

MARCELO DALLA VECCHIA

**TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
O PROCESSO GRUPAL COMO UNIDADE DE ANÁLISE DA
DIALÉTICA COOPERAÇÃO-TRABALHO COLETIVO**

Botucatu

2011

MARCELO DALLA VECCHIA

**TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
O PROCESSO GRUPAL COMO UNIDADE DE ANÁLISE DA
DIALÉTICA COOPERAÇÃO-TRABALHO COLETIVO**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sueli Terezinha Ferreira Martins

Botucatu

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Dalla Vecchia, Marcelo.

Trabalho em equipe na atenção primária à saúde : o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo / Marcelo Dalla Vecchia. - Botucatu, 2011

Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Capes: 40600009

1. Cuidados primários de saúde. 2. Psicologia social. 3. Saúde coletiva.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Processo de trabalho em saúde; Processo grupal; Psicologia social; Trabalho em equipe.

*Para Fernanda Márcia,
cujo amor dedicado, generoso e cúmplice
faz calma dos desassossegos maiores.*

*Para Ana,
que, a cada dia que passa,
me dá a oportunidade de ser melhor.*

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Sueli Terezinha, mestre e amiga, pela enorme generosidade, extraordinária paciência e compromisso exemplar, que me ensinaram que a orientação acadêmica é também um trabalho educativo. Nesses mais de dez anos de trabalho conjunto, sua direção e rigor foram guias preciosos na tensa e necessária busca de conciliação entre autonomia e responsabilidade na produção de conhecimento e na vida.

Aos Professores que compuseram a banca do Exame Geral de Qualificação, pelas extraordinárias sugestões, propostas e questionamentos na etapa conclusiva deste trabalho: Ione Morita, Marcos Vieira Silva e Maria Dionísia do Amaral Dias. Em especial à Prof.^a Lília Blima Schraiber, pelo auxílio na obtenção de material bibliográfico imprescindível e pela valiosa interlocução nos rumos finais do trabalho.

Às Professoras e amigas do Grupo de Atuação Docente de “Bases Psicossociais da Prática Médica” do Campus Centro Oeste da UFSJ: Clareci Silva Cardoso, Cláudia Di Lorenzo Oliveira e Denise Alves Guimarães, pelo companheirismo irrepreensível em todos os momentos, e, mais particularmente, nesse período de afastamento parcial para cursar o doutorado. Aos Professores Arnaldo Almeida Rodrigues Júnior, Eduardo Sérgio Silva, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Heloíza Maria de Siqueira Rennó, Janete Ricas, Simone de Araújo Medina Mendonça, Valéria da Conceição Oliveira e Verônica Alcoforado de Miranda, pelo apoio.

Aos participantes e amigos do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública e Saúde Mental, pelas oportunidades coletivas de aprendizagem e discussão: Ana Lúcia Martins Leite, Augusto Sérgio Calile, Ivana Regina Gonçalves, Micaela Vieira Hadida, Pedro Henrique Leonetti Habimorad, Renata Inah Tavares de Lacerda e Rosimeire Aparecida Manoel. Em especial à Íris Pereira Vinha, à Sandra Fogaça Rosa Ribeiro e ao Tiago Rocha Pinto, junto de quem nos uníamos

nos finais de tarde à Prof.^a Sueli Terezinha para entusiasmadas e inesquecíveis discussões sobre saúde mental e saúde da família.

Aos colegas da primeira turma do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, particularmente: Cristiane Lara Mendes Chillof, Fernanda Cristina Manzini e Ludmila Cândida de Braga. Em especial à grande amiga Denise Stefanoni Combinato, com quem compartilhei alguns milhares de quilômetros de estradas nos primeiros anos do curso, pelo apoio, incentivo e inestimável companheirismo em tantas empreitadas conjuntas.

Aos importantes amigos, companheiros de trabalho, interlocutores e conselheiros; fontes de apoio, estímulo, crítica e amizade em diferentes momentos do longo itinerário que culmina nessa tese: Alice Yamashita Prearo, Ana Teresa Spirandelli Cruz, Cássia Marisa Manoel, Célia Regina da Silva, Eliana Goldfarb Cyrino, Flávia Gonçalves da Silva, Helen Isabel de Freitas, Karina Rubia, Lilian Magda de Macedo, Luiz Fernando da Silva, Luzia Tiemi Oikawa, Márcio Ricardo Alves Gouveia, Marco Aurélio Batista de Sousa, Maria Regina Uliana, Nilson Berenchtein Netto, Renata Maria Zanardo Romanholi, Roberto Della Santa Barros, Rodrigo Egydio Barreto, Sandro Henrique Vieira de Almeida, Sílvia Regina Vieira da Silva e Vladimir Eliodoro Costa.

Aos colegas juntos dos quais compusemos a equipe de saúde mental de Botucatu, pelo apoio durante o período inicial do curso de doutorado: Anúncia Heloíza Bortoletto Galiego, Dinair Ferreira Machado, Marcio Pinheiro Machado, Milena Luckesi de Souza, Suraia Alexsandra El Bachá, Tricia Maria Feitosa Floripes, Mariângela de Castro Meneghin, e as então estagiárias (hoje profissionais psicólogas e assistentes sociais): Camila Barbosa Francisco, Luciane Braga Nogueira, Máira Aparecida Soares e Patrícia Aline Murales.

Aos meus ex-alunos do curso de Psicologia da UFMS, Campus de Paranaíba, e aos atuais alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFSJ, Campus

Centro Oeste, porque me ensinaram e me ensinam mais do que aprenderam e aprendem comigo.

Aos eternos corepianos do saudoso “grupo do IV EREP/SP”: Adriana Eiko Matsumoto, Ana Teresa de Castro Bonilha, Andréa Andrade, Dario Teófilo Schezzi, Domenico Uhng Hur, Leandro Gabarra, Letícia Zavitoski Malavolta, Livia Karina de Almeida, Marcelo Gustavo Calegare, Pablo Godoy Castanho, Rodrigo Clemente Ballalai, Simone Gibran Nogueira e Tiago Noel Ribeiro.

Aos Professores do Departamento de Saúde Pública que, direta ou indiretamente, participaram de meu processo de formação nos cursos de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva.

Ao imprescindível apoio técnico da equipe da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, dos funcionários da Biblioteca do Campus de Rubião Junior, e da Biblioteca do Campus Centro Oeste da UFSJ, Campus Centro Oeste, em especial da bibliotecária Élide Xavier da Silva.

Finalmente, à Fernanda Márcia, esposa, companheira e amiga, que animou cada passo trilhado em meu curso de doutorado e na elaboração dessa tese, e por ter trazido à luz nossa Ana, verdadeiro alento nos momentos derradeiros.

Práticas grupais são usualmente desenvolvidas por trabalhadores envolvidos na implantação de ações e serviços de saúde pública. Porém, frequentemente, tais práticas são realizadas com base em referenciais teórico-metodológicos que promovem análises mais restritas à instância imediata das relações intragrupais. As ações e serviços de atenção primária à saúde (APS) têm dentre suas diretrizes organizativas o trabalho em equipe, no qual se expressam processos grupais. Foram investigadas as manifestações da dialética cooperação-trabalho coletivo no processo de trabalho das equipes de APS, recorrendo ao processo grupal como unidade de análise. Foi sistematizada uma proposta histórico-dialética de análise concreta dos processos grupais, particularizada, posteriormente, para o caso do trabalho em equipe na APS. Inicialmente, examinaram-se as mediações constitutivas da formação do ser humano enquanto ser social. Foi apresentada a formulação da dialética cooperação-trabalho coletivo: o primeiro pólo (cooperação) se remete aos fundamentos histórico-ontológicos do trabalho na constituição do ser social do ser humano e o segundo (trabalho coletivo) trata das diversas formas históricas com que se vale da cooperação, constitutiva da sociabilidade do ser humano, na divisão técnica e social do trabalho. A seguir, investigou-se acerca da viabilidade teórica de que, como mediadores da existência social do ser humano, os processos grupais consistam na unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. Posteriormente, particularizou-se essa formulação para o processo de trabalho em saúde com base no referencial teórico-metodológico marxiano. Observou-se que o trabalho em equipe de saúde se apresenta de forma contundente nas propostas de APS e de mudança do modelo de atenção desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro. Essa presença é independente do enfoque de APS, da criação ou não de meios para a integração dessas equipes ao sistema de saúde, de enfrentar ou não a centralidade da racionalidade biomédica, de consistir em uma estratégia para a democratização das ações e serviços ou para a simplificação da assistência e redução de custos com pessoal, ou de ser parte de propostas de mudança que enfatizam o modelo técnico-assistencial ou o modelo de atenção. À guisa de conclusão, analisou-se uma situação singular de trabalho em equipe na APS, valendo-se da construção de um caso, na forma de uma situação-problema. Concluiu-se pela pertinência da proposta de análise concreta do processo grupal desenvolvida. As quatro dimensões delimitadas (atividade, personalidade, poder e identidade) viabilizam maior aproximação da totalidade que compõe as múltiplas mediações e determinações dos processos grupais. A análise do caso ratificou que o processo grupal pode ser considerado unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo e que o processo grupal da equipe da APS é componente ineliminável de seu processo de trabalho. Enfocá-lo consiste um meio para a qualificação não só da gestão do processo de trabalho da equipe, mas também da atenção, da formação e da participação social na saúde, pressupondo a efetiva valorização de espaços coletivos de gestão conjunta do processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Processo de trabalho em saúde; Processo grupal; Psicologia social; Trabalho em equipe.

Group practices are usually performed by agents involved in public health actions and services deployment. However, these practices are frequently based on theoretical and methodological approaches that promote analysis restricted to the immediate dimensions of intragroup relations. The organization of public primary health care (PHC) actions and services include teamwork as an organizational directive, and group processes are part of it. The expressions of the cooperation-collective work dialectic in the work process of PHC teams were investigated, employing the group process as an analysis unit. A historical-dialectical proposition of a concrete analysis of group processes was systematized and, subsequently, particularized to the case of PHC teamwork. First, constitutive mediations regarding the formation of human being as a social being were examined. The cooperation-collective work dialectic formulation was presented: the first pole (cooperation) is related to the historical-ontological foundations of work in the constitution of the social being of human being and the second pole (collective work) is related to the diverse historical forms that cooperation, as a part of human being's sociability, is used as means to the technical and social division of labour. After that, it was investigated the theoretical viability that group processes, as mediations of human being's social existence, consist on the analysis unit of cooperation-collective work dialectic. Thereafter, this formulation was particularized to the health care work process grounded on marxian theoretical-methodological referential. It was observed that health care teamwork shows up substantially in PHC and health care model changing proposals developed in Brazilian Unified Health System. This presence is regardless of the PHC focus, the creation or not of means to the integration of PHC health care teams to the health system, the facing or not of biomedical rationality centeredness, the consisting of a strategy towards the democratization of health care actions and services or towards the simplification of health care and reduction of workforce-related costs, the being part of strategies that aim at changing health care actions or the model of health care. At last, a PHC teamwork case is analyzed by means of the construction of a situational problem. It was possible to note the relevance of developing a concrete analysis' proposition of group process. The four dimensions that were defined (activity, personality, power and identity) make feasible a better approach of the totality that composes the multiple mediations and determinants of group processes. The case analysis confirmed that the group process may be considered an analysis unit of cooperation-collective work dialectic and that PHC teamwork's group process is a component that cannot be suppressed of its work process. The focus on group processes consists on a path towards the qualification of teamwork process' management as much as health care, health workforce education and social engagement in health issues. It assumes the effective encouraging of collective moments for the collaborative management of work process.

Keywords: Group process; Health care work process; Primary health care; Social psychology; Teamwork.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS = Agentes comunitários de saúde
APS = Atenção primária à saúde
BID = Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM = Banco Mundial
CAP = Caixa de Aposentadorias e Pensões
Cebes = Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS = Conferência Nacional de Saúde
Ecro = Esquema conceitual, referencial e operativo
ESF = Estratégia Saúde da Família
HMO = Organização de manutenção da saúde (*Health maintenance organization*)
IAP = Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS = Instituto Nacional da Previdência Social
Ipea = Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS = Lei Orgânica da Saúde
MS = Ministério da Saúde
NOB-SUS = Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS = Organização Mundial da Saúde
Opas = Organização Pan-Americana da Saúde
Pacs = Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Piass = Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB = Política Nacional de Atenção Básica
PPGSC = Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu
Proesf = Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF = Programa de Saúde da Família
RAS = Redes de atenção à saúde
RSB = Reforma Sanitária Brasileira
SUS = Sistema Único de Saúde
UBS = Unidade básica de saúde
Unicef = Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO	1
PARTE I: PROCESSO DE TRABALHO E PROCESSO GRUPAL: MEDIAÇÕES DA ATIVIDADE NA DIALÉTICA COOPERAÇÃO-TRABALHO COLETIVO	24
Capítulo 1: A formação do ser humano como ser social.....	27
Reprodução e produção social do ser humano	27
Alienação da atividade e trabalho alienado.....	33
A teoria marxiana do valor-trabalho e sua vigência	37
A divisão social e técnica do trabalho	44
Consciência, personalidade e afetividade	51
O processo de trabalho e a dialética cooperação-trabalho coletivo	63
Capítulo 2: Mediações da atividade no processo grupal	66
O processo grupal na mediação indivíduo/sociedade.....	66
Algumas distinções semânticas e terminológicas.....	72
Premissas e princípios da análise do processo grupal.....	76
Dimensões do processo grupal.....	89
Atividade.....	92
Personalidade	99
Poder	106
Identidade.....	110
O processo grupal e a dialética cooperação-trabalho coletivo	117
PARTE II: O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO CONTEXTO E PECULIARIDADES DE SEU PROCESSO DE TRABALHO	123
Capítulo 3: O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde	126
Elementos estruturais do processo de trabalho em saúde.....	126
Breve história social do trabalho em saúde.....	133
A reprodução social da saúde	139
A divisão social e técnica do trabalho em saúde.....	143
O processo de trabalho em saúde e a dialética cooperação-trabalho coletivo.....	151
Capítulo 4: O trabalho em equipe na atenção primária à saúde.....	157
Breve histórico das políticas de saúde no Brasil	157
O movimento da reforma sanitária brasileira e o SUS	162
A atenção primária à saúde e suas vertentes	174
Propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.....	181
Desafios do trabalho em equipe na atenção primária à saúde	188
RETOMANDO O CASO DE NARA	199
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	209
REFERÊNCIAS	218

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, tanto no Brasil quanto internacionalmente, têm sido propostas e implementadas políticas públicas de saúde que enfatizam a atenção primária à saúde (APS), sendo também possível notar um renovado interesse pela realização de pesquisas que focalizam o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações nesta área. Esta ênfase sugere uma crescente compreensão de que a APS é uma abordagem fundamental para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Iniciativas recentes que ratificam a relevância da APS para a saúde pública são sinais incontestes desta ênfase. Destacaríamos, neste sentido: (a) a tematização da APS no Relatório Mundial de Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 (WHO, 2008); (b) a realização de seminários comemorativos dos 30 anos da Declaração de Alma-Ata no Brasil e no exterior; (c) a expressiva participação nas Mostras de Produção em Saúde da Família realizadas em nível local, estadual e nacional; (d) as iniciativas de formação de trabalhadores para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que se encontram em andamento e, finalmente, mas não menos importante, (e) a ênfase dada à APS na Portaria que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (MS, 2010).

Apesar da indiscutível pertinência do resgate da defesa por Saúde para Todos no Ano 2000, o processo de avanços e retrocessos na implantação de políticas de APS é significativo. Nesse sentido, podemos afirmar que, até o presente momento, são contestáveis os impactos das propostas de mudança, no sentido da APS, em face do conjunto da produção de ações e serviços de saúde. E isso, inclusive, no tocante à garantia da saúde como direito de todos e dever de Estado, conforme consignado na Lei Orgânica da Saúde (LOS), que seria amplamente favorecida com a concretização dos princípios e diretrizes da APS.

A assistência médica dita *supletiva* (medicina de grupo, empresas de seguro-saúde, cooperativas médicas etc.), o expressivo complexo médico-

industrial privado – cuja ampliação, conforme Vianna (2002), fez emergir um complexo médico-financeiro – e os setores, também, privados, da indústria farmacêutica, têm mantido uma posição privilegiada na assistência à saúde, para muito além da complementaridade legalmente estabelecida na LOS.

Ao mesmo tempo, resultados positivos alcançados pela ESF nos locais em que sua implantação foi mais próxima do ideal interpelam seus opositores, ao notar-se, por exemplo, a repercussão favorável em um indicador de saúde de indiscutível relevância para os níveis de saúde de uma população tal qual a efetiva redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006). Além disso, em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2011), o serviço do SUS mais bem avaliado consiste no trabalho das equipes de Saúde da Família. Dentre os entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum integrante de equipe da ESF, 81% avaliaram o atendimento como bom ou muito bom, ao passo que apenas 5,7% disseram que o atendimento é ruim ou muito ruim.

Ocorre que, no processo de organização das ações e serviços de saúde na APS, mais precisamente, nas unidades básicas de saúde (UBS) com e sem ESF, gestores e trabalhadores invariavelmente se deparam com uma questão fundamental: a composição de um trabalho coletivo e a presença, neste, de processos grupais.

Os pequenos grupos estão presentes em várias circunstâncias do processo de trabalho das equipes que atuam na APS: (a) na própria equipe de saúde, enquanto princípio organizativo da ESF, bem como na existência, em seu interior, de subgrupos ocupacionais formais e informais (equipe de enfermagem, equipe dos agentes comunitários de saúde – ACS, trabalhadores com ensino superior, trabalhadores com ensino médio e técnico etc.); (b) nos grupos de atenção à saúde, estruturados com base em enquadres diversos (grupo de orientação, de educação em saúde, de atividade física, de sala de espera, de acolhimento etc.); (c) nos grupos populacionais, estratificados por critérios demográficos e epidemiológicos para fins de planejamento e programação da atenção à saúde (conforme a exposição a determinados riscos sócio-ambientais ou vulnerabilidade; de acordo com agravos ou patologias previamente

diagnosticados; por gênero, etnia ou orientação sexual, etc.); (d) nos colegiados de gestão da própria equipe e nos colegiados com os quais esta mantém contato e que interferem direta ou indiretamente em seu trabalho cotidiano (conselho municipal de saúde, colegiados intersetoriais etc.); (e) nas famílias adscritas, como grupos sociais que demandam uma abordagem específica, dado que a realização de abordagem familiar é um dos atributos desejáveis da APS como parte da RAS no SUS, etc.

A ubiquidade dos processos grupais se manifesta não só por meio do trabalho em equipe da ESF, mas, também, e de maneira contundente, no dia-a-dia de todas as pessoas. Nossa vida cotidiana se realiza em um grau cada vez maior de interdependência com outros, revelando seu caráter necessariamente grupal, independentemente desta grupalização ser direta ou indireta, intencional ou não-intencional, desejável ou indesejável. Porém, em decorrência de vivermos em um tempo marcado por uma ideologia que enaltece o indivíduo, esta interdependência costuma ser minimizada e tratada como uma dimensão casual da nossa sociabilidade.

Apesar de assistirmos à proliferação e ampla utilização dos grupos enquanto contexto de intervenção, nas mais diversas atividades componentes do processo de trabalho em saúde, não tem sido proporcionalmente alto o investimento na formulação conceitual e teórico-metodológica a respeito dos processos grupais.

De fato, identificar pesquisadores brasileiros preocupados, contemporaneamente, com a questão dos processos grupais, e que produzam sistematicamente investigações visando avançar na formulação teórica na área, é uma comprovação dessa escassez. E isso, inclusive, em um ambiente cuja delimitação disciplinar foi historicamente associada com os grupos, tal qual a Psicologia Social. Neste sentido, nos parece oportuno o investimento na elaboração conceitual tomando-se por bases referenciais que, ao menos tendencialmente, possibilitem maior alcance em extensão e profundidade, extrapolando os limites mais imediatos do pequeno grupo para a abordagem dos processos grupais.

Em outras palavras: notamos um número crescente de práticas grupais desenvolvidas por trabalhadores envolvidos na implementação de ações e serviços de saúde, dentre outras áreas das políticas públicas. Ao mesmo tempo observamos que, frequentemente, os grupos são abordados, quando muito, fazendo-se uso de referenciais que promovem recursos de análise e intervenção restritos à instância mais imediata das relações intragrupais.

Evidentemente, é preciso não incorrer em uma injustiça com pesquisadores e trabalhadores da saúde empenhados em avançar na compreensão das múltiplas determinações e mediações dos processos grupais na constituição dos indivíduos e da sociedade nos particulares contextos em que se inserem. Mesmo assim, ousamos afirmar, ainda que na ausência de evidências de pesquisas mais sistemáticas, que parte importante das práticas grupais desenvolvida no contexto das políticas públicas é notoriamente espontaneísta, imediatista e omissa com relação ao grupo como um problema teórico-conceitual cuja abordagem demanda sua contextualização em uma totalidade concreta.

A proposta apresentada no projeto de pesquisa de doutorado na ocasião do ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu (PPGSC) a contextualizava como um dos subprojetos de um projeto mais geral de pesquisa-ação. Esta pesquisa-ação intitula-se “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto de equipes de Saúde da Família” e é coordenada pela orientadora do presente projeto. As ideias centrais do projeto de doutorado que propusemos foram originadas no decorrer do desenvolvimento do projeto de mestrado, também como parte desse projeto mais geral de pesquisa-ação.

No Curso de Mestrado em Saúde Coletiva no PPGSC desenvolvemos uma “Oficina de Formação em Saúde Mental”. O processo grupal constituído no decorrer dos encontros dessa Oficina, realizada junto de duas equipes de Saúde da Família de um município do interior do Estado de São Paulo, seria analisado

no trabalho de doutoramento. A Oficina teve a coordenação compartilhada com a orientadora do presente trabalho de doutoramento, na ocasião orientadora do trabalho de mestrado. Vale ressaltar que a Oficina foi apenas um dos momentos do trabalho de campo desenvolvido como parte do projeto de pesquisa-ação mais geral.

O projeto de doutorado previa, como ponto de partida, a descrição da origem da proposta da Oficina, seus momentos e desdobramentos. Pretendíamos resgatar um conhecimento crítico produzido no campo da Psicologia Social por referência à questão dos grupos. Assim, desejávamos ampliar recursos de análise e intervenção grupal junto às equipes de Saúde da Família visando aprimorar a compreensão das mediações das práticas grupais na gestão do cuidado e na formação dos profissionais de saúde.

Também tínhamos previsto discutir a respeito de dilemas éticos em pesquisa-ação vivenciados no decorrer desse processo de pesquisa. Tais dilemas foram oriundos dos desafios em permanentemente discutir os processos e produtos tanto da Oficina quanto da pesquisa-ação, em seu conjunto, juntamente da equipe com quem a intervenção se desenvolvia. Ao mesmo tempo, o “Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública e Saúde Mental”, coordenado pela Prof.^a Sueli, ofereceu um ponto de apoio imprescindível para a reflexão acadêmica diante de tais desafios.

O processo grupal da Oficina seria analisado encontro a encontro, pontuando pormenorizadamente seu processo de planejamento, execução e avaliação. As categorias analíticas definidas seriam, então, utilizadas como suporte para a análise empírica dos encontros da Oficina. Em termos metodológicos, no decurso dessa análise, movimentos de síntese seriam apresentados como expressões de tentativas de maior aproximação ao objeto de pesquisa em um sentido que parte do *concreto abstrato*, sua abstração inicial, na direção do *concreto pensado* (MARX, 1857/2000). Buscava-se uma teorização que ultrapassasse o empírico e o senso comum pelo estabelecimento de categorias representativas da totalidade histórico-dialética do processo grupal (LANE, 1994; SILVA; SILVA; MARTINS, 2006; MINAYO, 2008).

Visávamos, assim, estudar a experiência de formação em saúde mental que desenvolvemos junto de uma equipe da ESF, sendo a análise do processo grupal da Oficina o material empírico com o qual pretendíamos delinear tais contribuições. Por meio desta análise desejávamos estabelecer um marco teórico-metodológico viável, factível e aplicável à abordagem do processo grupal na APS. Para o delineamento deste marco, seria imprescindível responder à seguinte questão: quais categorias se mostrariam fundamentais na análise de processos grupais que têm diante de si uma atividade a ser desenvolvida ou em desenvolvimento?

Partimos da necessidade de estabelecer um referencial cuja consistência pudesse favorecer uma coerência interna na delimitação das categorias analíticas de base para a abordagem do processo grupal. Uma experiência prévia de estudos e pesquisas no campo já havia nos indicado a necessidade de avançar na formulação conceitual a respeito da questão do processo grupal dado o referencial do marxismo.

A abordagem histórico-dialética do processo grupal, cujos marcos são um texto publicado em 1984, por Silvia T. M. Lane (1933-2006), e outro publicado em 1989, por Ignacio Martín-Baró (1942-1989), seriam contribuições basilares (LANE, 1994; MARTÍN-BARÓ, 1996). Os estudos sobre a coletividade, desenvolvidos por Arthur V. Petrovski (1924-2006) e colaboradores, e reunidos em uma obra-síntese, também pareciam oferecer um caminho metodologicamente promissor (PETROVSKI, 1984). Não somente, um diálogo com o referencial dos grupos operativos de Enrique Pichón-Rivière (1907-1977) seria fundamental (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005).

Coerentemente com a centralidade da categoria *trabalho* para o pensamento marxista, tendo por referência, especialmente, a formulação marxiana dos elementos estruturais do processo de trabalho, nossas preocupações se deslocaram para recuperar o potencial explicativo da categoria *atividade* da teoria geral da atividade de Alexis N. Leontiev (1903-1979). Os pressupostos metodológicos para a abordagem da atividade mediadora consciente de Lev S. Vigotski (1896-1934) também seriam basilares. Tratava-se, em nosso entendimento, de requisitos para avançar na discussão do lugar da atividade nos

processos grupais, aspecto ressaltado diretamente por Martín-Baró e Petrovski e indiretamente por Lane (por meio da discussão da *participação*) e Pichón-Rivière (via noção de *tarefa*).

Mas não era somente isso, já que nosso trabalho tem como campo de preocupação a APS, mais especificamente, práticas grupais que ocorrem na APS. Assim, seria necessário particularizar a discussão para o trabalho na APS. Isso sugeriu precisar o processo de trabalho em saúde com base em um conjunto de contribuições do campo da Saúde Coletiva, em especial, aquelas que dialogam com a ideia de *organização tecnológica do processo de trabalho em saúde* formulada por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996).

De modo a confluir nossa preocupação a respeito, por um lado, do processo grupal e, por outro, do trabalho em equipe na APS, deduzimos que seria fundamental empregar a categoria marxiana de *trabalho coletivo*. Para isso, antevimos a necessidade de recorrer à discussão da cooperação como base histórico-ontológica da formação do ser social e do trabalho coletivo enquanto expressão historicamente desenvolvida desta cooperação no modo de produção capitalista.

A conclusão deste raciocínio era de que, previamente à análise do processo grupal da “Oficina de Formação em Saúde Mental” precisaríamos, efetivamente, examinar um conjunto de proposições teóricas e conceituais, visando ampliar o escopo da discussão sobre a abordagem dos processos grupais que se dão na APS.

Diante do cronograma estabelecido e do novo panorama apresentado pela amplitude das tarefas que estavam postas, decidimos por restringir o presente trabalho ao momento conceitual e teórico-metodológico. Não obstante, esse novo horizonte de investigação permitiria contribuições que também nos pareceram relevantes aos campos da Saúde Coletiva e Psicologia Social. Mais especificamente, pretendíamos discutir uma particular manifestação das práticas grupais no processo de trabalho em saúde da APS, qual seja, o *trabalho em equipe*.

Previamente à exposição das partes componentes deste trabalho, apresentamos, a seguir, uma narrativa cujo objetivo é realizar uma primeira

aproximação ao nosso problema de pesquisa. A história abaixo, que trataremos por “caso de Nara”¹, visa ressaltar algumas dentre as questões enfrentadas no processo de trabalho das equipes de APS, bem como o caráter grupal de seu trabalho coletivo.

Nara é enfermeira e trabalha em uma UBS, na qual atuam três equipes que operam sob os princípios da ESF, em um município de porte médio do interior do país.

Sua mãe, aposentada, foi auxiliar de Enfermagem, nutrindo um silencioso orgulho pela profissão da filha por se ver refletida na sua escolha profissional. Por anos instrumentou no bloco cirúrgico de um grande hospital da cidade em que mora. Porém, diz nunca ter entendido muito bem o porquê do gosto da filha em trabalhar em “postinho de saúde”... “Coisa da juventude” – pensava – “eu mesma também já fiz um ‘trabalho social’ no começo da minha carreira cuidando de velhinhos no asilo...”

Estimulada pelos professores e pelos preceptores dos estágios na APS durante a graduação, e notando também uma boa oportunidade de trabalho, Nara se interessou e decidiu que iria aprofundar sua formação a respeito da ESF. A ideia do “SUS em construção” a atraía; o brilho nos olhos dos professores mais interessados no campo; a politização e o envolvimento de alguns dos preceptores nessa construção. “Se a ESF é uma boa oportunidade de trabalho, e ao mesmo tempo de atuar em algo que me identifico, porque não me especializar nessa área?” – pensava.

