformação das condições imediatamente dadas, que tem no trabalho sua forma mais típica, por sua vez, acaba por transformar os próprios seres humanos, que têm suas necessidades complexificadas.

Esse autor aponta quatro traços comuns no processo de desenvolvimento das necessidades que podem ser úteis para nossa reflexão. O primeiro deles é que toda necessidade tem um objetivo, ou seja, se dirige a um objeto, que lhe confere seu conteúdo. Seu objetivo pode advir do consumo (apropriação) de um objeto determinado, como do resultado da própria atividade (LEONTIEV, 1969). Nesse sentido, as necessidades de socialização, aprendizado, convivência, suporte, contenção etc., identificadas pelas trabalhadoras como sendo canalizadas pelos usuários nos grupos, são supridas com a própria realização da atividade grupal, que só ocorre se houver condições adequadas para tal.

O segundo traço das necessidades é que adquirem conteúdo concreto pelas condições e maneiras como são satisfeitas. A satisfação das necessidades, depende, portanto, das condições materiais de vida, o que tem por consequência que a atividade só ocorrerá se sobre o indivíduo atuarem os objetos adequados para satisfazerem as necessidades (LEONTIEV, 1969). Mas a mera existência de objetos também não é suficiente para colocar o sujeito em atividade, de maneira que aquilo que o motiva a agir está determinado pelo encontro entre os objetos e os estados carenciais, que colocam objetos determinados como orientadores de sua atividade²²⁵.

²²⁵ Para que a atividade ocorra, é necessário que exista um motivo, que se forma na relação entre necessidades e objetos. Aqui temos pensado que é necessário abordar esse tema com maior cuidado, levando em conta que a atividade é social e não apenas individual e que as atividades individuais fazem parte de um sistema de atividades e são polimotivadas. Nesse sentido é que ressaltamos que os motivos se formam na relação entre sujeito e objeto. Leontiev, em dado momento de sua obra afirma que "Na terminologia que tenho estado a utilizar o objeto da atividade é o seu motivo. Naturalmente que ele tanto pode ser material como ideal; pode ser dado na percepção ou existir apenas na imaginação, na mente" (LEONTIEV, 1980, p. 55). O acento no fato de que "o objeto da atividade é seu motivo", tem levado, a nosso ver a algumas interpretações que consideram o motivo igualando-o ao objeto, desconsiderando a ênfase do próprio autor no fato de que na atividade o objeto aparece sob duas formas, em sua

Desse modo, as necessidades vão se tornando formas particulares de refletir a realidade que estão determinadas pelos objetos que atuam sobre os sujeitos e também por sua atividade sobre os objetos. Sua formação e complexificação ocorre na relação sujeito-objeto.

Leontiev (1969) afirmará ainda, que é difícil caracterizar uma atividade se seu objeto não se mostra. Todavia, ainda quando o objeto parece ser indeterminado, é possível, pela análise, descobrir o conteúdo da atividade ou de um sistema de atividades. Nesse sentido, nas atividades grupais encontradas nos serviços de saúde mental nem sempre se mostraram claros para as trabalhadoras os conteúdos das atividades que mobilizavam a produção dos grupos, o que não significa que não haja um objeto sobre o qual atuam os membros do grupo, nem que o grupo não esteja canalizando necessidades e interesses dos participantes.

Um terceiro traço apontado por Leontiev (1969) para o desenvolvimento das necessidades é a possibilidade de repetição. Algumas necessidades, como a de alimento e satisfação nutricional do organismo se repetem ciclicamente, outras não, e isso estará na dependência das condições em que ocorre a atividade. “A repetição das necessidades é uma condição importante para a sua forma e desenvolvimento. Somente quando se repetem se enriquece o conteúdo das necessidades” (LEONTIEV, 1969, p. 343). Quando as atividades grupais nos serviços de saúde mental são interrompidas ou mudam constantemente, pensamos que essa possibilidade de desenvolvimento das necessidades pode estar prejudicada. Se uma oficina artística permite aos sujeitos a possibilidade de expressão e vivência de técnicas de teatro, por exemplo, ou de outra forma de arte, pode despertar seu interesse. Mas se as atividades são muito transitórias ficam diminuídas as possibilidades de que esses interesses se tornem constantes e as necessidades se ampliem e se complexifiquem.

O quarto e último traço das necessidades é que se desenvolvem à medida que se amplia o círculo de objetos e de meios para satisfazê-las. Para Leontiev (1969) essa se torna a lei mais

existência independente, comandando a atividade do sujeito e como imagem mental do objeto formada no processo da atividade (LEONTIEV, 1980). Esse acento no caráter objetivo do motivo pode levar a uma interpretação que considera que a mera existência de um objeto é capaz de suprir uma necessidade e “criar” um motivo, ou desencadear uma atividade. Por outro lado, em outro momento de sua obra, o autor afirma que “Se denomina motivo da atividade aquilo que se refletindo no cérebro do homem excita a atuar e dirige essa atuação a satisfazer uma necessidade determinada (LEONTIEV, 1969, p. 346). Essa interpretação também tem sido destacada do conjunto da obra para acentuar o caráter subjetivo do motivo, o que pode levar a pensar no motivo como aquilo que “causa” a atividade, numa simplificação aos moldes do esquema causa-efeito. Em nosso entendimento, os motivos surgem e se estabelecem na prática social, na relação entre sujeito e objeto inseridos na atividade social, em um sistema de atividades, de maneira que é fruto da síntese de múltiplas relações, não podendo ser reduzidos à relação causa-efeito que levaria a pensar na possibilidade maniqueísta de “criar” motivos. É, portanto, a partir do sistema de atividades em que o sujeito está objetivamente inserido que é possível conhecer suas relações, vínculos e a hierarquia de motivos que se formou com relativa estabilidade.

geral do desenvolvimento das necessidades, pois é sobre a base do enriquecimento do círculo de objetos que mantêm e desenvolvem a vida dos indivíduos e das coletividades que podem se enriquecer as necessidades correspondentes²²⁶. Para os seres humanos, o círculo de objetos é potencializado pela história e pela dinâmica entre objetivação e apropriação. Disso decorre que o psiquismo é transformado pelos objetos, mas esses, por sua vez, são transformados pela ação humana. É, portanto, a produção do mundo social humano que permite a complexificação das necessidades e o desenvolvimento do psiquismo.

Acreditamos que essas ideias são importantes para pensar as ações e atividades grupais como estruturantes do modelo de atenção psicossocial, tendo por objetivo a criação de possibilidades para o enriquecimento das necessidades e motivos dos indivíduos, que não se dão de maneira automática, mas que, para ocorrerem, precisam da ampliação do círculo de objetos e meios para satisfação das necessidades. Daí resulta uma das potencialidades do modelo de atenção psicossocial, que ao postular a necessidade de tirar o foco da doença e de seus efeitos secundários e deslocá-los para a totalidade da existência dos sujeitos – sua existência-sofrimento, na forma de dizer de Basaglia (1979; 2005c) – propõe a construção de serviços territorializados, apoiados por ações intersetoriais, centrados em atividades coletivas e com diversidade de recursos terapêuticos, que nos parecem necessários à ampliação do círculo de objetos, necessidades e motivos dos usuários, e fundamentais para o enriquecimento de sua existência e construção de formas de enfrentamento às obstruções nos modos de andar a vida.

Cabe, não somente aos profissionais tomados individualmente, mas aos serviços e redes de saúde mental em seus projetos terapêuticos, assumir o desenvolvimento das necessidades como direção de trabalho. Para tanto, a variedade e diversidade das atividades propostas constitui-se em fator importante para a ampliação do círculo de objetos e enriquecimento das atividades e das necessidades. Isso aumenta a chance de os grupos canalizarem necessidades e interesses individuais e coletivos, mobilizando a participação e a comunicação conjunta em torno da produção grupal²²⁷. Todavia, é importante também, que seja garantida a regularidade

²²⁶ Reflexão semelhante encontraremos em Marx (2008), quando afirma que: “A produção não somente provê de materiais a necessidade; provê também de uma necessidade os materiais. Quando o consumo sai de sua rusticidade primitiva – e o fato de atrasar sua saída dela seria em si mesmo o resultado de uma produção fundida ainda na primitiva rusticidade – é solicitada pelo objeto como causa excitadora. A necessidade do objeto que experimente o consumo foi criada pela percepção do objeto. O objeto de arte, e analogamente qualquer outro produto, cria um público sensível à arte e apto para gozar da beleza. De modo que a produção não somente produz um objeto para o sujeito, mas também um sujeito para o objeto” (MARX, 2008, p. 248).

²²⁷ A própria existência de atividades grupais já responde a uma das necessidades dos usuários, já que nos relatos que coletamos aparece com bastante destaque a situação de isolamento e empobrecimento das relações sociais a que estão relegados boa parte deles.

das atividades, para que os sujeitos possam ter experiências repetidas com o objeto da necessidade, de maneira a possibilitar seu desenvolvimento.

Como afirmamos, esse movimento não garante o desenvolvimento e ampliação das necessidades, que não se dão de maneira automática. A existência da diversidade e constância de atividades não é suficiente para afirmar a ampliação das necessidades ou a direção em que se dará seu desenvolvimento. Contudo, na ausência da ampliação do círculo de objetos e meios elas, tampouco, terão as condições mínimas para seu desenvolvimento. Não é possível controlar e determinar como se dará a mudança na personalidade de cada um dos indivíduos que possuem biografias diversas, mas a construção de relações cooperativas e solidárias e a ampliação do círculo de objetos que os serviços podem favorecer, contribui para ampliar o sistema de atividades em que estão inseridos os sujeitos, disputando a formação de motivos no sentido de seu maior desenvolvimento. Os usuários chegam e se mantêm nos serviços mobilizados por variados motivos, que podem, inclusive, se sobrepor e formar um imbricado sistema. Podem estar motivados pelo tratamento, pela representação que têm do serviço, pelas dificuldades que encontram com os sintomas, pelas perdas e impedimento sofridos na vida, pela relação com os técnicos, pela imposição da justiça ou da família, por estarem ameaçados pelo tráfico etc.

Por um lado, se esses motivos são difíceis de serem conhecidos e não podem ser determinados mecanicamente, isso significa que o agente das práticas e o próprio serviço não podem ser compreendidos como demiurgos da produção de novas necessidades. Por outro lado, a dificuldade em conhecer os motivos não significa que sejam indeterminados, mas que são síntese de múltiplas determinações, para as quais concorrem também a organização do meio social que encontrarão nos serviços, que podem auxiliar no processo de ampliação do círculo de meios e objetos, que sem eles estariam relegadas à espontaneidade das relações cotidianas que, em geral, são relações que produziram o adoecimento que motivou a busca inicial pelas ações e serviços de saúde.

Basaglia (1979) já apontava que os serviços de saúde mental estão destinados à classe trabalhadora pobre que adoece. Nesse sentido, é preciso considerar, também, que as necessidades que apresentam os sujeitos ganham sentido em sua história de vida, no sistema de relações em que produzem e reproduzem sua existência. As condições de exploração e opressões que constituíram a história de vida e a historicidade do sofrimento e adoecimento da maior parte dos usuários são determinações importantes e que não podem ser desconsideradas. As necessidades em saúde que apresentam e sua aparição na forma de demanda estão também

determinadas por essas condições de vida e de acesso ou privação aos bens necessários para a produção de sua existência.

Nessa direção, faz-se necessário considerar que também os serviços de saúde não existem em abstrato, mas estão inseridos nessa totalidade social. As dificuldades colocadas pelo processo de mercantilização da vida aos usuários, são também aquelas que incidem sobre as limitações do serviço na produção de ações de saúde que considerem as necessidades ampliadas de seus usuários adscritos. Portanto, é preciso não perder de vista os limites das ações de saúde na transformação da realidade social mais ampla, principalmente no caso da saúde mental, quando a medicalização social já atinge patamares massivos de influência na vida da população, cuja maior parcela, nem chega a esses serviços. É precípua, todavia, que o reconhecimento desses limites não desconsidere que a análise concreta das condições sociais dos usuários e a ação profissional para tensionar os limites sociais impostos na direção da construção de condições que ofereçam maiores possibilidades de emancipação e modos de andar a vida mais autônomos não só produzem mudanças nas histórias de vida individuais, como podem contribuir para a ampliação da compreensão acerca da realidade vivida.

Para finalizar essa nota cabe destacar que apesar de termos refletido sobre as atividades e finalidades internas aos serviços, as proposições do modelo de atenção psicossocial não se reduzem aos limites dos serviços assistenciais. Suas diretrizes buscam a vinculação desses serviços com atuações extra-muros, que articulam as ações do projeto terapêutico singular com as atividades disponíveis no território de vida dos sujeitos. Ao pensar as atividades grupais, em vista disso, é preciso considerar que não precisam estar restritas ao serviço e que devem buscar recuperar a dimensão da territorialidade e das ações intersetoriais que têm sido perdidas. Quando isso ocorre, corre-se o risco de reforçar a concepção biomédica de grupo que vê nesse tipo de atividade um meio diagnóstico e terapêutico centrado na remissão de sintomas.

2) A participação como engodo

Lane (2004b) enfatizou a importância da participação para o desenvolvimento do processo grupal. Suas críticas, bem como as de Martín-Baró (1999) e de Petrovski (1984), à dinâmica de grupo, revelam que não é por possibilitar o encontro face-a-face que um grupo se torna democrático, podendo a participação ser usada para manipular e para propósitos de adaptação.

Para Basaglia (1985), na experiência italiana, as assembleias eram formações grupais importantes porque apresentavam possibilidades reais de realização de escolhas e um lugar de

compartilhamento da dor, do sofrimento, das angústias e do silêncio. Além de serem um lugar de escuta, no qual a doença poderia ser colocada entre parêntese para que os sujeitos fossem olhados em sua singularidade. Faziam parte dos mecanismos para recusar o foco no indivíduo como objeto de intervenções clínicas e para que tivessem espaço para apresentar, pela palavra, sua singularidade em meio aos espaços institucionais. Para que isso ocorresse, era preciso fazer escolhas e responsabilizar-se por elas.

No cotidiano dos serviços investigados em nossa pesquisa, contudo, as assembleias dificilmente contavam com a participação de mais de um profissional, sendo atribuição de um profissional específico, de maneira que não se configuravam em espaços de decisão sobre a convivência institucional, quem dirá sobre seu funcionamento. Dessa maneira, é comum que decisões de assembleias possam ser revistas em reuniões da equipe ou se constituam em espaços de recado e compartilhamento das decisões já tomadas pela equipe técnica, esvaziando-se de seu sentido.

A participação é o ponto fundamental para pensar, também, a superação do isolamento. No relato das profissionais entrevistadas, por diversas vezes, aparece a reflexão sobre o isolamento social a que estão submetidos os usuários. Segundo elas, esse isolamento, advindo da estigmatização social dos sujeitos por seu reconhecimento na condição de *doentes*, tem como desdobramento dificuldades de desenvolvimento e de superação das condições atuais de sofrimento.