Ainda durante a graduação, Nara fez um curso de atualização em Saúde da Família oferecido por uma escola local de formação de técnicos de Enfermagem. Após concluir a graduação, cursou uma vislumbrada especialização, mas não conseguiu a tão sonhada vaga de trabalho na ESF. Uma vaga para

¹ O nome escolhido é fictício e não guarda relação alguma com pessoas ou profissionais realmente existentes. Qualquer identificação ou semelhança não passará da mais fortuita coincidência. Evidentemente, é possível encontrar semelhanças no que se refere aos problemas vivenciados por trabalhadores que atuam no mesmo contexto do exercício de problematização realizado.

enfermeira foi oferecida em um dos ambulatórios do hospital em que sua mãe se aposentou, e ela trabalhou nesse ambulatório por quase dois anos.

Bons ventos tinham soprado na direção do percurso profissional de Nara: a Prefeitura abriu um processo seletivo para a contratação de enfermeiras para atuarem em UBS com ESF! Ela participou do processo seletivo e foi aprovada. Com isso, saiu do ambulatório, mas continuou fazendo plantões eventuais no hospital que, no mais, eram uma boa complementação de renda.

Nara foi alocada em uma unidade que funcionava há pouco mais de um ano. Via nisso uma oportunidade para construir um trabalho que tivesse “a sua cara” – no município, as enfermeiras coordenavam as equipes de ESF – e, ao mesmo tempo, um imenso desafio, dada sua juventude e pouca experiência.

Nos primeiros dias de trabalho, reuniu-se com os ACS nas idas e vindas das visitas domiciliares; acompanhou-os em visitas; realizou consultas; apresentou-se e conversou longamente com a médica e com o dentista da UBS a respeito das questões mais emergentes da equipe, os problemas de saúde mais prevalentes no território e os dilemas do sistema local de saúde; tomou conhecimento a respeito de como vinha sendo organizado o trabalho dos auxiliares de Enfermagem; trocou ideias e pediu esclarecimentos para o coordenador da ESF no município.

Percebia que a equipe se sobrecarregava com certa ênfase no atendimento individual de situações que, a seu ver, seriam mais bem cuidadas em grupos. Pessoalmente, Nara não se sentia muito preparada para organizar e desenvolver atividades em grupo, já que, durante sua formação, só participou junto dos profissionais que eram os responsáveis pela atividade, sem ter tido oportunidade de coordená-los. Mas também sentia que era seu dever questionar a equipe a respeito e estimulá-los nesse sentido.

Perguntava-se e comentava, nos corredores, com a equipe: “por que não acolher em grupo as pessoas dispostas a enfrentar as dificuldades da necessidade de mudança de estilo de vida por conta de doenças crônicas, notadamente os portadores de hipertensão e diabetes?” “Por que não organizar um grupo de familiares de portadores de sofrimento mental para que eles pudessem trocar entre si as experiências vividas e, então, pensar juntos em formas de enfrentar as

questões que os afligiam?” “Por que a equipe de saúde bucal não era mais sistemática na promoção da prática de escovação e de prevenção de cáries com grupos de crianças na escola?” “Por que nenhum integrante da equipe estava envolvido na promoção da saúde sexual e reprodutiva com jovens, por exemplo, junto de um ativo projeto social do bairro, com tantas preocupações das lideranças comunitárias com a questão da gravidez na adolescência?”

Ao pautar essas inquietações na reunião semanal, vários outros membros da equipe disseram compartilhar de suas preocupações e interesses com relação a investir mais nos grupos. Após uma boa discussão, decidiram agendar data e horário, dentro de mais ou menos quinze dias, para o início de um “grupo de promoção da saúde”, prazo em que todos se mobilizariam em um operativo para viabilizá-lo.

Cartaz na unidade; divulgação em uma rádio com boa audiência na comunidade; bicicleta de som anunciando o evento; convite direcionado à população-alvo pelos ACS; convite nas consultas do médico, enfermeira e dentista; divulgação na “reunião de comunidade” (conselho gestor da unidade de saúde)... Uma grande mobilização aconteceu, de fato!

Resultado: quase 40 presentes, entre pessoas com problemas crônicos de saúde (o público-alvo), seus familiares e acompanhantes. A sala de espera ficou bastante cheia, confirmando o bom trabalho de divulgação realizado e o reconhecimento do trabalho da equipe da ESF pela comunidade.

Uma primeira conversa foi destinada ao esclarecimento da proposta do grupo pela equipe e ao levantamento de interesses dos presentes, visando a um “contrato de trabalho”. Foi combinado que o grupo era um lugar de promoção da saúde e que então “não vale ficar falando só de doença”; que o grupo “não é lugar pra dar lição de moral”; que o grupo “não vai ser igual a grupo de igreja, não vai ser de religião nenhuma”, nas palavras dos presentes. Finalmente, decidiu-se que o encontro seguinte seria para as pessoas se conhecerem mais e para o início efetivo ao grupo. Nara sai bastante satisfeita, radiante!

Os demais profissionais da equipe não viam condições de participar do grupo: pela falta de médicos na ESF, ele estava encarregado de dividir sua jornada de trabalho entre duas das três equipes da UBS; a dentista, por sua vez,

tinha a agenda lotada de atendimentos individuais para os próximos quatro meses. Contudo, Nara pôde contar com duas empenhadas ACS para compor a equipe de coordenação do grupo de promoção da saúde. Uma delas tinha sido membro da associação de moradores do bairro e a outra tinha cursado o magistério há muito tempo atrás, mas ainda tinha muito interesse por atividades educativas.

O grupo funcionou regularmente por mais ou menos seis meses, com encontros a cada duas ou três semanas. As eventuais dificuldades de participação da enfermeira na reunião de planejamento da atividade eram compensadas pela enorme dedicação das duas ACS. As três trabalhavam muito bem juntas no planejamento, organização, execução e avaliação das atividades. Durante a atividade sentiam-se à vontade com os participantes: acolhiam, orientavam, confrontavam, aconselhavam, dialogavam.

As ACS e a enfermeira estavam percebendo que havia um grupo de cinco ou seis pessoas bastante assíduas no grupo de promoção da saúde, enquanto os demais compareciam ocasionalmente, ainda que sempre participassem em torno de dez pessoas. Notaram que este grupo mais “cativo” se beneficiava do grupo como espaço de apoio para suas demandas psicossociais por conta de dificuldades cotidianas em lidar com seu processo saúde-doença.

Como houve uma solução temporária para o problema da jornada de trabalho dividida entre as duas equipes, o médico pôde se dedicar mais à equipe coordenada por Nara e, também, participar do grupo. Ele tinha expectativa de participar desde que o grupo iniciou; porém, não tinha tempo para tomar parte das reuniões de planejamento e entrava no grupo, quase sempre, na meia hora final da atividade.

A presença do médico suscitava nos participantes uma demanda por discutir a medicação em uso. O médico respondia a essa demanda orientando os “participantes-pacientes”: discutia individualmente sobre a posologia, sobre os efeitos colaterais, fazia recomendações... Um tipo paradoxal de consulta em público. Mas isso não havia de ser um problema porque a participação tinha aumentado muito: estavam comparecendo de doze a quinze pessoas em todo encontro!

Mais uma vez ocorreu o problema da falta de médicos, e ele precisou suspender sua participação no grupo. Nara, por sua vez, além de continuar com os plantões no hospital, assumiu uma assessoria técnica na Secretaria Municipal de Saúde junto da gestão da ESF, sem deixar de atuar como enfermeira da equipe. Com isso, foi se sentindo com cada vez menos condições de se dedicar ao grupo.

As ACS passaram a coordenar os encontros praticamente sozinhas, e viram o grupo de promoção da saúde esvaziar-se a cada reunião. Mesmo os cinco ou seis participantes mais “cativos” se reduziram a três ou quatro, e a participação passa a ser quase que exclusivamente deles. Esta situação vinha incomodando alguns integrantes da equipe, já que se tratava de uma adesão baixa, considerando o público potencial para a atividade e o tempo de dedicação exigido para manter o grupo em funcionamento.

Mesmo com outras pautas entendidas como mais urgentes (escala de férias dos auxiliares de enfermagem, escolha de participantes para um curso oferecido pela Secretaria, problemas operacionais no fluxo dos pacientes dentro da UBS), e com o pouco tempo disponível para se reunirem, a situação do grupo é discutida na reunião de equipe. Após um breve debate, Nara sugere o encerramento da atividade, sentindo-se premida pelas circunstâncias e sem recursos para reverter a situação de esvaziamento do grupo de promoção da saúde.

Seria proposto aos participantes remanescentes um encaminhamento ao ambulatório de saúde mental para participarem de terapia de grupo. Mesmo não concordando com a decisão, as duas ACS apenas se entreolharam, não vendo espaço para manifestarem sua discordância.

O insucesso dessa tentativa de implantar um grupo colocou várias questões para Nara que, na verdade, conduziam-na a refletir sobre o trabalho da equipe: “como viabilizar os grupos se não dispomos de condições de prepará-los adequadamente, sem o que se torna impossível mantê-los em funcionamento?” “Como fazer para manter, ampliar e qualificar o trabalho diante da nossa carência de formação para lidar com os grupos?” “Como ver efetividade nas

atividades em grupo quando nossa abordagem clínica enfatiza a doença e o indivíduo?”

Por meio do “caso de Nara” pretendemos problematizar situações fidedignas àquelas vivenciadas por trabalhadores de equipes da APS. Evidentemente, sua verossimilhança precisa ser confrontada com a realidade singular de cada equipe, podendo ou não ser atestada pelo testemunho daqueles atuantes na APS. Entretanto, entendemos que a narrativa fornece elementos para uma aproximação às questões que o presente trabalho aborda, ainda que com todas as limitações advindas de certo recorte, estabelecido, ademais, sobre uma situação hipotética.

Vale ressaltar que, ao problematizar tais questões, não partimos da premissa de que isso assegura a abrangência da totalidade dos problemas do campo. O processo de elaboração do caso – caracterização das personagens, do contexto e do enfoque a certas situações, em suma, toda a narrativa desenvolvida – já pressupõe determinados direcionamentos, ênfases e questionamentos. É neste sentido que se trata de nada mais que uma aproximação às questões às quais nos deteremos no decorrer deste trabalho.

Buscamos transparecer que a intenção da equipe da ESF em desenvolver práticas grupais no cotidiano de sua atividade assistencial não foi o bastante para assegurar sua implantação efetiva no sentido pretendido. Em outras palavras, não se trata exclusivamente de uma questão de “vontade”, “empenho” ou “dedicação”. Tais práticas precisam ser contextualizadas no espaço no qual se constituíram e se constituem determinadas biografias e certo processo de trabalho.

A despeito do lugar-comum de que a grupalização direta se dá desde a mais tenra infância, por meio da família e da escolarização, a biografia de nossa protagonista ressaltou experiências que se apresentaram significativas relacionadas aos grupos: Nara foi tomando consciência de certa adesão ideológica à ideia da ESF desde a graduação e mostrou-se preocupada com o trabalho

coletivo da equipe que coordenaria desde o primeiro dia de trabalho. As duas ACS que a acompanharam na equipe de coordenação do grupo de promoção da saúde tinham experiências prévias como educadora e como líder comunitária e, pela reação diante da decisão de encerramento da atividade, provavelmente teriam insistido um pouco mais na continuidade do grupo se sua posição na equipe fosse outra.

A presença de práticas grupais no trabalho coletivo da APS, acentuada no relato, também pressupõe serem pólos não redutíveis um ao outro. Isso quer dizer que seria reducionismo atribuir os desafios na implantação de práticas grupais na APS unicamente aos problemas da APS, bem como delimitar os problemas enfrentados na APS às dificuldades no estabelecimento de práticas grupais. O complexo de questões enfrentadas na interface destes dois campos é multideterminado, impondo-se um exame mais detido.

Uma primeira questão que chama a atenção na história de Nara é que, apesar da clareza da necessidade de implantação de um grupo voltado para esta população específica e, simultaneamente, dos possíveis benefícios em termos da gestão do trabalho da equipe, Nara entende que sua continuidade foi inviabilizada.

Assim, um dos aspectos do impasse a que chega Nara expressa um problema frequente no cotidiano do processo de trabalho em saúde no SUS e que não se restringe à APS: a constatação da necessidade de planejamento conjunto das práticas grupais (em seu sentido mais amplo) e, simultaneamente, os obstáculos interpostos para este planejamento diante das demais ações abarcadas pelo processo de trabalho em saúde. Como este planejamento é indispensável, e mais decisivo ainda no processo de implantação de práticas grupais, tais obstáculos frustram aqueles interessados em implantá-las.

Frequentemente, o processo de trabalho das equipes da APS leva à secundarização dos espaços de planejamento e discussão coletiva. Estamos nos referindo à necessidade inapelável de participação do conjunto da equipe em tais espaços. Isso requer considerar a articulação das práticas grupais com as demais atividades clínicas como parte daquilo que estamos denominando *planejamento*, e não exclusivamente no sentido do gerenciamento dos insumos e dos recursos

humanos (escalas de férias, requisição de materiais etc.). Ainda que seja inquestionável a importância desse nível gerencial de planejamento, é frequente que a esse nível se restrinja todo o planejamento entendido como necessário.

Com a desconsideração do planejamento, a execução de procedimentos individualizados assume centralidade como a ação que efetivamente objetivaria a competência do trabalhador e realizaria as necessidades de saúde da população adscrita. Especialmente na APS, isso costuma resultar em um processo de trabalho que pouco distingue algumas UBS, quando melhor, de um “ambulatório não-especializado” e, quando pior, de um serviço de pronto-atendimento.

Ao mesmo tempo, com a centralidade na execução de procedimentos, o próprio coordenador da equipe costuma ter dificuldade para deter-se na preparação das reuniões de planejamento. Saliente-se que na ESF e, portanto, como tendência, não há divisão entre funções administrativas e assistenciais entre os trabalhadores de ensino superior, ao menos em tese. Assim, outro aspecto problemático da questão é a condução espontaneísta das reuniões de planejamento, em outras palavras, a impossibilidade de organização destas reuniões. Consequentemente, é comum se alongarem para bem além do necessário, tornando-se ou enfadonhas ou pouco resolutivas.

Além disso, gerir ações e serviços na APS requer a incorporação do componente fundamental da participação popular, demandando a abertura para outros espaços de grupalização. Sem se avançar neste aspecto, o processo de trabalho das equipes da APS configura-se francamente incompatível com os princípios doutrinários do SUS.

Outra parte do complexo de problemas relacionados aos processos grupais consiste em valer-se, no mais das vezes, de pressupostos equivocados sobre suas reais contribuições diante das demais modalidades de intervenção clínica na organização das ações de atenção à saúde pela equipe.

Veja-se, por exemplo, a seguinte situação: no caso da formação continuada do trabalhador, especialmente na apropriação de conteúdos e/ou do desenvolvimento das aptidões relacionados às suas atividades cotidianas, é evidente que são importantes tanto situações individualizadas (por exemplo: o auxiliar de enfermagem aprender diretamente com o enfermeiro a esterilizar um

determinado instrumento) quanto grupais (por exemplo: a equipe aprender coletivamente a utilizar um recurso informatizado para fazer notificações compulsórias). O mesmo pode ser pensado com relação à gestão do trabalho (em especial, no trabalho em equipe) e à participação popular, havendo momentos individuais e grupais também nestas outras duas esferas do processo de trabalho em saúde da APS.

Porém, na organização da oferta de ações clínicas, frequentemente as práticas grupais são concebidas como meios para a racionalização da APS (“atender mais pessoas em menos tempo”) no lugar de considerá-las uma oportunidade para qualificar intervenções com características e necessidades específicas. É preciso reconhecer que, diante do expediente comum de se recorrer às práticas grupais com a expectativa ilusória de “atender mais pessoas ao mesmo tempo”, os motivos que levaram Nara a idealizar o grupo de promoção de saúde fazem parte do rol das honrosas exceções.

Assim, dada a complexidade inerente ao processo de planejamento, execução e avaliação das práticas grupais, os grupos não realizam a intenção de racionalização da assistência. Isso acaba por configurar uma “profecia autorrealizadora”: a equipe não desenvolve práticas grupais (e nem trabalha a si mesma como grupo) porque “não dá certo”, e a reiteração do fracasso nas novas tentativas é sempre uma confirmação dessa impossibilidade.

Isso é sumamente comprovado pelos sucessivos “desmontes” de propostas de práticas grupais de atenção à saúde ainda em seus primeiros meses de funcionamento, mesmo naquelas iniciadas com uma motivação compatível àquela de Nara e de sua equipe de trabalho. Contudo, a preocupação com os grupos é, quando menos, um indicativo de que há algo que a equipe passa a considerar na atenção à saúde para além do indivíduo, com sua doença, em um corpo.

O problema das contribuições específicas das práticas grupais na atenção à saúde é outro aspecto relevante do “caso”. Essa questão está presente na decisão da equipe sobre a suposta inadequação da demanda do núcleo de participantes com o grupo de promoção da saúde, cuja solução é o encaminhamento para outro grupo em outro serviço.

Os extensivos benefícios clínicos das práticas grupais não são dados imediatamente. Diferentemente de intervenções centradas na competência individual do trabalhador, a eficácia clínica decorrente da participação do usuário em grupos de atenção à saúde depende diretamente da articulação das ações dos integrantes da equipe. Com relação a essa articulação, os trabalhadores das equipes de saúde usualmente (a) não se sentem preparados, (b) não dispõem de condições concretas ou (c) não a consideram como parte de suas atribuições.

Discutimos anteriormente que a implementação de práticas grupais exige ao menos alguma possibilidade de dedicação ao planejamento. Posteriormente, isso se desdobra em atividades de acompanhamento, análise e avaliação do processo grupal. Sem esse conjunto mínimo de ações voltadas ao que poderíamos denominar *gestão do processo grupal*, estes têm grande chance de se esvaziar – se não em termos do número de participantes, ao menos quanto ao significado que a atividade pode vir a ter para seus integrantes.

Entendemos que quaisquer expectativas com relação à eficácia clínica das práticas grupais de atenção à saúde são mediadas pela possibilidade de acompanhamento longitudinal do grupo (a rigor, nada muito diferente do desejável com relação à gestão de um caso individual) bem como da sua articulação com as demais ações de atenção à saúde pela equipe.

Outra questão importante consiste nos desafios enfrentados pelas equipes frente à necessidade de problematizar concepções vigentes de processo saúde-doença, o que passa a ser importante, inclusive, para viabilizar as contribuições específicas das práticas grupais. Em outras palavras, trata-se das relações intrínsecas entre uma concepção medicalizante e biomédica de processo saúde-doença e a individualização das demandas trazidas pelos participantes nos grupos de atenção à saúde, perdendo-se de vista a oportunidade de abordar processos grupais relevantes.

O fato de o grupo ocorrer em uma UBS não implica uma ênfase direta e necessária na doença, ou sequer em problemas diretamente relacionados com patologias. Isso é ainda mais evidente quando, idealmente, a oferta deveria contemplar ações voltadas para intervir nas mediações e determinações sociais do processo saúde-doença, ao menos para uma concepção mais abrangente de APS.

No “caso de Nara”, a situação se desdobra na impossibilidade de contextualização, reelaboração e reendereço da demanda, mesmo no decurso de uma atividade que visa à promoção da saúde. O desfecho do caso poderia reforçar a ideia de que o usuário do serviço que frequenta o grupo de modo esporádico “só quer remédio”, “só vem atrás de consulta” ou “só quer saber do médico”. De fato, as pessoas procuram o sistema de saúde oficial em busca de alívio de seu sofrimento, angústia, mal-estar, desconforto. Porém, esse sistema e seus operadores decodificam a demanda apresentada de uma forma primordialmente medicalizada (buscando o diagnóstico de uma hipotética doença) e individualizada (abstraindo o indivíduo do seu contexto).

Como efeito desse processo, a organização da oferta fica centrada nos aspectos biomédicos do processo saúde-doença e na dimensão fisiopatológica individual do adoecimento. Porém, para não se “culpar a vítima” (nem o trabalhador, nem o usuário) é preciso ter em mente que um processo histórico de institucionalização de determinadas práticas de saúde também tem uma parcela importante de contribuição nessa medicalização da demanda.

Dentre outras consequências, a ênfase biomédica produz iatrogenias, gera insatisfação na pessoa que busca assistência, interpõe problemas de comunicação na relação entre trabalhador de saúde e usuário e produz rotinização do trabalho com o consequente esvaziamento de seu conteúdo e significado. Esta ênfase também reserva às práticas grupais um lugar marginal, como ocorrido no “caso de Nara”.

Outra questão importante consiste nas dificuldades em compatibilizar uma racionalidade clínica com a prática grupal, o que requer a consideração das especificidades das suas contribuições. Frequentemente, há uma dicotomização que se apresenta da seguinte forma, e também se expressa no “caso de Nara”: (a) orientar educativamente o indivíduo, por meio do grupo, para a mudança de hábitos, implica abordar o grupo como espaço educativo e, daí, se põe a possibilidade de implementar grupos de promoção da saúde na APS; porém, (b) abordar clinicamente a subjetividade remeteria os participantes ao campo do sofrimento mental, por isso, a única forma de abordar clinicamente os “cativos” seria por meio da terapia de grupo, justificando-se o encaminhamento adotado.

Aqui, a maior responsabilidade por essa dicotomização, incauta a princípio, deve recair sobre os próprios referenciais teórico-metodológicos de abordagem dos processos grupais e suas premissas de base.

Esta questão específica sugere que a abordagem de aspectos subjetivos do processo saúde-doença, ainda que atenta ao ser humano como um “todo biopsicossocial”, pode ser tão reducionista quanto uma abordagem exclusivamente biomédica, centrada no corpo. Corre-se o risco de se recair na denominada *psicologização*, ou seja, a redução de questões psicossociais complexas ao âmbito do indivíduo e/ou aos seus processos subjetivos. Isso requer do trabalhador da área da saúde condições para a apropriação de instrumentos teóricos e técnicos a fim de qualificar o “social”.

Nesse sentido, grandes expectativas têm sido depositadas nas mudanças que vêm sendo gradativamente implementadas na formação técnica e superior e na formação continuada de trabalhadores da saúde. À parte a avaliação do ritmo desta implantação, um conteúdo importante de tais mudanças implica na problematização das concepções vigentes do processo de saúde-doença.

Neste sentido, estágios na APS têm sido valorizados e efetivamente incorporados aos currículos dos cursos técnicos e superiores da área da saúde. Resta questionar: qual é o significado histórico da constatação da imensa distância que nos separa do ideal de equidade em saúde quando mais de 30 anos se passaram desde as recomendações da Declaração de Alma-Ata? Em que medida as recomendações das agências internacionais (Organização Pan-Americana da Saúde – Opas, OMS etc.) coadunam com as especificidades do SUS e da APS historicamente constituída em nosso país? Quais são os determinantes do tipo de visibilidade que se dá a uma “prática inovadora” tal qual o trabalho em equipe diante das outras “inovações tecnológicas” do setor saúde? A APS tem logrado transformações efetivas na concepção de processo saúde-doença com a inovação organizacional do trabalho em equipe de saúde?

Ao abordar o contexto do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, Peduzzi (1998) discute que este se caracteriza por: (a) um modelo assistencial de cunho biomédico, individualista e clínico; (b) um modelo de atenção em confronto entre a defesa por um sistema público, universal,

equânime e integral e um sistema privatista e seletivo; (c) uma articulação frágil entre as ações desenvolvidas por cada serviço e entre serviços; (d) um baixo orçamento público, com terceirização e flexibilização dos vínculos de trabalho; e (e) um acúmulo entre a “velha agenda” (plano de cargos e salários, questões salariais, excesso de burocracia) e a “nova agenda” (flexibilização das relações de trabalho) de questões relacionadas aos recursos humanos em saúde. Nesse sentido, destaca que as modalidades de recomposição viabilizadas por esse contexto são “difícilmente favorecedoras da articulação das ações executadas por profissionais de diferentes áreas e da qualidade de comunicação entre os agentes, e mais favorecedoras da agregação de trabalhos” (p. 87).

Uma análise inicial do “caso de Nara” nos permite observar que o planejamento dos grupos apresenta-se como condição para sua continuidade e manutenção, consistindo também em expressão das possibilidades de envolvimento da equipe de saúde nas práticas grupais, fundamentais na APS. Além disso, o enfoque medicalizante do sofrimento humano também se relaciona com uma formação voltada para um processo de trabalho em saúde cujo contexto reforça uma concepção restritiva do processo saúde-doença que vai de encontro, por sua vez, com aquela requerida para o trabalho em equipe na APS do SUS.

Também notamos que o enfoque reducionista do “social” da abordagem biomédica omite a complexidade, o dinamismo e, portanto, as potencialidades dos processos grupais quando utilizados como recursos de atenção à saúde. Finalmente, a apropriação da aptidão para lidar com grupos e suas especificidades na formação inicial ou continuada do trabalhador da saúde é um requisito fundamental à sua atividade, especialmente na APS.

O “caso de Nara” sugere que o trabalho em equipe na APS é determinado e mediado pelo reconhecimento dos processos grupais presentes na gestão do trabalho, na formação dos trabalhadores e na oferta de ações de atenção de saúde. Ainda que o “caso” não tenha trazido explicitamente esta questão, isso

certamente também interfere na viabilização (ou não) de espaços de participação social.

Procuramos evidenciar que os desafios enfrentados pelos trabalhadores e suas equipes só podem ser compreendidos com sua apropriada contextualização. Em outras palavras: a presença e o sentido que têm (ou podem vir a ter) as práticas grupais na APS encontram-se em estreita relação com a presença e o sentido que tem (ou, identicamente, pode vir a ter) a APS no contexto das políticas de saúde.

Esta análise preliminar nos permite esboçar uma delimitação inicial de nosso problema de pesquisa e indicar algumas contribuições que a presente investigação pretende oferecer. Uma formulação que busque a máxima concisão do nosso objetivo consiste na seguinte: *investigar, por meio do processo grupal como unidade de análise, as manifestações da dialética cooperação-trabalho coletivo no processo de trabalho das equipes da APS.*

Com isso, poderemos indicar elementos que contribuam para a identificação de possíveis vantagens das práticas grupais na oferta organizada de ações e serviços de atenção à saúde. Partimos do pressuposto de que a complexidade inerente aos processos grupais no cotidiano do trabalho das equipes da APS é um espaço privilegiado – ainda que pouco aproveitado – para a qualificação das ações de atenção à saúde, gestão do trabalho, formação dos trabalhadores e participação social.

Da mesma forma, conforme indicamos anteriormente a respeito da atenção à saúde, há especificidades na consulta individual, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico etc. que precisam sempre ser consideradas. Em outras palavras, priorizar implica reconhecer as características e propriedades específicas das práticas grupais, requerendo dos trabalhadores de saúde condições para apropriação de determinados conhecimentos, experiências e capacidades que permitam essa diferenciação.

Ainda que centrados na equipe da APS, tencionamos uma reflexão abrangente haja vista a questão dos processos grupais considerados na dialética cooperação-trabalho coletivo. Isso sugere situar os processos grupais como problema do campo da Saúde Coletiva, dado que a articulação grupal de ações é

inerente aos processos de trabalho em saúde. Assim, neste campo, pretendemos contribuir com a discussão acerca dos espaços em que se manifestam práticas grupais no processo de trabalho em saúde da APS.

Na Psicologia Social, dialogaremos diretamente com as abordagens histórico-dialéticas do processo grupal, visando contribuir com o avanço das formulações teórico-metodológicas e conceituais no campo. O presente trabalho se põe, assim, como parte de um esforço coletivo em resgatar, em mostrar a atualidade e a pertinência e em buscar avanços frente às seminais contribuições de Silvia T. M. Lane a respeito dos processos grupais na Psicologia Social.

Nesta “Apresentação”, localizamos inicialmente o objeto da presente investigação, situamos seu desenvolvimento no projeto de pesquisa de doutorado apresentado ao PPGSC, expusemos e discutimos preliminarmente o “caso de Nara”, visando problematizar o contexto e alguns dos desafios enfrentados pelas equipes de APS, e buscamos situar as contribuições que pretendemos oferecer com o presente trabalho. Como afirmamos anteriormente, a narrativa foi concebida como um recurso de problematização de nosso objeto de investigação.

Os Capítulos 1 e 2, a seguir, compõem a Parte I do trabalho, na qual desenvolveremos centralmente sobre as mediações da atividade do ser humano como atividade mediadora consciente. Será um momento fundamental para a explicitação dos marcos fundantes da discussão proposta, com base no que sustentaremos a ideia de que o processo grupal pode ser tomado como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo.

Na sequência, os Capítulos 3 e 4 formarão a Parte II do trabalho, na qual essa ideia será particularizada para o contexto e as especificidades das equipes de saúde da APS. A contextualização do processo de trabalho em saúde levará em conta a necessária articulação da organização interna dessa prática (seu momento “interno”) com as funções que essa prática se propõe atender (seu momento “externo”). Abordar as especificidades do processo de trabalho em saúde, por sua vez, vai requerer situar o trabalho em equipe na APS com relação

às formas com que as políticas de saúde pautam a questão da mudança do modelo de atenção.

A Parte II do trabalho será norteada pelo argumento de que, da mesma forma como o processo grupal se apresentará como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo, esse raciocínio analítico poderá ser aplicado indutivamente ao trabalho das equipes de APS. Notaremos que isso autorizará a proposição de uma abordagem (análise e intervenção) desse particular processo de trabalho enquanto processo grupal, cujas contribuições permitirão avançar no sentido da análise da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde vigente nessas equipes.

Na sequência, o “caso de Nara” será retomado como meio para uma análise mais detida de uma situação singular, ainda que fictícia e, portanto, com várias limitações, mas visando a um exercício preliminar de validação teórica da formulação conceitual e teórico-metodológica. Seguiremos, finalmente, às Considerações Finais do trabalho.

Duas últimas observações são dignas de nota. Primeiramente, o marco referencial apresentado nos Capítulos 1 e 2 é o resultado de um trabalho de síntese, em certos aspectos, e de maior elaboração, em outros, dadas as valiosas recomendações da banca do trabalho de qualificação. Com isso, a manutenção da coerência interna do trabalho nos impediu uma maior condensação das notas de rodapé, que, em alguns casos, se encontram inevitavelmente extensas.

Em segundo lugar, várias das obras consultadas são edições em língua espanhola provenientes da Argentina, Cuba, El Salvador e Espanha. Ainda que a similitude com a língua portuguesa eventualmente não trouxesse maiores percalços, optamos por traduzir livremente as citações literais do espanhol para o português. Entendemos que a fluidez na leitura possibilitada pela tradução permitirá ao leitor não desviar sua atenção da densidade teórica com a qual, intencionalmente, procuramos enriquecer o trabalho.

PROCESSO DE TRABALHO E PROCESSO GRUPAL: MEDIAÇÕES DA ATIVIDADE NA DIALÉTICA COOPERAÇÃO-TRABALHO COLETIVO

Ele teceu, e o produto é um tecido.
(MARX, 1867/2010, p. 215)

No Capítulo 1, “A formação do ser humano como ser social”, serão apresentados os pressupostos teórico-metodológicos e alguns dos marcos conceituais fundamentais do presente trabalho. Para isso, desenvolveremos mais detidamente os fundamentos que embasam nossa delimitação do objeto de investigação.

Consideramos imprescindível que qualquer opção metodológica desenvolva uma adequada explicitação teórica dos pressupostos basilares, o que se torna essencial na delimitação do objeto de investigação. O fato de tais pressupostos não se referirem aos procedimentos e técnicas a serem adotados em uma pesquisa empírica, mas à fundamentação de uma abordagem de análise e intervenção dos processos grupais intervenientes em equipes da APS não minimiza a importância da sua explicitação.

Neste sentido, iniciaremos o Capítulo discutindo acerca da caracterização do ser humano enquanto ser social com base na concepção marxista de sujeito e de sociedade. Para esta concepção, é primordial abordar historicamente a formação da sociedade e da cultura, dado que estas são o resultado histórico da objetivação e da apropriação da atividade mediadora consciente do ser humano. Isso pressupõe, por sua vez, verificar as transformações nas circunstâncias históricas determinantes do trabalho e os fundamentos histórico-ontológicos da cooperação entre os seres humanos em sua atividade.

A seguir, analisaremos os componentes do processo de trabalho: agente, objeto, instrumento e finalidade. Essa análise permitirá asseverar que, em todas as formas da atividade do ser humano, inclusive no processo de trabalho, manifesta-se o uso da vontade subordinada a um fim. Isso ratificará a

posição conforme a qual o processo de trabalho pode se analisado à luz da dialética entre cooperação (ontologicamente) e trabalho coletivo (historicamente).

Porém, afirmar o condicionamento histórico da cooperação exigirá situar a existência social de um determinado tipo de cooperação vigente no tempo que nos toca viver, qual seja: aquele situado na base do modo de produção capitalista, fundado socialmente na divisão do trabalho e economicamente no trabalho alienado e na produção da mais-valia. Coerentemente com essa perspectiva, debateremos também sobre a vigência da teoria do valor-trabalho para indicar a atualidade da crítica ao capitalismo. Essa atualidade se põe dado que o capital requer a manutenção de uma relação econômica de alienação no trabalho (dominação) para que a relação de trabalho alienado (exploração) seja vista um dado “natural” da existência social do ser humano.

Finalizando o Capítulo 1, discutiremos algumas das implicações deste processo socioeconômico e político em termos da subjetividade, valendo-se das contribuições de autores que se propuseram à constituição de uma Psicologia subsidiada por pressupostos marxistas. Apresentaremos, para este fim, as relações entre a atividade consciente e suas mediações na constituição da consciência, da personalidade e da afetividade. Assim, será possível evidenciar esse elo, frequentemente negligenciado, mas inerentemente constitutivo da atividade mediadora consciente. A dialética cooperação-trabalho coletivo ocupa lugar central nas objetivações que produzem e reproduzem socialmente o ser humano objetiva e subjetivamente, dimensões inseparáveis no plano de análise que estamos focalizando.

No Capítulo 2, “Mediações do processo grupal”, resgataremos a dialética cooperação-trabalho coletivo como enfoque possível para abordar a formação do ser humano enquanto ser social, agora para tratar dos processos grupais.

Para desenvolver este argumento, inicialmente discutiremos o lugar e a atualidade da categoria psicossocial *atividade* no âmbito da análise e da intervenção diante dos processos grupais. A seguir, apresentaremos algumas distinções semânticas e terminológicas frente à profusão de vocábulos que designam o grupo como realidade social, elucidando e justificando nossas opções.

Posteriormente, exploraremos de maneira mais detida a concepção de processo grupal com base nas contribuições de três autores que o discutiram subsidiando-se, originalmente, por pressupostos marxistas: Lane, Martín-Baró e Petrovski. Resgataremos também as contribuições de Pichón-Rivière, realizando a devida distinção entre os processos grupais e as premissas teórico-metodológicas para sua abordagem.

Fechando o Capítulo 2 desenvolveremos a proposição de que as dimensões *atividade*, *personalidade*, *poder* e *identidade* viabilizam uma abordagem do processo grupal coerente e consistente com a dialética cooperação-trabalho coletivo. Consequentemente, notaremos que será possível definir o processo grupal como unidade de análise desta dialética.

A formação do ser humano como ser social

Reprodução e produção social do ser humano

Para viabilizar a compreensão da formação do ser humano enquanto ser social, entendemos que há uma pré-condição indispensável: a abordagem histórica da vida em sociedade. Um tratamento “genérico” desta historicidade faria supor, porém, a existência de um conjunto homogêneo de perspectivas históricas da vida social.

Assumimos os pressupostos de uma determinada perspectiva histórica, qual seja, aquela cuja origem se situa nas críticas de Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895) à dialética hegeliana e ao materialismo neo-hegeliano. Além dessa crítica centralmente metodológica à filosofia alemã, os autores retiveram determinados elementos da economia política inglesa e do socialismo utópico francês².

² Conforme Shaw (2001, p. 258), a principal tese do materialismo histórico – que, para certas interpretações, consiste na “ciência do marxismo” – consiste em que “as diferentes organizações socioeconômicas da produção que caracterizam a história humana surgem ou desaparecem segundo venham a favorecer ou a impedir a expansão da capacidade produtiva da sociedade”. O materialismo dialético, por sua vez, trata-se da “filosofia do marxismo”, que “sustenta, dialeticamente, que o material e o ideal são diferentes, na realidade opostos, mas existem dentro de uma unidade na qual o material é básico ou primordial” (EDGLEY, 2001, p. 259). O resgate do marxismo que faremos no decurso deste Capítulo refere-se àquilo que consideramos suficiente para indicar nossos pressupostos e marcos de base. Extrapola nossa intenção uma revisão de qualquer nível de extensão da obra marxiana ou de autores marxistas, cabendo registrar a existência de polêmicas, ora pontuais, ora abrangentes. Uma síntese de nossa posição encontra-se em Silva, Silva e Martins (2006). Vale notar que existem divergências sobre a pertinência da expressão “epistemologia marxista”, pressupondo uma teoria do conhecimento subjacente ao marxismo. Um dos aspectos desta controvérsia trata-se da relação entre “epistemologia” e “práxis”. O âmbito dos problemas epistemológicos (do grego: *episteme*, ciência, conhecimento, e *logos*, discurso, palavra) podem ser circunscritos à formulação e problematização filosófica de princípios e premissas sobre o problema do conhecimento. A práxis, por sua vez, sugere a necessidade de constante reelaboração da teoria diante de uma prática consequente, revolucionária, que vise à transformação das condições reais de vida (VÁZQUEZ, 1968). “Epistemologia marxista” seria, portanto, uma contradição em termos, dado que a crítica teórico-metodológica, no marxismo, só se desenvolve por meio da experiência e de uma prática política consequente. Outro aspecto da polêmica entre epistemologia e práxis no marxismo é a distinção postulada por Anderson (2004) entre “marxismo revolucionário” e “marxismo ocidental”, que se torna o corolário das contingências históricas ao avanço do socialismo nos países de capitalismo avançado. Enquanto para o marxismo revolucionário todo conhecimento deve estar referido mediata ou imediatamente à práxis, o marxismo ocidental aproximou-se da especulação de temas

Para o marxismo é importante recorrer à historicidade (às transições, às transformações, aos movimentos e ao processo) não somente para a distinção e descrição dos momentos de conformação de um fenômeno; trata-se, além disso, e fundamentalmente, de uma questão de método. Neste sentido, os fenômenos são estudados em seus processos de formação (gênese) e desenvolvimento (processo):

O estudo histórico, a propósito, simplesmente significa aplicar as categorias do desenvolvimento à investigação dos fenômenos. Estudar algo historicamente significa estudá-lo em movimento. Esta é a exigência fundamental do método dialético (VYGOTSKI, 1931/1995, p. 67).

Ainda que de maneira aparentemente simplista, a perspectiva marxista a respeito da existência do ser humano enquanto ser social poderia ser sintetizada da seguinte forma: “a premissa da análise marxista da sociedade é, portanto, a existência de seres humanos que, por meio da interação com a natureza e com outros indivíduos, dão origem à sua vida material” (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2002, p. 32).

É conhecida a complexidade inerente à apropriação dos pressupostos teórico-metodológicos do marxismo, dada a densa formulação teórica e a ousadia das suas revolucionárias considerações a propósito das relações entre sujeito, história e sociedade³. O seguinte extrato parece-nos apontar uma direção inicial neste esforço:

Devemos começar por constatar o primeiro pressuposto de toda a existência humana e também, portanto, de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, assim como há

éticos, estéticos, epistemológicos etc. Conforme o autor, “o deslocamento básico de todo o eixo gravitacional do marxismo europeu no sentido da *filosofia* foi resultado do abandono progressivo de estruturas econômicas ou políticas como objeto central da teoria” (p. 69 – grifo no original).

³ Entendemos que essa complexidade será diretamente proporcional à honestidade intelectual da empreitada acadêmica, dado haver estudos que se pretendem abrangentes, fazendo, porém, uma síntese simplista do marxismo. Apesar de podermos identificar importantes contribuições na interpretação estruturalista, por exemplo, o frequente procedimento de redução do marxismo a essa interpretação é, a nosso ver, uma demonstração de má-fé, especialmente em tempos de maiores facilidades para o acesso à informação bibliográfica.

milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora, simplesmente para manter os homens vivos (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007, p. 32-33).

Dessa forma, o ser humano estabelece um intercâmbio com a natureza e junto dos demais seres humanos por meio da sua atividade consciente, constituída historicamente e ontologicamente constitutiva do ser social do ser humano. Por meio desse intercâmbio, serão produzidos os meios viáveis para o atendimento dos requerimentos à provisão de sua própria vida (“meios para a satisfação dessas necessidades”)⁴. Nesse sentido, quaisquer necessidades humanas serão mediadas pelas atividades que ocorrem no seio de determinadas relações sociais e no curso de uma história específica, perante os legados do passado objetivados na cultura:

O segundo ponto é que a satisfação dessa primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirido conduzem a novas necessidades – e essa produção de novas necessidades constitui o primeiro ato histórico (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007, p. 33).

Com isso, mesmo a reprodução biológica do ser humano, que ocorre por meio da procriação, se dá em circunstâncias sociais. Por exemplo, se a família pode ser tida como o tipo mais direto de relação social, no interior da qual a reprodução biológica da espécie pode encontrar guarida, as transformações históricas da vida humana em sociedade vão legar à família papéis determinados no processo de reprodução e produção social. Por sua vez, isso promove mudanças nos tipos de arranjos familiares e nas funções ideológicas da família e dos seus integrantes (pai, mãe, filho etc.) no decurso da história. Assim:

A terceira condição que já de início intervém no desenvolvimento histórico é que os homens, que renovam diariamente sua própria vida, começam a criar outros homens, a procriar – a relação entre homem e mulher, entre pais e filhos, a *família* [...] A produção da

⁴ É fundamental frisar que, nesta perspectiva, nenhuma necessidade humana será diretamente “natural”, “instintiva” ou “espontânea”. Para o marxismo não faz sentido por à parte desta ideia de necessidade a dimensão do desejo, o que acaba subentendido na sugestiva afirmação de que o ser humano requer “comida, bebida, moradia, vestimenta e *algumas coisas mais*” (grifos nossos). Necessidades, aqui, são tomadas no sentido mais amplo da expressão. Assim, independentemente de serem de autoconservação, suntuárias etc., necessidades adquirem significado somente a partir de relações sociais reais, a partir das quais fazem sentido para sujeitos concretos. A discussão proposta por Heller (1986) possibilita um aprofundamento desta questão, tarefa que extrapola os propósitos do presente trabalho.

vida, tanto da própria, no trabalho, quanto da alheia, na procriação, aparece desde já como uma relação dupla – de um lado, como relação natural, de outro como relação social –, social no sentido de que por ela se entende a cooperação de vários indivíduos, sejam quais forem as condições, o modo e a finalidade (p. 33-34 – grifos no original).

Nessa unidade dialética do natural e do social na reprodução e produção da vida social, os seres humanos, paulatinamente, adquiriram maiores capacidades para o domínio das circunstâncias naturais nas quais a existência social se processa. Por meio deste processo, os seres humanos modificaram e transformaram sua atividade, estabelecendo formas de cooperação, das quais se desdobraram ainda outros tipos de necessidades. Assim, simultaneamente à produção dos objetos requeridos para satisfazer suas necessidades “de comida, bebida, moradia, vestimenta” são também produzidos os meios e os modos de fazer uso destes objetos.

Meios e instrumentos de trabalho, dentre os quais o próprio objeto de trabalho na forma de matéria-prima ou de material já previamente elaborado pelo ser humano, limitam e condicionam a atividade humana, mas também a estimulam e a orientam. As relações entre os seres humanos jamais se darão em um “vazio”. Ao mesmo tempo, as motivações, vontades e desejos, ainda que únicos e insubstituíveis, dos seres humanos singulares, não desempenham um papel sobredeterminante diante de tais condicionamentos históricos e sociais.

Neste sentido, “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” (MARX, 1852/1978, p. 17). Isso implica que os seres humanos constituem teleologicamente o seu devir dada a legalidade (instaurada pela atividade previamente objetivada) e a causalidade (apresentada nas relações de causa e de efeito mediatas e imediatas) contidas no aqui-e-agora. Se isso impõe constrangimentos à atividade do ser humano, ao mesmo tempo, delineia possibilidades do seu devir.

Neste sentido, a liberdade e a necessidade não são antinômicas, nem são prevalecentes uma sobre a outra, sendo ambas constituídas pela mediação da atividade consciente humana. Ao passo que a necessidade requer do ser humano

criar meios para responder aos requerimentos básicos de sua própria reprodução social, a liberdade possibilita uma ampliação das capacidades e qualidades humanas (LESSA, 2002; FRIGOTTO, 2008).

Lessa (2002), discutindo as contribuições do marxismo histórico-ontológico do filósofo húngaro György Lukács (1885-1971), indica que duas manifestações são fundamentais no que tange às especificidades da atividade consciente humana em seu intercâmbio sociometabólico com a natureza.

Uma delas consiste na ruptura ontológica (referente ao ser) fundamental entre reprodução social e processualidade natural, dado que o ser-para-si não existe na realidade química, física e biológica. Além disso, existe uma incessante transformação do mundo natural em mundo social pela mediação da atividade consciente humana. Isso não implica, porém, que a natureza perde um estatuto ontológico próprio à medida que o ser humano a submete a transformações teleologicamente orientadas. Lessa (2002) esclarece que

A história humana tem por mediação ineliminável atos teleologicamente postos que exibem, com rigorosa necessidade, um caráter de alternativa, enquanto a processualidade natural é sempre muda, limitando-se à cega necessidade das processualidades químicas, físicas ou biológicas (p. 63).

Ainda com relação à atividade consciente humana, o autor aponta que em todo ato humano há alguma relação entre teleologia e causalidade pela mediação da objetivação. Desta forma, enquanto categoria geral e estando postas as devidas mediações teóricas (históricas e ontológicas), é possível prosseguirmos utilizando *atividade humana consciente* como sinônimo de *trabalho*.

Por conseguinte, o trabalho é a categoria fundante do ser humano enquanto ser social, constitutiva da existência humana, não havendo existência social sem trabalho. Trata-se de componente decisivo na autoconstituição do ser humano, por meio do qual se elevam os níveis da sua sociabilidade. Conforme Lessa (2002):

O trabalho enquanto categoria fundante é o complexo que cumpre a função social de realizar o intercâmbio orgânico do homem com a natureza, é o conjunto das relações sociais encarregadas da reprodução da base material da sociedade (p. 30).

O mesmo autor, porém, salienta diferenças entre três manifestações distintas da centralidade do trabalho: (1) a *centralidade ontológica do trabalho* que, aqui, por mera conveniência, denominamos “atividade consciente”, autoconstitutiva do ser humano enquanto ser social; (2) a *centralidade cotidiana do emprego*, que se apresenta no domínio do trabalho pelo capital para fins de produção de valor, como veremos a seguir; e (3) a *centralidade política dos trabalhadores*, que se coloca com base na análise da sua posição social como classe, dado o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção no capitalismo.

Assim, será imprescindível analisar as particulares relações sociais nas quais transcorre o processo de trabalho. Daí, então, se poderá concluir a respeito do seu lugar no atendimento (ou não) das necessidades socialmente constituídas pelos seres humanos e ao estabelecimento de um mais amplo (ou mais restritivo) campo possível de liberdade.

Com base na legalidade historicamente radical de sua sociabilidade, os seres humanos apropriam ao seu “corpo físico” (organismo) e ao seu “corpo social” (cultura) as modificações introduzidas por meio do trabalho. Tais modificações transformam tanto ao ser humano quanto ao seu entorno, configurando uma “segunda natureza”. Abstraído à dimensão do tempo longo da história, é justamente este processo que dá materialidade à cultura, tornando-a objetivada.

Este processo é um passo decisivo no acúmulo e na transmissão às próximas gerações dos legados da cooperação humana no tempo, humanizando a natureza e ao ser humano, e constituindo sua história social:

Segue-se daí que um determinado modo de produção ou uma determinada fase industrial estão sempre ligados a um determinado modo de cooperação ou a uma determinada fase social – modo de cooperação que é, ele próprio, uma “força produtiva” –, que a soma das forças produtivas acessíveis ao homem condiciona o estado social e que, portanto, a “história da humanidade” deve ser estudada e elaborada sempre em conexão com a história da indústria e das trocas [...] Mostra-se, portanto, desde o princípio, uma conexão materialista dos homens entre si, conexão que depende das necessidades e do modo de produção e que é tão antiga quanto os próprios homens – uma conexão que assume sempre novas formas e que apresenta, assim, uma “história”, sem que precise existir qualquer absurdo político ou

religioso que também mantenha os homens unidos (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007, p. 34).

Em síntese, entendemos, assim, que o “social” precisa ser abordado na sua historicidade constitutiva. As formas determinadas do intercâmbio sociometabólico entre ser humano e natureza e entre os próprios seres humanos, bem como as relações político-ideológicas erigidas com base neste intercâmbio, constituem a base deste “social” objetivado na cultura.

A historicidade, portanto, é o componente metodológico central, pressupondo um tratamento dos processos de constituição dos fenômenos em seu desenvolvimento. Dessa forma, o estudo do devir do ser social do ser humano requer uma análise dialética entre a necessidade (legalidade) e a liberdade (teleologia) na sua constituição (LUKÁCS, 1978). Uma vez que a atividade consciente medeia a ruptura ontológica entre processualidade natural e reprodução social, o trabalho se torna decisivo na autoconstituição humano-genérica.

O trabalho, como atividade consciente teleologicamente orientada e especificamente humana, tem dentre suas manifestações fundamentais realizar-se necessariamente de maneira conjunta e compartilhada. Se o trabalho é fonte de objetivação da cultura e da constituição do “social” em sua historicidade, isso não significa que a cooperação seja imediatamente isenta de conflitos. A análise da questão da alienação permitirá delinear melhor os contornos das diferenças, na unidade, entre as centralidades do trabalho.

Alienação da atividade e trabalho alienado

O problema central sobre o qual se debruçaram Marx e Engels foi a investigação da natureza do capital e da sociabilidade nele e por ele erigida, culminando na “obra da maturidade” de Marx (1867/2010). É imprescindível compreender a abrangência e o significado da produção marxiana tendo em vista que esta resulta de uma crítica tanto teórico-metodológica quanto política. É justamente em torno da concepção de alienação e a respeito de suas origens,

características, e consequências histórico-sociais, que se colocaram os primeiros embates entre Marx e Engels e seus interlocutores.

É possível deduzir de Marx (1857/2000) que tanto a produção material e simbólica quanto a constituição da subjetividade do ser humano e dos grupos sociais em termos das suas ideias, crenças e visões de mundo estão radicadas e são dependentes, em sua estrutura e formação histórica, do modo como os seres humanos se organizam para viver em sociedade. Assim, para Marx (1844/1993), não faz sentido pensar na alienação sem situá-la devidamente no contexto histórico e socioeconômico em que se expressa.

Como vimos anteriormente, a categoria trabalho ocupa um lugar central no marxismo, sucedendo compreender a alienação como radicada em uma estrutura social que condiciona as possibilidades de objetivação do ser humano em limites bastante estreitos. Ainda que o ser humano se objetive pela mediação de sua atividade consciente, é importante ter em mente as diferenças anteriormente aludidas entre a centralidade ontológica do trabalho, a centralidade cotidiana do emprego e a centralidade política dos trabalhadores (LESSA, 2002).

Com efeito, o lugar que o trabalho ocupa em nossa sociabilidade permanece central e, desta forma, os efeitos da alienação, como veremos, se fazem sentir de maneira contundente. Porém, como caracterizar o trabalho? É possível defini-lo em termos do que ele é e o que o compõe?

Marx (1867/2010) vai indicar que, de forma geral, “o trabalho é 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” (p. 211). Em outras palavras, há no trabalho: (a) uma finalidade, ou seja, uma “atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho”; (b) um objeto, quer dizer, “a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho”; (c) um instrumento, em outras palavras, “os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (p. 212); e (d) um agente, que põe em ação o processo de trabalho.

Ao concentrar sua vontade e intencionalidade no processo de trabalho, o agente visa determinadas finalidades, tendo em mãos um objeto a ser

trabalhado; este objeto será transformado por meio de instrumentos que realizam operações específicas visando produtos que, ao menos presumivelmente, lhe serão úteis. Valem, porém, algumas considerações mais detidas sobre cada um destes elementos.

Da perspectiva marxiana, as finalidades (ou objetivos) são expectativas de resultados do trabalho, conformes ao modo de produção e etapa histórico-social do desenvolvimento do ser social do ser humano. Por sua vez, os objetos que serão submetidos à transformação podem ser provenientes da natureza ou já resultantes de processos de trabalho anteriores; consistem na matéria em sua apresentação imediata condicionando atos humanos, abarcando também, portanto, estados ou circunstâncias nas quais vivem os seres humanos. Os instrumentos (ou meios de trabalho) podem ser tangíveis (ferramentas, máquinas etc.) ou intangíveis (conhecimentos, habilidades, perícia, experiência etc.). Os agentes, finalmente, são os seres humanos que estabelecem relações sociais concretas, ou seja, relações sociais de produção, para reproduzir e produzir sua existência social, dadas determinadas forças produtivas.

Ocorre que, no modo de produção capitalista, tanto as operações de trabalho por meio das quais a atividade consciente humana se objetiva (processo de trabalho) quanto os resultados destas operações (produtos do trabalho) são expropriados de seu agente. Assim, a objetivação que se dá no processo de trabalho torna-se uma perda, à medida que o processo de produção de objetos úteis ganha autonomia e desenvolvimento próprios:

A *alienação* do trabalhador no seu produto significa não só que o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência *externa*, mas que existe independentemente, *fora dele* e a ele estranho, e se torna um poder autônomo em oposição com ele; que a vida que deu ao objeto se torna uma força hostil e antagônica (MARX, 1844/1993, p. 160 – grifos no original).

Este processo de alienação, regido pela vigência do domínio do capital sob o trabalho em sua reprodução ampliada é decomposto, para fins analíticos, em quatro formas de expressão, as quais apresentamos sucintamente a seguir.

A primeira expressão refere-se à alienação do ser humano com relação ao produto de seu trabalho, revelando-se no alheamento diante do resultado da

atividade produtiva que é, contraditoriamente, o produto (objetivação) de seu trabalho⁵. A segunda diz respeito à alienação do ser humano do processo de trabalho, ou seja, a alienação de si mesmo requerida do trabalhador (auto-alienação) no decorrer do processo de produção. Isto significa que, na sua atividade, o ser humano não pode contar com o domínio de si mesmo, do conteúdo e da forma de seu processo de trabalho. A terceira expressão consiste na alienação de si mesmo enquanto membro da espécie humana, ou seja, das circunstâncias que possibilitariam sua própria humanização. Isso ocorre uma vez que sua atividade produtiva torna-se meio de vida, e não expressão da sua libertação dos determinismos fundamentais da relação mais direta com a natureza⁶. Finalmente, a quarta forma de expressão da alienação consiste na alienação do ser humano com relação aos demais. Neste processo, a alienação de si mesmo resulta também no desconhecimento do outro como ser humano-genérico; em outras palavras, em uma indiferença com relação ao outro⁷.

Consequentemente, com a alienação do trabalho (e, dialeticamente, o trabalho alienado) criam-se as condições históricas para a contraposição entre as duas classes sociais fundamentais: vendedores da força de trabalho despossuídos de meios de produção e proprietários de meios de produção. Esta contraposição, econômica em última análise (mas não em última instância de determinação), persiste e se reproduz socialmente⁸:

⁵ O mesmo processo também se apresenta com relação às coisas da natureza, que assumem uma exterioridade tal que o sujeito a ela não pode recorrer sem demais intermediários para subsistir: “ele só pode manter-se como *sujeito físico* enquanto *trabalhador* e só é trabalhador enquanto *sujeito físico*” (MARX, 1844/1993, p. 160 – grifos no original)

⁶ Para Marx (1844/1993), “no tipo de atividade vital consiste todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem [...] O homem faz da atividade vital o objeto da vontade e da consciência” (p. 160)

⁷ “Quando o homem se contrapõe a si mesmo, entra igualmente em oposição a outros homens [...] A afirmação de que o homem se encontra alienado da sua vida prática significa que um homem está alienado dos outros, e que cada um dos outros se encontra igualmente alienado da vida humana” (MARX, 1844/1993, p. 166).

⁸ As perspectivas ditas “estruturalistas” do marxismo foram, ao menos em parte, responsáveis pela disseminação de um entendimento de que a “determinação em última instância” do econômico implicaria em um determinismo unicausal e economicista. Esta interpretação, decorrente da ampla divulgação da obra do filósofo argelino Louis Althusser (1918-1990), especialmente nos meios acadêmicos, grassou no pensamento social marxista brasileiro (SILVA, 2003), refletindo-se igualmente na Saúde Coletiva. Conforme Engels (1890/2010), “segundo a concepção materialista da história, o fator que em última instância determina a história é a produção e a reprodução da vida real. Nem Marx nem eu nunca afirmamos mais que isso. Se alguém o tergiversa dizendo que o fator econômico é o último determinante, consiste aquela tese

Assim como ele [o trabalhador] cria a sua produção com a sua desrealização, como a sua punição, e o seu produto como perda, como produto que não lhe pertence, da mesma maneira cria o domínio daquele que não produz sobre a produção e o respectivo produto (p. 168).

Em suma, a compreensão das propriedades do trabalho alienado permite-nos assistir à emergência, no capitalismo, de uma sociabilidade contraditória. Contrapõem-se, aí, de um lado, uma ampla massa de trabalhadores despossuídos de meios de produção de sua própria vida e, de outro, alguns poucos proprietários possuidores destes meios ainda que no lugar de não-trabalhadores. A alienação do sentido das relações sociais de produção abrange a ambos.

Permanecem, porém, algumas questões a serem respondidas: como é possível que o mesmo processo de trabalho por meio do qual o ser humano se autoconstitui como ser social conceda uma autonomia tal aos produtos do trabalho a ponto destes virem a se contrapor, enquanto mercadorias, pelo estranhamento, ao trabalhador? Como se constitui o processo histórico por meio do qual se concede, ao mesmo tempo, uma crescente autonomia à mercadoria e uma crescente heteronomia ao trabalhador? Em outras palavras: quais são as relações políticas e econômicas fundamentais que se põem, no modo de produção capitalista, entre o trabalhador, os meios e produtos de seu trabalho, e o proprietário de meios de produção?

A teoria marxiana do valor-trabalho e sua vigência

Para responder às questões colocadas ao término do item anterior precisaremos nos aproximar da compreensão da mercadoria enquanto unidade de análise da base produtiva do modo de produção capitalista. Em outras palavras,

numa frase vazia, abstrata, absurda” (s/p – grifos nossos). A presença de posições histórico-ontológicas do marxismo, ainda que nos marcos acadêmicos do marxismo ocidental, vem se evidenciando na Saúde Coletiva desde ao menos o início dos anos 1990. Notamos que predomina certo maniqueísmo a respeito de uma pressuposta incapacidade do marxismo tratar da subjetividade e de dimensões microssociais da sociabilidade dada a alegação de “economicismo”. Isso sugere a importância de uma apreciação crítica da incorporação dos pressupostos teórico-metodológicos do marxismo no campo da Saúde Coletiva. Essa necessidade já foi corretamente denunciada por Minayo (2008), mas ainda precisa ser concretamente desenvolvida.

malgrado a complexidade da tarefa, será necessário nos determos em alguns dos elementos fundamentais da crítica marxiana à economia política do capital.