Basaglia (1979) também chamou a atenção para o isolamento gerado pelo estigma, pelo “duplo da doença”. Com essa expressão se referia aos efeitos secundários que são associados ao quadro do adoecimento, mas que não têm causas orgânicas, e sim sociais. Vigotski (1997) parte de reflexão semelhante ao considerar que, no caso das crianças deficientes, o desenvolvimento incompleto das funções psicológicas superiores não está determinado pela deficiência, sendo uma superestrutura secundária sobre a deficiência. O desenvolvimento incompleto, para ele, deriva do que chama de *desterro da coletividade* que sofrem essas crianças. Suas dificuldades no desenvolvimento se apresentariam por encontrarem impedidas a comunicação coletiva, a colaboração e a interação com as pessoas²²⁸.

²²⁸ Trata-se aqui de texto produzido por Vigotski em 1931, intitulado “La colectividad como fator de desarrollo del niño deficiente”, no qual aborda as complicações secundárias (de origem social) que podem surgir no processo de desenvolvimento da pessoa deficiente. Evidencia, também, que por serem produzidas na materialidade da vida coletiva das crianças, as funções psicológicas superiores são possíveis de serem (re)criadas pela modificação das relações sociais. Ao fazer essa análise põe a descoberto elementos que podem ser importantes para pensar a questão das potencialidades da coletividade para o desenvolvimento humano. Desse modo, os processos de interrelação e colaboração com o meio social são fundamentais ao desenvolvimento, pois são as formas coletivas de colaboração

Para esse autor, a participação efetiva e a atividade coletiva podem ser importantes chaves para a superação das dificuldades de desenvolvimento, sendo necessário, para tanto, superar a solidão e o isolamento. Vigotski aposta na atividade coletiva como uma forma de superação no processo de desenvolvimento, pois, se não é possível combater as causas orgânicas, a luta contra as dificuldades na atividade coletiva se mostraria legítima e promissora (VIGOSTKI, 1997).

Outra condição considerada importante em suas investigações sobre o papel da coletividade no desenvolvimento das crianças com algum tipo de deficiência, foi a presença da *diferença* na atividade coletiva. As coletividades mais desejáveis e que mais fariam avançar o desenvolvimento seriam aquelas compostas de maneira heterogêneas, com a presença de diferenças entre as crianças. Em suas investigações, observou que esse tipo de coletividade são as mais frequentes e duradouras e aquelas que as crianças formam quando podem escolher de maneira livre seus companheiros. Por estar se referindo a coletividades de crianças, essa afirmação mereceria maiores investigações concretas, mas chama atenção que está na contramão dos grupos homogêneos estruturados por divisão de patologias que ocorrem em diversos serviços de saúde. Advertimos que esse não foi o caso dos CAPS estudados, nos quais os grupos não estavam baseados em divisões homogêneas.

Vigotski (1997) destaca, ainda, que uma criança com atraso mental compreende mais ao seu companheiro (outra criança) do que a complexa vida intelectual do adulto, já que entre elas é possível a colaboração coletiva. No relato das trabalhadoras dos CAPS também estiveram presentes situações em que os membros dos grupos compreendiam mais e melhor o que estava sendo enunciado por um dos companheiros do que as profissionais, revelando a necessidade de não subestimar a capacidade de colaboração e comunicação no interior dos grupos.

Yasui e Costa-Rosa (2008) advertem sobre situações nos serviços de saúde mental em que os usuários são tratados de maneira infantilizada, indicando a prevalência de uma postura de tutela por parte dos profissionais. Observamos que, por esse mecanismo, algumas vezes, sujeitos com dificuldades de expressão ou de participação nas atividades grupais são subestimados ou desencorajados de se engajar nesse tipo de atividade, o que contribui para reforçar seu isolamento e o desterro em relação aos espaços da coletividade. Isso acaba por

que se convertem em forma interior de atividade psicológica, portanto, da própria personalidade. Por compreender que a personalidade se manifesta como função do desenvolvimento da conduta coletiva, é que esse autor considera a coletividade como preocupação central da pedagogia. À vista disso, pode-se dizer que as formas coletivas de colaboração precedem as formas individuais da conduta, e são fonte de sua origem (VIGOTSKI, 1997).

desembocar em um etapismo em relação às atividades com grupos, sendo os usuários com afeto embotado, comportamentos mais retraídos ou dificuldades de expressão, encaminhados para atividades não-verbais, sem considerar suas escolhas ou sua vontade, ou ainda sem considerar que a atividade conjunta com os demais em condição de diferença poderia se constituir justamente em motor de seu desenvolvimento.

Em estreita relação com a questão da participação aparece, desse modo, a importância ao estímulo dos processos de comunicação. Em Vigotski (2008) a fala já aparece como um importante instrumento para organização do pensamento. Quando se refere às crianças surdas e às superestruturas secundárias em relação à deficiência, esse autor chega a afirmar que "O que se tira dele na comunicação, lhe falta no pensamento" (VIGOTSKI, 1997). Além disso, a obra desse pensador é marcada pela afirmação da consciência como uma unidade afetivo-cognitiva, desvelando que os afetos operam em relação com os conceitos e isso altera a vida psíquica: "O conhecimento de nosso afeto altera este, transformando-o de um estado passivo em outro ativo." (VIGOTSKI, 1997, p. 127). Aí também a comunicação e a colaboração coletiva figuram como importantes aspectos do desenvolvimento das coletividades e também da personalidade.

3) O fetiche da técnica e do entretenimento

A solicitação mais frequente entre as profissionais no início do estudo se referia a “como fazer um grupo”. Quando a questão era desenvolvida, seu conteúdo dizia respeito a uma solicitação por aprender "técnicas" que pudessem ser realizadas com os grupos (não raramente dizia respeito à dinâmicas de grupo). Ocorre que as técnicas se mostram instrumentais vazios nesse contexto, quando destacadas dos referenciais teóricos que as instrumentalizam. A título de exemplo, uma letra de música pode ser utilizada pelo coordenador de um grupo ou atividade grupal como estímulo e concentração para o início da atividade, servindo, ainda, para vencer a resistência inicial do grupo que pode não se conhecer. A mesma letra de música pode servir também, como objeto principal da atividade do grupo naquele dia, constituindo-se em material para reflexão e debate coletivo. Ou pode ser lida pelo coordenador como uma mensagem ou forma de fechamento do trabalho. Se estamos nos referindo a uma mesma ferramenta, por que as diferentes formas de uso? O que determinou a escolha do coordenador em cada um dos momentos? Quais os objetivos pretendidos? Esse tipo de decisão exige planejamento e uma leitura sobre o momento de desenvolvimento de cada grupo e sobre as finalidades da atividade que está sendo proposta. E a leitura do processo grupal está sempre informada por certas teorias

e concepções, esteja o profissional ciente ou não, advenham do estudo sistemático ou de impressões recolhidas no cotidiano e na experiência empírica.

Chama a atenção, também, o fato de parte das trabalhadoras ter manifestado o desejo de que os grupos sejam espaços para que os usuários "saíam felizes". Além disso, várias das atividades descritas pelas trabalhadoras como sendo realizadas em grupos consistiam em atividades de entretenimento. Essa concepção parece encontrar raízes no senso comum que vincula a palavra *terapêutico* a tudo aquilo que faz sentir bem, de maneira imediata. Assim, as pessoas costumam se referir a atividades tão variadas como crochê, jardinagem, esportes etc. como terapias.

Essa necessidade apresentada como demanda dos usuários que não gostariam de ouvir sobre o sofrimento dos demais nos grupos, revelou-se também uma necessidade das próprias profissionais, que não se sentiam preparadas, em alguns momentos, para lidar com questões que classificavam como "de ordem psicológica". Dessa maneira, as atividades de entretenimento evitavam o contato com aspectos das histórias e das condições de vida que traziam à tona o sofrimento, acompanhado por choro e crises com as quais não se sentiam à vontade e que acarretavam em dificuldades para o manejo do restante do grupo de usuários.

Acreditamos, no entanto, que, tratando-se de serviços de saúde mental e da preocupação com a produção de grupalidade, o compartilhamento das histórias de vida constitui-se em importante elemento de identificação entre os usuários, da via para o conhecimento das necessidades, motivações, propriedades e princípios de sua personalidade. Nesse sentido, o caminho percorrido pelos grupos nos seus processos de comunicação e interação, não necessariamente se mostrará o mais facilitado ou sem a presença de lembranças e relatos dolorosos, mas seus resultados serão encontrados, justamente por percorrer esse caminho de maneira acompanhada e suportada pelos demais, com a possibilidade de sair dele fortalecido e não por evitá-lo a qualquer custo.

Como já afirmado, é preciso encorajar a comunicação nos processos grupais e não suprimi-la. É preciso deixar que os participantes falem e, além disso, encorajá-los para tal ato. Desse modo, nem todas as atividades grupais serão de entretenimento ou terão como resultado uma felicidade imediata. Isso não significa que não possa haver atividades de entretenimento, mas de que reduzir todas as atividades a entretenimento como equivalentes de terapêuticos não é a saída. Quando se trata de um processo terapêutico, esse contará com necessários momentos de acolhimento; pode passar por momentos de descontração, mas que não visam, necessariamente ao entretenimento, e pode passar por momentos de entretenimento, a depender

do momento do grupo e das finalidades pretendidas. Todavia, não é um processo constante de entretenimento e distração do que faz sofrer, mas de busca do entendimento da gênese do sofrimento. A necessidade de encorajar os processos de comunicação nos leva a pensar a importância desses momentos, ainda quando se trate de oficinas que não estejam centradas nas trocas verbais.

Outro ponto importante de reflexão é que a ansiedade pelas técnicas e por preencher os espaços dos grupos com propostas de atividades, não pode eliminar os espaços de auto-análise do próprio grupo. É função do coordenador prestar atenção aos mecanismos de desenvolvimento do grupo, subsidiando-o com suas análises e permitindo que tenha espaço para elaborar suas análises coletivas.

4) O espontaneísmo como negação da intencionalidade

Quando questionadas sobre sua função nos grupos, as profissionais, embora reconhecessem que sua atuação não fosse neutra e produzisse diferenças e transformações nos processos vividos pelo grupo, não raras vezes reproduziam no discurso a compreensão de que sua função enquanto "mediadoras" deveria se aproximar a de uma presença que não interferisse na realização do grupo. Esse entendimento nos pareceu carregado de concepções contemporâneas como as das pedagogias do aprender a aprender, que valorizam aquilo que os indivíduos aprendem sozinhos a partir do conhecimento de outras pessoas e sem a mediação da escola, desvalorizando o papel do professor como elemento organizador das formas de acesso aos conhecimentos historicamente sistematizados (DUARTE, 2004).

Pari passu com isso, as iniciativas do Ministério da Saúde nesse campo se limitaram ao incentivo de "grupos de suporte mútuo". Ou seja, ao mesmo tempo que as políticas públicas reforçavam o trabalho com grupos no âmbito dos serviços de saúde, as iniciativas do poder público se voltavam para a formação de grupos que prescindiam de profissionais. Não entendemos que esses grupos não possam vir a se constituir em experiências importantes e recursos de construção de vínculos e redes sociais no território, o que ressaltamos nesse momento é a falta de direcionamento para o trabalho dos profissionais.

Vigotski (2010), ao se referir ao trabalho do professor diz que "Cabe-lhe tornar-se o organizador do meio social, que é o único fator educativo" (VIGOTSKI, 2010, p. 448). Acreditamos que essa afirmação pode servir à reflexão sobre o papel que desempenham os coordenadores de grupos, se tomam para si como direção de trabalho o enriquecimento das necessidades e ampliação do círculo de objetos e meios da atividade. Para que os grupos se

constituam como espaço de cooperação e interlocução, o coordenador não pode assumir a postura de tutela, mas, para além disso, é preciso ter atividade clara para que as pessoas possam cooperar em torno a seus objetivos. Na atividade infantil, por exemplo, Vigotski (1997) afirma que o objetivo geral, a orientação da atividade conjunta, partem inicialmente do pedagogo. É na medida em que avança o desenvolvimento que este objetivo comum pode se converter em objetivo da atividade das crianças, ou seja, a organização desde fora se transforma em auto-organização das crianças.

Nesse sentido compreendemos que produzir condições para o desenvolvimento de motivos geradores de sentido pode até passar pelo uso de motivos estímulo (motivos externos à atividade) em algum momento, mas não pode tê-los como fim. Nos serviços, não são raras as situações em que a presença nos grupos se dá, movida por motivos externos (assinar lista de presença, pressão familiar, decisão judicial, fugir de ameaças). Todavia, é preciso reconhecer que a mera presença nos grupos não é sinônimo de participação, sendo necessário um esforço consciente e organizado dos profissionais para a organização das atividades de maneira a propiciar a participação e expressão dos usuários e a ampliação do círculo de interesses, necessidades e motivos. Há, no entanto, uma dificuldade adicional de organização desse "meio social" quando os próprios técnicos não têm claro o objeto das atividades dos grupos.

5) O grupo como meio, como processo, como produto e como sujeito

Como vimos, o trabalho com grupos figura como um *meio de trabalho* para os profissionais em saúde mental. No modelo biomédico, sua utilização tende a ficar reduzida a esse âmbito. Ainda que o fenômeno da produção de grupalidade insista em se mostrar, nesse modelo se reforça a comunicação direta dos usuários com o técnico enquanto detentor do conhecimento, o que interdita as comunicações intragrupais e produz maior serialidade no grupo. Mais correto, nesses casos, seria se referir a eles como agrupamentos, pois a grupalidade nem sempre chega a se produzir. Enquanto meio para atingir a finalidade de controle e remissão dos sintomas, o trabalho com grupos toma como objeto a doença e os usuários como seu suporte e sua atuação está pautada por uma postura orientadora e assistencial.

Diferentemente, Lane (2004) e Martin-Baró (1999) consideram o *grupo como um processo*, portanto, em sua historicidade e possibilidades de desenvolvimento. Petrovski (1984), considera também a "coletividade" como uma característica no desenvolvimento de um grupo, quando atinge maior grau de coesão e desenvolve fenômenos de autodeterminação

coletivista. É nesse sentido que consideramos que esses autores aportam importantes contribuições para o trabalho com grupos no modelo de atenção psicossocial.

Quando os agentes agem com a finalidade de produzir grupalidade, o grupo pode aparecer também, como *produto de seu trabalho*. Intencionam produzir grupalidade e na medida em que o grupo produz uma atividade em comum e identificações, uma das finalidades do trabalho está sendo atingida e a própria existência e continuidade do grupo resulta como um dos produtos da atividade. Se a grupalidade se estabelece, o grupo passa a existir enquanto realidade concreta, canalizando em dado espaço e tempo necessidades individuais e interesses coletivos.