Marx (1857/2000) discute que a base produtiva de uma determinada formação social será representativa do seu estado de desenvolvimento. Para fins exclusivamente analíticos, a base produtiva apresenta-se em dois componentes indissociáveis: as forças produtivas e as relações sociais de produção (MARX, 1857/2000).

Sumariamente, as forças produtivas referem-se aos resultados objetivados da relação mais direta entre o ser humano e a natureza visando à criação de meios ou à aquisição de progressiva capacidade para o domínio das circunstâncias naturais. As relações sociais de produção, por sua vez, vão abranger o modo com que determinada sociedade se estrutura para estabelecer a organização da produção e a distribuição dos bens (produtos) dentre seus membros, bem como as modalidades de propriedade dos meios de produção nela legitimadas⁹.

Forças produtivas e relações sociais de produção são inseparáveis no que se refere a viabilizarem a reprodução social da base produtiva de uma determinada formação societária. Haja vista, nesse sentido, os meios de produção: no lugar de produtos de um processo prévio de trabalho são forças produtivas; já enquanto instrumentos de trabalho são parte das relações sociais de produção. Consequentemente, a cooperação no trabalho, fundamento ontológico da sociabilidade mediada pela atividade consciente humana e estabelecida historicamente em dada sociedade é, por si mesmo, uma força produtiva (MARX; ENGELS, 1845-1846/2007).

Marx (1867/2010) vai demonstrar que, no capitalismo, a mercadoria se apresenta como a manifestação mais trivial e imediata da constituição da

⁹ As forças produtivas são cumulativas e crescentes, ao passo que resultam de aquisições prévias objetivadas, tais como: disponibilidade dos objetos de trabalho (matéria-prima); qualidade e disponibilidade de artefatos técnicos (instrumentos, máquinas, ferramentas etc.) e científicos; procedimentos e normas formais e informais da divisão do trabalho; processos e modos de cooperação, etc. O capital é apresentado enquanto contradição em processo, dado pressupor e exigir um desenvolvimento desigual entre estes dois componentes, à custa das relações sociais de produção. O modo de produção capitalista, assim, edificou-se sobre os resultados dos modos de produção anteriores, mas os vestígios destes se mantêm no modo de produção vigente, ainda que subsumidos às relações socioeconômicas regidas pelo capital.

riqueza. Esta trivialidade, porém, esconde o fato de que a mercadoria, como objeto útil, somente se materializa com a incorporação, em si, de valor produzido pela intermediação de atos de trabalho.

Assim, por um lado, a mercadoria enquanto objeto útil é um valor de uso pela sua propriedade de satisfazer necessidades humanas qualitativamente diferentes, e este uso se realiza por meio do consumo¹⁰. Por outro lado, a mercadoria é valor de troca, ou seja, detém a capacidade de materializar um determinado valor quantitativamente convencionado. Como esta medida da mercadoria (seu valor de troca) é estabelecida?

Um mesmo indivíduo não será capaz de produzir tudo o que requer para sua reprodução social por meio de sua própria atividade. Impõe-se, assim, que objetos úteis sejam trocados no mercado (mercadorias). Essa troca demanda uma forma equivalente dentre as mercadorias, e este equivalente deve ser inseparável do processo de sua troca umas pelas outras. Em outras palavras: o valor de uma mercadoria dependerá da relação entre valores, ou seja, do valor de troca.

A formação deste equivalente exige a abstração da forma concreta da mercadoria (sua propriedade de ser útil, de atender determinadas necessidades). Para atribuição do valor da mercadoria em seu processo de troca restará, tão somente, aquilo que foi a ela incorporado na forma de força de trabalho humano objetivado. Como isso é possível?

Uma característica peculiar e fundamental do capitalismo, cuja compreensão é imprescindível à manutenção da coerência interna do marxismo enquanto perspectiva teórico-metodológica, é a seguinte: somente a força de trabalho detém a propriedade de, como meio de produção, produzir um valor maior do que o inicialmente investido. Os demais meios de produção, na forma de insumos do processo produtivo que serão transformados pelo trabalho,

¹⁰ É preciso demarcar que existem coisas úteis que não são mercadorias como, por exemplo: a fruta na árvore encontrada ao acaso que é coletada e comida para matar a fome, ou o novo uso dado às latas vazias que se transformam em um telefone “primitivo” na brincadeira de duas crianças. Isso não significa que frutos extraídos de um pomar ou certos brinquedos não possam ser convertidos em mercadorias; de fato, preferencialmente, para a economia capitalista, todo e qualquer produto destinado ao consumo deveria ser mercantilizado, visando ao processo de autovalorização do capital.

produzindo mercadorias, detêm um valor que, diferentemente, não será modificado no decorrer das transformações realizadas pelo processo produtivo.

Esse valor (tanto da mercadoria quanto da força de trabalho) é quantificado, no modo de produção capitalista, na forma de preço, valendo-se de convenções que são, no mais, circunstanciais. É exatamente este o *fetice da mercadoria*, seu “segredo”: materializa valor pela objetivação em si da força de trabalho, mas esconde esta materialização da sua manifestação imediata; é capaz de gerar valor de troca, o que se mantém elidido até realizar-se como objeto útil na troca por outros produtos.

Nesse processo, porém, o trabalho não fica destituído de seu aspecto histórico-ontológico de atividade consciente do ser humano em cooperação, ainda que em circunstâncias de trabalho alienado. Não se descaracteriza, mas se empobrece, perde conteúdo no que se refere tanto ao agente quanto ao processo e produto do trabalho.

Assim como o valor de uso é abstraído de seu valor de troca no ato de intercâmbio dos produtos no mercado, constituindo a mercadoria enquanto valor, o trabalho concreto (objetivação da atividade consciente como trabalho voltado para a produção de determinados objetos úteis) também é abstraído, convertendo-se em trabalho abstrato.

No modo de produção capitalista, concomitantemente à constituição de um valor em geral por meio do valor de troca, o trabalho abstrato vem a constituir um “trabalho em geral”, a despeito de suas propriedades qualitativas, ou melhor, do trabalhador cuja força de trabalho será empregada. Desta forma, no lugar de trabalho livre voltado à criação de valor de uso, a sociedade capitalista requer, dia após dia, a realização de trabalho alienado para a criação de valor, trabalho este que será trocado por salário¹¹ (MARX, 1867/2010).

¹¹ Cabe, aqui, o resgate da importante distinção feita por Lessa (2002) entre a centralidade ontológica do trabalho, a centralidade cotidiana do emprego e a centralidade política dos trabalhadores. A crítica à centralidade cotidiana do emprego implica a necessária crítica do trabalho abstrato voltado para a produção de valores de troca, ao mesmo tempo em que persiste a centralidade ontológica do trabalho na produção de valores de uso. À medida que daí decorre uma conseqüente contraposição entre o processo de produção capitalista e o processo de trabalho voltado para a objetivação de valores de uso põe-se, conseqüentemente, a centralidade política dos trabalhadores para a superação do modo de produção capitalista.

Além do intercâmbio mercantil de produtos (mercadorias), o proprietário recorre ao “mercado de trabalho” enquanto nada mais que outro segmento de mercado. Neste, negocia os preços a serem atribuídos à venda da força de trabalho pelo trabalhador e seu respectivo “aluguel” pelo capitalista. O trabalho humano “alugado” pelo capitalista por um determinado período de tempo será empregado para consumir meios de produção e objetivar mercadorias, que serão distribuídas e postas em circulação para o consumo.

Para a reprodução social do modo de produção capitalista, o preço que se paga na forma de salário para remunerar a força de trabalho precisa ter como parâmetro estrito aquilo que é necessário para a subsistência do trabalhador, ou seja, o tempo de trabalho necessário. Este preço deve remunerar um mínimo possível dentro do requerido para (a) a reposição das energias físicas e mentais demandadas no processo de produção, (b) a qualificação do trabalho e do trabalhador visando certos padrões de produtividade e (c) a manutenção da sua integridade física, mental e social.

O capitalismo, porém, requer que os custos com a remuneração da força de trabalho não sejam maiores do que os valores consumidos no processo de produção. Consequentemente, para além de custear o tempo de trabalho necessário, que é o salário pago ao trabalhador e que supostamente permite a sua reprodução social, o proprietário precisa se apropriar gratuitamente de ao menos uma parte da atividade do trabalhador. Esta parte não paga consiste no tempo de trabalho excedente.

O proprietário, mesmo sem realizar sequer um ínfimo *quantum* de trabalho produtivo com o intuito de valorizar o capital, produz mais-valia tão-somente em decorrência de dispor (no sentido de deter a propriedade) de uma quantia de capital a ser valorizado. A mais-valia, assim, será a porção de valor que ultrapassa o que foi despendido com o aluguel da força de trabalho e com os custos dos demais meios de produção empregados, gerando acúmulo de capital¹².

¹² Mohun (2001) evidencia a subsunção do trabalho ao capital recorrendo à análise do processo de produção capitalista a partir do ângulo dos meios de produção. O trabalhador, no processo de trabalho, requer meios para a atividade produtiva intencional, consumindo meios de produção. Ao mesmo tempo, no que se refere ao processo de valorização do capital, os meios de produção absorvem trabalho humano e, neste sentido, “consomem” o trabalhador. Conforme o autor, “os

Este processo complexo, que relaciona diretamente processo de trabalho e processo de produção capitalista, por meio da análise crítica das inter-relações entre forças produtivas e relações sociais de produção no capitalismo, veio a ser conhecido como *teoria marxiana do valor-trabalho*. Por meio desta teoria, é possível apreciar uma das mais profundas contradições constitutivas do modo de produção capitalista: a produção da riqueza social, que atingiu no capitalismo patamares sem precedentes, assenta-se na geração de valor que decorre da exploração direta da força de trabalho.

A legitimação ideológica desta exploração enquanto dominação por meio de práticas de classe não se desenvolve exclusivamente, porém, no âmbito econômico. Dado que se trata de uma questão de poder precisa encontrar, assim, meios para se efetivar politicamente. A formulação conhecida como *metáfora do edifício*, sumarizada na seguinte passagem de Marx (1857/2000), elucida essa relação:

Na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a *base* real sobre a qual se levanta uma *superestrutura jurídica e política*, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (p. 52 – grifos nossos).

Desse modo, as forças produtivas do modo de produção e o conjunto das determinações que conformam sua estrutura econômica estabelecem uma base, por sob a qual é erigida e se determina a superestrutura, que corresponde às formas da consciência social. Inclui-se nesta definição o aspecto contraditório da consciência social, dadas determinadas relações sociais de produção igualmente contraditórias, nas quais a visão de mundo de uma classe social procurará submeter, ideologicamente, as demais.

meios de produção são vistos, então, como produtivos, quando, na verdade, *apenas o trabalho é capaz de produzir coisas*” (p. 300 – grifos nossos).

Larrain (2001) destaca que a relação entre base e superestrutura: (a) é histórica, porque consiste de momentos que se influenciam reciprocamente conforme o modo de produção em questão; (b) é desigual, dado que, por exemplo, a produção artística e as formas jurídicas têm uma eficácia que transcende modos de produção específicos, e (c) supõe uma autonomia relativa da superestrutura, uma vez que, ainda que determinadas pela base, política e ideologia não podem ser reduzidas às determinações econômicas¹³.

Resumidamente, tratamos da vigência da teoria marxiana do valor-trabalho como base imprescindível para compreender o processo de apropriação, pelo capital, da cooperação presente nas relações sociais de produção enquanto trabalho coletivo, ou seja, como uma de suas forças produtivas. Assim, a investigação do lugar da mercadoria, como unidade de análise da economia política do capital, oferece elementos para que se possam identificar os meios pelos quais se produz e reproduz a legitimação político-ideológica da exploração da força de trabalho no modo de produção capitalista.

Mas como é entabulado, em sua origem, o processo capitalista de produção? Conforme Marx (1867/2010),

A atuação simultânea de grande número de trabalhadores, no mesmo local, ou, se se quiser, no mesmo campo de atividade, para produzir a mesma espécie de mercadoria sob o comando do mesmo capitalista constitui, histórica e logicamente, o ponto de partida da produção capitalista (p. 375).

Logo, tendo em vista uma aproximação mais detida às mediações constitutivas das relações entre cooperação e trabalho coletivo no modo de produção capitalista, analisemos a seguir como se deu, em linhas gerais, o processo histórico de exploração do trabalho pelo capital. Marx (1867/2010) é sucinto ao definir cooperação como “a forma do trabalho em que muitos

¹³ A superestrutura não é um epifenômeno nem é determinada univocamente pelas determinações econômicas da base, requerendo estarmos munidos da dialética marxista para compreender a relação entre essas instâncias. Larrain (2001), debatendo com a posição estruturalista discute que a metáfora do edifício, em Marx, implica que “o fator em última instância determinante não exclui a determinação pelas superestruturas que, como causas secundárias, podem produzir efeitos e ‘reagir’ sobre a base” (p. 28). O autor alerta que essa formulação pode se mostrar problemática se não for estabelecida com clareza a mediação da atividade na sua constituição. Além disso, indica que a capacidade analítica da relação base-superestrutura se manifesta ao permitir distinguir, dentro de um modo de produção, os campos específicos da prática a partir dos quais se estabelecem diferenciações institucionais por meio de aparelhos especializados.

trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos” (p. 378). Porém, como se deu o processo histórico de subsunção da cooperação em trabalho coletivo como força produtiva do capital?

A divisão social e técnica do trabalho

O ser humano, no processo histórico de seu intercâmbio sociometabólico com a natureza, aprimorou os meios técnicos de produção e de conservação dos produtos do trabalho (criação de animais, extração e coleta de frutos e outros bens naturais). Consequentemente, com a sedentarização dos grupos humanos e com o crescente desenvolvimento dos meios de produção, produziu-se um acúmulo de forças produtivas.

O trabalho passou a ser dividido com referência aos critérios regidos pelo seu caráter eminentemente social (especialização de funções), diferentemente da luta direta contra a natureza. Em termos do nível da produtividade social do trabalho, sua divisão social e técnica oportunizou resultados incomparavelmente melhores. Trata-se de uma forma mais desenvolvida de atividade consciente humana, comparativamente à divisão natural do trabalho.

É preciso registrar que a divisão social e técnica do trabalho, no entanto, não foi uma criação do modo de produção capitalista (sociedade capitalista): dentre as sociedades primitivas persistia um tipo de divisão de trabalho, que poderia ser denominado divisão natural do trabalho. “Natural” porque assentada na distribuição da necessidade social de trabalho por características eminentemente individuais (idade, compleição física, sexo etc.), diante do enfrentamento cotidiano pela sobrevivência, de modo a obter da relação com a natureza aquilo que era crucial para a sobrevivência e reprodução social da espécie (MARX, 1857/2000).

A especialização de funções primeiramente se deu de fato e, posteriormente, buscou uma legitimação de direito. Nesse processo, alguns dos membros da sociedade passaram a deter direitos sobre a propriedade do

excedente de produção e sobre os próprios produtores. Estabeleceram-se, assim, proprietários ou detentores de meios de produção. Os outros membros, então despossuídos de meios de produção, ficaram à mercê daqueles alçados à condição de proprietários. Trata-se de uma fragmentação técnica na qual se mantém a interdependência objetiva dentre seus agentes.

A divisão social do trabalho seguiu esta estrutura fundamental apesar de nuances em cada formação societária. Assim, a divisão em duas classes essenciais vai adotar configurações distintas em cada sociedade de classes: servos e senhores no feudalismo, aprendizes e mestres na transição do feudalismo ao capitalismo, trabalhadores e proprietários no capitalismo. A este propósito, destacamos três observações.

Primeiramente, esta divisão entre proprietários e não-proprietários não foi consequência da “evolução natural” da cooperação em trabalho coletivo, dado que este é social e historicamente estabelecido. A progressiva especialização decorreu da crescente capacidade técnica e social de manejo de meios de produção, acumulada nas forças produtivas, que se expressará nas relações sociais de produção. O que promove a distinção social entre proprietários e não-proprietários não é um diferencial individual no desenvolvimento de capacidades técnicas¹⁴.

Em segundo lugar, a divisão entre proprietários e não-proprietários, na sociedade de classes, não foi consequência da quantidade ou tipo de produto a que se tem direito como resultado da totalidade do trabalho social combinado. Ao contrário, a produção a que se tem direito encontra-se na dependência do lugar do indivíduo em conformidade com sua posição social enquanto proprietário ou não-proprietário.

¹⁴ Em outras palavras, em termos histórico-sociais, é desnecessário precisar as características supostamente individuais daqueles que passaram a ocupar os lugares de exploradores ou explorados neste processo de transição entre a divisão natural do trabalho e a divisão social do trabalho. Supõe-se que certa ascendência de alguns membros sobre outros tenha ocorrido inicialmente pelas mesmas razões quais o trabalho se dividia naturalmente dentre as características e capacidades individuais, ou seja, em conformidade com requisitos biológico-naturais e não “sociais” ou de “personalidade”. Antes, vale registrar que esta possibilidade histórica se inaugura, estabelecendo novas modalidades de relações sociais de produção e um novo patamar de forças produtivas.

Finalmente, esta divisão, cujo desenvolvimento em escala ampliada estabelece as duas classes sociais fundamentais, foi o resultado de um processo de acumulação das forças produtivas, não cabendo “juízos apriorísticos” a respeito da sua constituição. Queremos dizer, com isso, que se trata da objetivação do resultado econômico e social (e não ético, moral, psicológico, subjetivo etc.) da inter-relação entre forças produtivas e relações sociais de produção, no decurso do desenvolvimento histórico do modo de produção.

A divisão social e técnica do trabalho têm uma relação direta com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Isso se expressa duplamente: enquanto as forças produtivas estão relacionadas com a divisão técnica do trabalho (como e quando o trabalho deve ser realizado), o componente das relações sociais de produção vai se referir à divisão social do trabalho (o que e por quem deve ser realizado). Em outras palavras, a divisão do trabalho, em seu aspecto técnico, é parte das forças de produção, já em seu aspecto social, é parte das relações sociais de produção.

Ainda que nas sociedades de classes, em geral, haja formas determinadas de divisão social e técnica do trabalho, formas específicas de trabalho coletivo serão historicamente estabelecidas no modo de produção capitalista, valendo-se da apropriação do dado ontológico da cooperação humana em trabalho coletivo para fins de valorização do capital¹⁵.

Primeiramente, já desenvolvida como classe, a burguesia¹⁶ apropriou-se do trabalho para a valorização do capital por meio da cooperação simples. Nesta primeira forma de subsunção do trabalho ao capital¹⁷, meramente formal,

¹⁵ A apresentação dos momentos técnicos do desenvolvimento das forças produtivas do capital que se seguirá toma como base Marx (1867/2010).

¹⁶ Para uma aproximação à compreensão da constituição da burguesia a partir das transformações históricas decorrentes da transição do feudalismo para o capitalismo, especialmente no aspecto socioeconômico, recomendamos o instigante e didático estudo de Huberman (1986).

¹⁷ Concordamos com a argumentação de Antunes e Alves (2004) a respeito da adequação da expressão “subsunção do trabalho pelo capital” no lugar de “dominação do trabalhador pelo capital”. Isso porque, ao vender sua força de trabalho ao capitalista, o trabalhador mantém, ainda que obliteradas, as capacidades ontologicamente revolucionárias da atividade consciente humana na constituição do ser humano enquanto ser social. Os autores citados afirmam que: “nas relações trabalho/capital, além e apesar de o trabalho ‘subordinar-se’ ao capital, ele é um elemento vivo, em permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro pólo formador da unidade que é a relação e o processo social capitalista” (p. 344).

os artesãos eram postos sob a direção de um capitalista, que comprava sua força de trabalho para que aqueles produzissem um mesmo tipo de mercadoria em um espaço comum, a oficina. O capitalista, assim, garantia para si os resultados da produção de uma mesma mercadoria, que seria comercializada em um mercado crescentemente especializado. Para o artesão, havia pouca diferença no processo de trabalho, que continuava bastante dependente de seu ofício.

A produção, desta forma, era altamente dependente do trabalho vivo imediato do artesão, que o realizava com um alto nível de controle das operações necessárias para produzir a mercadoria (a destreza no uso do instrumento, o domínio das operações internas do trabalho, a experiência, o saber etc.). Da perspectiva do capitalista, o domínio do conteúdo do processo de trabalho pelo trabalhador se apresentava como uma “barreira” ao aumento de produtividade e, consequentemente, à valorização do capital. Nestas circunstâncias, a obtenção de patamares ampliados de mais-valia só era possível por meio do prolongamento do tempo de trabalho, ou seja, com a geração de mais-valia absoluta.

Daí que a subsunção do trabalho pelo capital fosse simplesmente formal: a forma econômica capitalista do processo de produção ainda não se adequava ao conteúdo social artesanal do processo de trabalho. O capital ainda não tinha constituído, desta forma, uma base técnica adequada ao seu processo de autovalorização.

Na base da cooperação simples se desenvolve a manufatura, também denominada cooperação especializada. A manufatura (do latim: *manu* = mão; *factura* = feitio) era ainda a produção de uma mesma mercadoria requerendo a relação direta de operação de uma máquina por um trabalhador (portanto, um operário), mas agora em série e com uma grande ampliação da capacidade de produção.

Para isso, as várias operações que um mesmo artesão realizava sozinho em seu processo de trabalho foram decompostas. As operações mais cruciais do processo de produção continuavam sendo realizadas pelo artesão (artífice). Porém, aquelas que exigiam o uso de instrumentos mais rudimentares, menor destreza e menor conhecimento prévio poderiam ser realizadas pelo trabalhador não-especializado (peão).

Como consequência disso: (a) os custos com a força de trabalho foram bastante reduzidos devido ao emprego do trabalhador não-especializado, que era recrutado com base na numerosa força de trabalho liberada a partir do declínio do feudalismo; (b) as tarefas realizadas por cada trabalhador (especializado ou não) eram executadas com uma destreza crescente devido à decomposição (fragmentação) do processo de produção em tarefas isoladas; (c) os instrumentos de trabalho utilizados por cada trabalhador eram aprimorados como consequência de seu próprio uso especializado, e (d) conseqüentemente, a capacidade produtiva do trabalho aumentou de maneira exponencial.

Importante ressaltar que esta enorme ampliação da produtividade social do trabalho (ou da produtividade do trabalho social) não teria ocorrido sem a integração definitiva da cooperação como força produtiva do capital. Assim, o processo de trabalho das unidades produtivas manufatureiras configurava um conjunto de trabalhos simultâneos (trabalho coletivo), visto que o processo de produção poderia, então, prescindir da sua forma individual (trabalho simples).

No que se refere à relação entre a forma econômica e o conteúdo social do trabalho, ocorre uma ampliação da subsunção do trabalho, constituindo-se ainda, contudo, uma base técnica insuficiente. A cooperação especializada e a divisão técnica do trabalho na manufatura possibilitaram uma enorme ampliação da extração de mais-valia na forma absoluta (intensificação do trabalho, aumento da produtividade e crescente especialização dos instrumentos de trabalho). No entanto, a base técnica da manufatura permanecia artesanal, mantendo-se o trabalho vivo imediato (e, especialmente, o saber-fazer do trabalhador) um “enigma” a ser desvendado e um obstáculo a ser superado pelo capitalista.

Mantiveram-se, assim, na manufatura: (a) os limites internos inerentes à decomposição do trabalho vivo; (b) a “imperfeição” do ser humano enquanto fator do processo de produção com relação às restrições à ampliação do ritmo e da escala da produção; (c) a dependência do trabalhador com relação ao transporte do objeto de trabalho dentre as várias etapas do processo produtivo, e (d) a impossibilidade de expropriação do “saber” do artífice.

Foi na base do imenso desenvolvimento técnico e acúmulo de capital viabilizado pela manufatura que emergiu a grande indústria. Neste processo, um

descompasso ficava cada vez mais evidente: enquanto o trabalho vivo imediato apresentava uma produtividade limitada, o trabalho morto (ou trabalho passado), ou seja, objetivado nos meios de produção (ferramentas, normas, procedimentos etc.) tinha sua produtividade restrita tão-somente ao alcance com que se dominava a ciência e a tecnologia no processo produtivo.

Começava, então, a ser concebido e empregado no processo produtivo o sistema de máquinas. Este sistema consistia em nada mais nada menos que a conexão de vários instrumentos em um mecanismo automático. A maquinaria passou a ocupar um lugar central: passa de instrumento do processo de trabalho a sujeito do processo de produção, e os trabalhadores, de sujeitos do processo de trabalho a apêndices do processo de produção.

O ser humano (elemento subjetivo) se torna supérfluo ou subsidiário, ao passo que são os meios de produção (elemento objetivo) que ditam o ritmo, a escala e a produtividade do trabalho. O aporte real do trabalhador ao processo de produção tem agora seu conteúdo modificado, uma vez que a grande indústria passa a conformar hegemonicamente a configuração técnica do processo de trabalho.

Desta forma, simultaneamente à enorme ampliação das possibilidades de extração de mais-valia, agora na forma relativa, o trabalhador se torna crescentemente desqualificado. O trabalhador é destituído da realização direta do processo de trabalho e realocado em tarefas de manutenção do processo produtivo (monitoramento, supervisão, controle etc.).

Na cooperação simples (subsunção formal do trabalho) e na manufatura (subsunção iminentemente real do trabalho) o capital precisa coagir subjetivamente o trabalhador para impor a forma econômica capitalista ao processo de produção. Na grande indústria, com a subsunção real plenamente desenvolvida do trabalho, o sistema de máquinas controla objetivamente o conteúdo da atividade consciente do trabalhador. O saber-fazer é expropriado do trabalhador, convertendo-se em ciência do processo produtivo¹⁸.

¹⁸ Moraes Neto (1989) indica que, ao mesmo tempo em que a máquina consiste na ciência posta a serviço da produção, a produção se converte em nada mais nada menos que a aplicação tecnológica da ciência.

A manifestação mais cabal do capital como contradição em processo consiste em que este conquista sua mais ampla dominação sobre o trabalho justamente ao passo que visa prescindir do trabalho vivo imediato, por meio da adoção tendencialmente crescente do sistema automático de máquinas, sua base técnica adequada.

A incorporação de maquinaria possibilita ampliar o tempo de trabalho excedente (na forma de mais-valia relativa) e a redução do tempo de trabalho necessário (na forma de mais-valia absoluta), ocorrendo, assim, uma contraditória negação do tempo de trabalho como fonte de riqueza. Desta forma, a expansão das forças produtivas do capital – e, conseqüentemente, as relações sociais de produção que, juntamente daquelas, constituem sua base produtiva – acompanha uma necessária e conseqüente degradação do trabalho¹⁹.

Vários fatores estão relacionados a essa degradação: (a) a intensificação qualitativa do ritmo de trabalho, (b) o aumento da demanda por volume de trabalho, (c) a diferenciação do acesso aos meios de produção e aos produtos do trabalho dentre as classes sociais, (d) a distribuição desigual tanto da riqueza quanto dos meios de produção etc. (MARX, 1867/2010).

Ainda que emergindo em momentos históricos consecutivos, a cooperação simples, a manufatura e a grande indústria não são etapas que se substituem historicamente, expressando, acima de tudo, nada mais que uma tendência. Assim, os distintos segmentos econômicos referentes aos particulares sistemas de necessidades sociais devem ser analisados de maneira particular. Poderão se manifestar, em determinados segmentos, composições entre trabalho artesanal, manufatureiro e/ou industrial na constituição do trabalho coletivo, mas, em última análise, a tese geral de dominação do capital sobre o trabalho manifestará sua vigência.

¹⁹ Mais uma vez faz sentido remeter à distinção entre centralidade ontológica do trabalho e centralidade cotidiana do emprego. A força de trabalho empregada valorizará o capital por meio da objetivação de trabalho abstrato no decurso do processo de produção. Neste sentido, a crítica ao processo capitalista de produção é uma crítica à centralidade do trabalho abstrato na objetivação da atividade consciente do ser humano sob o capital. No entanto, é justamente pela impossibilidade objetiva de submissão completa da atividade consciente que se põe a centralidade política dos trabalhadores nesse processo.

Neste item apresentamos, sucintamente, o processo de transição de um tipo “natural” para um tipo “social” de divisão do trabalho, no qual ocorre uma especialização das ações requeridas para a reprodução e produção social mantendo-se, não obstante essa diferenciação, um nível necessário de interdependência objetiva.

No processo de desenvolvimento técnico das forças de produção, a grande indústria apresenta-se como o ápice da contradição entre o capital e o trabalho: ao mesmo tempo em que o capital aprimorou os meios técnicos para ampliar o tempo de trabalho excedente e racionalizar ao máximo o tempo de trabalho necessário, o tempo de trabalho é negado como fonte de riqueza pela incorporação da maquinaria. Assim, para além do âmbito socioeconômico, as determinações e efeitos do modo de produção capitalista derivam-se para toda uma formação social. Conforme Moraes Neto (2002), *“para Marx, o capitalismo é, a um só tempo, brilhante no que diz respeito ao desenvolvimento das forças produtivas e medíocre enquanto forma social”* (p. 56 – grifos no original).