Ao tomar a grupalidade como finalidade, os profissionais se dirigem à totalidade da existência dos participantes como objeto, buscando compreender as condições sociais em que se desenvolvem suas atividades e a produção grupal, bem como as necessidades e interesses que estão sendo mobilizados. Estimulando também a comunicação, a expressão e a participação dos indivíduos na atividade conjunta e socialmente significativa, os agentes das práticas articulam condições no meio social para que o processo grupal ocorra e para que o grupo, por meio do seu processo de auto-análise, desenvolva-se enquanto *grupo-sujeito* (LANE, 2004b). Nesse processo, a articulação entre os níveis da vivência subjetiva e da realidade objetiva, buscando desvelar as contradições e articular a história individual dos seus membros com a história social, são fatores importantes para que o grupo não se constitua em instrumento de produção de falsos consensos e possa dar saltos de qualidade na direção de sujeitos de sua própria história. Quando isso ocorre, o papel do coordenador é capaz de ser assumido de forma rotativa por seus membros, de maneira que o técnico trabalha na direção de produção de autonomia e não do reforço da dependência em relação à sua figura. O grupo passa então, a existir independentemente do técnico e como um processo, com sua própria historicidade. É preciso considerar, entretanto, que os grupos ocorrem em condições de institucionalidade que afetam suas finalidades, podendo contribuir ou dificultar o processo grupal.

Castellanos Noda (2002) também considera que o grupo pode ser tomado como sujeito da atividade do próprio grupo²²⁹, quando coeso e envolvido na atividade conjunta. Aí já não

²²⁹ Castellanos Noda (2002) chega a propor que como sujeito da atividade seria possível afirmar a existência de uma Zona de Desenvolvimento Próximo Grupal: “poderíamos a partir dessa análise definir a Zona de Desenvolvimento Próximo Grupal como a distância qualitativa, o espaço em cada momento do desenvolvimento do grupo, entre o domínio a nível grupal de instrumentos, estratégias para abordar, transformar a realidade e o próprio comportamento grupal, e o domínio compartilhado no grupo de novos instrumentos e estratégias que existem como potencialidade na relação com outro (CASTELLANOS NODA, 2002, p. 88).

estamos mais falando do agente como sujeito da atividade de trabalho em saúde, mas do grupo como sujeito da atividade grupal. Para essa autora, o grupo pode ser considerado um cenário de aprendizagem, porque no interior de sua trama concreta de relações sociais e por meio dos processos comunicativos e interativos que nele se desenvolvem no contexto da atividade, constitui-se como o outro, o interpsicológico do plano externo, que apresenta possibilidades de influência no desenvolvimento da subjetividade.

Desse modo, é nos patamares superiores de desenvolvimento que os grupos têm maiores possibilidades de se constituírem em agentes sociais de desenvolvimento, mobilizando e potencializando processos internos de cada um dos seus participantes (CASTELLANOS NODA, 2002). Poderíamos afirmar, então, que quando o grupo se torna grupo-sujeito, canalizando necessidades individuais e interesses coletivos em torno da atividade conjunta socialmente significativa, ou seja, quando não está orientado apenas para os interesses individuais que promovem a serialidade do grupo, contraditoriamente, é quando maior potencialidade apresenta de contribuições para o desenvolvimento individual.

É na base da atividade compartilhada socialmente significativa que se constituem as relações interpessoais que são fonte para a formação da personalidade (PETROVSKI, 1984). No contexto grupal ocorre o intercâmbio de signos como aportes individuais ao crescimento grupal (porque constituem parte da história pessoal histórica e socialmente condicionada), mas também se formam novos nexos, se negociam significados que não só influenciam os sujeitos em seu desenvolvimento, mas também a configuração de um esquema próprio no grupo, que vai se convertendo em mecanismo psicológico regulador de seu funcionamento e expressão de seu desenvolvimento (CASTELLANOS NODA, 2002). A compreensão desses esquemas próprios da identidade e atividades intragrupais reconhecidos na historicidade dos grupos não pode prescindir da análise de seu contexto de desenvolvimento, já que os grupos mediam e atualizam estruturas políticas e ideológicas mais amplas.

No âmbito dos serviços de saúde mental, possibilitar espaços de convivência e regularidade das atividades grupais passa pelo estímulo à vinculação e desenvolvimento da referencialidade entre os usuários, para que possam superar a tendência ao conformismo presente nos grupos difusos e reconhecer pela interpelação com os demais, a própria biografia e as condições que produziram seu adoecimento. Para isso é preciso que os técnicos resistam ao empuxo da produção de consensos, trabalhando a partir das contradições e da desnaturalização dos papéis sociais cristalizados.

No cenário dominado pela tendência de cooptação e apassivamento das potencialidades grupais e coletivas, o que tem se denominado de grupos, muitas vezes são agrupamentos que tensionam constantemente em favor da serialidade, motivo pelo qual ao longo deste trabalho utilizamos o termo *trabalho com grupos* como denominação mais geral que visava diferenciar o grupo como meio de trabalho daquela direção de trabalho que se volta para a produção de grupalidade, que tem aparecido como contratendência nos serviços de saúde mental. Castellanos Noda (2002) em sentido que nos parece se assemelhar, diferencia os enfoques que trabalho *com* grupos e aqueles que trabalham *a partir* dos grupos, ou seja, a partir das potencialidades de desenvolvimento dos grupos humanos.

O fato de se constituir em contratendência, no entanto, não invalida a potencialidade do processo grupal e sua necessidade para os processos de transformação sociais e individuais. Para contribuir nessa direção, contudo, é preciso ter intencionalidade e refletir sobre as direções que tomam as atuações profissionais. E nesse processo a teoria é aliada. A Psicologia Histórico-Cultural e a Psicologia Social Latino-americana trazem consigo a potencialidade de terem revisto os referenciais positivistas e funcionalistas da psicologia social estadunidense e com isso apontado para formas alternativas de compreensão do processo grupal. Conferem ao trabalho com grupos uma dimensão que transcende a dimensão pragmática de utilização tecnificada como forma de suprimir os conflitos e contradições sociais e produção de consensos. Apoiam-se, justamente, na explicitação das contradições e no desvelamento das naturalizações presentes no cotidiano para produzir novas formas de entendimento que potencializem o desenvolvimento dos grupos humanos e dos indivíduos singulares. Em vista disso, constituem-se, a nosso juízo, como contribuições potenciais para o modelo de atenção psicossocial que se pretende alternativo ao modelo biomédico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

There may have been a vague communality of purpose,
but we were never a team. There was no chance, no time.
Enduring Love – Ian McEwan

Na história da assistência em saúde mental diferentes modelos de atenção foram estruturados, correspondendo a diferentes concepções de objeto de trabalho e de finalidades terapêuticas, que, por sua vez, elegem e operacionalizam distintos meios de trabalho. Ainda quando utilizam meios de trabalho similares, como no caso do trabalho com grupos, diferentes modelos de atenção implicam numa instrumentalização diferenciada desses meios.

Até meados do século XX, o modelo biomédico, na sua forma asilar, era o modo quase exclusivo de atenção em saúde mental com o objeto se restringindo ao âmbito anatomofisiológico e a prática técnico-científica tendo por base a classificação e descrição das doenças mentais. A terapêutica tinha como instrumento principal o isolamento e a institucionalização e sua operacionalização estava centrada na prática médica que contava com profissionais paramédicos com a função principal de controle e vigilância dos internos.

Após a Segunda Guerra Mundial, com ampliação da necessidade de recuperação da força de trabalho, com as críticas à cronificação e violência produzida pela institucionalização e à iatrogenia dos tratamentos, são construídas propostas alternativas ao modelo biomédico. Algumas dessas propostas estão concentradas na recuperação do potencial terapêutico das instituições e poucas mudanças oferecem na concepção psiquiátrica acerca do objeto de trabalho e das finalidades pretendidas. O objeto, no entanto, tende a se ampliar para a comunidade e o território, ainda que alguns modelos continuem reproduzindo aspectos do modelo biomédico. A expansão da produção de fármacos após meados do século XX, também confere novo fôlego à concepção organicista que está na base desse modelo e viabiliza a expansão da acumulação capitalista no setor da saúde mental. Dessa forma, os modelos de atenção expressam não só uma organização particular dos elementos internos ao processo de trabalho, mas são também, expressões particulares dos projetos políticos e interesses divergentes em luta em dada sociedade e momento histórico.

O modelo de atenção psicossocial que passa a ser estruturado no Brasil a partir das influências dos movimentos internacionais de reforma psiquiátrica e com expressiva participação dos movimentos sociais organizados das décadas de 1970 e 1980, propõe a apreensão do objeto de trabalho enquanto um sujeito que apresenta um sofrimento mental (sua

existência-sofrimento), com a finalidade de aliviar o sofrimento e integrá-lo socialmente. Essa concepção ampliada do objeto busca intervir não só nos sujeitos individuais, mas nas determinações sociais que produzem o sofrimento.

Franco Basaglia foi um dos autores da reforma psiquiátrica italiana que teve forte influência nas concepções e práticas que passaram a ser desenvolvidas no Brasil. Esse autor propõe que diante do pessimismo da razão – pelo reconhecimento do papel de controle que exerciam os técnicos ao auxiliar no gerenciamento da miséria e limitados na sua atuação com usuários que eram retirados ou inseridos de maneira excludente no processo de produção – se instaure o otimismo da prática – pela construção de projetos terapêuticos que reconheçam suas limitações sociais e ajam junto aos sujeitos em favor da transformação das condições de institucionalização (BASAGLIA, 1979).

Nesse contexto, os grupos podem se constituir em *locus* privilegiado de tomada de consciência e mobilização de ações coletivas, bem como em espaços de fomento de solidariedade que contribuem para a produção de subjetividades menos padronizadas e restritas à ideologia concorrencial e individualista do modelo de produção capitalista. Essa orientação coloca o trabalho com grupos em posição diferenciada do modelo biomédico, no qual ganham caráter assistencialista e prescritivo, servindo ao controle dos sintomas e à individualização do sofrimento. Além disso, o modelo biomédico tende a instaurar processos de trabalho de maneira prévia ao reconhecimento das necessidades em saúde dos usuários, limitando-se aos agravos e conduzidos pela lógica de focalização da atenção.

O modelo de atenção psicossocial pretende ir além da reorganização de serviços assistenciais, concebendo o processo saúde-doença como o reconhecimento das obstruções e potencialidades nos modos de andar a vida. A reorganização das ações em saúde e dos serviços está necessariamente vinculada a uma revisão do conceito de "doença mental"; à articulação das ações junto aos territórios de vida dos sujeitos atendidos; à ampliação das ações para além dos serviços, reconfigurando as relações da sociedade com a loucura; à participação social de usuários, familiares e sociedade, com possibilidades reais de escolha e influência nas políticas. Obviamente, esse modelo contra-hegemônico encontra limitações em sua implementação, tentativas de cooptação e redução da amplitude de suas ações e conceitos. No plano assistencial, o modelo psicossocial tem proposto a reorganização dos instrumentos de trabalho com o privilégio das tecnologias leves e relacionais, o que exige a atuação de equipes multiprofissionais de maneira integrada para a construção de projetos terapêuticos

individualizados e ações coletivas que potencializem a produção de vida dos sujeitos atendidos e de seus territórios.

No modelo brasileiro essas ações têm tido como centro irradiador os Centros de Atenção Psicossocial, serviços com equipes multiprofissionais que buscam superar o isolamento dos saberes disciplinares em prol do reconhecimento da historicidade dos processos de adoecimento singulares e da superação de uma terapêutica que busca adaptar os usuários a uma pretensa normalidade externa à pessoa. Para tanto, o processo de trabalho tem se baseado em elementos do modelo da "clínica ampliada" para articular recursos materiais, conhecimentos especializados e diferentes técnicas (artísticas, pedagógicas, de geração de renda, grupos terapêuticos, consultas e avaliações etc.), além da atuação em equipe constituir-se como meio para a realização do trabalho.

A realização desse trabalho exige a formação de novas capacidades e habilidades dos profissionais, a reflexão coletiva constante acerca do objeto, da finalidade e do projeto terapêutico da equipe e dos serviços, o posicionamento ético-político dos agentes, além de condições e relações de trabalho que possibilitem a atuação intersetorial e em rede. As finalidades do trabalho e o projeto terapêutico proposto por esse modelo de atenção estão em constante disputa com o modelo biomédico, que se mantém hegemônico, e com os interesses sociais que buscam a privatização e mercantilização da saúde.

A partir dos dados encontrados na pesquisa de campo, temos refletido que o debate sobre as tecnologias do cuidado que dão suporte e operacionalizam o modelo de atenção psicossocial, não pode ser dissociado da disputa de modelos de atenção (expressão particular da disputa de projetos políticos e societários) e das condições concretas de sua realização. No contexto neoliberal em que se implanta a política brasileira de saúde mental, a precarização das relações de trabalho, a fragilização dos vínculos, os constantes ajustes fiscais e redução de custos com as políticas públicas, as contrarreformas trabalhistas e previdenciária, têm graves efeitos nas condições de vida e adoecimento da população e também nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Essa conjuntura política, econômica e social está refletida nos CAPS que enfrentam a dificuldade do estabelecimento de projetos que dependem da articulação intersetorial, sofrem cotidianamente com a falta de recursos e meios de trabalho e com a falta e rotatividade de profissionais, acarretada pela baixa valorização salarial e pela precariedade dos vínculos trabalhistas.

A especialização e fragmentação do trabalho em saúde aprofundada nas últimas décadas tem centralizado a atenção em saúde na produção de mercadorias-procedimento e transformado

os vínculos entre usuários e profissionais, deslocando-os para as instituições, acarretando uma maior fragilidade e provisoriedade nos vínculos relacionais entre agente e sujeitos atendidos. O trabalho em equipe que busca recompor parcialmente a fragmentação do processo de trabalho e, pela utilização de tecnologias leves, produzir vínculos, responsabilização e maior efetividade nas práticas; frente à precarização das condições de trabalho que aprofundam a provisoriedade dos vínculos, tem dificuldade de produzir suas finalidades que dependem de vínculos mais estáveis com os usuários e com o território.

Os instrumentos utilizados no trabalho em saúde mental, aparecem também como possibilitando maior autonomia profissional, quando tomados em relação a outros processos de trabalho em saúde. Dentre eles, o trabalho com grupos mostrou-se a atividade que permitia maior percepção das necessidades em saúde de maneira ampliada e maior autonomia dos serviços e dos profissionais para sua redefinição. Mostrou-se, também, o primeiro a ser afetado pela pressão por produtividade e produção de procedimentos-mercadoria, resultando em diminuição da diversidade e constância de ofertas terapêuticas necessárias à ampliação do círculo de objetos, necessidades e motivos dos usuários, fundamental para o enriquecimento de sua existência e construção de formas de enfrentamento às obstruções nos modos de andar a vida. Nos procedimentos mais padronizados que os grupos (acolhimento, protocolos), ainda assim, o fazer individual dos profissionais revelou certo grau de autonomia. Todavia, é preciso considerar que sua instrumentalização está dirigida por certas concepções e saberes em disputa, de maneira que uma entrevista, por exemplo, ainda que não seja padronizada ou controlada no processo de trabalho, pode estar tão direcionada a perseguir sintomas físicos que não deixe espaço para o relato do sofrimento, para a emergência das concepções de quem sofre e a percepção das necessidades em saúde trazidas à tona na relação.

De modo geral, os serviços podem concentrar a atenção dentro de determinados parâmetros pré-figurados que correspondem às necessidades da instituição e a seus limitados recursos, não atendendo à necessidade dos usuários. Isso tem efeito na forma como as demandas dos usuários aparecem, já que estes apreendem os modos possíveis de utilizar o circuito de serviços utilizados e os recursos disponíveis.

Corre-se o risco, portanto, de apropriação dos conceitos da atenção psicossocial e sua refuncionalização em favor da operacionalização de práticas do modelo biomédico. O uso das tecnologias leves sem considerar seu contexto de produção marcado pela falta de recursos e intensificação do trabalho, a nosso ver, é um exemplo de inversão das finalidades terapêuticas desse modelo. Suas principais consequências no processo de trabalho são: a utilização da

autonomia necessária à construção dos projetos terapêuticos em favor da flexibilização nos moldes do trabalho multiparcelar e intensificado; e a conversão da responsabilização das equipes pelo cuidado em responsabilidade e culpabilização individual dos trabalhadores pelas faltas de recursos e estrutura existentes no processo de trabalho. Em relação ao trabalho com grupos, sua principal consequência é a instrumentalização em favor da produção de subjetividades adaptadas à lógica individualista e concorrencial do modelo capitalista de produção, o reforço da individualização e homogeneização no diagnóstico presente no modelo biomédico, e a produção de conformismo e resignação com as condições sociais que produzem o sofrimento.

O impacto dessa disputa de modelos societários e de modelo de atenção tem sido desfavoráveis para o modelo de atenção psicossocial e reforçado a hegemonia do modelo biomédico, ainda que sob um discurso psicossocial. Contribuem para isso a desorganização e enfraquecimento dos organismos de luta dos trabalhadores, o enfraquecimento e cooptação dos sindicatos, o arrefecimento do movimento da luta antimanicomial. Esse retrocesso significa a redução, o afastamento da reforma psiquiátrica da luta mais ampla pela saúde como direito universal e do conjunto das lutas da classe trabalhadora. Significa, também, a sua redução ao plano assistencial da transformação dos serviços, influenciando pouco as relações da sociedade com a loucura.

No bojo do recuo a um projeto meramente assistencial, o modelo biomédico hegemônico se fortalece e avança na medicalização e mercantilização do sofrimento e dos comportamentos, não se restringindo ao âmbito dos serviços. A generalização do uso de psicotrópicos para além dos casos historicamente estigmatizados como alvo das políticas de saúde mental, tem dado mostras do vigor que ainda possui o projeto psiquiátrico hegemônico de normalização e controle das "desordens" sociais. Por outro lado, o enfrentamento a esse modelo de atenção por um projeto antimanicomial tem se reduzido ao enfrentamento individual e voluntarista no âmbito dos serviços, por profissionais que não têm condições de articular o cuidado em liberdade senão com o auxílio da equipe e os recursos do território, resultando em desgaste e adoecimento.

As saídas possíveis para o enfrentamento dessas condições, passam necessariamente, pela retomada do coletivismo como princípio educativo, terapêutico e formador das relações humanas. Seja na recuperação das teorias dialéticas sobre o processo grupal para compreender e atuar junto aos usuários, seja pela organização dos coletivos de trabalhadores, usuários e familiares em relação com as lutas sociais mais amplas. As técnicas utilizadas no processo de

trabalho não podem ser dissociadas da reflexão sobre suas finalidades e sobre o projeto terapêutico que as orientam. A recuperação da dimensão dos projetos terapêuticos pode constituir um importante passo intermediário para o reconhecimento das relações desse projeto com o contexto dos modelos de atenção e dos ajustes estruturais que têm comprimido o processo de trabalho e os processos sociais nos limites da forma mercadoria, produzindo maior miséria e adoecimento dos trabalhadores usuários e dos trabalhadores agentes do cuidado.

Fora desse reconhecimento e identificação como trabalhadores que produzem a objetividade do mundo e das relações sociais só resta a hierarquização entre profissionais e usuários que propõe o modelo biomédico, que se alia imediatamente às divisões entre são/doente, desviante/ajustado, normal/anormal, reforçando estigmas, retomando a noção de periculosidade, a necessidade dos manicômios e as divisões entre cuidadores e usuários submetidos às mesmas condições de precarização da vida. A consigna “por uma sociedade sem manicômios” continua atual e não se refere somente a uma “rede de saúde mental sem manicômios”.

Em síntese, algumas ideias figuraram como centrais no percurso da pesquisa e podem ser condensadas nos tópicos abaixo:

Sobre o processo de pesquisa:

1) A pesquisa partiu da análise dos grupos nos CAPS, que pareciam se mostrar como pressuposto efetivo (concreto). Isso se revela falso, porque os grupos são uma abstração se não considerarmos as contradições nas quais estão imersos e que constituem sua concretude. Desde a contradição mais geral entre capital e trabalho, sendo o capital sujeito do processo de produção capitalista que leva à tendência de universalização do valor de troca e da forma mercadoria, o que tem influência no processo de trabalho em saúde, processo no qual o grupo figura como técnica e instrumental de trabalho. Entre as outras contradições que determinam o fenômeno estão:

- o caráter de classe das políticas de saúde mental – Basaglia (1979) afirma que essas políticas estão direcionadas para o doente pobre, o trabalhador aliado do processo de trabalho ou adoecido pelo próprio trabalho – que tensiona os grupos na direção de constituírem-se como exercício de tutela, controle e higiene social.

- os pressupostos teóricos nos quais estão fundamentados, que, por vezes, dicotomizam indivíduo e sociedade, colocando-os em oposição formal e mecânica sem compreender suas mútuas determinações.
- os modelos de atenção em saúde, como formas particulares de organização do processo de trabalho que atualizam as disputas técnico-políticas e de interesses de diferentes atores sociais, propondo organizações tecnológicas distintas para as ações e práticas em saúde, concorrendo para finalidades, também diversas.
- as formas de organização e gestão do trabalho que delimitam as finalidades do trabalho, bem como as possibilidades de articulação de seus meios.

Mas o processo grupal também aparece como mobilizador de potencialidades e necessidades coletivas que contribuem para a tomada de consciência das contradições sociais e colocam em um estado “potencial” de ação.

Essa foi a tentativa do caminho percorrido, partindo da representação dos agentes do trabalho sobre o emprego da técnica e tendo como contribuições as abstrações teóricas do campo da Saúde Coletiva, da Psicologia Social Latino-americana e da Psicologia Histórico-Cultural, na busca de reencontrar o discurso dos agentes novamente, mas agora como uma “rica totalidade de muitas determinações e relações, [...] portanto, unidade da diversidade” (MARX, 2011, p.54).

As ideias e representações dos agentes refletem a atividade humana como fenômeno social e não apenas individual. Nesse sentido, as entrevistas revelam aspectos da organização coletiva das práticas influenciadas pela reestruturação produtiva, que reproduzem competição e sociabilidade privada. Há um reforço discursivo da necessidade de atividades grupais, ao mesmo tempo que a prática material, no contexto de universalização do valor de troca, parece dificultar sua realização em detrimento de práticas biomédicas.

Sobre o processo de trabalho em saúde mental:

1) A tendência de aumento da composição orgânica do capital não afeta apenas o trabalho em saúde, sendo uma tendência geral do modo de produção capitalista. O Estado age, por meio das políticas de saúde para recuperar e manter força de trabalho. Mas, na medida em que há, também, uma tendência de aumento da superpopulação relativa, recuperar força de trabalho vai se tornando cada vez menos necessário. Nos parece ser essa uma realidade ainda mais presente

na saúde mental, que muitas vezes age mais na contenção dos efeitos políticos do aumento da carestia do que para recuperar força de trabalho.

O objeto de trabalho da saúde mental, historicamente, estava centrado nos corpos dos trabalhadores retirados do processo de produção ou incluídos nele de maneira excludente. Basaglia (1979) propõe em relação a isso uma posição pessimista (ou realista) de reconhecimento do papel de controle que exercem os técnicos e de gerenciamento da miséria que exercem os serviços. Reconhecer os limites de sua atuação seria o primeiro passo para se instaurar um otimismo na prática. Os grupos podem se constituir em *lucus* privilegiado para o avanço da consciência e mobilização de ações coletivas. Ao mesmo tempo, o perfil epidemiológico dos sujeitos atendidos nos serviços não se restringe a pessoas cronificadas, aumentando nos últimos anos a procura por jovens e pessoas ainda com vínculo empregatício. Isso tem relação com o aumento do número de diagnósticos em saúde mental e com as exigências do modo de trabalho atual. Essa realidade é descrita empiricamente nos serviços estudados, carecendo, todavia, de dados sistematizados.

2) O processo de trabalho parece estar definido anteriormente ao reconhecimento das necessidades dos grupos sociais atendidos. Os trabalhadores, no entanto, parecem fomentar estratégias de reconhecimento das necessidades, ainda de maneira desorganizada. Isso ocorre nos serviços pesquisados, principalmente em relação às atividades grupais. Por sua menor normatização em relação à outras atividades (acolhimento, matriciamento, atendimentos à crise e visitas domiciliares) são essas as atividades que mais variam no serviço. Com a proposição de novas atividades pelos técnicos, a partir do reconhecimento de alguma demanda, novos grupos são criados. Ao mesmo tempo, isso instaura uma rotatividade e a possibilidade de descontinuidade dos grupos, que pode apontar para o desgaste dos profissionais com algumas atividades específicas.

3) Como a expropriação do saber é impossível e grande parte do trabalho em ato em saúde depende da avaliação dos procedimentos do cuidado à luz dos conhecimentos técnicos que envolvem conteúdos políticos, instauram-se conflitos e tensões no processo de trabalho. O trabalho com grupos pode potencializar essas tensões, porque menos padronizados que outros procedimentos, além de colocarem os agentes no contato direto com os sujeitos (objeto do cuidado), operando técnicas que põem a descoberto as necessidades (não só de saúde, mas da totalidade da existência-sofrimento) dos usuários na relação que se estabelece ativamente nos

grupos. A relação que se estabelece é diferente da apontada na medicina tecnológica, com a mediação fundamental de exames e procedimentos. As tensões daí advindas têm dois vetores opostos, em nossa avaliação. Por um lado, os acontecimentos dos grupos tensionam o próprio processo de trabalho que tende à racionalização, à impessoalidade e a burocratização e padronização de procedimentos. E, por outro lado, tensionam o agente do trabalho, que, formado nas condições de um trabalho parcelarizado, nos moldes de uma racionalidade técnica, pode sentir-se pouco instrumentalizado para lidar com a avalanche de necessidades advinda do relato das existências-sofrimento dos usuários, num quadro teórico-prático capaz de organizar e potencializar essas demandas.

A metáfora aqui é a do ator formado numa escola de formação de atores, mas que se encontra escalado para uma produção desafiadora sem conseguir por conta própria reconhecer suas posições sobre a obra, solicitado agora a fazer seu trabalho com características de artesanidade e sente a falta de um diretor ou de um preparador de elenco que lhe diga "o que" ou "como" fazer. Isso não significa que não seja um bom ator ou que não tenha capacidades para tal. Mas desvela, no mesmo movimento, que não só o processo de trabalho está determinado pela divisão técnica que historicamente fragmentou sua função, mas também o processo de formação que o preparou para o trabalho.

É nesse sentido que compreendemos o pedido dos profissionais por maior normatização do espaço dos grupos. Agem como atores que solicitam a mediação de um texto (um *script*) numa peça que está baseada na improvisação. Mas a improvisação não significa para o ator a inexistência de técnicas, mas o domínio delas a tal ponto que se possa sentir confortável para utilizá-las na demanda presente, sem preparação prévia, porque desconhece a situação que será nova a cada apresentação.

Deparamo-nos com uma parte do processo de trabalho que para o ator munido de visão crítica, ciente de suas técnicas e do uso que faz delas, apresenta-se com grande abertura para produzir transformações e mesmo resistência no processo de trabalho. E, ao mesmo tempo, extremamente ansiogênica para aquele cuja formação técnica está limitada a protocolos. Isso significa que a determinação maior está colocada nos processos de formação ou nas características individuais dos agentes?

A nosso ver não. Isso revela mais dos processos de alienação no trabalho a que o trabalhador está submetido objetivamente. Nos relatos da pesquisa fica clara, em diversos momentos, a percepção que as trabalhadoras têm de sua realidade e, em alguns relatos, como não tomam consciência de alguns dos processos que vivem. Reconhecem situações do processo

grupal em andamento, por exemplo, mas não as conceitualizam. Ao mesmo tempo, respondem aos processos alienadores da realidade de maneira ativa, constroem formas de resistência e formação internas ao próprio trabalho (como o trabalho em duplas). Constróem, ainda, experiências baseadas nas necessidades dos usuários e no seu compromisso ético-técnico-político com a profissão e com a produção de cuidado.

Da mesma forma, podemos verificar que as trabalhadoras com maior formação técnica para o trabalho com grupos, embora vivenciem do ponto de vista individual, talvez menor ansiedade com esse trabalho e potencialmente um adoecimento menor com a tarefa, não relatam menor ansiedade ou adoecimento com o processo de trabalho. Sentem-se à vontade com o trabalho com grupos, mas também se sentem comprimidas com as demandas administrativas e por procedimentos. Além de perceberem a potencialidade dos grupos para superação de diversas ordens de carecimentos dos usuários e se afligirem por não conseguir planejar, executar e avaliar propostas grupais da maneira que gostariam, por limitações que vão de gerenciais a estruturais.

Logo se vê, que não se trata de mudar a formação e com isso resolver o processo de trabalho. A falta de formação é mais um agravante dos processos de parcelarização do trabalho, mas não reside aí a fonte dos problemas encontrados, senão na própria organização do processo de trabalho de maneira a garantir a acumulação capitalista, e às quais o serviço público não passa incólume. Nos limites do capital, quando se busca o lucro, a desumanização se impõe constantemente aos serviços de saúde, pois os procedimentos necessários para melhorar as condições de vida e saúde das populações atendidas (potencializar seus modos de andar a vida), são, muitas vezes, custosos ou mereceriam maior individualização, recursos e respeito aos modos de andar a vida, o que se impõe como obstáculo à maximização dos lucros e à realização do valor de troca em saúde.