O que se passará com o trabalhador e sua subjetividade, enquanto indivíduo da espécie humana que, como tal, precisa reproduzir socialmente suas condições de existência e, ao mesmo tempo, é sujeito histórico do capital, como peculiar força produtiva de sua contradição em processo?

Consciência, personalidade e afetividade

Tomando-se por base os pressupostos teórico-metodológicos e marcos conceituais adotados, entendemos que será ainda fundamental abordar três aspectos relacionados à subjetividade humana para viabilizar a compreensão da constituição do ser humano enquanto ser social: o processo da consciência, a questão da personalidade e o lugar da afetividade.

Conforme as aptidões humano-genéricas do ser humano se aprimoraram no decurso do tempo longo da história, conforme indicamos anteriormente, uma parte significativa da atividade consciente passou a se relacionar a uma modalidade especificamente humana de relação social. Trata-se

da realização de ações de comunicação, expressando o surgimento da linguagem (LEONTIEV, 1978).

Vigotski (1930/1999) discute que houve um aperfeiçoamento dos processos cerebrais no decurso do desenvolvimento filogenético, preparado pela história precedente da espécie. O surgimento da linguagem expressa um salto em termos dos processos psicológicos, que vão viabilizar ao ser humano recorrer à comunicação como instrumento para a cooperação. Consequentemente, para o autor,

A psique não deve ser considerada como uma série de processos especiais que existem acima e separados dos cerebrais, mas como expressão subjetiva desses mesmos processos, como uma faceta especial, uma característica qualitativa especial das funções superiores do cérebro (p. 144).

Coerentemente com esses pressupostos, há uma relação intrínseca entre a história de desenvolvimento da consciência e a origem da linguagem como forma especificamente humana de atividade. Assim, partiremos do processo de consciência a fim de explicitar, a seguir, suas interconexões com a linguagem.

Para Leontiev (1978), tratar do complexo problema da consciência requer relacioná-la aos processos que conectam psicologicamente o ser humano ao mundo circundante²⁰. Assim, o autor considera necessário remeter a origem do processo de consciência ao curso real da história do desenvolvimento do psiquismo humano.

Com efeito, a atividade consciente enquanto “protoforma” do ser social do ser humano (centralidade ontológica do trabalho) cria o elo prático entre o indivíduo e o mundo circundante (natureza, cultura e demais seres humanos) no

²⁰ Para o autor, a concepção tradicional da Psicologia dicotomiza o que no ser humano manifesta-se como unidade de seus processos psíquicos, por meio da distinção cartesiana entre *res cogitans* e *res extensa*. Neste sentido, enquanto por um lado a *res cogitans* abarcaria a “coisa que pensa”, ou seja, a imaginação, a percepção, a memória, o desejo etc., a *res extensa* consistiria “a coisa da extensão”, quer dizer, os fenômenos e processos fisiológicos, o corpo do indivíduo pensante e a realidade concreta que o circunda. Veremos que essa dicotomização perde a razão de ser na perspectiva que aqui estamos apresentando. A esse propósito, Vigotski (1930/1999) afirma da necessidade de “reconhecimento [pela Psicologia dialética] de processos psicofisiológicos singulares e únicos, que constituem as formas superiores de comportamento do homem, aos quais propomos denominar processos psicológicos, diferentes dos psíquicos e por analogia aos chamados processos fisiológicos” (p. 146). Nesses termos, o autor propõe que a Psicologia tenha como objeto o processo integral do comportamento humano.

processo material da vida do indivíduo. Desta forma, rejeita-se a separação dualista e dicotomizante entre atividade interior (“teórica”) e atividade exterior (“prática”).

Porém, como se constituem as inter-relações entre a “imagem” da realidade (sua percepção pelo indivíduo) e a atividade interior propriamente dita (desenvolvimento das funções psicológicas superiores)? Isso se torna possível pela possibilidade de formação no ser humano da forma consciente de reflexo psíquico, ou ainda, do reflexo psíquico consciente. Trata-se, porém, de um processo parcial com relação ao real. Isso porque, simultaneamente, (a) o reflexo de um objeto jamais expressará a “verdade” deste objeto como fenômeno “total” e “em-si” (diferentemente da concepção fenomenológica da consciência) e (b) o reflexo depende da mediação da atividade do indivíduo, que tem uma relação sempre parcial (e não “onipresente”) com a realidade que o circunda (LEONTIEV, 1978).

Assim, são estabelecidas as bases para compreender o processo de consciência enquanto integrado à atividade que, além de consciente, é mediadora. Nesse sentido, a consciência não é um epifenômeno, uma espécie de “soberano” da vida consciente do indivíduo, dado refletir ativamente as relações da atividade do sujeito com o mundo em seu entorno por meio do reflexo psíquico consciente.

Desta forma, para Leontiev (1978), seguindo Marx e Engels (1845-1846/2007), é sempre necessário partir das condições históricas concretas que os seres humanos criaram e criam para sua reprodução e produção social. Somente daí se torna possível observar, então, as relações entre a estrutura da atividade consciente humana e as particularidades psicológicas da consciência humana, historicamente contextualizadas.

Entre os hominídeos da sociedade primitiva ainda não se constituía uma consciência da cooperação, ainda que a interdependência entre os seres humanos correspondesse a um fato objetivo da espécie. A vida gregária do ser humano, neste ponto do desenvolvimento sócio-histórico, era o resultado tão somente de uma reação da espécie frente à iminência de aniquilação diante das intempéries naturais. Assumiam destaque na atividade, assim, os motivos de autoconservação biológica.

Nos limites da divisão natural do trabalho, considerando-se a subjetividade constituída nessa particular conformação das relações sociais de produção, o sentido de algo para um indivíduo singular detinha o mesmo sentido de algo para a coletividade. Desta forma, os sentidos pessoais não se destacavam das significações sociais²¹. Em outras palavras, neste momento histórico da cooperação humana, a consciência individual se mantém dentro dos limites restritos da consciência social, na qual os motivos de autoconservação impulsionam predominantemente a atividade.

À proporção que o ser humano se sedentariza e cria uma relação com seu entorno que caracteriza ao menos rudimentos de cultura, ocorre simultaneamente um processo decisivo. Nestas circunstâncias, o conteúdo que entrava no lugar de fim da ação de um indivíduo passa a se colocar como condição para a ação do outro, ou mesmo o fim da ação do próprio indivíduo é colocado como condição para uma ação posterior sua.

Segue um processo de alargamento do domínio da consciência social, preparado desde a sociedade de clãs. Emerge uma possibilidade histórica fundamental para a compreensão da estrutura da consciência na condição de divisão social e técnica do trabalho: uma relativa independência dos fins (das ações), que são convertidos e transladados agora para motivos²² (de atividades).

Em outras palavras, as ações continuam sendo operacionalizadas tendo em vista determinados fins, mas agora tais fins são “confrontados” pelos motivos. Psicologicamente há uma “apresentação” à consciência do reflexo psíquico desta nova estrutura da atividade, estabelecendo-se socialmente a existência de

²¹ O sentido pessoal consiste, sinteticamente, na ligação na consciência entre motivos (por que) e fins (para que) da atividade (LEONTIEV, 1978). Ainda que os motivos possam ser não-conscientes, não há atividade que não seja estimulada por motivos, e geralmente a atividade é polimotivada. Discutiremos, a seguir, sobre essa acepção do que consistem os motivos. Por sua vez, a significação social é uma generalização da realidade que terá um portador – habitualmente a palavra escrita ou falada – por meio da qual será concretizada a relação entre objetos e necessidades. Esta relação se concretizou na filogênese e foi historicamente constituída pelo ser humano enquanto acúmulo sociocultural de suas realizações: “a significação mediatiza o reflexo do mundo pelo homem na medida em que ele tem consciência deste, isto é, na medida em que o seu reflexo do mundo se apóia na experiência social e a integra” (p. 95).

²² O motivo “designa aquilo em que a necessidade se concretiza de objetivo nas condições consideradas e para as quais a atividade se orienta, o que a estimula” (LEONTIEV, 1978, p. 97). Via de regra, os motivos de uma atividade não se oferecem diretamente à análise de um observador externo ou mesmo de uma auto-análise pelo próprio sujeito; no mais das vezes, requerem um trabalho detido de análise da estrutura da atividade para sua apreensão.

atividades com motivos autônomos. Dessa forma, considerando-se que os fins das ações serão subordinados aos motivos da atividade, a análise do processo de consciência precisa ser particularizada, agora, aos grupos sociais que compõem determinada formação societária, e não mais remetidas a uma coletividade em geral, como era possível na divisão natural do trabalho.

Ao passo que se consolidam motivos e atividades nesta nova estrutura do processo de trabalho – considerado, aqui, em sua centralidade ontológica – simultaneamente, uma divisão técnica e relativamente fixa do trabalho se estabiliza no interior dos agrupamentos humanos (LEONTIEV, 1978). Ao postular a *lei geral do deslocamento dos motivos* (p. 115) e introduzir, por meio dela, a categoria *motivo*, Leontiev acrescenta à abordagem marxiana do processo de trabalho a possibilidade de um tratamento materialista do processo da consciência e das interconexões sistêmicas entre estrutura da atividade e estrutura da consciência.

O autor discute que estas mudanças, apresentadas aqui bastante esquematicamente, têm duas consequências importantes: (1) o alargamento da esfera dos fenômenos passíveis de conscientização pelo ser humano, ou seja, um enriquecimento da esfera da consciência social mantendo-se, porém, (2) uma relativa escassez do conteúdo psicológico da consciência, quer dizer, uma pobreza da linguagem.

Contudo, é precisamente este desfasamento entre linguagem e consciência o marco histórico da preparação do ser humano para a possibilidade de se apropriar da riqueza humano-genérica fundada com a criação da linguagem. Marx e Engels (1845-1846/2007) afirmam que:

A linguagem é tão antiga quanto a consciência – a linguagem é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e que, portanto, também existe para mim mesmo; e a linguagem nasce, tal como a consciência, do carecimento, da necessidade de intercâmbio com outros homens (p. 34 – grifos no original).

Neste mesmo sentido, afirma Vigotski (1934/2001):

A comunicação, estabelecida com base em compreensão racional e na intenção de transmitir ideias e vivências, exige necessariamente um sistema de meios cujo protótipo foi, é e

continuará sendo a linguagem humana, que surgiu da necessidade de comunicação no processo de trabalho (p. 11).

Segundo Leontiev (1978), a gênese da linguagem ocorre com o surgimento de um tipo de atividade distinto do contato prático com objetos: as ações de palavra. Sua existência destina-se a transmitir um determinado conteúdo verbal. Em sua origem, este conteúdo tem a função de planificar, organizar e dirigir a realização do processo de trabalho. Não constitui diretamente a atividade consciente, mas é um conteúdo que permanece ligado a ela. Como isso é possível?

Vygotski (1931/1995) demonstra a existência de duas “faces” no processo de mediação da atividade: o ser humano (1) recorre às ferramentas para realizar as mediações entre si e seu entorno no processo de trabalho; e (2) demanda signos – sinais com significados convencionados social, histórica e culturalmente – para realizar as mediações entre a linguagem socializada e o pensamento verbal. O autor logra não dicotomizar trabalho e sociabilidade humana ao demonstrar a unidade de origem e de estrutura entre estes dois momentos.

Visando uma Psicologia concreta, o autor historia o desenvolvimento das funções psíquicas superiores e propõe uma abordagem metodológica geral do problema da consciência. Critica a forma com que a Psicologia promoveu historicamente uma fragmentação do aspecto integral da consciência para estudar as funções psíquicas superiores (pensamento, linguagem, emoção, memória, vontade etc.).

Para Vygotski (1931/1995), assim como a mercadoria foi para Marx a unidade de análise da formação social subsumida ao capital, o signo seria a unidade de análise do pensamento e da palavra na constituição mediada da consciência humana pela atividade. Outro mérito da sua formulação consiste em conformar os pressupostos metodológicos marxianos à abordagem da subjetividade sem transladar as categorias econômicas advindas da crítica à economia política para o estudo da subjetividade.

Sirgado (2000) elucida da seguinte forma a relação entre o signo e o processo de significação, que se encontra na base da criação e do desenvolvimento

das significações sociais: “se a mediação técnica permite ao homem transformar (‘dar uma forma nova’) à natureza da qual ele é parte integrante, é a mediação semiótica que lhe permite conferir a essa ‘forma nova’ uma *significação*” (p. 58 – grifos no original).

Assim, como consequência do surgimento das ações de palavra, ocorre uma separação entre a função prática da linguagem, ou seja, de transmissão de conteúdo propriamente dito, e a função teórica, ou seja, cognitivo-emocional. Isolam-se, dessa forma, uma função direta da palavra ligada à execução das ações, e uma função indireta ligada à organização das atividades.

No processo de formação das ações verbais internas, por meio da internalização do signo sob ação do reflexo psíquico da consciência mediado pela atividade, pode-se individualizar um novo tipo de atividade, qual seja, a atividade intelectual. Isso se dá com base na divisão social do trabalho (em termos da estrutura da atividade) e do desenvolvimento de motivos relativamente independentes (em termos da estrutura da consciência), diferenciação que é possível desde que não se perca de vista a unidade ontológica entre atividade e consciência nesse plano de análise.

Um indivíduo isolado, nessas circunstâncias, poderá recorrer a ações de palavra (verbais) com fins teóricos, tornando supérflua a forma exterior da palavra para fins de comunicação direta. Tais atividades, a exemplo do pensamento verbal e da memorização ativa, não transformam imediatamente o mundo material, gerando um produto teórico. Porém, alerta Leontiev (1978):

Um homem que exerça uma atividade que tenha por conteúdo principal estes processos internos, só pode existir em troca do produto desta atividade se receber uma parte dos frutos da produção material da sociedade [...] Os produtos ideais de sua atividade própria devem ser transformados para ele em objetos que nada têm de ideal (p. 116).

Nesse sentido são as próprias relações sociais, enquanto relações sociais de produção determinadas, que cindem a atividade “ideal” teórica da atividade “material” prática. Trata-se de um processo historicamente

determinado, ao passo que, ontologicamente, existe uma comunidade de estrutura entre a atividade interior teórica e a atividade exterior prática²³.

É preciso notar a existência de uma relação intrínseca entre os motivos da atividade e a constituição do sentido pessoal. Desta forma, o sentido de uma ação no trabalho – assim como em qualquer outra esfera da atividade mediadora consciente – será determinado por aquilo que incita o indivíduo a agir.

Nas condições do modo de produção capitalista, o trabalho não se põe como objetivação correspondente à necessidade social da atividade de um determinado indivíduo e da sua cooperação em um trabalho coletivo – uma “divisão do trabalho social”. Põe-se, contrariamente, como possibilidade de obtenção de salário, grandeza decorrente do preço atribuído à força de trabalho em conformidade com sua divisão social e técnica e às convenções estabelecidas pelo mercado visando assegurar a autovalorização do capital. Assim, será o salário que vai conferir, em última instância, o sentido pessoal de sua ação²⁴.

Com efeito, o sentido pessoal do trabalho é estranho à sua significação objetiva também para o proprietário de meios de produção, ou seja, o trabalho é tão somente um meio para a obtenção de lucro como parcela da extração da mais-

²³ O fundamental do caráter alienado do trabalho no capitalismo não consiste somente em que a significação social do trabalho alienado apareça como escondida do trabalhador, mas também que o trabalhador vivencia concretamente um estranhamento do significado do seu trabalho. Isso requer a diferenciação entre o desenvolvimento histórico da consciência e o que consiste a ideia de senso comum de “conscientização”. A superação do estranhamento que resulta do trabalho alienado não ocorre pelo mero reconhecimento do processo de reprodução e produção social do capital, como pode sugerir certa interpretação da ideia de “conscientização”. Ao contrário, exige transformações concretas nas condições reais de vida e trabalho vigentes no modo de produção capitalista, para que possam ser engendradas mudanças respectivas (concomitantes ou não) na estrutura da consciência.

²⁴ Esmiuçando mais detidamente este processo, Leontiev (1978) esclarece que a alienação “entra” na vida real do trabalhador de duas formas. Por um lado, negativamente, no sentido de que “fazer pela vida não é viver” (p. 125), ou seja, o trabalho na sociedade de classes é muito mais um meio de exaustão e de empobrecimento da vida do trabalhador do que de realização e de desenvolvimento multilateral de suas capacidades. Por outro lado, positivamente, sob três aspectos: (1) o trabalho é um meio de atividade pelo qual o ser humano se apropria de conhecimentos, de hábitos, de determinado saber-fazer, possibilitando o contato com a “riqueza real do aspecto ‘técnico’ da vida” (p. 125); (2) o trabalho é também um meio para o desenvolvimento de um sentido de coletividade, à medida que “seu trabalho jamais se transforma para ele [o trabalhador] numa simples mercadoria” (p. 126), sendo uma oportunidade para entrar em relação com pessoas que compartilham da mesma condição de classe; e (3) o trabalho, finalmente, é uma circunstância na qual as relações reais do trabalhador têm o potencial de conservar o sentido humano de uma atividade vital consciente: “na sua atividade não há motivos para que outro homem possa perder o seu sentido para ele e possa ter a significação de uma coisa” (p. 127).

valia. O resultado disso no processo de consciência consiste na alienação entre os sentidos pessoais e as significações sociais, que se tornam então apartadas e desconectadas, independentemente da posição de classe do indivíduo.

Tendo sido possível tratar, ainda que em linhas gerais, da formação da consciência em sua relação necessária com a atividade mediadora, torna-se possível abordarmos, coerentemente, a questão da personalidade.

Recuperando a categoria *motivo*, notamos a impossibilidade de distinguir motivos da atividade que não sejam advindos de uma determinada história de relação do indivíduo com a realidade material de seu entorno. É precisamente esta história que estabelece o âmbito dos processos e fenômenos constitutivos da personalidade. A categoria *personalidade*, em linhas gerais, trata do indivíduo em seu processo social de personalização pela mediação da atividade consciente²⁵ (LEONTIEV, 1981).

Na experiência social e cultural da personalidade, os objetos que serão transformados com base no estabelecimento de determinadas finalidades para a atividade do indivíduo serão o suporte material para a concretização de suas necessidades. Simultaneamente a esta concretização, desenvolve-se a constituição de sentido pessoal, dadas as significações sociais. Assim, a personalidade é composta por uma estrutura motivacional que depende, portanto, de uma determinada “realização” das significações sociais pelos sentidos pessoais com base na atividade concreta do indivíduo.

Essa realização tem um “ajustamento” contraditório, tanto historicamente quanto ontologicamente. Historicamente, por conta da própria estrutura da consciência decorrente da divisão social e técnica do trabalho na sociedade de classe e do trabalho alienado. Ontologicamente, devido ao círculo

²⁵ Daí que a relação efetiva seja estabelecida entre a personalidade e o processo de vida real (totalidade concreta), inclusive a própria corporeidade do indivíduo. Petrovski (1984) ressalta que somente desta forma é possível superar os enfoques tradicionais da personalidade em Psicologia: enfoques colecionista (a exemplo das teorias denominadas “traço-e-fator”) ou idealista (tal qual o existencial-fenomenológico e as ideias de “crescimento humano”, “auto-atualização” etc.) da personalidade.

imensamente mais amplo de possibilidades de criação de sentidos pessoais dadas determinadas significações sociais já postas pela cultura²⁶.

Consciência e personalidade se relacionam uma vez que a consciência pressupõe tanto a estrutura motivacional singular da personalidade quanto o conteúdo que nela aparece, por meio do reflexo psíquico consciente, na forma de fins da atividade. Este processo cria e mantém em movimento o elo prático personalidade/mundo.

Finalmente, será importante abordar, ainda que sucintamente, o lugar da afetividade no processo de consciência e na formação da personalidade. Para isso, iniciaremos pela distinção entre emoções e sentimentos, aproveitando as mediações teóricas introduzidas na discussão realizada anteriormente sobre a consciência e a personalidade.

Leite (2005) indica a importância de resgatar as questões dos sentimentos, das emoções e dos afetos como objeto da Psicologia. A vida afetiva parece desafiar a objetividade do conhecimento científico, tanto porque supostamente a vida intelectual seria mais apreensível quanto porque pressupomos certa ambivalência e ambiguidade das emoções que não estariam presentes nas cognições.

Para Vigotski (1934/2001),

Existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais [...] Em toda idéia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa idéia. Ela permite revelar o movimento direto que vai da necessidade e das motivações do homem a um determinado sentido do seu pensamento, e o movimento inverso da dinâmica do pensamento à dinâmica do comportamento e à atividade concreta do indivíduo (p. 16-17).

Dessa forma, sentimentos, emoções e afetos são integrantes da esfera motivacional da personalidade e, portanto, ainda que subjetivos, são cognoscíveis

²⁶ Vigotski (1934/2001), discutindo o predomínio do sentido sobre o significado da palavra no que se refere à linguagem interior, indica que “o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata [...] Tomada isoladamente no léxico, a palavra tem apenas um significado. Mas este não é mais que uma potência que se realiza no discurso vivo, no qual o significado é apenas uma pedra no edifício do sentido” (p. 465). Isso ratifica uma abordagem da subjetividade que situe centralmente a categoria *personalidade*.

(PETROVSKI, 1985). Desta forma, atestar a importância da comunicação para a cooperação que se dá no processo de trabalho em sua centralidade ontológica também requer debater o valor motivacional da afetividade com relação aos vínculos que se constituem entre os indivíduos neste processo.

Os sentimentos são sistemas de tendências relacionadas com determinados objetos. Alegoricamente, consistem na estabilização de significações sociais, permitindo ao indivíduo experimentar a consciência social de certo momento histórico; sentimentos pertencem, portanto, à esfera ideológica (responsabilidade, inveja, amizade, esperança etc.)

Indicam acontecimentos significativos para a personalidade, sendo dependentes (a) da posição vital do indivíduo no grupo, (b) da atividade por ele desenvolvida, (c) das relações interpessoais estabelecidas e (d) da posição social ocupada pelo indivíduo. Leite (2005) indica que “podemos julgar os sentimentos de um indivíduo por suas palavras quando manifesta o conteúdo de seus sentimentos ou quando fala dos objetos que nele despertaram os sentimentos” (p. 98). Não somente, a comunicação não-verbal também é expressiva, tendo a capacidade de manifestar tais sentimentos ao(s) outro(s).

No que se refere às emoções, ainda que os mecanismos fisiológicos das emoções no ser humano sejam análogos aos demais mamíferos, seu conteúdo qualitativo e sua forma de expressão são sumamente distintos (PETROVSKI, 1985). Manifestam-se na personalidade previamente ao pensamento e à linguagem e, portanto, da consciência. Consistem na ação direta de viver um sentimento: o sentimento de gosto pela música implica na emoção de prazer em ouvir uma canção que se aprecia; o sentimento de medo implica processos emocionais distintos resultando em choro, entorpecimento, ataque, etc. Ainda assim, emoção e sentimento podem ser contraditórios, como no caso do sentimento de amizade por uma pessoa por quem, dada certa situação, se vivencie uma emoção de raiva.

Diferentemente do motivo, que atua estimulando a atividade, as emoções são reguladoras da atividade. Têm um caráter diretivo, “sancionando” pelo matiz emocional das ações as relações entre motivo e finalidade da atividade. Neste sentido, as emoções são como que uma “previsão”, que antecipa e sinaliza a

circunstância em que as ações serão realizadas, ao matizarem os motivos com certo tom emocional.

As emoções cumprem uma função social ao dirigirem o agir, o pensar e o sentir, indicando quais objetos/fenômenos têm sentido para a personalidade. Dessa forma, é possível referir-se à possibilidade de uma educação emocional, dado que as emoções são transmissíveis: mediante a aprendizagem os grupos sociais imprimem, nas emoções, suas marcas.

Em síntese, neste item, discutimos as relações entre consciência, personalidade e afetividade, partindo da premissa de que, com a divisão social do trabalho, se inaugura a possibilidade histórica de existência da sociedade de classes, ocorrendo, também, transformações fundamentais na consciência humana.

Assim, a par da relativa independência do motivo da atividade diante dos fins da ação, que ocorre com a divisão social do trabalho, diferencia-se a possibilidade de separação entre uma função prática e teórica da palavra com o surgimento da atividade intelectual. Isso também inaugura novas possibilidades para o uso da comunicação, que poderá, então, constituir pensamento verbalizado e linguagem socializada, valendo-se da unidade de origem e de estrutura na atividade mediadora entre a mediação técnica que recorre às ferramentas e a mediação semiótica que recorre aos signos.

As contradições constitutivas da sociedade de classes “penetram” no processo de consciência pela mediação da atividade, dado que esta será o “veículo” da alienação do sentido do trabalho vivenciado pela personalidade. Isso se expressa tanto ontologicamente (na realização somente parcial das significações sociais no sentido pessoal) quanto historicamente (na inadequação entre sentido pessoal e significações sociais própria da sociedade de classes).

A personalidade estabelece o elo prático indivíduo/mundo, sendo constituída por uma estrutura motivacional, cujo conteúdo é confrontado pelos fins das ações nas atividades às quais se insere ou é inserido o indivíduo em sua história de vida. A afetividade, por sua vez, também compõe a esfera motivacional da personalidade. Assim, da mesma forma que a cooperação no

trabalho demanda o processo de comunicação, os vínculos estabelecidos nessa cooperação serão matizados pelo tom emocional dos motivos da atividade.

O processo de trabalho e a dialética cooperação-trabalho coletivo

Atender às necessidades do ser humano enquanto ser social; produzir e socializar novas necessidades e meios para atendê-las; viabilizar a reprodução da espécie por meio da procriação; transmitir os legados da história humana na cultura; viabilizar o processo de comunicação; constituir um reflexo psíquico consciente; estabelecer um sistema estável de simbolização (linguagem); formar a consciência, a personalidade e a afetividade: são estas várias dimensões da centralidade ontológica do trabalho como atividade consciente que posicionam a importância desta categoria para a abordagem do ser humano como ser social, para além da centralidade cotidiana do emprego.

Para abordarmos adequadamente as centralidades do trabalho foi necessária uma análise que apontasse para as diversas formas de cooperação humana no tempo, por meio da apresentação de algumas das mediações histórico-sociais necessárias para apreender suas manifestações. Isso permitiu situar que o ser social humano-genérico se edifica sob as bases do ser biológico específico do ser humano, por meio do intercâmbio sociometabólico entre ser humano e natureza constituído neste processo.

Notamos ser necessário evidenciar a situação de desrealização e desumanização a que fica subsumido o trabalhador por meio da centralidade cotidiana do emprego dado o trabalho alienado. Observamos que isso requer uma análise crítica do modo de produção capitalista e, portanto, das consequências do processo de autovalorização contínua e destrutiva do capital. Implica, por outro lado, enfatizar a centralidade política dos trabalhadores para enfrentar o domínio do capital sobre o trabalho.

Neste sentido, analisamos as conexões intrínsecas entre as forças produtivas do capital e as relações sociais de produção instauradas em seu interior, estabelecendo uma das contradições fundamentais do capitalismo: os elevados patamares de produção social de riqueza assentam-se

contraditoriamente na criação de valor por meio da exploração direta do tempo de trabalho.

Observamos a divisão social e técnica do trabalho e seus reflexos na constituição da consciência humana no modo de produção capitalista enquanto sociedade de classes. Esta teorização tornou possível distinguir, ainda que bastante sucintamente, a origem, desenvolvimento e características das relações entre consciência, personalidade e afetividade.

A todo tempo buscamos remeter nossa discussão a respeito da formação do ser social, do problema da alienação, da base produtiva do capital, da divisão social e técnica do trabalho e da consciência humana na sociedade de classes a um aspecto que consideramos fundamental focalizar na sociabilidade subsumida ao capital: *a dialética cooperação-trabalho coletivo*.

Ao passo que o primeiro pólo se remete aos fundamentos histórico-ontológicos do trabalho na constituição do ser humano como ser social, o segundo trata das diversas formas históricas com que a sociabilidade do ser humano se vale da cooperação para constituir o trabalho em distintos modos de produção. Entendemos que esta formulação contribui para não perder de vista a unidade e a totalidade presente nas relações constituídas no movimento dialético entre estes pólos contraditórios.

Coexiste, na vida cotidiana do indivíduo, sua manifestação como ser genérico e ser particular. Como ser particular, o indivíduo é portador das mediações sociais que o constituem. Ao mesmo tempo, o humano-genérico, ou seja, o conjunto de características do ser humano enquanto gênero humano, e não somente como espécie humana, está potencialmente contido em todo indivíduo (HELLER, 1992). Neste mesmo plano de análise, a cooperação é parte da sociabilidade do ser humano como ser genérico, e o trabalho coletivo é parte dessa mesma sociabilidade uma vez que a cooperação se converte em elemento intrínseco das forças produtivas do capital.

Nos grupos sociais se desenvolvem importantes mediações da existência social dos seres humanos. Grosso modo, grupos pressupõem seres sociais em relação diante de finalidades, atividades e um determinado contexto, mais ou menos comuns. Entendemos ser necessário aprofundar a respeito do

processo grupal, averiguando também em que medida isso permitirá precisar nossa definição da dialética cooperação-trabalho coletivo.

Assim, pretendemos focalizar, no próximo Capítulo, os aspectos psicossociais intervenientes nos processos grupais ou, em outras palavras, as mediações do processo grupal. Buscaremos, porém, não perder de vista os condicionantes políticos e socioeconômicos que determinam suas manifestações.

Mediações da atividade no processo grupal

O processo grupal na mediação indivíduo/sociedade

Não seria redundante reafirmarmos aqui, junto de muitos outros que se dedicaram a tratar desta questão, da complexidade envolvida no problema dos grupos humanos como objeto de análise e intervenção nas Ciências Humanas e Sociais.

Andaló (2006), após examinar algumas definições, nota que: (a) termos tais como junção, associação, aglomeração são frequentemente empregados para definir “grupo”; (b) algum critério, explícito ou implícito, parece sempre ser utilizado para caracterizar o grupo (tarefa a realizar, laços de parentesco etc.); (c) uma unidade ou totalidade é habitualmente pressuposta; e (d) uma liderança ou coordenação costuma ser presumida.

A autora ressalta que a diversidade de definições sobre o grupo humano mostra tanto a divergência existente sobre os aspectos que o definem quanto a própria complexidade da apreensão do grupo enquanto objeto de conhecimento. Após tratar de algumas das diversas abordagens dos grupos no campo *psi*, Andaló (2006) chega à seguinte definição:

Um grupo é constituído por um conjunto relativamente pequeno de pessoas, que mantêm contatos face a face, ligadas por algum(ns) objetivo(s) comum(ns) que as leva(m) a interagir e estabelecer relações de reciprocidade. Os grupos também se caracterizam por um *movimento contínuo*, um equilíbrio instável e temporário, cujo conhecimento é extremamente difícil, por ser impossível apreender toda a riqueza existente no entrecruzamento dos aspectos subjetivos e do conjunto dos participantes em permanente processo de reciprocidade (p. 68 – grifos no original).

A definição de Afonso (2010) inclui outros elementos, esclarecendo que o pequeno grupo

É constituído por um número restrito de pessoas unidas em torno de objetivos em comum, que se reconhecem como tal, isto é, que partilham entre si a existência de pelo menos um traço de identidade e, em alguma extensão, estão vinculadas pela

interdependência de sua condição, projeto e/ou trajetória social (p. 12)

Lane (1994) indica que a Dinâmica de Grupo chegou a um impasse enquanto concepção consagrada para o estudo dos pequenos grupos: sua perspectiva da relação indivíduo-meio tornou-a incapaz da previsão e do controle do comportamento grupal, propósito este almejado pelo projeto científico que se encontrava na sua origem²⁷.

Ao delimitar as categorias que considera fundamentais na construção de uma Psicologia Social que permita compreender o ser humano como sujeito da história e transformador da sua própria vida Lane (1994) rompe com a concepção tradicional dos grupos humanos, ao propor que:

A análise do processo grupal nos permite captar a dialética indivíduo-grupo, onde a dupla negação caracteriza a superação da contradição existente e quando o indivíduo e grupo se tornam agentes da história social, membros indissociáveis da totalidade histórica que os produziu e a qual eles transformam por suas atividades também indissociáveis (p. 17)

A autora sugere a necessidade desta ruptura tomando por base a análise e a intervenção diante das práticas grupais concretamente existentes em uma determinada formação social e seu contexto histórico²⁸. Coloca-se, desta forma, uma compreensão de que os grupos precisam ser definidos enquanto processos grupais por não consistirem fenômenos isolados, ou seja, os grupos não são “ilhas”, e por deterem um aspecto de produção permanente, exigindo uma abordagem atenta à sua historicidade.

²⁷ Um interessante apanhado histórico da proposição de uma “teoria geral da Dinâmica de Grupo” encontra-se em Cartwright e Zander (1975). Vale assinalar que a Dinâmica de Grupo, muito além de uma temática dentro do campo da Psicologia Social, constitui-se a partir de aproximadamente a década de 1930 como toda uma área de pesquisa e intervenção da Psicologia, com objetos, métodos e técnicas próprios. Apesar da pertinência da crítica a respeito da sua abordagem do grupo enquanto instrumento de adaptação social e moderador de tensões, é forçoso reconhecer que é a partir da Dinâmica de Grupo que o problema dos grupos inscreve-se definitivamente como questão da Psicologia e das Ciências Humanas e Sociais.

²⁸ Ao menos desde fins da década de 1970, a Psicologia Social Comunitária enfatizou as intervenções grupais e institucionais como enquadre para o trabalho do psicólogo. Desde esta época, práticas do psicólogo que demandavam reformulações teóricas da Psicologia acabaram por “se ancorar” na Psicologia Social. A formulação de uma abordagem dos grupos que estivesse atenta à importância das práticas grupais nesse contexto foi um dos fatores determinantes da emergência do processo grupal como perspectiva teórica no campo da Psicologia Social (MARTINS, 2007).

Em conformidade com esta necessidade e perspectiva de abordagem do processo grupal, consideramos imprescindível relacionar sua constituição dada a mediação da atividade consciente, permitindo-se então reafirmar as centralidades do trabalho. Conforme Martín-Baró (1996):

Condição essencial para que exista uma sociedade é que se dê uma coordenação mínima entre as ações das pessoas e grupos que a compõem. Coordenação significa precisamente uma forma de ordem, e não há modo de evitar a realidade de um ordenamento coletivo para pensar em uma sociedade, nem sequer nos limites mais radicais de um anarquismo extremista. Se existe uma sociedade é porque se dá alguma forma de ordem entre seus membros, um conjunto de regularidades que harmoniza a ação dos grupos e pessoas de modo que a ação de um não destrua nem impeça o produto da atividade dos demais, senão que talvez o permita, potencialize ou complemente (p. 14).

Isso não significa, por sua vez, pressupor a cooperação enquanto interação harmônica ou funcional das trocas materiais ou simbólicas dentre os integrantes de cada grupo singular. O tratamento dispensado à cooperação que se dá nos processos grupais deve pressupor o caráter conflitivo das relações sociais neles estabelecidos.

Observamos, anteriormente, ao discutirmos a formação do ser humano enquanto ser social, a historicidade das formas de cooperação humana no tempo. A pressuposição inicial, a ser teoricamente desenvolvida no decorrer deste Capítulo, consiste em que os processos grupais podem ser tomados como a unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo.

Marx (1867/2010) dedica um item à questão da cooperação enquanto inovação introduzida pelo capital conforme se constitui a cooperação simples entre artífices a ele subsumidos, ainda que inicialmente em regime de subsunção formal. A cooperação seria um estágio histórico decisivo de preparação da base produtiva para a constituição do trabalho manufatureiro, em que há uma enorme ampliação das forças de produção do capital. Ao tratar dos efeitos da cooperação na ampliação da produtividade social do trabalho, o autor apresenta que:

A jornada coletiva tem essa maior produtividade, ou por ter elevado a potência mecânica do trabalho; ou por ter ampliado o espaço em que atua o trabalho; ou por ter reduzido esse espaço em relação à escala da produção; ou por mobilizar muito trabalho no momento crítico; ou por despertar a emulação entre os indivíduos e

animá-los, ou por imprimir às tarefas semelhantes de muitos o cunho da continuidade e da multiformidade; ou por realizar diversas operações ao mesmo tempo; ou por poupar os meios de produção em virtude do seu uso em comum; ou por emprestar ao trabalho individual o caráter de trabalho social médio. Em todos os casos, *a produtividade específica da jornada de trabalho coletiva é a força produtiva social do trabalho ou a força produtiva do trabalho social. Ela tem sua origem na própria cooperação.* Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie (p. 382 – grifos nossos).

Martín-Baró (1996), enfatizando a historicidade da existência e da ação grupal, observa que a reprodução social dos grupos humanos depende “essencialmente da sua capacidade para realizar ações significativas em uma determinada circunstância e situação históricas” (p. 217). Mais precisamente, acrescenta que existe uma dupla dimensão da atividade no processo grupal: externa, ou seja, diante da sociedade e de outros grupos, e interna, quer dizer, diante dos próprios integrantes do grupo.

É somente considerando estas duas faces do processo grupal que entendemos ser possível afirmar a respeito dos grupos humanos realizando a mediação entre indivíduo e sociedade conforme adverte Lane (1994).

Com relação à dimensão externa da atividade dos grupos humanos, encontramos em Heller (1992) aspectos que apontam para as origens da possibilidade histórico-ontológica de que a cooperação se apresente na base da grupalização dos seres humanos. A autora demonstra a emergência dessa possibilidade enquanto imbricada com as transições e as transformações que se dão no desenvolvimento histórico que vai da sociedade primitiva à sociedade de classes.

Ao diferenciar as relações indivíduo/sociedade, indivíduo/comunidade e indivíduo/grupo na sociedade de classes, Heller (1992) destaca os seguintes pontos a respeito desta última relação: (a) a relação indivíduo/grupo pode consistir uma mera casualidade (por exemplo: o indivíduo ser alocado em uma determinada sala de aula, aguardar em uma fila em uma unidade de atendimento à saúde etc.), sendo possível identificar grupo com comunidade

somente quando individualidade²⁹ e grupalidade constituem-se mutuamente³⁰; (b) na realidade social cotidiana, o indivíduo hierarquiza os grupos nos quais participa, sendo também hierarquizadas as finalidades, o contexto e as atividades de cada grupo com os quais se relaciona (família, escola, trabalho, amigos, esporte, recreação etc.); e (c) os grupos não dispõem de uma hierarquia rígida e fixa de valores tal qual existente nas sociedades primitivas, ou seja, de um “sistema de normas relativamente concreto e válido para todos” (p. 67), e sua diversidade será fonte de conflitos na relação indivíduo/grupo.

Ademais, a autora acrescenta que o pertencimento comunitário pode ocorrer das seguintes formas: (a) por uma necessidade externa ao indivíduo, o que ocorria na *polis* grega ou em sociedades estamentais, nas quais “a posição social do indivíduo, as possibilidades de desenvolvimento dessa individualidade e de sua hierarquia de valores estão determinados pelo nascimento e no momento do nascimento” (p. 68), ou (b) por uma necessidade interna do indivíduo. Esta segunda situação somente se viabiliza quando se instaura esta possibilidade enquanto pressuposto formal da liberdade, plenamente desenvolvido na sociedade burguesa³¹. Neste caso, o indivíduo “escolhe” sua comunidade³².

²⁹ O que a autora denomina “individualidade” não está relacionado com o universo do íntimo, do privado, do individual, tal qual o projeto de indivíduo da subjetividade individualizada da modernidade (MANCEBO, 2002). A individualidade, no contexto da definição de Heller (1992), é mais bem associada ao conjunto de atributos de um indivíduo em seu desenvolvimento multilateral do ponto de vista social, psicológico e cultural, bem como em que medida se põem as possibilidades de desenvolvimento destes atributos: “o indivíduo (a individualidade) contém *tanto* a particularidade *quanto* o humano-genérico que funciona consciente e inconscientemente no homem [...] *O desenvolvimento do indivíduo é antes de mais nada* – mas de nenhum modo exclusivamente – *função de sua liberdade fática ou de suas possibilidades de liberdade*” (p. 22 – grifos no original).

³⁰ Em outras palavras, conforme a autora, “nem todo grupo, portanto, pode ser considerado uma comunidade, embora qualquer grupo possa *chegar a ser* comunidade” (p. 66 – grifos no original)

³¹ No século XVIII, ao mesmo tempo em que acontecem grandes realizações técnico-científicas decorrentes da extraordinária ampliação da produtividade social do trabalho que ocorre na transição do feudalismo ao capitalismo, consolida-se também o liberalismo. Este configura-se como expressão filosófica de uma ideologia consequente com o capitalismo, cujos fundamentos estão radicados nas bases materiais que legitimam a incipiente sociedade burguesa. Neste processo, o indivíduo é situado como o motivo e o fim da vida social, convertendo-se, também, por sua vez, em “objeto” de defesa do regime político e econômico liberal. Conforme Mancebo (2002), os seguintes aspectos caracterizam essa proeminência do indivíduo no liberalismo: (a) a defesa do direito de liberdade individual em face do coletivo; (b) a defesa do direito de escolha com garantia de liberdade de ação e participação; (c) a defesa da igualdade, no sentido de que o indivíduo é dotado de direitos naturais que devem ser inalienáveis, públicos e reconhecidos pelos outros; (d) a defesa da singularidade da consciência individual e da razão, das emoções e dos sentimentos individuais; e (e) a defesa do indivíduo como célula básica da sociedade. Essa hipertrofia do sujeito enquanto indivíduo é sumarizada pela autora: “Os indivíduos seriam portadores de

Com relação à dimensão interna da atividade dos grupos, consideramos importante recuperar de Martins (2002) a definição de zona de desenvolvimento próximo de Vigotski e suas possíveis relações com os processos grupais. Ainda que na reflexão da autora a discussão seja particularizada para o contexto escolar, é possível pinçar discussões que podem ser estendidas para os processos grupais em geral.

A autora resgata de Vigotski a ênfase dada ao papel da imitação e da cooperação na obtenção de níveis mais elevados de desenvolvimento individual. Neste sentido, há uma inter-relação necessária entre aprendizagem e desenvolvimento, e o primeiro provoca o segundo, desde que a aprendizagem se dê em um contexto organizado visando o desenvolvimento.

Vigotski pressupõe a existência do *nível de desenvolvimento atual*, que implica ciclos de desenvolvimento completos, ou seja, aquisições já conquistadas pelo indivíduo em seu processo de aprendizagem, isto é, a tudo aquilo que ele é capaz de fazer sozinho, sem ajuda de outras pessoas. No entanto, o autor ressalta que o desenvolvimento não se restringe a estas atividades, mas deve considerar também as funções ainda em processo de desenvolvimento, as quais o indivíduo não tem autonomia para solucionar e para cujo exercício ele necessita da colaboração de outras pessoas. A isso ele denomina *zona de desenvolvimento próximo* (VIGOTSKI, 1934/2001). Esta formulação valoriza a mediação realizada pelos integrantes dos grupos entre si, demonstrando a importância de se atentar para o aspecto interno da atividade nos processos grupais.

Em síntese, ainda que as dimensões externa e interna do processo grupal constituam uma unidade, estas suas duas faces permitem demarcar que:

personalidades soberanas, com identidades claramente delimitadas e auto-contidas, capazes de permanência e invariância ao longo do tempo, constituindo-se no fundamento primeiro de organização do mundo (s/p).” Ainda conforme a autora, o desenvolvimento e a ampliação do ideário liberal desdobram-se na dicotomização da relação indivíduo/sociedade. Nesta dicotomização, por um lado, se estabelece uma vida privada, na qual o ser humano realiza sua intimidade supostamente sem a mediação do outro em sua individualidade. Por outro lado, uma vida pública, que é o lugar no qual o sujeito deveria desempenhar um comportamento autocontrolado, autocontido, atento às normas postas e às convenções sociais e exercido de modo civilizado – no sentido de adaptado às tais normas e convenções.

³² Como exemplos desta possibilidade de escolha, o que precisa evidentemente ser contextualizado, temos a família como grupo social que pode ser edificada sobre a base da escolha amorosa. O mesmo com relação ao emprego no qual se produz trabalho abstrato, dado que há uma suposta liberdade do indivíduo “escolher” um posto de trabalho em conformidade com suas capacidades e qualificações.

(a) por um lado, o processo grupal não é uma reprodução imediata da sociedade, ou seja, o âmbito microsocial dos grupos humanos é mediado pelos âmbitos político-ideológico e socioeconômico, e (b) por outro lado, a autonomia do processo grupal não pode ser mais que relativa ao notarmos que a mediação dos integrantes entre si pressupõe uma atividade consciente em que se manifesta a centralidade ontológica do trabalho em sua universalidade.

Algumas distinções semânticas e terminológicas

Previamente à discussão a respeito do processo grupal, entendemos serem necessárias algumas precisões semânticas e terminológicas. Existe uma profusão de termos e expressões que sugerem significados próximos ao que aqui estamos entendendo como processo grupal. Isso sugere a importância de certas aproximações e distinções com relação aos seus elementos constitutivos³³.

Uma primeira distinção importante está na diferenciação entre “coletivo” e “grupo”. Sem a pretensão de um resgate etimológico mais apurado, “coletivo” usualmente designa o produto final ou o resultado do trabalho conjunto de muitos, ou, em outras palavras, um conjunto de pessoas cuja totalidade é resultado de seu agrupamento.

Ao passo que “grupo” encontra-se em oposição a “indivíduo”, “coletivo” se encontraria em oposição ao “individual”; neste sentido, estaríamos tratando do aspecto fenomênico sugerido pelos respectivos termos (sua aparência, sua apresentação imediata). Por outro lado, em termos da sua extensão no tempo, “grupo” parece sugerir um conjunto mais permanente e mais fixo de pessoas, e o termo “coletivo” um conjunto mais ocasional, mais temporário.

³³ Vários autores se propuseram a investigar o grupo enquanto problema das ciências humanas e sociais desde distintas perspectivas e diante dos mais diversos objetivos e recortes. Habitualmente, como parte de investigações tais quais a nossa, realiza-se um resgate mais ou menos amplo das múltiplas definições, funções, papéis e estruturas do grupo. Embora reconheçamos sua importância, esse tipo de abordagem não será repetido nesta oportunidade, a não ser com relação aos autores de cuja perspectiva teórico-metodológica compartilhamos. Em um apanhado pouco sistemático, e certamente não exaustivo, apontaríamos os seguintes trabalhos que desenvolvem o esforço de revisar e/ou propor definições de grupo: Afonso (2010), Andaló (2006), Barembliitt (1996), Barros (2007), Cartwright e Zander (1975), Horkheimer e Adorno (1973), Iasi (2006), Lane (1994), Lapassade (1983), Lapassade e Lourau (1972), Martín-Baró (1996), Olmsted (1970), Petrovski (1984) e Saidón (1983).

“Coletivo” vai designar, neste sentido, um conjunto de pessoas tanto quanto “grupo”; porém, “coletivo” parece nomear o agrupamento que conta com orientação e finalidades supostamente comuns, ao passo que “grupo” vai sugerir que este aspecto comum é produto de um processo estabelecido em determinadas circunstâncias. Ainda que o termo “coletivo” venha sendo usado com certa frequência, três questões nos colocam mais próximos ao uso do termo “grupo”.

Primeiramente, o caráter de homogeneidade e de interesse comum que está subjacente à ideia de “coletivo” nos parece muito mais a exceção do que a regra; assim, o uso do termo “grupo” soa mais fiel às contradições presentes nesta dimensão da realidade social. Nesse sentido, grupo “sugere” a apreensão dos agrupamentos humanos diante de sua imensa diversidade e espaço de manifestação dos conflitos e das contradições da vida na sociedade de classes.

Em segundo lugar, o termo “coletivo” tem sido usado com frequência quando se tem um conjunto de pessoas ocasionalmente reunidas no aqui-e-agora por conta de finalidades supostamente comuns. Essa pressuposição de unidade pode elidir a necessária consideração de seu processo de constituição enquanto grupo, em virtude das limitações impressionistas que podem advir de uma análise temporalmente restrita e microssocial de seu desenvolvimento.

Finalmente, a acelerada transformação dos referenciais de identidade e comunidade tem sido vista como consequência da fragilidade dos laços sociais contemporâneos. Paradoxalmente, isso reforça o pressuposto de que o caráter ocasional e temporário do “coletivo” seja a única possibilidade real de agrupamento, quando não a forma entendida como desejável. Consequentemente, perde o sentido a análise do grupo em seu processo de constituição e desenvolvimento histórico.

Assim, nossa opção consiste no uso do termo “grupo”, considerando que os processos grupais são inerentemente conflitivos e integrantes da totalidade social em que se inserem, ainda que dotados de estatuto ontológico próprio. Além do mais, agrupamentos humanos constituem processos grupais no decurso de um processo histórico, podendo inclusive consistir em instrumentos para a resistência à transitoriedade e à fragilidade dos laços sociais contemporâneos.

Nesta discussão cabe, também, uma distinção entre “grupalidade” e “coletividade”. Ambos os termos vão se referir, em termos linguísticos, à qualidade daquilo designado pelo âmbito do respectivo substantivo (grupo e coletivo). Assim, e levando em conta a distinção que fizemos anteriormente, a utilização do termo “grupalidade” sugere a possibilidade de abranger a qualidade do que é do grupo, do que é grupal; analogamente, “coletividade” abrange o coletivo.

Porém, o termo “grupalidade” abrangeria a infinidade de tipos, modalidades e finalidades dos grupos, considerando sua característica de relativa estabilidade e permanência no tempo e a diversidade daí advinda, ou seja, seu aspecto mais organizado e estruturado, ainda que nesta diversidade. Por outro lado, o termo “coletividade” nos parece mais apropriado para designar uma realidade social de maior homogeneidade e similitude abrangida pela qualidade do que é coletivo, em oposição ao que é individual, assim como apresentamos anteriormente.

Com isso, optaremos pelo uso do termo “coletividade” para referir o grupo à proporção que, em seu processo, pode adquirir propriedades de um coletivo. É preciso indicar, porém, a excepcionalidade da existência social de um nível mais desenvolvido de grupo, que somente em circunstâncias muito especiais vem a ser efetivamente coletividade³⁴. “Grupalidade” ficará reservado à particularidade da dimensão organizada do grupo enquanto coordenação de ações e realidade social específica.

Parece-nos também importante uma distinção entre “prática grupal”, “atividade grupal”, “dispositivo grupal” e “práxis grupal”. Neste âmbito, estamos tratando das articulações entre teoria, método e técnica nas relações entre o grupo, seus participantes e seu contexto.

“Prática grupal” é um termo mais genérico que sugere o uso de um conjunto de procedimentos e ações ao qual um determinado sujeito recorre diante de um conjunto de pessoas visando a um determinado fim. Neste sentido, refere-se ao aspecto mais diretamente técnico da intervenção diante de processos

³⁴ Abordaremos a coletividade como tipo superior de agrupamento humano mais adiante, a partir da proposição de Petrovski (1984).

grupais. Por outro lado, “dispositivo grupal”, “práxis grupal” e “atividade grupal” parecem denotar determinada relação entre teoria e prática na abordagem dos grupos.

“Dispositivo grupal” é mais frequentemente utilizado por aqueles inspirados pelo movimento institucionalista, aludindo ao grupo como possibilidade de constituir um dispositivo. O dispositivo, por sua vez, não está relacionado isoladamente a uma teoria, método ou técnica, tratando-se da montagem de um conjunto de elementos visando à produção da inovação em um contexto singular (BAREMBLITT, 1996).

“Práxis grupal” é utilizada frequentemente pelas várias correntes da Escola Argentina de Psicanálise de Grupos (SAIDÓN, 1983). No mais das vezes, a expressão é utilizada de forma a evidenciar o caráter de relação intrínseca entre desejo e necessidade nos grupos, bem como os princípios e premissas entendidos como fundamentais para o desenvolvimento de práticas grupais coerentes com esta perspectiva.

Nossa opção recai na utilização da expressão “atividade grupal”, ou “atividade no processo grupal”, por sua vez, em virtude de: (a) incorporar por superação a ideia designada pelo termo “prática grupal”, visto que a categoria atividade pressupõe a interconexão entre atividade e consciência, ou seja, trata-se de uma prática necessariamente teórica; (b) evidenciar o caráter ativo das múltiplas determinações e mediações do processo grupal no que se refere às relações intergrupais, às relações intragrupais (interpessoais), e à dimensão intrapsicológica (subjativa) de seus participantes, exigindo ir além do pressuposto microsocial do grupo, conforme a ideia de “práxis grupal”; e (c) abranger o movimento histórico e dialético de criação, reposição e transformação do processo grupal fundamentado na centralidade ontológica do trabalho, não pressupondo a inovação como condição para a grupalidade, tal qual sugere a expressão “dispositivo grupal”.

Poderíamos, finalmente, distinguir a utilização de “processo grupal” ou “fenômeno grupal”. O uso do termo “fenômeno grupal” sugere uma relativização histórica e epistemológica da existência social do grupo. Em outras palavras, “fenômeno grupal” sugere a possibilidade de tomar o grupo como coisa tal qual

fenomenologicamente aparece à consciência. O termo “processo grupal” propõe, mais apropriadamente, que o grupo é uma realidade em movimento, com certa constituição e desenvolvimento, conforme as formas cooperativas de atividade grupal que se dão em sua historicidade e dialeticidade.

Por último, “agrupamento” e “grupalização” são termos que estão contidos na mesma ideia de “processo grupal”. “Agrupamento” se refere a um conjunto de pessoas que, pelas suas circunstâncias, não se percebem como componentes de um grupo, tal qual a ideia de série (SARTRE, 1960/2002). A “grupalização”, por sua vez, consiste nos momentos de constituição do processo grupal enquanto tal, requerendo centralmente a atividade do grupo sobre si mesmo, visando sua própria reprodução e produção social.

Premissas e princípios da análise do processo grupal

Ao discutir a respeito do significado dos grupos subsidiado por um enfoque conflitivo da ordem social, Martín-Baró (1996) indica o Maio de 68 como o apogeu dos pequenos grupos: “parecia dominar a confiança de que as mudanças pessoais que se produziam nos pequenos grupos poderiam se irradiar ao todo social e transformar substancialmente a ordem imperante” (p. 229).

O autor caracteriza o Maio de 1968 como um movimento de natureza pequeno-burguesa, restrito a determinados segmentos sociais mais privilegiados de estudantes universitários e assalariados incluídos pela cidadania regulada, com baixa projeção nos países de capitalismo periférico. Ainda assim, reconhece o valor e o significado historicamente fundamentais deste acontecimento. Neste sentido, apesar de ter sido debelado em seus intentos de produção de uma transformação estrutural mais radical da sociedade, suas marcas estiveram presentes nos anos subsequentes e, de certo modo, se fazem sentir contemporaneamente (RODRIGUES, 2007).

Para Martín-Baró (1996), foram três as principais fontes das experiências grupais que vicejaram no Maio de 68: (1) a crítica ao homem unidimensional do capitalismo avançado, submetido aos tempos e ritmos da máquina de uma ordem social produtora de mais-repressão, impondo ao

indivíduo uma demanda por libertação (MARCUSE, 1973); (2) o recurso aos pequenos grupos na forma de grupos de encontro, cujo enquadre visava facilitar o exercício da confiança na capacidade de auto-atualização e a busca por congruência e autenticidade, resumidos nas palavras-de-ordem “é proibido proibir” (ROGERS, c1970); e (3) as técnicas advindas da Dinâmica de Grupo, que se detêm nas relações intragrupais como espaço para a aprendizagem das relações humanas, de modo que tudo deveria ser discutido em grupo, buscando-se o desbloqueio das resistências e uma comunicação sem ruídos (LEWIN, 1970).

Para Martín-Baró (1996), a “condição essencial para que exista um grupo é que entre os indivíduos exista esse mínimo de estruturação que estabelece uma unidade superior, supra-individual” (p. 318). Neste mesmo sentido, Lane (1994) parte da afirmação de que o grupo é

Condição necessária para conhecer as determinações sociais que agem sobre o indivíduo, bem como sua ação como sujeito histórico, partindo do pressuposto que toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando indivíduos se agrupam (p. 78).

As afirmações indicam ao menos quatro importantes justificativas para enfatizar o estudo do grupo como processo grupal: (1) o grupo é um meio para conhecer o indivíduo como ser social, ou seja, o ser social do indivíduo; (2) o grupo é condição para contextualizar a ação do indivíduo como sujeito histórico; (3) o grupo é condição, também, para toda ação transformadora da sociedade e, além disso, (4) o grupo é constituído e constituinte do ser humano enquanto ser social.

Após a revisão crítica de uma multiplicidade de teorias sobre o grupo, Lane (1994) observa duas posturas fundamentais. Por um lado, perspectivas estrutural-funcionalistas, para as quais a identidade do indivíduo se estabelece por meio dos papéis sociais que este desempenha, sendo os grupos sociais as agências imediatas de socialização que visam garantir a adaptação do indivíduo a uma vida social harmônica³⁵. Por outro, perspectivas mediatórias, as quais ressaltam o caráter do grupo como mediação da relação indivíduo/sociedade.

³⁵ A autora recorre às categorias “identidade” e “papel social” tendo em vista sua produção se situar no campo da Psicologia Social Latino-Americana, porém, sustentando um diálogo com as demais áreas das Ciências Humanas e Sociais (Antropologia, Sociologia, História, Filosofia etc.) e da Psicologia Social européia e estadunidense. A autora recorreu a estas categorias criticamente, o que se pode depreender pelo uso que faz delas em seu trabalho teórico. Martins (2007) recorda que Lane foi pioneira na divulgação, no Brasil, dos textos de L. S. Vigotski, A. N. Leontiev e A. R.

Ainda a respeito das teorias estrutural-funcionalistas, Martín-Baró (1996) vai notar que estas se caracterizam por: (a) parcialidade paradigmática, ou seja, o grande acúmulo de resultados de pesquisa experimental descritivo-empiricista com pequenos grupos não foi seguido de uma preocupação compatível com grandes grupos, tais como a massa e da multidão; (b) individualismo, implicando em uma ênfase nas relações interpessoais ou intersubjetivas com base em um recorte estritamente microsocial, omitindo os imprescindíveis aspectos intergrupais e estruturais; e (c) anistoricismo, que “fecha de antemão a possibilidade de [...] um exame do ideológico nas ações de grupo” (p. 205).

Lane (1994) indica que o grupo, de fato, deve ser abordado como processo grupal, posicionando-se em favor das perspectivas mediatórias. Argumenta ser necessário não se perder de vista a inscrição do processo grupal na totalidade concreta na qual este se reproduz e produz: “uma análise dialética poderia captar o grupo enquanto processo e, inserido numa totalidade maior, levar ao conhecimento dos aspectos concretos deste fato social” (p. 82). Por conseguinte, são as categorias da lógica dialética de mediação, contradição e totalidade³⁶ que permitem a Lane posicionar o processo grupal como realidade social e histórica.