O trabalho com grupos se inscreve aí como parte do arranjo tecnológico na saúde mental. Por um lado, respondendo às demandas do capital de racionalização do processo de trabalho, como forma de atender mais usuários em menos tempo e necessitando de menos recursos tecnológicos. E, por outro, mostrando-se como potência ao produzir lampejos de coletividade, identificação e reflexão sobre os modos de andar a vida e suas determinações comuns.

4) Os processos de restrição da autonomia técnica são vivenciados de maneira contraditória pelos agentes. Demandam maior normatização em alguns momentos, em outros reconhecem a

difficuldade de autonomia técnica frente às referências oferecidas. No caso dos grupos, apesar das restrições ao seu formato encontradas (grupo de referência), parece haver espaço para criação. Ao não saber ou não conseguir fazê-lo, os trabalhadores, por um lado solicitam maior enquadramento das técnicas e por outro, reproduzem pressupostos ideológico-epistemológicos do modelo biomédico, adaptativo ou racionalizador.

Nos grupos, é o grau de liberdade e autonomia, diante das limitações, que aparece como fonte de sofrimento. A dificuldade e falta de tempo no processo de trabalho para planejar e avaliar essa atividade, se expressa, algumas vezes, no pedido por maior padronização do trabalho. Embora enfatizem ao refletir sobre o objeto do trabalho a necessidade de maior liberdade e individualização da atenção. Nos instrumentos mais padronizados (acolhimento, protocolos) que os grupos, ainda assim o fazer individual tem mais autonomia, embora também não signifique que não esteja dirigido por certas concepções e saberes que instrumentalizam a intervenção.

Além disso, a percepção de satisfação das necessidades, também está mediada pela tecnologia (SCHRAIBER, 2008). No caso da Saúde Mental, pela explicação biológica e expectativa do medicamento, ou da internação como recurso técnico frequentemente demandado. Portanto, historicamente, as formas de produção condicionam as formas de distribuição e consumo dos serviços de saúde.

5) A tendência aos vínculos dos usuários se deslocarem dos agentes das práticas para a instituição e tornarem-se mais instáveis e menos duradouros é reforçada no contexto de instabilidade e precarização dos vínculos trabalhistas, com a baixa quantidade de profissionais e a alta rotatividade. Nesse sentido, a proposta da atenção psicossocial de estabelecer vínculos continuados, inserção territorial e responsabilização pelos casos aparece como uma contratendência no movimento mais geral de transformação das práticas em saúde. A precarização do trabalho, também se mostra com intensidade na falta de condições de trabalho para a realização de grupos. Falta de salas, de materiais e de iluminação, não são apenas dificuldades para a realização do trabalho com os usuários, refletindo também as condições de trabalho dos agentes.

6) A subsunção do trabalho ao processo de valorização, no âmbito dos processos de trabalho investigados, ao que nos parece, se expressa na subsunção do modelo psicossocial pelo modelo biomédico, na medida em que é no reforço das práticas biomédicas que residem as

possibilidades de realização do capital industrial nos serviços públicos de saúde mental. Ao mesmo tempo, expressa-se na captura da lógica territorial proposta pelo modelo psicossocial como um mecanismo de generalização das práticas em saúde com baixo custo, mas limitadas nas formas de participação das comunidades atendidas.

Grupos estão na ambiguidade desses interesses, relegados à periferia do processo de trabalho pelos interesses do CMI, por não contribuírem diretamente para a realização da mais-valia do setor industrial e pela possibilidade de se apresentarem como tecnologias de baixo custo. Ao mesmo tempo que servem ao atendimento de um número maior de usuários no modelo preventivista e diminuem o trabalho vivo necessário ao modelo da clínica individual, pela própria limitação do modelo individual em lidar com a atenção agora coletivizada, o trabalho com grupos passa a exigir maior qualificação dos agentes. As saídas para esses impasses encontradas pelos trabalhadores têm se restringido ao retorno a práticas biomédicas, à busca de qualificação individual ou pelo trabalho, ou ao adoecimento e formas de resistência individuais.

7) Ao mesmo tempo que o trabalho territorial pode ser tomado como possibilidade de capilarização do controle estatal junto à população, apresenta potências na aproximação com o território de vida das pessoas e com as possibilidades de trabalho, a partir de suas realidades. O enfraquecimento da noção de territorialidade presente nas políticas tem esvaziado de sentido a compreensão dos serviços como territoriais. Serviços são tomados como territorializados por atender distritos sanitários mais próximos, embora essa distância possa ser bastante grande para viabilizar o acesso dos usuários. A dificuldade que os profissionais relatam para fazer visitas domiciliares e acessar os territórios dos usuários é sintomática para pensar na relação inversa, na dificuldade que os usuários têm para acessar os serviços.

8) A possibilidade de fazer frente à tendência de apropriação pelo capital das iniciativas de recomposição do trabalho e ampliação dos objetos de intervenção, passa pela maior compreensão pelos trabalhadores do objeto ampliado do trabalho e das necessidades em saúde, articulando suas ações em um projeto terapêutico que contextualize o uso das tecnologias, na relação com finalidades de produção de autonomia no modo de andar a vida dos usuários. As formas de precarização do trabalho, o individualismo e a competitividade reforçados nas relações e o descenso dos organismos de organização dos trabalhadores têm sido dificultadores

para o estabelecimento desse tipo de projeto terapêutico, que precisa ser tomado como tarefa coletiva.

9) A dificuldade histórica da psiquiatria em se adequar ao modelo "localização, objetivação, intervenção" acarreta-lhe maior dificuldade em se revestir de aparência de "neutralidade" e de uma prática apenas técnica. Isso somado ao contato mais frequente e cotidiano com os usuários no contexto dos CAPS contribui para que os trabalhadores percebam as necessidades em saúde de maneira ampliada e a potencialidade das técnicas em se converterem em mecanismos de tutela e controle social. A inclusão de profissionais e conhecimentos do campo das ciências sociais e humanas nesse tipo de trabalho contribui para os questionamentos ao modelo biomédico. Entretanto, os apontamentos de Mendes-Gonçalves (1994) de que em momentos de maior conflito entre esses referenciais o modelo biomédico se impõe, parece ser verdadeiro. Seja pelo limite de desenvolver práticas intersetoriais, seja pelos "modos de operar" as práticas historicamente conformados, apesar de perceber as necessidades de maneira ampliada, as intervenções, não raras vezes, mantêm-se no nível da apreensão individual e anatomofisiológica. Contribuem para isso os interesses dos vários atores que interferem sobre o setor (CMI, CMF, indústria farmacêutica). A consequência desse processo é a adesão a práticas que reforçam a medicalização social, a tutela, e a assunção, por parte dos trabalhadores de uma postura de autoridade perante os usuários. A saída desse processo, ao nosso ver, passa, necessariamente, pela coletivização dos problemas da assistência com a participação dos usuários.

Temos observado uma tendência dos trabalhadores a identificarem-se com as políticas da gestão e do Estado ante os usuários. Isso gera maior barreira no contato com a população atendida e mobiliza agressividade direcionada aos profissionais. Desmontar esse mecanismo é fundamental para a construção do que Franco e Merhy (2013) chamam de mecanismos instituintes. Essas práticas não resolvem os problemas objetivos dos serviços e do sistema de saúde, mas abrem a possibilidade de construir com os usuários processos de participação e mobilização mais efetivas, desvelando os processos de alienação e desumanização a que os trabalhadores de saúde, também estão submetidos. A internalização do modelo biomédico pelos trabalhadores reforça a postura de autoridade perante os usuários que é contraproducente no trabalho com grupos, no sentido de produzir coletividade.

Sobre o impacto da reestruturação produtiva no trabalho com grupos:

1) As formas de gestão e organização do trabalho têm importantes influências sobre os modos de articulação das tecnologias e dos modelos de atenção. Sob a influência do atual regime de acumulação flexível do capital ou reestruturação produtiva, o trabalho em saúde nos serviços públicos de saúde mental, ainda que, com particularidades, tem sido afetado pelo aumento da terceirização, da intensificação e da sobrecarga dos trabalhadores. Nessas condições, o processo de trabalho é tensionado à maior fragmentação das ações, com a consequente redução da integralidade do cuidado sobre o objeto. Essas determinações se fazem sentir em diversos fatores, dos quais destacamos:

- No trabalho dos técnicos de referência, cuja diversificação da atividade pode produzir desespecialização e relativização da divisão técnica do trabalho, contribuindo para a apreensão mais ampla da totalidade do objeto. Sob condições de intensificação e maior fragmentação do trabalho das equipes, no entanto, essa função pode se aproximar da polivalência toyotista, com o acúmulo de tarefas multiparcelares, previamente racionalizadas, não avançando na integralidade do cuidado. Tomada desse modo, a desespecialização produz um acento maior na responsabilização individual dos trabalhadores e os usuários se convertem em metas a serem atingidas. Retorna-se, assim, à lógica ambulatorial de atendimento, reforçando os encaminhamentos e a desresponsabilização coletiva pelo cuidado, acompanhada do rebaixamento dos critérios técnicos e da simplificação das ferramentas tecnológicas utilizadas.
- Para além dos ataques do modelo biomédico clássico dirigido à reversão da reforma psiquiátrica como política social, as atuais formas de gestão e organização do trabalho têm se apresentado junto com o risco de refuncionalização dos conceitos e práticas do modelo de atenção psicossocial em favor de práticas biomédicas, contribuindo para um neoconservadorismo de base gerencial nos serviços de saúde mental. Isso se dá com o envolvimento dos trabalhadores, já que os objetivos de gestão e trabalhadores, parecem comuns, sob o rótulo de “psicossociais”. A inclusão de interesses discrepantes no plano formal abstrato do modelo psicossocial, produz formas sofisticadas de gerenciamento, controle e cooptação que mantêm a hegemonia do modelo biomédico no âmbito das práticas e contribui para inverter as finalidades do cuidado em favor dos interesses institucionais e em detrimento das necessidades em

saúde dos usuários. Essa operação resulta facilitada pelo ecletismo teórico-metodológico do campo político que deu sustentação ao modelo psicossocial, bem como pelo arrefecimento do movimento da luta antimanicomial como movimento social que aglutina e coloca em luta trabalhadores, usuários e familiares.

- A subordinação do cuidado a uma lógica administrativa e gerencial, também tem influenciado a utilização das tecnologias leves ou relacionais que deveriam concorrer para a concretização de uma proposta de cuidado integral. Em situações de intensificação do trabalho e de falta de recursos, o acolhimento e a co-responsabilização, que são prerrogativas do modelo da *clínica ampliada*, podem levar a autonomia necessária à construção dos projetos terapêuticos a ser utilizada em favor da flexibilização do trabalho nos moldes multiparcelar, assim como reforçar a responsabilização e culpabilização individual dos trabalhadores pelas faltas de recursos e estrutura existentes no processo de trabalho. Essa operação, por sua vez, é facilitada pela ênfase que os referenciais da clínica ampliada dão ao que chamam de "dimensão micropolítica" do trabalho, obnubilando as determinações estruturais e organizacionais que precarizam as condições de produção do cuidado.

- Com a intensificação e risco de polivalência, o trabalho em equipe (em grupo) tende, contraditoriamente, à fragmentação e ao reforço de uma sociabilidade privada, que se mostra na competitividade entre equipes, no aumento da vigilância entre pares, no incentivo ao empreendedorismo de si e no deslocamento de tarefas para a esfera privada, já que a intensificação impede o planejamento e avaliação das atividades no espaço e tempo do trabalho. As condições de trabalho em miniequipes, com número reduzido de profissionais, falta de estrutura e materiais para o trabalho, mudanças de gestão e falta de respaldo sindical e de organização, expressam-se na sensação generalizada de sobrecarga e contribuem para processos de vulnerabilização e adoecimento dos trabalhadores. O enfraquecimento do debate coletivo sobre o projeto terapêutico do serviço e da rede contribui para o deslocamento das divergências político-técnicas para o plano das relações pessoais, acentuando ainda mais, a concorrência e o individualismo. Embora o trabalho em equipe não fosse nosso principal objeto de estudo, há uma intersecção entre ele e o trabalho com os grupos de usuários que impacta no estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e co-responsabilidade com a população atendida (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

- A orientação do processo de trabalho para a demanda e a perseguição de resultados imediatos tensiona o trabalho com grupos a se constituir numa tecnologia de baixo custo com feições racionalizadoras. Essa orientação centraliza o cuidado no acolhimento de novos casos e atenção à crise, preterindo as ações e práticas do cuidado longitudinal, entre elas, o trabalho com grupos. Há o risco, nesses casos, de o trabalho com grupos ser orientado por concepções funcionalistas, pragmáticas e utilitárias, conformando um modelo assistencial e de monitoramento, com poucas condições para a produção de grupalidade e o aprofundamento do trabalho. Sob a defesa de atender mais pessoas, pode-se precarizar o trabalho com grupos, produzir a rotatividade que impede a grupalização e se descaracterizar os serviços que se pretendiam de base territorial. A produção de grupalidade e coletividade figura nessa tensão como contratendência que continua a apontar sua potência de transformação. Sua restrição ao âmbito dos serviços, entretanto, gera dificuldades para altas e para o fortalecimento dos indivíduos e grupos comunitários que poderiam contribuir para a superação das obstruções aos modos de andar a vida.

Sobre os grupos:

1) A incorporação da técnica dentro do cuidado está relacionada com "a quem" são prestados os cuidados e quem pode arcar com os custos das técnicas. Defendemos sua potencialidade, mas é preciso considerar as possibilidades de seu uso para racionamento de custos no processo. A individualização do cuidado, dominante nas relações capitalistas atuais, faz com que as técnicas grupais sejam em sua maior parte aplicadas à classe trabalhadora em seus extratos mais empobrecidos, enquanto os trabalhadores com maior poder de compra e a burguesia fruem de um cuidado individualizado e com maior acesso a outras técnicas e tecnologias. Há o risco nesse processo de o trabalhador de saúde constituir-se no polo de controle e tutela. Ao não dominarem a técnica e não terem espaço no processo de trabalho para seu planejamento e avaliação, o cuidado grupal vai se confirmando como uma técnica que corporifica pouco conhecimento, atingindo poucos resultados em relação aos seus resultados potenciais, e submetida a linhas de força que a mantém no âmbito do controle e da tutela. No polo contrário, os trabalhadores podem reconhecer seu objeto de trabalho como sujeitos buscando maiores graus de autonomia em seus modos de andar a vida.

Há um caráter contraditório na atuação em saúde no interior do Estado, dado por sua finalidade social disputada por distintos interesses. Podendo contribuir com a autonomia dos sujeitos e a produção de modos de andar a vida mais emancipatórios, ou reforçando a normatização e medicalização social que, em última instância, contribuem para a reprodução das explicações individualizadas dos fenômenos sociais e reforçam desigualdades e opressões.

2) O trabalho com grupos não é sinônimo de produção de grupalidade. Os meios de trabalho utilizados pelos agentes não são neutros e dependem do contexto da produção e dos conhecimentos/saberes que orientam sua instrumentalização. A disputa de concepções entre o trabalho com grupos e a produção de grupalidade no interior da reforma psiquiátrica brasileira tem sido afetada pela reestruturação produtiva que fortalece o trabalho em equipe (trabalho em grupo) subordinado a uma lógica administrativa e gerencial, produzindo, contraditoriamente, uma sociabilidade cada vez mais privada. A produção de grupalidade, nesse sentido, seria uma contratendência do movimento mais geral de universalização do valor de troca e da forma mercadoria.

3) O trabalho com grupos não é, em essência, preventivista nem psicossocial. Embora em potência seja mais afeito ao polo coletivo do que individual (mais do que outras tecnologias de intervenção individual). Traz a possibilidade de produzir identificação e tomada de consciência sobre a contraditória realidade; principalmente quando se dirige para a produção de grupalidade, enquanto finalidade. A mediação grupal que toma para si a finalidade de produção de grupalidade, age em sentido contrário às tendências individualistas e de produção de práticas tutelares.

4) O trabalho com grupos apareceu na pesquisa como espaços de maior reflexividade dos profissionais e submetido a menores padronizações. Os relatos identificam uma relação mais próxima com a apreensão das necessidades dos usuários de maneira ampliada e também, a possibilidade de redirecionamento das atividades grupais para atender com maior agilidade as necessidades identificadas. Não obstante, sob condições de intensificação, essas se mostraram as primeiras atividades a serem reduzidas, com o consequente estreitamento da diversidade de ofertas terapêuticas, necessárias à singularização do cuidado pretendida pelas equipes.

5) Há uma disputa de modelos de atenção entre o modelo biomédico (que ganha contornos preventivistas) e o modelo psicossocial (com influência da desinstitucionalização italiana). O trabalho com grupos como ferramenta tecnológica de intervenção com coletividades reapresenta essa disputa no campo das práticas. Parte de um modelo coletivista e que insere o social no âmbito das práticas em saúde hegemonicamente individualizantes, mas não deixa de ser afetado pelo modelo hegemônico, podendo se apresentar como um modelo individualizante e racionalizador.

Quando influenciado pelo modelo psicossocial, pode, no entanto, tensionar o cotidiano das práticas, reinserindo a totalidade da existência-sofrimento dos sujeitos. Como produção e consumo das práticas em saúde ocorre no mesmo espaço e tempo, os agentes do trabalho se deparam com transformações das histórias individuais, mas, ao mesmo tempo, com as limitações do modelo de atenção na transformação das condições de vida dos usuários. Percebem as limitações do modelo biomédico em produzir mudanças nos modos de andar a vida das coletividades. Mas, modelo psicossocial, como afirma Basaglia (1982), apesar de ter criado uma fratura na cultura psiquiátrica, em países em que não esteja resolvida a questão do pleno emprego, é uma ilusão técnica. Isso porque, sob o capitalismo, o acesso aos objetos culturais que levem ao processo de humanização, de desenvolvimento humano, se dá com a mediação do dinheiro, que é obtido em troca da venda da força de trabalho. Assim, se há desemprego, uma parcela da população terá acesso precário a esses objetos culturais. Claro que, diante do histórico de segregação e incapacidade impostos aos doentes mentais, esses estarão entre aqueles que constituem o exército industrial de reserva, já que, em caso de necessidade, sua força de trabalho precisa ser 'reabilitada antes de ser usada' pelo capital.

6) Iniciativas de formação dos profissionais por parte do Estado, quando existiram, estiveram restritas a grupos de ajuda mútua. O problema não são os grupos autogestionários ou os grupos de suporte mútuo, que podem se constituir em espaços de apoio, formação de identidade e produção de subjetividade. O problema é a restrição das iniciativas estatais a isso, quando os profissionais do Estado têm necessidades de formação e direcionamentos dessas práticas. A produção dos grupos nos serviços pode se dar, inclusive, com o objetivo de ocorrer para além do serviço, transbordando para o território.

Há nesses casos, reflexão teórica que ajuda a produzir e problematizar o lugar do profissional, que pode favorecer esse processo de autonomia e desenvolvimento do grupo. Os grupos autogestionários, por outro lado, podem surgir fora dos serviços e, quando aparecem no

seu interior e os profissionais não têm reflexão sobre seu papel, a atuação pode caminhar, inclusive, na direção contrária, de produzir maior dependência do profissional.

A tensão entre modelo asilar e modelo psicossocial também se expressa, a nosso ver, na tendência dos grupos se “fecharem”/restringirem ao interior dos serviços, tornando-se mais uma atividade na “grade horária”. O serviço pode se tornar uma referência para o usuário, mas as pessoas com as quais se relacionam, podem não se constituir em referências. Os vínculos se deslocam das pessoas para a instituição e os grupos vão sendo tomados como "conjunto de atividades a serem cumpridas".

Em relação aos grupos de ajuda mútua, é preciso considerar, que não são homogêneos, de maneira que podem operar na lógica biomédica ou alternativa a ela. A perspectiva religiosa ou patologizadora de alguns grupos de suporte mútuo é bem diferente de experiências que começam a aparecer com mais frequência no Brasil inspiradas nos movimentos internacionais de *peer support* e de *recovery*. Os grupos de "ouvidores de vozes", por exemplo, partem do princípio de que elas não se configuram, necessariamente, como sintomas e direcionam seu trabalho no sentido da despatologização e do diálogo. Dessa forma, trabalham para a compreensão das vozes na história de vida e para a recuperação das potências dos sujeitos para além de vê-los em sua dimensão aparential como sintomas. Perspectiva que difere em muito dos grupos de Alcoólicos Anônimos, que partem do reconhecimento da doença e da impotência do sujeito diante dela, além de partir de uma perspectiva religiosa.

7) A tendência do modo de produção em seu momento atual é de desenvolver valores individualistas e competitivos, dificultando a construção de relações cooperativas, tanto na equipe de trabalho quanto entre os usuários. Embora se apresente como tendencial, não é unívoco. Os relatos do trabalho com grupos mostram a potência do trabalho coletivo, desenvolvendo-se no sentido da produção de grupalidade, mesmo quando esta finalidade não está presente no discurso dos agentes. A produção de grupalidade constitui-se numa contratendência imprescindível para qualquer trabalho que se oriente na direção de um projeto de "defesa da vida".

8) Os grupos aparecem como meio de trabalho dos agentes na saúde mental. Na concepção histórico-dialética que concebe os grupos como processo grupal, há a finalidade de produzir grupalidade e o grupo pode aparecer também, como produto do trabalho dos agentes. Na medida em que se produz uma atividade em comum e finalidades que canalizam motivos e

objetivos comuns dos participantes, uma das finalidades do trabalho está sendo atingida e a própria existência e continuidade do grupo, resulta como um dos produtos da atividade. Se isso ocorre o grupo existe, independentemente dos técnicos e como um processo, com sua própria historicidade.

Na análise de Castellhanos Noda (2002), o grupo pode ser tomado como sujeito da atividade do próprio grupo. Aí já não estamos falando somente do agente como sujeito da atividade de trabalho em saúde, mas do grupo como sujeito da atividade grupal. Nesse sentido, o grupo pode se converter de meio em processo, produto e sujeito da atividade.

* * *

O cotidiano dos CAPS se mostrou como espaço de disputa, permeado de práticas que facilitam a integralidade do cuidado, a atenção às necessidades de saúde ampliadas, e o maior planejamento e coordenação de ações coletivas e eficazes pautadas no desenvolvimento humano, visto serem os serviços públicos espaços que permitem relativa fuga em relação à lógica do lucro. Nesses serviços, a possibilidade de avançar em relação a uma assistência universalizante e equitativa é maior do que nos serviços privados, permitindo a construção de experiências que acumulam para a superação da racionalidade privatista dominante.

Ao mesmo tempo, e no mesmo movimento, esses serviços mostraram-se, também, constantemente tensionados por práticas que reforçam o modelo biomédico, a individualização das intervenções, a objetivação e homogeneização nos diagnósticos e a responsabilização individual dos trabalhadores pelo cuidado. Como a construção das políticas de saúde mental se deu em contexto de implantação de políticas neoliberais, seus limites são bastante evidentes, asseverados pelas tendências sociais dominantes que restringem a autonomia dos trabalhadores nos limites impostos pelos modelos gerenciais e justapõem a singularização do cuidado ao discurso da inovação, que marginaliza a escassez de recursos territoriais e de condições concretas para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

A disputa entre esses interesses reaparece na dimensão particular dos modelos de atenção em saúde mental, que, ao serem tratados apenas como diferenças técnicas, obliteram os interesses políticos e sociais em luta e desistoricizam a luta pela assistência em saúde, contribuindo para a naturalização das respostas biomédicas e das opções gerenciais, favorecendo o avanço das forças privatistas. Dessa forma, há o risco de o modelo psicossocial ser descaracterizado e ter seus objetivos reduzidos ao âmbito da mudança dos serviços,

oferecendo menor resistência à mercantilização da saúde e à apropriação dos fundos públicos pela iniciativa privada.

No processo da pesquisa, as contradições no cotidiano dos serviços só foram possíveis de serem apreendidas pelas mediações teóricas que permitiram a percepção da dimensão abstrata dos modelos de atenção e dos modos de gestão e organização do trabalho, como mediações particulares importantes na determinação dos modos de operar o trabalho com grupos. Por esse percurso foi possível construir a tese de que o trabalho com grupo, na disputa de modelos de atenção em saúde mental, no atual momento da reforma psiquiátrica brasileira, tem sido instrumentalizado em favor de práticas biomédicas, seja pelo fortalecimento do modelo biomédico nas políticas de saúde mental, seja pela refuncionalização de conceitos e práticas do modelo psicossocial sob parâmetros administrativos e gerenciais que subvertem as finalidades do cuidado, em favor das necessidades do capital mediadas pelas instituições.

Por fim, ainda que nosso estudo tenha focalizado o âmbito dos serviços públicos de saúde mental, uma ressalva se faz necessária: é preciso considerar que no atual momento de desenvolvimento do capitalismo, grande parte das necessidades em saúde mental da população não estão concentradas e direcionadas para os serviços especializados. Assim como as investidas do capital no campo da saúde passaram pela reinvenção de mecanismos, com a utilização do terceiro setor e da participação social como elementos intermediários da orientação de privatização e terceirização, no campo teórico, a resposta aos sofrimentos gerados pela exploração, desigualdade social, opressões de várias ordens e seus efeitos, também têm sido sofisticadas com mecanismos que continuam produzindo individualização das intervenções e renovando os fundamentos do modelo biomédico.

O impacto que a medicalização social tem na capilarização das formas de controle, na individualização das formas de vivência do sofrimento, mas também na conformação dos serviços e das formas terapêuticas, não é pequeno e não pode ser subestimado. Essas respostas ganham cada vez maior legitimidade nos serviços, que retomam a lógica da organização pela demanda, da normatização social e das ações e práticas de saúde que se voltam para comportamentos e problemas sociais e existenciais (revestidos, não raras vezes, por discursos cientificistas que incluem o foco em evidências científicas, no risco e nos estilos de vida individuais, abstraindo ou diluindo as determinações sociais em meio a determinantes tão fragmentados e pouco hierarquizados que não podem ser conhecidos). Visto desde a ótica da saúde mental, os impactos das novas formas de produção e reprodução da vida (sob velhas formas de exploração e aumento da mais-valia) têm produzido, em nosso entendimento,

modificações drásticas na estruturação dos serviços, bem como nas demandas que até eles chegam.

Em “Estou me guardando para quando o carnaval chegar”, documentário lançado no ano de 2019, o diretor Marcelo Gomes mostra o cotidiano de Toritama, cidade do agreste pernambucano transformada pela produção capitalista de *jeans*, realizada em pequenas facções²³⁰ domiciliares. As imagens do filme chocam pela revelação de que o município de 44 mil habitantes se tornou uma “fábrica a céu aberto”. De forma análoga, guardadas as devidas proporções, a psiquiatrização da vida cotidiana, combatida pelo movimento antimanicomial não passa somente pelos serviços de atenção à saúde mental. Os números da indústria farmacêutica são impressionantes e revelam, da infância à velhice, um mercado consumidor que, se fosse possível identificar e mostrar por imagem aérea, certamente chocaria pela visão renovada de um “manicômio a céu aberto”.

Os desafios atuais do movimento antimanicomial, embora em essência sejam os mesmos (afirmação da determinação social do processo saúde-doença, luta pelo reconhecimento dos sujeitos e não da doença, contra a mercantilização da doença e contra a psiquiatrização e normalização da vida social) renovam-se na mesma medida em que avançam as formas de dominação capitalista, não se restringindo aos serviços de saúde, mas transbordando para os demais espaços da vida social, agravados pela individualização exacerbada que conserva grande parte das expressões de sofrimento no espaço domiciliar privado, remediado e contido pelos produtos da indústria farmacêutica. Desafios que são agravados também pela privatização dos espaços sociais, que retrai os espaços públicos e as formas comunitárias e coletivas de vivência da vida social, seus dramas e sofrimentos, relegando à limitada vida individual a vivência e a resolução de conflitos produzidos por uma existência cada vez mais acelerada, imediatista e sem espaços de descanso.

Ainda que a luta contra o manicômio se mantenha, infelizmente, atual. Ainda que a luta contra a manicomialização dos serviços territoriais se mantenha atual. Ainda que se mantenha atual o combate às novas formas de mercantilização da loucura constituída pelas comunidades terapêuticas, a vitória do modelo biomédico de explicação tem se dado nesses terrenos, mas se reproduzido com efetividade no terreno da vida cotidiana e da consciência individual, sob a luz de ideologias que universalizam explicações particulares, ao mesmo tempo que nos tornam cada vez mais particularizados em nossas vivências.

²³⁰ O termo facção aqui se refere às confecções que não têm marcas próprias e serviços de distribuição, prestando serviço para outras indústrias e confecções de maneira terceirizada.

A retomada da concepção de processo grupal, que se mostrou ausente no campo de estudo, permite pensar os processos de grupalização e coletividade para além dos serviços, articulados aos territórios de vida da população, contribuindo para a crítica e superação dos processos alienadores. Um pequeno, mas ainda necessário, passo na direção da crítica e superação de processos que só podem ser enfrentados pelo engajamento em ações coletivas e organizadas que se dirijam ao combate das condições objetivas que produzem a miséria, a desigualdade e as formas ideológicas de consciência que reproduzem e sustentam os processos de alienação.