Luria, dentre outros psicólogos subsidiados por pressupostos marxistas. Foi uma das principais divulgadoras e formuladoras da Psicologia Sócio-Histórica na Psicologia Social brasileira, exercendo liderança marcante na denominada “Escola de São Paulo” (CARVALHO; SOUZA, 2010). Porém, é possível notar na produção de Lane uma paulatina redução da ênfase na “atividade” enquanto categoria psicossocial fundamental. Há toda uma tradição do marxismo para a qual a atividade consciente aparece como mediação de primeira ordem. Desta forma, como discutimos anteriormente, queremos resgatar a pertinência e centralidade da categoria *atividade* na compreensão do processo grupal, ratificando-a enquanto categoria fundamental da Psicologia Social.

³⁶ A *mediação* é a pedra angular da lógica dialética. Mészáros (2001) aponta que “Marx indicou o trabalho (ou ‘diligência’) como o mediador entre o homem e a natureza, identificando assim na atividade produtiva do ‘ser natural auto-mediado’ a condição vital da autoconstituição humana” (p. 264). Neste sentido é que se pode falar da atividade consciente enquanto mediadora do ser humano diante da natureza e dos demais seres humanos no processo de sua autoconstituição como ser social. Sugerimos, conseqüentemente, ser possível afirmar que a atividade grupal constitui-se como igualmente mediadora da relação entre o ser humano e a sociedade na dialética cooperação-trabalho coletivo. A categoria de mediação viabiliza, do ponto de vista lógico, o movimento de superação do abstrato ao concreto enquanto organizador das relações singular-universal por meio do particular. Além disso, a atividade consciente humana (trabalho) é uma mediação de primeira ordem enquanto, por exemplo, na análise do capital, dinheiro, troca e propriedade privada são “mediações de segunda ordem, historicamente específicas e transcendíveis” (p. 264). A posição de um intermediário que realiza, assim, uma função de mediação, decorre da propriedade da lógica dialética de admitir a coexistência de dois elementos que, sustentados positivamente pelo elo de mediação, mantêm uma contradição. Neste sentido,

Assim, coerentemente com as categorias da lógica dialética e com a historicidade do processo grupal, a autora indica que: “toda análise que se fizer do indivíduo terá de se remeter ao grupo a que ele pertence, à classe social, enfocando a relação dialética homem-sociedade, atentando para os diversos momentos desta relação” (p. 84). A ênfase de Lane recai em delinear uma proposta para a análise ideológica do indivíduo inserido no processo grupal, apontando cinco premissas fundamentais para esta análise, que apresentamos a seguir.

A primeira premissa consiste em partir do fato de que o ser humano “em tese” age em conformidade com a ideologia hegemônica, ou seja, enquanto indivíduo reproduz sua existência social no modo de produção capitalista cotidianamente sob condições (formas e graus) diversas de alienação. Viver sob um processo de alienação implica que a consciência de si e a consciência do outro se mantêm desencontradas das determinações e mediações concretas da sua sociabilidade na sociedade de classes³⁷.

A segunda premissa implica na existência necessariamente institucional de todo grupo ou agrupamento, exigindo uma análise a respeito do tipo de inserção do grupo (grupo espontâneo, grupo institucional etc.). Esta análise implicará em precisar sua origem, as condições que presidem sua existência social, as funções institucionais que desempenha e as suas finalidades. Como todo grupo tem diante de si um algo a fazer, isso ocorrerá na sociedade

contradição vai se referir à unidade presente na realidade ou também em categorias do pensamento aparentemente opostas, cuja análise vai revelar uma conexão íntima. Kosik (1976), a respeito da *totalidade*, discute que a “totalidade concreta como concepção dialético-materialista do *conhecimento* do real [...] significa, portanto, um processo indivisível, cujos momentos são: a destruição da pseudoconcreticidade, isto é, da fetichista e aparente objetividade do fenômeno, e conhecimento da sua autêntica objetividade; em segundo lugar, conhecimento do caráter histórico do fenômeno, no qual se manifesta de modo característico a dialética do individual e do humano em geral; e enfim o conhecimento do conteúdo objetivo e do significado do fenômeno, da sua função objetiva e do lugar histórico que ele ocupa no seio do corpo social (p 51-52 – grifos no original).

³⁷ Exemplificando, Lane (1994) aponta que, enquanto ideologia de autodeterminação no modo de produção capitalista, a vivência subjetiva do pressuposto formal da liberdade entra em contradição com a realidade objetiva dos papéis sociais exigidos na sociedade de classes que posicionam o indivíduo em circunstâncias concretas de heterodeterminação, dada a centralidade cotidiana do emprego. Este processo explica a reprodução pelo indivíduo da relação dominador/dominado e explorador/explorado no processo grupal. Por sua vez, a consciência histórica seria a “ação social como práxis transformadora, [que] significaria o nível das determinações concretas rompendo as representações ideológicas e se fazendo consciência, momento em que a dualidade desapareceria” (p. 85).

capitalista inevitavelmente mediante determinados níveis de alienação, sugerindo a necessidade da análise das contradições entre vivência subjetiva e realidade objetiva também no nível da inserção institucional do processo grupal.

A terceira premissa destacada pela autora implica em considerar efetivamente a história de vida de cada integrante, que se apresenta no “sistema de papéis que ele [o indivíduo] assume e desempenha no decorrer do processo” (p. 85). Esta afirmação tem uma dupla implicação: por um lado, ao fazer parte de um grupo, não é possível fazer *tabula rasa* da história pregressa do indivíduo, como sugerem os enfoques radicalmente situacionais. Além disso, enquanto integrante de grupos determinados, a ação do indivíduo e seu significado não podem ser compreendidos somente por meio da análise da história dos processos grupais dos quais faz parte, como se estes tivessem uma autonomia sobre a história individual. Ambas as dimensões (história do indivíduo e história do grupo) são dialeticamente sustentadas pela mediação da sociedade que os constituiu como tais.

A quarta premissa consiste em que a análise deve se apoiar na realidade objetiva dos papéis sociais desempenhados pelos integrantes nos grupos concretos nos quais se processa sua existência social, e não tanto nas suas vivências subjetivas imediatas do processo grupal. Assim, torna-se possível uma análise concreta, dados os diferentes momentos das categorias da lógica dialética³⁸. Isso implica incluir na análise elementos contraditórios que se expressam no processo grupal, tais como: (a) a relação dominador/dominado por meio do controle dos papéis desempenhados via ideologia da “integração”, da “coesão”, da “harmonia” etc., entendendo-se que o processo grupal jamais será um grupo de “iguais”; (b) a negação da dominação por meio do assumir e atribuir “papéis”, dado que a cooperação requer corresponsabilização entre seus participantes; e (c) as reorganizações do sistema de representações ideológicas que visam preservar o *status quo* das contradições que se expressam no grupo.

³⁸ Com isso, Lane (1994) afirma que o processo de desenvolvimento histórico da consciência não é somente um ato subjetivo. A superação de uma determinada constituição da consciência humana na sociedade de classes tem como meio (e não como fim) a análise dialética, no processo grupal, do desempenho de “papéis”, o que se dá pela mediação do grupo enquanto inserido em certa formação social, ou seja, a sociedade de classes. Isso ratifica a diferenciação que fizemos no Capítulo 1 sobre a acepção de senso comum de “conscientização” e o que implica, por sua vez, o desenvolvimento histórico da consciência.

Finalmente, a quinta premissa consiste em considerar que os “papéis sociais” não são somente objetivamente desempenhados, mas, também, subjetivamente representados, ou seja, constituem-se como representações ideológicas. A contradição entre a representação do coordenador no lugar de líder e a sua ação efetiva é exemplar: sua denúncia, enquanto permanência ou possível superação de uma relação de dominador/dominado e explorador/explorado possibilita (ou restringe) o desenvolvimento do movimento de dialetização grupal e, portanto, da análise da ação individual e seu significado no interior do processo grupal. A autora propõe, assim, a análise da participação inerente à atividade do indivíduo no grupo, questionando o assumir e o atribuir de forma naturalizada determinados “papéis” e sua função “mascaradora”.

Dadas as limitações que localizou nas teorias psicossociais sobre o grupo, Martín-Baró (1996), por sua vez, propõe uma teoria psicossocial histórico-dialética dos grupos humanos. O autor sugere que determinados requisitos sejam observados na formulação desta teoria, tendo em vista superar as restrições encontradas: (a) dar conta do grupo como realidade social, sem perder de vista a necessidade de uma abordagem que contemple a particularidade de cada tipo de grupo; (b) permitir a formulação de uma tipologia que contemple os grupos mais significativos da vida humana independentemente da sua dimensão, abrangendo desde pequenos grupos até a massa; e (c) incluir o caráter histórico dos grupos humanos como aspecto básico, remetendo-os à sua circunstância social e concreta específica³⁹.

Martín-Baró (1996) formula uma sucinta e significativa definição de grupo humano: “estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou os interesses coletivos” (p. 206). Decorre desta definição que: (a) o grupo é uma estrutura social porque supõe vínculos e interdependências entre os membros que o compõe, sendo “produto da referência e da necessidade mútua de seus membros e/ou se suas ações” (p. 206); (b) o grupo tem um caráter concreto e histórico uma vez que “o agrupar-se é condição essencial para satisfazer as necessidades do ser humano”

³⁹ Para o autor, em outras palavras, este último aspecto significa em não tratar como iguais grupos que são apenas formalmente semelhantes, nem descartar que grupos aparentemente diferentes possam participar concretamente do mesmo tipo de processos históricos e sociais

(p. 207), suas exigências e potencialidades, e finalmente; (c) o grupo “canaliza tanto as necessidades pessoais como os interesses coletivos” (p. 207), não significando, porém, que o ser humano obtenha satisfação direta de suas necessidades no grupo, mas que este as medeia.

Concordamos com as premissas e pressupostos apontados, tanto pela proposta de Análise Ideológica no Processo Grupal de Lane (1994), quanto pela Teoria Psicossocial Histórico-Dialética dos Grupos Humanos sistematizada por Martín-Baró (1996). Entendemos que suas proposições são, no mais, complementares, em particular com relação à sistematização de uma base teórico-metodológica coerente com os pressupostos do marxismo para a abordagem do processo grupal.

Tanto Lane quanto Martín-Baró, neste sentido, promovem uma perspectiva original de abordagem da questão do processo grupal, conforme apropriadamente assinala Martins (2003, 2007). Entendemos, porém, que é precisamente no que se refere à categoria *atividade* que se encontram possibilidades de avançar na formulação teórico-metodológica e conceitual visando, assim, aprimorar os recursos para a análise e intervenção do processo grupal dentro desta perspectiva.

Identificamos em uma publicação do psicólogo russo Petrovski (1984) a síntese de um conjunto de pesquisas, teorizações e reflexões orientadas pelo autor. Esses trabalhos oferecem indicativos importantes para responder às questões colocadas anteriormente. Segundo o autor, o âmbito concreto do seu estudo psicossociológico é “a personalidade e os vínculos interpessoais dentro da coletividade” (p. 7), de modo que, ao fim, entende ter sido possível tratar da “concepção da mediação das relações interpessoais pela atividade e do processo de formação do indivíduo como personalidade” (p. 179).

Petrovski (1984) situa, inicialmente, que o estudo dos fenômenos psicossociais relacionados ao problema da relação entre grupo e personalidade apresenta duas posições diferentes: (1) perspectivas que recaem em uma dicotomização entre personalidade e grupo, para as quais esta relação se torna irreconciliável e antinômica; este conflito se vê resolvido mediante o triunfo da personalidade sobre o grupo e este, por sua vez, perde as características

distintivas do âmbito específico de sua atividade; e (2) uma perspectiva que focaliza fenômenos específicos do grupo enquanto coletividade, na qual o grupo, ao realizar uma “atividade conjunta socialmente valiosa” (p. 8) responde aos interesses da personalidade e às demandas da coletividade.

Nesta segunda condição surgem fenômenos especiais dos vínculos interpessoais, de modo que a coletividade é entendida como o nível mais alto de desenvolvimento do grupo. Assim como afirmam Marx e Engels (1845-1846/2007),

É somente na comunidade [com outros] que cada indivíduo tem os meios de desenvolver suas faculdades em todos os sentidos; somente na comunidade, portanto, a liberdade pessoal torna-se possível. [...] Na comunidade real, os indivíduos obtêm simultaneamente sua liberdade na e por meio de sua associação (p. 64).

Petrovski (1984) assinala, a seu ver, os erros relacionados à metodologia concreta de investigação, cometidos pelas abordagens que dicotomizaram personalidade e grupo, inclusive na Psicologia Social soviética⁴⁰: (a) omitir a qualidade psicossociológica peculiar da coletividade, ou seja, o aspecto interno da vida e funcionamento destes grupos; (b) não levar em conta o nexo da atividade do indivíduo com os valores da sociedade em que vive, já que o método de investigação está indissoluvelmente ligado a como se concebe o fenômeno em estudo⁴¹; e (c) desprezar o conteúdo da atividade dos grupos, operando com material não significativo e com agrupamentos casuais⁴².

⁴⁰ O autor, efetivamente, refere recorrer ao “marxismo-leninismo” como fundamento de sua Psicologia Social. A contextualização realizada por Márkus (1974) permite situar a expressão utilizada por Petrovski no âmbito das tendências da filosofia marxista soviética. Destaca que a expressão é utilizada por autores da denominada “tendência extensional”, para os quais “a explicação materialista da história deve ter por base a descoberta de leis do desenvolvimento histórico semelhante às leis das ciências da natureza [...] O caráter filosófico da teoria marxista proviria da comum origem das leis das ciências da natureza e daquelas das ciências sociais [...] O materialismo histórico seria apenas sua ‘aplicação’, sua ‘extensão’” (p. 117). Ainda que esta tradição tenha sido responsável por conquistas no plano metodológico (e será a elas que recorreremos, por exemplo, ao resgatar a concepção da mediação das relações interpessoais pela atividade de Petrovski) o autor denuncia, e isso em meados dos anos 1970, o caráter dogmático da tendência extensional. Discute a respeito da necessidade de um “marxismo vivo”, declarando-se filiado à “tendência da ontologia social” e admitindo a necessidade de uma confrontação entre as tendências: “se, em troca, afirmamos o caráter sempre criativo do marxismo, admitimos ao mesmo tempo a transformação contínua do quadro que ele propõe. Essa afirmação se apóia, além disso, na concepção do marxismo como *movimento social* e na tradição histórica que lhe é própria” (p. 126 – grifos no original).

⁴¹ O autor, aqui, provavelmente se refere à proposição de Vigotski, ainda que não a tenha mencionado diretamente: “a elaboração do problema e do método se desenvolvem conjuntamente, ainda que não de um modo paralelo. A busca do método se converte em uma das tarefas de maior

Com efeito, o autor aponta que, para avançar no conhecimento dos fenômenos específicos da coletividade, é necessário considerar a concepção da mediação das relações interpessoais pela atividade. Subsidiava-se em experimentos para reproduzir o processo em estudo em condições intencionalmente modificadas, por meio da incorporação ao desenho do experimento do momento de formulação teórica e conceitual⁴³.

Petrovski (1984) define coletividade: “comunidade unida por objetivos e ideais que transcendem os limites do grupo dado e têm suas raízes na ideologia da sociedade”⁴⁴ (p. 30). Assim, para o autor, os processos integradores consagrados pela Dinâmica de Grupo tais como “coesão grupal”, “liderança grupal”, “atração interpessoal” etc. têm uma importância que deve ser relativizada. Conclui, com os experimentos desenvolvidos, que quanto menor o desenvolvimento do grupo, mais importante é o significado destes processos, que passam a ser irrelevantes ou a se manifestarem diferentemente na coletividade.

A proposta consiste em atribuir a devida centralidade à atividade e não à subjetividade de seus participantes individualmente considerados. Daí, a importância de um estudo do nível de desenvolvimento do grupo, ou seja, de uma análise do processo grupal que vise identificar como (em que nível) se dá a mediação das relações interpessoais pela sua atividade conjunta. Isso exige necessariamente investir na questão do método.

importância da investigação. O método, neste caso, é ao mesmo tempo premissa e produto, ferramenta e resultado da investigação” (VYGOTSKI, 1931/1995, p. 47).

⁴² Impossível não remeter, aqui, às críticas de Vigotski da incapacidade dos experimentos sobre a memorização de sílabas sem sentido, desenvolvidos por Hermann Ebbinghaus (1850-1909), e consagrados no campo do estudo dos processos da memória, em captar as mais simples determinações do processo de constituição cultural da memória mediada pela atividade consciente (VYGOTSKI, 1931/1995).

⁴³ Experimentos científicos foram fartamente utilizados por psicólogos subsidiados por pressupostos marxistas em contexto de comprovação ou descoberta, porém não se fundamentando em uma ciência positivista, mas utilizando o denominado “experimento formativo” (MAHONEY; ALMEIDA; ALMEIDA, 2006).

⁴⁴ Note-se, aqui, a presença da concepção marxista-leninista da tendência extensional tal como apontado por Márkus (1974) e citada anteriormente: o pressuposto é que o socialismo real da União Soviética já teria conquistado as plenas possibilidades de desenvolvimento da personalidade humana, ou seja, as condições para a existência de um “novo homem”. Apesar disso, mais adiante, o autor discute que a possibilidade de um grupo vir a agir como coletividade também é uma possibilidade posta na sociedade de classes. Consequentemente, é forçoso que a expressão “ideologia da sociedade” seja entendida como conjunto contraditório de ideologias presentes na totalidade concreta de uma sociedade de classes, tal qual discute Lane (1994) em sua análise ideológica do indivíduo inserido no processo grupal.

De maneira bastante sintética, a proposta de Petrovski (1984) consiste em estender os princípios metodológicos da Teoria da Atividade de Leontiev ao campo da Psicologia Social. Em outras palavras, trata-se de estender a teoria psicológica geral da atividade para um enfoque baseado na atividade em Psicologia Social.

Para isso, parte da seguinte premissa: assim como o indivíduo modifica, por meio da objetivação de sua atividade, o mundo circundante, modificando a si mesmo e convertendo-se em personalidade, o “*grupo social* em sua atividade conjunta socialmente significativa, constrói e modifica o sistema das relações interpessoais e da interação pessoal convertendo-se em *coletividade*” (p. 62 – grifos do autor).

Petrovski (1984) acena para a possibilidade de “considerar a investigação psicossociológica à luz da ideia do caráter mediado das propriedades psíquicas do homem formulada por L. S. Vigotski” (p. 64). Remete, assim, à premissa de que os signos medeiam o psiquismo na atividade, e ao desenvolvimento genético das funções psíquicas do interpsicológico ao intrapsicológico.

Nesse sentido, o nível de desenvolvimento do grupo (ou da coletividade) encontra-se intrinsecamente relacionado com os valores e a estrutura da sociedade. Este nível de desenvolvimento se expressará no conteúdo da mediação das relações interpessoais pela atividade e, também, na personalidade. Como veremos a seguir, isso oferecerá novos caminhos metodológicos para compreender a personalidade em suas interconexões com os processos grupais.

É possível afirmar, assim, que os grupos engendram níveis diferenciados de grupalidade, variando desde um mero agrupamento (nível inferior de desenvolvimento da atividade presente em grupos difusos ou artificiais) até a coletividade como nível superior de seu desenvolvimento. Para que possamos avançar na abordagem da atividade no processo grupal, será fundamental analisarmos o conteúdo particular dessa *atividade comum*, os instrumentos utilizados pelo participante em sua atividade no processo grupal, seu objeto e os fins os quais persegue.

O autor recupera a discussão de Leontiev (1978) a respeito das relações entre motivos e fins, na estrutura da consciência e na estrutura da atividade, para ressaltar o conceito de sentido pessoal como recurso para a análise dos vínculos concretos entre personalidade e coletividade. Ressalta que o sentido pessoal, como sistema coerente de formações de sentido da personalidade, tem uma origem eminentemente social, derivando-se das relações reais da vida do sujeito, sendo, assim, mediado pela atividade consciente.

Com isso, a análise dos motivos da personalidade requer que se vá além da esfera dos sentidos pessoais na direção da estrutura da atividade em seu conjunto. Daí, que “não se deve esquecer que a própria atividade é social e, por conseguinte, acima de tudo, compartilhada” (PETROVSKI, 1984, p. 157).

Portanto, para viabilizar a formulação de uma *teoria psicológica da coletividade*, ou uma *psicologia social da coletividade*, o autor entende ser necessário “investigar o lugar do homem, sua posição no sistema dos vínculos sociais, das comunicações, ou ainda de investigar para que e como empregam, na atividade, seus traços e qualidades psíquicas individuais” (p. 158).

Como pode ser compreendida a personalidade no princípio da mediação das relações interpessoais pela atividade comum compartilhada?

Desde o ponto de vista da concepção da mediação pela atividade, a personalidade pode ser compreendida somente no *sistema de vínculos interpessoais estáveis que são mediados pelo conteúdo, os valores, o sentido que possui a atividade conjunta para cada um de seus participantes*. Estes vínculos interpessoais são reais, porém por sua natureza são também “suprassensoriais”. Manifestam-se nas propriedades individuais concretas, porém não são redutíveis a elas. Formam uma *qualidade especial da própria atividade grupal que ocupa o lugar de mediadora destas manifestações pessoais*, determinantes da posição especial de cada um no sistema dos vínculos interindividuais e, de forma mais ampla, no sistema das relações sociais (p. 158 – grifos nossos)

Deste trecho da discussão do autor, é possível depreender que os “vínculos interpessoais estáveis” têm a capacidade de constituir determinadas significações sociais dado que a atividade humana é mediadora⁴⁵. Tais significações estarão relacionadas com as particulares modalidades de cooperação

⁴⁵ Chama a atenção o fato de Petrovski não se referir à dimensão do desenvolvimento histórico da consciência e da questão das significações sociais neste processo, o que nos evoca as limitações concretas da produção da denominada “tendência extensional” da filosofia marxista soviética.

efetivamente existentes (“a qualidade especial da própria atividade grupal”), socioeconomicamente desenvolvidas e culturalmente disponíveis, no interior de uma específica totalidade social concreta.

O trecho destacado na citação acima sugere ser viável afirmar que existe “algo” (um conteúdo) da ordem do especificamente grupal na atividade mediadora. Assim, podemos supor que o reflexo psíquico consciente deterá a propriedade de constituir sentidos pessoais com base nessas significações sociais e, portanto, estabelecer *motivos grupais da atividade*. Daí, nossa proposição de que este processo (de formação de motivos grupais da atividade) esteja radicado nas formas de cooperação humana no tempo.

Outra importante observação do autor refere-se aos aspectos da atividade objetiva do grupo e de seu processo de comunicação. A mediação pela atividade é o elo central tanto nas relações sujeito-sujeito (mediação semiótica) quanto nas relações sujeito-objeto (mediação técnica). Porém, no grupo,

Diante de um exame mais detido, fica claro que os vínculos diretos sujeito-sujeito existem como relações mediadas *sujeito-objeto-sujeito*. A relação do indivíduo com outro indivíduo está mediada pelo objeto da atividade, pelo conteúdo desta. Por sua vez, o que em nível da conduta [externamente] se vê como um ato direto da atividade objetiva do indivíduo, em rigor é um ato de mediação, sendo que o elo mediador para a personalidade já não constitui o objeto da atividade, senão seu sentido, e a personalidade do outro como coparticipante da atividade parece ser uma estrutura refringente [que refrata], através da qual se pode perceber, compreender e sentir melhor o objeto da atividade. O vínculo sujeito-objeto se transforma na relação *sujeito-sujeito-objeto* (p. 160 – grifos nossos).

Com isso, Petrovski (1984) introduz definitivamente a possibilidade de analisar a personalidade no âmbito dos processos grupais ou, como prefere denominar, a mediação das relações interpessoais pela atividade conjunta. À luz destas novas considerações, o autor enriquece sua definição de personalidade:

Sujeito integral (conjunto) com respeito ao sistema estável das relações sujeito-objeto-sujeito e sujeito-sujeito-objeto, relações que se estabelecem na atividade e na comunicação e que exercem influência sobre outros indivíduos (p. 161).

Apreender o processo grupal (a história de constituição e desenvolvimento dos grupos) na perspectiva apontada requer que a atividade no

processo grupal, enquanto componente da atividade mediadora consciente, seja tomada como dimensão fundamental do processo grupal.

Neste item, em que abordamos premissas e princípios de abordagem do processo grupal na perspectiva histórico-dialética, resgatamos contribuições fundamentais de três autores, os quais recorrem a abordagens mediatórias do processo grupal.

Para Martín-Baró (1996), que formula a Teoria Histórico-Dialética dos Grupos Humanos, três princípios são fundamentais para abordar o processo grupal: (1) abranger as várias particulares realidades sociais dos grupos, (2) permitir a formulação de uma tipologia que abranja todas as suas dimensões e (3) manter em vista a historicidade como aspecto básico.

Lane (1994) sistematiza as seguintes premissas para a Análise Ideológica do Indivíduo no Processo Grupal: (a) partir do ser humano enquanto, em tese, alienado; (b) reconhecer a inserção institucional de todo grupo; (c) considerar a história pregressa do indivíduo; (d) apoiar a análise nas contradições objetivas do desempenho de papéis sociais, e (e) apoiar a análise, também, nas representações ideológicas desses papéis.

Petrovski (1984), por sua vez, ao sistematizar a concepção da Mediatização das Relações Interpessoais pela Atividade, enquanto enfoque embasado na atividade em Psicologia Social, traz elementos que apontam para a necessidade de ressaltar aspectos específicos do grupo como coletividade, indicando problemas metodológicos das pesquisas com pequenos grupos: (a) omitir as peculiaridades da coletividade, (b) desprezar que a concepção do objeto define o método e (c) operar com agrupamentos casuais.

Este último autor traz contribuições fundamentais para pensar a atividade no processo grupal, resgatando sua centralidade. Assim, para constatar o processo de formação do sentido pessoal, é necessário tanto questionarmos acerca dos motivos (da personalidade) quanto a estrutura (da atividade), atividade esta que é social e, portanto, compartilhada (grupal).

As modalidades concretas de cooperação estarão relacionadas com a constituição de determinadas significações sociais pela mediação da atividade consciente, o que também se relacionará com certos sentidos pessoais.

Concluimos, dessa forma, a respeito das condições de possibilidade de se afirmar sobre a existência de motivos grupais da atividade, ou seja, de um conteúdo especificamente grupal no processo de consciência.

Mantemos no horizonte, contudo, nossa intenção de indicar os elementos teóricos fundamentais para que o processo grupal seja definido como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. Isso requer, por sua vez, o estabelecimento de categorias teóricas para a abordagem do processo grupal que sejam consistentes com as premissas e os princípios metodológicos gerais aqui apontados.

Dimensões do processo grupal

Aparentemente, há duas grandes perspectivas na abordagem do processo grupal, ambas surgidas no interior da Psicologia Social latino-americana ou em áreas afins. Na falta de expressão mais apropriada, e admitindo a imprecisão da expressão, denominaremos uma delas *freudomarxista*. Esta perspectiva abrangeria um amplo leque de formulações para a abordagem do processo grupal que, pelo menos desde Pichón-Rivière (2005), integra centralmente psicanálise e marxismo de modo original, juntamente com outras contribuições teóricas tais quais a teoria de campo de Kurt Lewin e a teoria da comunicação.

Denominaremos a outra perspectiva de *histórico-dialética*, seguindo a denominação proposta por Martín-Baró (1996) e abrangendo as contribuições dele mesmo, de Lane (1994) e de Petrovski (1984), resgatadas no item anterior. Também originalmente, tais autores formularam uma abordagem do processo grupal que recolhe dos fundamentos teórico-metodológicos do marxismo aspectos fundamentais para tratar concretamente da questão dos grupos como mediação entre o indivíduo e a sociedade.

Ainda que ambas as perspectivas discutam criticamente a respeito do grupo, apontando para a necessidade de abordá-lo como processo grupal, vale diferenciar dois níveis de formulação teórico-metodológica por meio dos quais estas perspectivas, por um lado, se aproximam e, por outro, se distanciam.

A perspectiva que aqui denominamos freudomarxista se distancia da histórico-dialética considerando, por um lado, as diferenças entre suas premissas. Com efeito, Lane (1994), Martín-Baró (1996) e Petrovski (1984) desenvolvem críticas ao modo como os fundamentos da Psicanálise são empregados para a abordagem dos processos grupais e explicitam suas divergências. Não nos parece prudente desconsiderar estas diferenças quando se trata de investir no trabalho de formulação teórica e conceitual, ao menos no plano de análise com que estamos tratando essas questões.

Por outro lado, as perspectivas aproximam-se, quando menos, com relação aos processos focalizados para fins de análise e que são considerados enquanto mediadores dos grupos. Em especial, são feitas em uníssono as críticas à ênfase dada pela Dinâmica de Grupo aos processos integradores e às pretensões científicas de formulação de leis gerais.

A proposta que apresentaremos a seguir para a abordagem dos processos grupais fundamenta-se metodologicamente de forma explícita nas perspectivas histórico-dialéticas. Dada a existência de uma notável aproximação das perspectivas freudomarxista e histórico-dialética no que se refere aos processos que focalizam, daremos ênfase ao diálogo com as formulações de Pichón-Rivière (2005) no aspecto da formulação teórica. Assim, conforme se poderá observar, uma parte importante das categorias tem sua formulação transladada quase que diretamente de Lane (1994), Martín-Baró (1996) e de Petrovski (1984). Em outras categorias, é estabelecido um diálogo com Pichón-Rivière (2005).