Mais do que nunca, qualquer resposta antimanicomial que não se vincule às lutas gerais da classe trabalhadora contra a exploração, as formas de opressão e as precárias condições de vida, está, nesse contexto, fadada à transformações mais ou menos cosméticas na forma de organização dos serviços por onde não passam a maior parte das necessidades em saúde mental da população, contribuindo para a manutenção da ordem e renovando as finalidades históricas da psiquiatria na gestão da força de trabalho e no controle das populações.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, A. A.; MARTINS, L. M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, p. 313-325, 2007.
- ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre educação**. Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 155-175, jan./abr. 2014.
- ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos de humor**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.
- ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate**, (58) 25, p.26-34, 2001.
- ANDALÓ, C. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora, 2006.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- ANTUNES, R.; PINTO, G. A. **A fábrica da educação**: da especialização taylorista à flexibilização fordista. São Paulo: Cortez, 2017.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ASSIS, M. **O alinenista**. Porto Alegre: L&PM, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Elementos históricos e filosóficos para a crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, 27 (2): 133-144, 1993.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec, 2002.

BARRETO, A. P. Ulisses Pernambucano, educador. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.12, n.1, p. 14-17, 1992.

BASAGLIA, F. **Reabilitação e controle social**. 1971. [Basaglia F. Scritti 11(1968-1980): dall'apertura del manicomio all'annua legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale. p. 199-208. Tradução livre por Ana Luisa Aranha e Silva, para fins acadêmicos, de circulação restrita, não autorizada pela editora.]

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a, p. 23-34.

BASAGLIA, F. A utopia da realidade. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b, p. 225-236.

BASAGLIA, F. Loucura/delírio. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005c, p. 259-298.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York – O doente artificial. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005d, p. 151-160.

BASAGLIA, F. Lei e psiquiatria: para uma análise das normas no campo psiquiátrico. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005e, p.299-323.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n. 2, 2004.

BELOTTI, M. et al. Percepções sobre o processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Temas em Psicologia**. v. 25, n. 4, 1547-1557, 2017.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 41-72.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Estratégicas. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno da Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa do direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília, 2016b. 143p.

BRAVERMANN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRECHT, B. **Teatro completo**, em 12 volumes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. v.6.

BREILH, J. **Epidemiología Crítica: ciência emancipadora e interculturalidad**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas do Enfermeiro na Atenção Básica**. 2013. Tese (Livre docência). Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, 14(4): 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E., ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. W. De S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, F. C. B. (org). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 47-57.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1978.

CARDOSO, M. L. **O mito do método**. Trabalho apresentado no Seminário de Metodologia Estatística, realizado na PUC – Rio de Janeiro, 1971.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30 (3): 285-93, 1996.

CARRANO, A. Posfácio: argumentações. In: CARRANO, A. **Canto dos malditos**. Curitiba: Scientia et Labor, 1990.

CARVALHO, B. P. **A Escola de São Paulo de Psicologia Social: uma análise histórica do seu desenvolvimento desde o materialismo histórico-dialético**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CASTELLANOS NODA, A. V. El enfoque histórico-cultural: sus implicaciones para el aprendizaje grupal. **Revista cubana de educación superior**, Universidad de la Habana, vol. XXII, n.3, p. 79-91, 2002.

CHIARIELLO, C. L.; EID, F. Revisando conceitos: polivalência, politécnica e cooperação no debate sobre organização do trabalho. **REED – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**. Araraquara, v.4, n.1, 2011, p. 29-40.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. bras. enf.**, Brasília, v.53, n. spe, p. 143-147, Dec. 2000.

CICARTE. **Breve dicionário marxista de estética**. Buenos Aires: Ediciones DIALECTICA, 1989.

COELHO, D. A. M. Consciência antimanicomial em tempos democrático-populares: caminhos de um movimento. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COIMBRA, C. **Guardiões da Ordem** – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

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

CONTI, L. Estructura social y medicina. In: ALOISI et al. **Medicina y Sociedad**: vários autores. Barcelona: Editorial Fontanella, 1972.

CORAZZA, G. O todo e as partes: uma introdução ao método da economia política. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 26, n. especial. p. 35-50, 1996.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S.; LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Linha Guia da Saúde Mental**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. 108 p.

CUSINATO, C. **Reforma psiquiátrica**: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. 2011. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

DALMASO, A. S. Análise de transformações da técnica em medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, 4(6): 49-60, 2000.

DANTAS, A. V. **Do socialismo à democracia**: tática e estratégia na reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DAVIDOV, V. **La enseñanza escolar y el desarrollo psíquico**. Moscou: Editorial Progreso, 1988.

DELARI JR., A. **Vigotski e a prática do psicólogo**: em percurso da psicologia geral à aplicada. [2ª versão] Mimeo. Umuarama, 2009.

DELARI JR., A. Princípios éticos em Vigotski: perspectivas para a psicologia e a educação. **Nuances**: estudos sobre Educação, Presidente Prudente, SP, v.24, n.1, p.45-63, jan./abr. 2013.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 3, n. 1. p. 53-81, jun. 1998.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa em Saúde Coletiva o Brasil – a década de 70. In: **ABRASCO** (Ed.) Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ. Centro Latinoamericano de Tecnologia Educacional para a Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983. P19-35.

DUARTE, N. **Vigotski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. Campinas: Autores Associados, 2004.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **EducAR**, Curitiba, 24: p. 213-225, 2004.

ENGELS, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: **Karl Marx, Friedrich Engels**: Obras Escolhidas. v.2. São Paulo: Ed. Alfa-Ômega, [19--]. p. 269-280.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. **Cad. CEDES**; 24(62): 64-81, abr. 2004.

FAHR, R. M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, 3:139-62. Jun. 1990.

FERNANDES, L. V. **O processo grupal como resistência ao sofrimento e ao adoecimento docente**: um estudo à luz da perspectiva histórico-dialética. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERNANDES, J.; OLIVEIRA, M. M. de; PEREIRA JÚNIOR, N. Apoio institucional e apoio matricial: encontros e desencontros entre apoio à gestão em saúde e à gestão da clínica. In:

CAMPOS, G. W. de S.; FIGUEIREDO, M. D.; OLIVEIRA, M. M de. **O apoio Paideia e suas rodas**: reflexões sobre práticas em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2017. p. 55-71.

FERNÁNDEZ, A. M. **O campo grupal**: notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. 20(6), p. 1869-1878, 2015.

FONTES, V. **O Brasil e o capital-imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV/ Editora UFRJ, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na Idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

FRANÇA-JÚNIOR, I. Diálogo entre editores científicos em saúde e cientistas que produzem estudos qualitativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1. p. 7-13, jan. 2017.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, vol. 35, n.122, 2010, p. 229-248.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, L. M. de B. **O serviço social na reestruturação produtiva**: espaços, programas, direções e processos do trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2010.

FREITAS, M. F. Q. Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (Org). **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

FURTADO, O.; BRAMBILLA, B. B.; ROSA, E. Z. Da psicologia social comunitária à psicologia nas políticas públicas: contribuições de Sílvia Lane. In: SAWAIA, B. B.; PURIN, G. T. (Orgs.). **Sílvia Lane**: uma obra em movimento. São Paulo: EDUC, 2018. p. 227-247.

GERMER, C. M. A relação abstrato/concreto no método da economia política. In: Corazza G. **Métodos da ciência econômica**. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOIS, C. W. L. **Psicologia comunitária**: atividade e consciência. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GOMES, R. M. **As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006.

GOMES, R. M. **Trabalho médico e alienação**: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/ desumanização do trabalho em saúde. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GOMES, R. M. **Humanização e desumanização no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HEATHER, N. **Perspectivas Radicais em Psicologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004.

IASI, M. L. **As metamorfoses da consciência de classe**: o PT entre a negação e o consentimento. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2006.

IASI, M. L. **O PT e a revolução burguesa no Brasil**. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2AJM60Q>. Acesso em: 20 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://bit.ly/2Y16u5V>. Acesso em: 16 dez. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <https://bit.ly/2Y1fo3g>. Acesso em: 01 ago. 2017.

IPPUC. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **População - análise do censo 2010**. Curitiba, julho de 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3gR2aih>. Acesso em: 01 ago. 2017.

JAMESON, F. **Pós-modernidade e sociedade de consumo**. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, n° 12, pp. 16-26, jun. 1985.

KATZ, C. O enfoque marxista da mudança tecnológica. In: COGGIOLA, O.; KATS, C. **Neoliberalismo ou crise do capital**. São Paulo: Xamã, 1995. p. 9-17.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Vol. 1, n. 1, 2009.

KINOSHITA, R. T. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

KOPNIN, P. V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro:

Civilização Brasileira, 1978.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRAPIVINE, V. **O que é materialismo dialético?** Moscovo: Edições Progresso, 1985.

KUENZER, A. Z. Trabalho e escola: a aprendizagem flexibilizada. **XI Anped Sul** – Reunião Científica Regional da Anped: educação, movimentos sociais e políticas governamentais, UFPR, Curitiba, 24-27 jul. 2016 [Eixo 21 – Educação e trabalho: trabalho encomendado]. Disponível em: <https://bit.ly/2Ucc0kQ>. Acesso em: 02 jan. 2020.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A. **Saúdeloucura**, 4. São Paulo: 1993, p. 155-171.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004a.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004b.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rev Latinoamericana de Salud**. 1982;2:7-25.

LAZARETTI, L. M. **D. B. Elkonin**: vida e obra de um autor da psicologia histórico-cultural. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

LENIN, V. I. **Imperialismo**: fase superior do capitalismo. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LEONTIEV, A. N. Las necesidades y los motivos de la actividad. In: SMIRNOV, A.; LEONTIEV, A. N., *et al*, (orgs.). **Psicologia**: Grijalbo, 1969. p. 341-354.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978a.

LEONTIEV, Aléxis N. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ediciones Ciencias del Hombre, 1978b.

LEONTIEV, Aléxis N. Actividade e consciência. In: MAGALHÃES-VILHENA, Vasco de. **Práxis**: a categoria materialista de prática social. Volume II. Lisboa: Livros Horizonte, 1980. (p. 49-77)

LIMA, K. R. S. O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século. **Katál**, Florianópolis, v.14, n.1, p. 86-94, 2011.

LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Cortez, 2009.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2), 2007, p. 399-407.

LUKÁCS, G. **Estética**: la peculiaridad de lo estético. Vol. 1: Questiones Preliminares y de Principio. Barcelona: Grijalbo, 1967.

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia Geral**: sensações e percepção. v.II. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1979. (Capítulo II, p. 37-44)

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia Geral**. v.I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis* [online]. 1991, vol.1, n.1, p. 77-96.

MACEDO, J. P. et. al. O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.3, p.479-489, jul./set. 2011.

MACHADO, L. R. S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: **Coletânea CBE**. Campinas: Papirus, 1994.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MALAGUTY, S. ROSSLER, J. H. Da essência do trabalho no capitalismo à sua forma histórica contemporânea: contribuições de A. N. Leontiev para o entendimento do sofrimento pelo trabalho. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, n.7, p. 53-75, dez. 2016.

MÁRKUS, G. **Marxismo y "antropología"**. Barcelona: Grijalbo, 1974.

MARTIN-BARÓ, I. Entre el individuo y la sociedade. In: MARTIN-BARÓ, I. **Psicologia social**. San Salvador: UCA Ed., 1982, p. 1-80.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, 1996, 2(1), 7-27.

MARTIN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder**. San Salvador: UCA Editores, 1999.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**, 15 (1), p. 201-217, 2003.

MARTINS, S. T. F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (orgs.) **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 139-154.

MARTINS, S. T. F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Sílvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, 19, Edição especial 2, p. 76-80, 2007.

MARTIN, S. T. F. Psicologia social e psicologia soviética: alguns apontamentos históricos. In: SAWAIA, B. B.; PURIN, G. T. (Orgs.). **Sílvia Lane: uma obra em movimento**. São Paulo: EDUC, 2018. p. 95-117.

MARTINS, L. M. **A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano**. Campinas, SP: Autores Associados, 2007.

MARTINS, L. M. Introdução aos fundamentos epistemológicos da psicologia sócio- histórica. In: MARTINS, L. M. (org.) **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2008.

MARTINS, L. M. **As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico-dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa**. In: 29ª Reunião Anual da ANPED. 2006. Disponível em: <https://goo.gl/rVh7R2>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MARTINS, L. M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica**. Campinas: Autores Associados, 2013.

MARX, K. **Capítulo VI Inédito de O Capital: resultados do processo de produção imediata**. São Paulo: Moraes, 1979.

MARX, K. **Para a Crítica da Economia Política**. [1859]. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARX, K. Teses sobre Feuerbach. In: MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARX, K. O 18 Brumário. In: MARX, K. **O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro I**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004a. (Livro 1, volume 1).

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2004b.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro I**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. (Livro 1, volume 2).

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de

Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/372b4ol>. Acesso em: 20 dez. 2019.

McEWAN, I. **Enduring Love**. New York: Anchor Books, 1999.

MELLO e SILVA, L. Trabalho em grupo e sociabilidade privada. São Paulo: USP, Curso de Pós-Graduação em Sociologia; Ed. 34, 2004.

MELLO e SILVA, L. Trabalho e sociabilidade privada: a exclusão do outro. Um olhar a partir das células de produção. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.21, n.61, p. 147-161, 2006.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Os modelos de atenção à saúde**. Belo Horizonte: mimeo, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR, Série Textos, 1).

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013c.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1. p. 7-13, jan. 2017.

MONTERO, M. **Introducción a la psicología comunitária**: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004.

MORAES, M. C. M. de. Recuo da teoria: dilemas na pesquisa em educação. **Revista Portuguesa de Educação**. Universidade do MinhoBraga, 14(1), pp. 07-25, 2001.

MORAES, R. J. S. de. **Determinação social do consumo de drogas**: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

NEMOV, R. S. Comentarios terminológicos. In: PETROVSKI, A. V. (Org.). **Teoria Psicológica del colectivo**. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1986.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2012.

NUNES; J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implementação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 26 (4), 2016, p. 1213-1232.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 2 v. V.2: Perspectivas, 1991.

OLIVEIRA, B. O conceito de socialização e o desenvolvimento do indivíduo: algumas reflexões. **DOXA: Revista Paulista de Psicologia e Educação**, v.1, n.1, 1995, p.35-62.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs.). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 25-51.

OLIVEIRA, F. M. **Território da vida**: um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

OLIVEIRA, M. M. de; POMPEI, D. S.; SANTOS, J. A. Contexto político e Apoio: possibilidades de coprodução experiências Campinas, Curitiba e Uberlândia. In: CAMPOS, G. W. De S; FIGUEIREDO, M. D.; OLIVEIRA, M. M de. (Orgs.) **O apoio Paideia & suas rodas**. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Nova Iorque: WHO, 1946. Disponível em: <https://bit.ly/3gWHaGQ>. Acesso em: 16 dez. 2019.

PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: **Abrasco**. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, Abrasco, 1982.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuições para a compreensão crítica. Salvador: Edufba; 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. (Série Brasil) [online]. 11-31, 2011.

PALANGANA, I. C. **Individualidade**: afirmação e negação na sociedade capitalista. São Paulo: Summus, 2002.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 362-371, Aug. 2015.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASSOS, I. C. F. Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, p. 21-32, 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. Tese (Livre docência). São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 199-207.

PEIXOTO, M. I. **Arte e grande público**: a distância a ser extinta. Campinas: Auotres Associados, 2003.

PEREIRA, J. M. M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PERNAMBUCANO, U. A ação social do psiquiatra. **Re. Latinoam. Psicop. Fund.** VIII, 1, p. 130-136, 1943/2005.

PETROVSKI, A. V. **Personalidad, actividad y colectividad**. Buenos Aires: Editorial Cartago, 1984.

PETROVSKI, A. V. Surgimiento y esencia del enfoque estratométrico en la psicología del colectivo. In: PETROVSKI, A. V. (Org.). **Teoría psicológica del colectivo**. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1986.

PINHEIRO, F. P. H. A.; BARROS, J. P. B.; COLAÇO, V. F. R. Psicologia Comunitária e técnicas para o trabalho com grupos: contribuições a partir da Teoria Histórico-Cultural. **PSICO**, v. 43, n. 2, p.193-199, 2012.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social – CUT; Annablume, 2008.

PITTA, A. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PMC/SMS. Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria de Saúde de Curitiba. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2UbRqkI>. Acesso em: 01 ago. 2017.

PRESTES, Z. R. **Quando não é quase a mesma coisa**: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil – Repercussões no campo educacional. Brasília, 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de Brasília.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde soc.** [online]. Vol.25, n.2, p. 263-276, 2016.

ROCHA, E. S. S. Contribuições da Fundação Ford à formação e consolidação de campos científicos no Brasil. **InCID: R. Ci. Inf. E Doc.**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 93-117, set. 2016/fev. 2017.

RODRIGUES, D. S.; CARVALHO, M. A. A. S.; XIMENES, V. M. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. **Estud. pesqui. psicol.** [online]. Vol.11, n.3, p. 734-754, 2011.

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

ROSA, E. Z. **Por uma reforma psiquiátrica antimanicomial**: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

ROSAS. P.; ROSAS, A.; Xavier, I.B. Quantos e quem somos. In: Conselho Federal de Psicologia. **Quem é o Psicólogo Brasileiro**. São Paulo: Edicon, 1988, cap 2, p. 32-48.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. [1963] In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 25-82.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, Editora Unesp, Abrasco, 1994.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, M. F. (Org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTIAGO, N. V. **O uso de metodologias ativas na formação do profissional de saúde: uma crítica à luz do materialismo histórico-dialético**. 2019. 94f. Monografia (Especialização), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SANTOS, G. G. *et al.* O Banco Mundial e o neoliberalismo na Brasil: uma ameaça ao Sistema Único de Saúde – SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, v.1, 2017, Campina Grande. Anais... Disponível em: <https://bit.ly/2XyJbkL>. Acesso em: 30 nov. 2019.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARTRE, J. **Entre quatro paredes**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2007.

SAWAIA, B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. (org.) **Psicologia Social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SCHRAIBER, L. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(5): 1467-1473, 2015.

SHUARE, M. **A psicologia soviética: meu olhar**. São Paulo: Terracota editora, 2017.

SCHÜHLI, V. M. **Cronicidade e reabilitação na Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2008. 76f. Monografia (Especialização), Curso de Especialização em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMAN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Rev Psiquiatr RS**. 31(1): 82, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 35, n. 122, 2010, p. 187-191.

SILVA, G. R. Prefácio. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 13-20.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM; J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

SILVEIRA, P. Da alienação ao fetichismo – formas de subjetivação e de objetivação. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (orgs.). **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989. p. 41-76.

SOARES, C. B. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude**: a construção do objeto da pesquisa da saúde coletiva. 2007. Tese (Livre docência). São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

SOARES, C. B.; ÁVILA, L. K.; SALVETTI, M. G. Necessidades de saúde de adolescentes do D. A. Raposo Tavares, SP, referidas à família, escola e bairro. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 10(2), 19-34, 2000.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SOUZA, T. M. dos S. **Emoções e capital**: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista. 353 f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P. F.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **Avances en enfermería**. V.32, n.2, 2014.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 339p.

SPINK, M. J. P. (org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. Brasília: ABEP/MS/OPAS/OMS, 2006. 98p.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**. 27(65): 257-7, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM; J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 287-301.

TERTULIAN, N. **Grande Projeto da Ética**. Ensaios Ad Hominem, 1(1), 1999, p.125-138.

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1. p. 7-13, jan. 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989

VASCONCELOS, E. **The new alienists of the poor: developing community mental health services in Brazil: 1978-1989**. PhD Thesis. London School of Economics; 1992.

VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil das últimas duas décadas. **Mnemosine**, v.1, n.0, p.73-90, 2004.

VASCONCELOS, E. M. (coord.). **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Funda Nacional de Saúde, 2013.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciência, Saúde**. v.18, supl.1, p. 35-52, 2011.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 12(2): 375-390, 2002.

VILELA, R. A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes comunitários de Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, vol. 35, n. 122, dez. 2010, p. 289-302.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VIGOTSKI, L. S. O significado histórico da crise da psicologia. Uma investigação metodológica. In: VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

VIGOTSKI, L. S. **Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedagogia**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2018.

VYGOTSKI, L. S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: **Obras Escogidas III**. Madrid: Visor Distribuciones, 1931/1995.

VYGOTSKI, L. S. La colectividad como fator de desarrollo del niño deficiente. In: **Obras Escogidas V**. Madrid: Visor Distribuciones, 1931/1997.

VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**. v. III. 2. ed. Madrid: Visor, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000:** health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 9-17, jan./dez. 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZEIGARNIK, B. V. **Psicopatología**. Madrid: Akal, 1981.

ZIMERMAN, G. I. Grupo com idosos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionários)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa

RESOLUÇÃO 466/2012

(participante maior de 18 anos)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o trabalho com grupos no contexto das políticas públicas brasileiras de saúde mental”**, que será desenvolvida por Vitor Marcel Schühli, psicólogo e aluno regular do doutorado no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, e pela Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin, orientadora do estudo. O projeto tem a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba como instituição co-participante.

O sr(a) foi convidado(a) a participar dessa pesquisa por ser trabalhador(a) de Centro de Atenção Psicossocial e ter entre as atribuições de seu trabalho a realização de grupos com os usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

O sr(a) participará da primeira fase da pesquisa respondendo a um questionário sobre sua formação, atuação profissional e rotina de trabalho. Esses dados auxiliarão na caracterização do local da pesquisa, na identificação de dificuldades dos profissionais de saúde mental no trabalho com grupos e na compreensão do papel dos grupos no processo de trabalho em saúde mental. Esses dados serão complementados com observações participantes.

É garantido total sigilo dos seus dados pessoais, sendo a divulgação dos resultados realizada para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução em trabalhos científicos.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por 05 (cinco) anos.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, os responsáveis estão disponíveis para prestar todos os esclarecimentos necessários²³¹. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e

²³¹ Vitor Marcel Schühli (responsável pela pesquisa) – Praça Santos Andrade, 50, primeiro andar, sala 214 – Curitiba – Paraná. – Email: vitorschuhli@yahoo.com.br Telefone: XXXXXXXXXXXX.
Sueli Terezinha Ferrero Martin (orientadora da pesquisa) – Rua XXXXXXXXXXXX – Botucatu/SP – Email: sueliterezinha@yahoo.com.br - Telefone: XXXXXXXXXXXX.

das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pelo email ética@sms.curitiba.pr.gov.br, pelo telefone (41) 3360-4961, ou na Rua Atílio Bório, numero 680, Cristo Rei, Curitiba, Paraná.

Assim, eu _____ RG nº _____ **concordo em participar** da pesquisa “*Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o trabalho com grupos no contexto das políticas públicas brasileiras de saúde mental*”. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Curitiba, ____/____/____.

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal e Entrevistas)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa****RESOLUÇÃO 466/2012****(participante maior de 18 anos)**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o trabalho com grupos no contexto das políticas públicas brasileiras de saúde mental”**, que será desenvolvida por Vitor Marcel Schühli, psicólogo e aluno regular do doutorado no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, e pela Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin, orientadora do estudo. O projeto tem a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba como instituição co-participante.

O sr(a) foi convidado(a) a participar dessa pesquisa por ser trabalhador(a) de Centro de Atenção Psicossocial e ter entre as atribuições de seu trabalho a realização de grupos com os usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

Na primeira parte da pesquisa o(a) senhor(a) participará de grupo focal (podendo variar de duas a três sessões), a fim de identificar as dificuldades dos profissionais de saúde mental no trabalho com grupos. Os dados dessa fase serão complementados com observações participantes e um breve questionário. A segunda fase será composta de entrevistas individuais. Serão 2 a 4 sessões em horários previamente acordados, com algumas perguntas sobre sua formação, processo de trabalho e trabalho com grupos. Poderá ocorrer, ainda, uma terceira fase, com 1 a 2 encontros para discutir os resultados da pesquisa.

Os encontros do grupo focal e as entrevistas serão gravados e transcritos. Esse material ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de que será destruído após o término da pesquisa.

Essa pesquisa busca promover a reflexão sobre os grupos no processo de trabalho em saúde mental no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial.

É garantido total sigilo dos seus dados pessoais, sendo a divulgação dos resultados realizada para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução em trabalhos científicos.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por 05 (cinco) anos.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, os responsáveis estão disponíveis para prestar todos os esclarecimentos necessários²³². Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pelo email etica@sms.curitiba.pr.gov.br, pelo telefone (41) 3360-4961, ou na Rua Atílio Bório, numero 680, Cristo Rei, Curitiba, Paraná.

Assim, eu _____ RG nº _____ **concordo em participar** da pesquisa “*Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o trabalho com grupos no contexto das políticas públicas brasileiras de saúde mental*”. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Curitiba, ____/____/____.

Pesquisador

Participante da Pesquisa

²³² Vitor Marcel Schühli (responsável pela pesquisa) – Praça Santos Andrade, 50, primeiro andar, sala 214 – Curitiba – Paraná. – Email: vitorschuhli@yahoo.com.br Telefone: XXXXXXXXXXXX.
Sueli Terezinha Ferrero Martin (orientadora da pesquisa) – Rua XXXXXXXXXXXX – Botucatu/SP – Email: sueliterezinha@yahoo.com.br - Telefone: XXXXXXXXXXXX.

Apêndice C – Questionário inicial**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

1) Nome: _____

2) Data de nascimento: _____

3) Local de trabalho: _____

4) Formação (curso): _____

5) Instituição e ano de conclusão: _____

6) Formação Complementar (residência, especialização, mestrado, etc.):

7) Instituição e ano de conclusão: _____

8) Outra formação complementar (se houver): _____

9) Instituição e ano de conclusão: _____

10) Há quanto tempo trabalha na Saúde Mental? _____

11) Há quanto tempo trabalha nesse CAPS? _____

12) Já trabalhou em outras instituições de Saúde Mental? Quais e por quanto tempo?

13) Qual sua rotina de trabalho semanal? Que procedimentos e atividades executa?

14) Realiza grupos? () Sim () Não

15) Que tipo de grupos realiza (como caracteriza os grupos que realiza)?

16) Que tipo de atividades realiza em grupos?

17) Quantos grupos realiza em média por semana? Qual a média de usuários em cada grupo?

18) É responsável por quais outras atividades no serviço?

19) É técnico de referência de quantos usuários no serviço?

20) Avalia que tem formação para trabalhar na saúde mental?

21) Sente falta de formação? Para quê?

22) Avalia que tem formação para trabalhar com grupos?

23) Sente falta de formação para o trabalho com grupos? Em que momentos?

24) Utiliza autor(es) ou teoria(s) de referência para orientar sua prática ou reflexão sobre grupos?

Apêndice D – Roteiro do grupo focal

Grupo Focal – Primeira sessão

FUNÇÃO DOS GRUPOS E PAPEL NO PROCESSO DE TRABALHO EM SM

Qual a finalidade do trabalho com grupos no CAPS?

Identificam algum benefício do trabalho com grupos?

Identificam algum prejuízo do trabalho com grupos?

Encontram alguma barreira para realizar o trabalho da forma como gostariam?

Grupo Focal – Segunda sessão

MOTIVAÇÕES, FACILIDADES, DESAFIOS E DIFICULDADES NO TRABALHO COM GRUPOS

Por que fazem grupos?

Em que momentos/situações vocês sentem mais facilidade no trabalho com grupos?

Em que momentos/situações vocês sentem mais dificuldade no trabalho com grupos?

Como são definidas as atividades em grupo que ocorrem no CAPS?

Grupo Focal – Terceira sessão

PAPEL DO TÉCNICO NO GRUPO

Para vocês, o que é mediar um grupo?

Quais as principais atribuições/características de um profissional responsável por um grupo?

Que pensam sobre o formato dos 'grupos de referência'?

Como veem o trabalho generalista do técnico de referência e a relação com a sua especialidade profissional?

Apêndice E – Roteiro das entrevistas**ROTEIRO ENTREVISTAS**

Data: __ / __ / ____

Horário de início: ____:____

Horário e término: ____:____

Local de realização e observações sobre o ambiente:

- Como se deu a sua escolha profissional?
- Como foi o seu processo de formação?
- Teve contato com o trabalho com grupos?
- Cursou disciplinas teóricas sobre o tema?
- Como foi a trajetória profissional pós-formada?
- Como foi o início do trabalho no CAPS?
- Se tivesse que explicar para alguém que não conhece, como explicaria o que é o CAPS?
- Como explicaria a atividade que desempenha?
- Como avalia o processo de trabalho?
- Se pudesse, modificaria algo?
- Qual o espaço dos grupos no processo de trabalho atual?
- Como são definidas as atividades que realizam em grupos?
- Qual acredita ser a sua função no grupo?
- Como vê o papel do Técnico de Referência?
- Como vê seu papel profissional? (relação núcleo/campo)
- Como é trabalhar em equipe?
- Tendo como referência sua prática, qual a experiência mais marcante que teve no trabalho com grupos?
- (caso a anterior seja positiva) Qual a pior experiência que viveu?
- Acredita que desenvolveu alguma capacidade ou habilidade nesse trabalho?
- Recuperar a história de trabalho tendo por eixo a prática com grupos
- Relatar a experiência de cada grupo que realizou (Quais os objetivos? Como manejava? Havia planejamento? O que realizava? Número de usuários em média. Por que acabou?)
- Como caracteriza os grupos que realiza? (oficina/grupo; terapêutico)
- Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?