Sucintamente, em uma primeira aproximação, entendemos que o que caracteriza um processo grupal é que um conjunto de pessoas tem diante de si necessidades⁴⁶ com base nas quais estabelece a sua grupalização (atividade). Para defrontar tais necessidades, se põe em ação a cooperação entre os integrantes que integram concretamente o grupo (personalidade). Nos processos

⁴⁶ Neste sentido, não têm propriamente uma “tarefa”, tal qual propõe a abordagem dos grupos operativos, o que, a nosso ver, já pressupõe algum tipo e nível de organização/estruturação em torno da busca por atender às suas necessidades. Vale resgatar que Martín-Baró (1996) define grupo humano como “aquela estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas *necessidades individuais e/ou os interesses coletivos*” (p. 206 – grifos nossos), sendo nossa proposta compatível com essa formulação.

de sua atividade conjunta, os instrumentos e os recursos de que o grupo dispõe determinam em que medida o processo grupal deterá a capacidade de realizar os objetivos que estabelece (poder). Consequentemente, o grupo constitui sua singularidade, tanto diante de seus próprios integrantes quanto diante dos outros grupos (identidade).

Cada um destes termos entre parênteses indica as dimensões que consideramos fundamentais para a análise dos processos grupais: atividade, personalidade, poder e identidade. Em linhas gerais, a dimensão da *atividade* requer que se responda: “o que faz o grupo?” A dimensão da *personalidade*, por sua vez, exige responder: “quem integra o grupo?” A dimensão de *poder* sugere explicitar: “com que recursos o grupo se efetiva?” Finalmente, a dimensão da *identidade* demanda responder: “como o grupo se relaciona?” Cada uma destas dimensões é composta por categorias analíticas que entendemos possibilitarem uma análise concreta do processo grupal, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Análise histórico-dialética concreta do processo grupal – dimensões e categorias

Atividade	Personalidade	Poder	Identidade
- Objeto	- Motivos	- Instrumentos	- Formalização
- Mediação	- Consciência	- Participação	- Desenvolvimento
- Produção	- Afetividade	- Institucionalidade	- Projeto

Metodologicamente, a categoria *atividade* constitui mediação de primeira ordem. Destacamos a dimensão *personalidade* como contribuição da teoria leontieviana da atividade que visa ratificar a importância de uma concepção da personalidade ser contemplada na Psicologia Social dada a perspectiva histórico-dialética do processo grupal. *Poder* e *identidade* são as outras duas mediações de segunda ordem assim como a personalidade. As quatro dimensões (atividade, personalidade, poder e identidade) são as mediações fundamentais dos processos grupais na formulação que propomos.

Cada uma das quatro dimensões é composta por três categorias, resultando doze categorias de análise que visam abarcar a complexa totalidade dos processos grupais em seus momentos interno e externo. A seguir,

descrevemos os processos teóricos abarcados por cada uma das categorias analíticas do processo grupal.

Assim como Petrovski (1984), procuramos manter a coerência com a teoria leontieviana da atividade. Entendemos que esta é fundante de uma perspectiva de abordagem dos processos grupais que é metodologicamente consistente com o marxismo e, conseqüentemente, com a perspectiva histórico-dialética dos processos grupais.

Atividade

Para Martín-Baró (1996), a atividade grupal abrange as ações do grupo, suas metas e seus produtos. Para o autor, um grupo subsiste em um determinado contexto histórico e social conforme conquiste e mantenha a capacidade de desenvolver ações que sejam significativas, tanto para o próprio grupo quanto para a sociedade:

Diante da sociedade ou de outros grupos, cada grupo tem que ser capaz de produzir um efeito real na vida social para afirmar sua identidade, quer dizer, para canalizar a satisfação dos interesses que representa. Diante dos membros do grupo, a ação grupal é importante se obtém a realização daqueles objetivos que correspondem a suas aspirações individuais ou a uma aspiração comum (p. 217).

O autor acrescenta que isso ajuda a compreender o surgimento e o desaparecimento de grupos aparentemente sem explicação. Para ele, isso é condicionado, por um lado, pelas possibilidades concretas de sua existência material e, por outro, pela conquista de condições mínimas de autonomia no seu funcionamento:

A ação grupal tem um efeito na própria realidade do grupo que a realiza, seja o consolidando ou o fragilizando e ainda levando a sua desintegração. À medida que a ação desenvolvida for consistente com o caráter e objetivos do grupo, este se fortalece e assegura sua estrutura. Desta maneira, através de um agir constante e efetivo, o grupo pode incrementar seus recursos e conseqüentemente seu poder, e inclusive tornar-se funcionalmente autônomo com relação às instâncias ou interesses que lhe deram origem (p. 219).

Para Pichón-Rivière (2005), por sua vez, todo grupo sempre tem diante de si uma tarefa; tendo em vista que essa tarefa é fundante do grupo é, portanto, um grupo operativo⁴⁷. Ao realizar sua tarefa (cura, aprendizado, produção de objetos etc.), o grupo se depara com fenômenos da ordem da subjetividade. Assim, ao mesmo tempo em que o grupo se defronta com uma “tarefa externa”, que seria a razão explícita de sua necessidade de grupalização, enfrenta uma “tarefa interna”, implicando que esta grupalização será investida de desejos e afetos implícitos.

Esta “tarefa interna” tende a oferecer entraves à comunicação e ao aprendizado, gerando estereotípias que bloqueiam o desenvolvimento do processo grupal. Estes bloqueios se devem fundamentalmente aos dois medos básicos: à fobia esquizoparanóide (ser atacado naquilo que se é) e à fobia depressiva (perder o que já se conquistou).

O processo grupal, portanto, a todo tempo, se encontraria diante de um impasse que consiste, precisamente, no desafio que precisa enfrentar: por um lado, ao se produzir como grupo (preocupando-se, portanto, com sua “tarefa interna”), o processo grupal, ao menos imediatamente, tem sua produtividade reduzida; por outro lado, ao realizar sua função (focalizando, assim, sua “tarefa externa”), o processo grupal corre o risco de intensificar e não retificar os bloqueios subjetivos para a comunicação que se apresentam no processo grupal.

Ao discutir teoricamente a propósito do desenvolvimento intelectual da criança, Vigotski problematiza questões semelhantes, ainda que se valendo de outras premissas. Para o autor, a criança reproduzirá a filogênese na ontogênese, no tocante ao que a espécie humana acumulou em termos do desenvolvimento das funções psicológicas superiores, mediada pela atividade (VIGOTSKII, 1933/2001).

Na ontogênese, primeiramente a criança vai agir visando dominar, por meio da reprodução e da imitação, os meios culturais para o desenvolvimento das operações de pensamento. Reproduzir e imitar pressupõem circunstâncias sociais concretas sugerindo que o domínio almejado se dê, inicialmente, em um processo interpsicológico (interpessoal). Em um segundo momento, a criança se apropria

⁴⁷ A abordagem pichoniana dos grupos operativos é bastante conhecida no campo da Saúde Coletiva. Porém, com frequência, a expressão é erroneamente utilizada como sinônimo para grupos de atenção à saúde.

destas operações e passa a desenvolvê-las em âmbito internalizado, intrapsicológico, ou seja, individual (atenção, memória, conceitos).

À proporção que detém a capacidade de operar com maior volume de significações sociais diante de um também crescente campo de sentidos pessoais, a atividade mediadora do indivíduo se enriquece pela mediação dos outros. Evidentemente, os pressupostos deste processo de internalização e exteriorização não se restringem à infância, sendo cabível ao estudo da atividade em seu conjunto, inclusive da atividade no processo grupal.

Sinteticamente, como veremos abaixo, a dimensão *atividade* refere-se aos resultados tangíveis e intangíveis, alcançados pela mediação de seus integrantes, dado o objeto do processo grupal.

Objeto

O dado mais imediatamente aparente da atividade no processo grupal consiste em que seus integrantes atuam de maneira cooperativa. Esta cooperação não deve ser tomada em sua acepção de oposição a “competição”, mas no sentido de “operar junto”, “agir conjuntamente”. Assim, em uma primeira análise, a atividade no processo grupal exige e se define pelo concurso da ação de um na ação de outro.

Mais especificamente, há três elementos fundamentais na cooperação humana que, considerada desde o ângulo dos indivíduos que a integram, nos remete aos elementos estruturais do processo de trabalho (MARX, 1867/2010). Conforme discutimos no Capítulo 1, este se compõe de: (a) um agente, que atua tendo em vista ao menos uma finalidade, sugerindo que, em seu conjunto, os agentes possam ter finalidades diversas para suas ações⁴⁸; (b) um ou mais instrumentos de trabalho utilizados por estes agentes, os quais também podem ser distintos, desde que pertinentes à finalidade e ao objeto; e (c) necessariamente, um mesmo objeto de trabalho.

⁴⁸ Deve-se levar em conta, a este respeito, o que foi discutido anteriormente sobre o caráter polimotivado da atividade. O conceito de atividade dominante ou principal é particularmente interessante nessa discussão, ainda que a abordagem dessa questão extrapole nossos objetivos (LEONTIEV, 2001).

Neste sentido, os instrumentos e as finalidades das ações dos integrantes de um processo grupal podem ser distintos. Porém, para que haja um mínimo de coordenação entre suas ações (cooperação) será imprescindível que, por meio da sua atividade, os integrantes do grupo possam se ocupar de um mesmo objeto.

O objeto de trabalho entra no processo de trabalho como a antevisão de um produto sobre o qual se aplicará um projeto fazendo uso de instrumentos. O objeto da atividade grupal entra no processo grupal, da mesma forma, como o conteúdo de seu projeto, podendo ser tanto tangível quanto intangível. Assim, propomos que a primeira categoria analítica da dimensão *atividade* no processo grupal seja a de objeto.

Vale resgatar de Petrovski (1984), nesse sentido, que a cooperação medeia relações sujeito-sujeito-objeto e também sujeito-objeto-sujeito. A atividade, neste sentido, será determinada pelas necessidades advindas das múltiplas mediações que se dão entre os integrantes de um processo grupal singular, independentemente das necessidades que definem certo objeto como finalidade do trabalho serem internas e/ou externas ao grupo.

Em síntese, esta categoria analítica visa colocar a seguinte questão para a análise da atividade que se dá no processo grupal: “qual é o objeto da atividade do grupo?”

Mediação

A respeito da origem e das características psicossociais da liderança, Petrovski (1984) sugere que suas manifestações no grupo sejam situadas nas coordenadas cartesianas de um gráfico. Na abscissa (eixo x) estaria o nível de centralização em torno do conteúdo da atividade e, na ordenada (eixo y), o nível de democratização das relações.

Dois dos três estilos de liderança classicamente estudados (WHITE; LIPPITT, 1967) estariam contemplados nessa formulação: o “estilo permissivo”, em que há máxima democracia e mínima centralização, e o “estilo autoritário”, com máxima centralização e mínima democracia. O autor suprime o estilo

democrático estabelecido na formulação clássica. Acrescenta o “estilo anárquico”, em que há mínima democracia e mínima autoridade/centralização, e o “estilo democrático de liderança na coletividade” como aquele em que há máxima democratização e a máxima centralização.

Petrovski (1984) critica as lideranças emocionais de estilo permissivo, por buscarem omitir da grupalidade a presença de diferenças de orientação de valor relacionadas ao conteúdo da atividade no processo grupal. Indica que tais diferenças estão radicadas historicamente, na formação das sociedades de classes.

O autor discute ser possível delinear traços gerais da liderança conforme cada tipo de grupo. Desta forma, “não é tanto o líder quem cria a situação de predomínio no grupo, quanto é o grupo que engendra, elege, aceita, cultiva etc. determinado tipo de líder” (p. 107). Conclui que “a coletividade como grupo de um nível superior de desenvolvimento assegura a diversidade dos traços pessoais de seus líderes” (p. 105). Em síntese:

A essência da liderança nas condições que criam uma atividade conjunta reside na eleição pelo grupo de um ou de vários de seus membros ao qual ou aos quais o grupo se dirige a fim de adquirir orientação no objeto da atividade grupal (na compreensão de seu fim, na aplicação dos meios necessários para realizá-lo com êxito etc.) [...] O líder é a pessoa que o grupo toma como marco de referência (p. 109).

A questão da coordenação é tratada pela concepção de grupos operativos de Pichón-Rivière (2005) como um importante componente do processo grupal. Para o autor, a coordenação é uma função sem a qual o grupo não conseguiria desenvolver sua tarefa e que se manifesta naturalmente mediante um agrupamento⁴⁹. A liderança, por sua vez, se estabelece como consequência da articulação entre os papéis prescritos pela tarefa externa e os papéis assumidos pela tarefa interna.

Assim, o estabelecimento da liderança pressupõe que um integrante do grupo se configure como emergente, independentemente da função formal de coordenação. O emergente é função da confluência entre horizontalidade (o contexto concreto no qual a tarefa do grupo é desenvolvida) e a verticalidade (a

⁴⁹ Andaló (2006) desenvolve sobre alguns dos distintos entendimentos a respeito do papel do coordenador de grupos, recomendada para o aprofundamento em torno da questão.

história de vida, pessoal, do integrante do grupo). O líder, no lugar de emergente, favorece a articulação entre tarefa externa e tarefa interna⁵⁰.

A categoria analítica de mediação é introduzida em nossa proposta como componente da atividade enquanto categoria psicossocial e não como categoria da lógica dialética⁵¹. Sugerimos sintetizar na categoria mediação os fenômenos estudados pela Dinâmica de Grupo como liderança e pela concepção dos grupos operativos como coordenação, embora partamos de outras premissas.

Aqui, não se trata mais que afirmar a possibilidade de realizar mediações como possibilidade posta para todo e qualquer integrante do grupo, visando o nível de desenvolvimento atual e a zona de desenvolvimento próximo na qual o processo grupal atua. Não se descarta a importância de que haja um integrante do grupo investido da função de coordenação, mas buscamos atentar para esta possibilidade e capacidade posta para todos e cada um.

O que passa a ser analisado, neste sentido, não são as propriedades e características da função de liderança e/ou coordenação que permitiriam, por exemplo, otimizar os resultados do grupo. Ao invés disso, a análise da mediação propicia a identificação da medida em que o processo grupal recorre à orientação consciente de seus integrantes para direcionar sua atividade. Isso implica que a mediação pode ser proveniente de alguém investido da função de coordenação ou não.

Sinteticamente, a questão posta pela categoria mediação é: “como se manifesta, no grupo, a mediação pela atividade?”.

Produção

Para Pichón-Rivière (2005), os integrantes do grupo estabelecem, progressivamente, em seu processo grupal, um Esquema Conceitual, Referencial

⁵⁰ Poderíamos dizer, neste sentido, que está posta para o emergente, enquanto líder, a possibilidade de atuar na zona de desenvolvimento próximo, conforme conceitua Vigotski e discutimos anteriormente, no tocante ao aspecto interno da atividade do grupo. A liderança, nesse sentido, é mais efetiva no sentido do desenvolvimento do processo grupal do que a coordenação, que teria como função precípua criar condições para que ocorra a grupalização.

⁵¹ Isso não descarta a importância de se manter em mente que a análise do processo grupal, em seu conjunto, deva pressupor a dialética cooperação-trabalho coletivo.

e Operativo (Ecro). Trata-se de uma articulação de conceitos e de referências voltados para atuar diante da tarefa, que passam a constituir um esquema.

Neste sentido, o Ecro transforma-se no decorrer do tempo, mas, simultaneamente, permite apreender o estado do processo grupal, permitindo a um observador externo reconhecer as referências com as quais é estabelecida sua tarefa interna e externa. Encontra-se diretamente relacionado com a aprendizagem, um dos vetores de análise do processo grupal para Pichón-Rivière (2005)⁵².

Conforme Bleger (1980), a aprendizagem que se dá nos grupos não consiste somente em um processo de transferência de informação. Na *ensinagem*, os integrantes de um grupo, ao mesmo tempo em que se informam, precisam conquistar crescentemente a capacidade para fazer uso dos instrumentos de interrogação da realidade para obtenção dos conhecimentos que necessitam. Para o autor, a proposta dos grupos operativos viabiliza a ensinagem.

Neste mesmo sentido, Afonso (2010) discute ser possível aproximar a proposta dos círculos de cultura de Paulo Freire à proposta de grupos operativos de Pichón-Rivière, dado que ambas pressupõem uma abordagem dialógica da aprendizagem. Destaca que a proposta de Paulo Freire propõe que o diálogo se preste fundamentalmente a enfatizar “as concepções ideológicas que reproduzem o assujeitamento do educando” (p. 27), visando superá-las.

Lane (1994) discute que a produção no processo grupal é diferente de sua tarefa ou de seu objetivo: “a produção seria a própria ação grupal, que se dá pela participação de todos, seja em torno de uma tarefa, seja visando um objetivo comum” (p. 89). Desta forma, parte importante da atividade é inevitavelmente voltada para que o processo grupal possa produzir-se enquanto tal. Mais que isso, o aprendizado, a melhoria do estado de saúde, a construção de um objeto útil etc. é o próprio resultado da sua produção como grupo.

⁵² Lane (1994) discute que a proposta de ECRO de Pichón-Rivière não se remete a categorias emergentes a partir de fatos históricos concretos, mas a um esquema que é teórico em si. Para a autora, isso abre margem para que o processo grupal seja concebido e analisado isoladamente a partir da figura de seu coordenador formal: “a conscientização que propõe atingir pela práxis nada mais é que um processo terapêutico tradicional (autoconhecimento)” (p. 94). Entretanto, alude à formulação de Pichón-Rivière para demonstrar a viabilidade de um estudo dialético da realidade social do grupo.

Assim, a categoria analítica de produção remete-se ao vetor de aprendizagem dos grupos operativos; porém, a distinção não é somente semântica. Produção indica os acúmulos do processo grupal em termos dos resultados da sua atividade, que podem ou não se manifestar imediatamente em novos níveis qualitativos de desenvolvimento.

Assim, a produção constituirá o resultado mais direto da historicidade do processo grupal em sua atividade, seja na geração de um produto (tangível ou intangível), seja no alcance de um novo patamar qualitativo de mediações. Apesar de ser uma categoria da dimensão atividade, a produção relaciona-se com a categoria poder, conforme veremos adiante, dado que modifica a capacidade de efetivação dos objetivos do processo grupal (seu projeto).

Em síntese, é possível analisar a produção ao se observar a objetivação do processo grupal tanto no sentido de seus resultados “materiais” mais diretos quanto nos resultados culturais, afetivos, cognitivos etc., que denotarão acúmulos decorrentes de sua atividade conjunta. Neste sentido, a análise da produção permite responder à seguinte questão: “quais são os resultados, tangíveis e intangíveis, do grupo?”

Personalidade

Petrovski (1984) problematiza a questão da personalidade na atividade coletiva conjunta compartilhada, ou seja, enquanto inserida no sistema das relações interpessoais. Nesse sentido, para o autor, uma concepção de coletividade já prepara as bases para criar uma concepção da personalidade: “é impossível criar uma teoria adequada da personalidade sem examinar a atividade comum que é realizada em condições socialmente determinadas” (p. 152).

Conforme apresentamos anteriormente, o autor critica a preponderância do que denomina “enfoque colecionista da personalidade” em Psicologia, ou seja, considerá-la como um receptáculo de atributos (propriedades, características e traços), porque: (a) mistura os limites dos conceitos de personalidade e indivíduo; (b) fragmenta a personalidade em componentes

dispostos em série; e (c) despoja o conceito de seu efetivo conteúdo categorial, ou seja, do aspecto de unidade.

Além disso, com relação ao problema da correlação biológico-social na personalidade, Petrovski (1984) discute a incoerência de se abordar as bases biológicas da formação individual à parte da totalidade da personalidade. Coerentemente com o que propõe Leontiev (1981), a personalidade, para o autor, é criadora e produto do desenvolvimento histórico que estabelece o processo de personalização. Assim, “*o biológico, ao incorporar-se à personalidade do homem, torna-se social, converte-se em social*” (PETROVSKI, 1984, p. 154 – grifos no original).

Mais diretamente com relação aos processos grupais, o autor contesta os estudos clássicos do fenômeno da “coesão grupal” realizados pela Dinâmica de Grupo. Discute que o principal problema dos resultados destes estudos é o de terem sido generalizados tomando-se por base a análise da sua manifestação em grupos artificiais. O autor indica haver peculiaridades da coesão na coletividade:

A unidade de orientações de valor enquanto índice da coesão grupal aparece como uma característica integral do sistema dos nexos intragrupais que mostra o grau de coincidência de opiniões, valorações, atitudes e posições dos membros do grupo com respeito aos objetivos significativos para alcançar os fins da atividade grupal e realizar nessa atividade as suas orientações de valor (p. 137 – grifos no original).

Acrescenta que a coesão na coletividade não implica a coincidência das valorações e posições em todos os aspectos, ou seja, não se trata da nivelação da personalidade de participante a participante. A coesão é consequência de uma “intensa atividade grupal conjunta de caráter socialmente útil” (p.137), resultando daí seu caráter coletivo. Neste sentido, têm características distintas a coesão por afinidade emocional e a coesão pela unidade de orientações de valor (aliados, associados, correligionários etc.)⁵³.

Finalmente, o autor discute a respeito da assunção e atribuição de responsabilidades na coletividade. Esta pressupõe formas de avaliar

⁵³ Em outras palavras, conforme o autor, a compatibilidade indivíduo a indivíduo dos integrantes que formam uma coletividade é concretamente impossível. Daí que o critério e o índice de coesão deva ser a unidade de orientações de valor, ou seja, o fundamento axiológico de tais orientações (valores, significações, princípios etc.) enquanto posição pessoal de cada membro diante da cooperação junto dos demais.

objetivamente o aporte de cada integrante à atividade comum, sem o que se recai em um subjetivismo. Consequentemente, a “força moral” da coletividade tem a propriedade de bloquear as posturas extremas do subjetivismo, “criando condições para a compatibilidade dos membros sobre a base das normas morais adotadas por todos” (PETROVSKI, 1984, p.149).

Os exemplos da coesão e da atribuição de responsabilidades na coletividade ratificam a importância de abordar a personalidade como uma das dimensões fundamentais do processo grupal. Na intenção de apreender a complexidade dos processos que constituem o grupo, muitas vezes se recai no extremo de “dissolver” as peculiaridades da personalidade em uma espécie de “todo” constitutivo do processo grupal. Entendemos que os aportes de Petrovski (1984) contribuem para buscar encaminhar essa questão.

Em síntese, a dimensão da personalidade consistirá na análise do porquê da participação dos integrantes, dada a situação afetiva predominante (emoções e sentimentos) e as significações sociais do processo grupal para seus participantes.

Motivos

Em um resgate bastante sucinto, para Leontiev (1978), a experiência social concreta de apropriações e objetivações do indivíduo constitui a singularidade da estrutura motivacional da personalidade. Os motivos desta estrutura se compõem valendo-se da atividade mediadora consciente, que visa determinados fins e por meio da qual a personalidade busca satisfazer necessidades sentidas.

Na atividade tais necessidades se “realizam” uma vez que determinado objeto se estabelece como seu suporte material; em outras palavras, toda atividade é estimulada por um objeto que materializa necessidades sentidas. Assim, o motivo incita a personalidade a agir, buscando a satisfação de suas

necessidades, tendo em mente a representação ideal de dado objeto e determinadas finalidades⁵⁴.

Vale ressaltar que os motivos⁵⁵, como categoria analítica da dimensão da personalidade, se manifestam a todo tempo no processo grupal, ou bem direcionando a atividade para a finalidade do processo grupal (gerar objeto útil, melhorar estado de saúde, aprender etc.), ou bem orientando o processo grupal para sua própria produção enquanto tal. Este processo pressupõe certas experiências prévias concretas, vivenciadas pela personalidade, com relação aos grupos em sua história de vida.

Em outras palavras, e mais precisamente, o indicador que esta categoria oferece para a análise são os motivos que orientam a personalidade para o processo grupal como objeto, ou seja, os motivos grupais da atividade, conforme discutimos ao final do Capítulo 2. Isso não impede o tratamento específico dos motivos que orientam os integrantes para o objeto da atividade do processo grupal. Porém, em nossa formulação, este aspecto é mais adequadamente contemplado na categoria de participação, componente da dimensão de poder, que será abordada adiante.

Desta forma, a questão fundamental que a categoria analítica dos motivos visa responder é: “por que o integrante participa da atividade do grupo?”

Consciência

No Capítulo 1 apresentamos que o processo de consciência se manifesta como propriedade dos seres humanos por meio do desenvolvimento filogenético da aptidão para o estabelecimento de uma forma consciente de reflexo psíquico. Por meio desta aptidão, os seres humanos são capazes de se apropriar das significações sociais como formas estáveis de representação da realidade,

⁵⁴ Notamos aproximações evidentes entre a teoria leontieviana da atividade e os elementos estruturais do processo de trabalho em Marx, ponderada a discussão apresentada no Capítulo 1 a respeito das centralidades do trabalho e destacando-se, em Leontiev, o enfoque da subjetividade.

⁵⁵ Nossa opção por formular a denominação da categoria no plural tem duas razões: 1ª) não faz sentido registrar “motivo” sendo a atividade polimotivada, e 2ª) não há analogia possível dos processos abrangidos pela categoria com a concepção cognitivista de “motivação”.

constituindo sentidos pessoais pela mediação da atividade consciente (LEONTIEV, 1978).

Neste mesmo processo, é constituída a estrutura motivacional da personalidade. É somente neste nível (da personalidade) que os motivos podem ser conscientizados; e isso como uma mera possibilidade, dado ser possível admitir a existência de motivos não-conscientes⁵⁶.

Importa, aqui, especialmente, afirmar a consciência como categoria analítica da dimensão da personalidade no processo grupal. Nesta perspectiva, não seria possível sustentar a existência de uma “consciência grupal” como uma espécie de resultante espontâneo da grupalização. Contudo, é possível dizer do desenvolvimento de um processo de consciência por cada integrante de um processo grupal. Neste sentido, se supõe o estabelecimento de sentidos pessoais e de significações sociais mediados pela atividade consciente, dados os elos de mediação sujeito-sujeito-objeto e sujeito-objeto-sujeito.

A análise da consciência manifesta-se na capacidade dos integrantes estabelecerem significados referentes às relações concretas existentes entre (a) sua atividade enquanto processo grupal e (b) as demais esferas da estrutura social, nas quais a personalidade e o contexto histórico-cultural e sociopolítico se constituíram e se inserem.

Assim, ratifica-se a importância da mediação que cada integrante detém a capacidade de realizar no processo grupal, estimulando o desenvolvimento da consciência social. Isso possibilita à personalidade a apropriação de umas ou outras significações sociais, conforme os motivos, que serão reelaboradas constituindo a parcialidade do sentido pessoal. Resta claro, assim, que o processo grupal também atua no âmbito da personalidade.

Como manifestação da personalidade no processo grupal, a consciência consiste na sua orientação geral ante ao reflexo psíquico das propriedades concretas da realidade, em termos da apropriação subjetiva das significações

⁵⁶ A possibilidade de existência de motivos não-conscientes está relacionada diretamente com a questão do *inconsciente*, temática central para a Psicologia moderna, especialmente por influência da Psicanálise. Um aprofundamento em torno desta questão a partir de uma perspectiva coerente com a que estamos adotando encontra-se em Bassin (1981).

sociais. Nesse sentido, a análise da consciência é um indicador das tendências de desenvolvimento (categoria que será descrita adiante) do processo grupal.

Sumariamente, o estudo da consciência no processo grupal permite responder: “qual é o significado que o grupo tem para o integrante?”

Afetividade

Para Pichón-Rivière (2005), o vínculo que se estabelece no processo grupal deve ser interpretado com base em dois elementos principais: (1) existe uma dialética entre tarefa externa e tarefa interna, evidenciando, a todo tempo, que conhecer e conhecer-se, e ensinar e aprender, são momentos da constituição dinâmica do Ecro; e (2) ainda que todo vínculo seja bicorporal ele será necessariamente tripessoal, ou seja, há sempre um terceiro atuando no vínculo entre duas pessoas, constituindo um “grupo interno”, que vai interferir na comunicação entre elas.

A aprendizagem é um dos vetores de análise dos grupos operativos, podendo sofrer obstáculos por meio da interposição de ruídos na comunicação, gerando os mal-entendidos. Estes ruídos são explicados por analogia com o terceiro excluído da situação edípica, responsável pela introdução de fantasmas no grupo interno que o vínculo bipessoal visa afastar. Tais fantasmas investem afetivamente o processo grupal, dada sua ligação com as imagens familiares primitivas, permeadas por identificações e projeções.

O vetor de “tele”, por sua vez, permite a análise do clima afetivo dominante no grupo operativo. Este clima afetivo está relacionado com a apresentação do outro enquanto integrante imaginário do grupo interno, e no tipo de vínculo que esta apresentação implica em termos das representações. A atividade de interpretação pode viabilizar a diferenciação do outro como real e não fantasmático (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005).

Silva (2000) recorda que, para Pichón-Rivière, não basta uma compreensão intelectual da tarefa para seu desenvolvimento pelo grupo, sendo necessária a avaliação da predisposição afetivo-emocional para operá-la. Esta

predisposição conflui com os processos que estamos definindo como pertencentes ao âmbito dos motivos grupais da atividade.

Conforme indicamos anteriormente, os motivos da personalidade referidos à atividade do processo grupal estão relacionados com as oportunidades concretamente existentes de realização dos fins da atividade por meio do seu objeto. Porém, é preciso atentar, neste aspecto, para o caráter dinâmico da estrutura motivacional da personalidade, mediada pela atividade consciente.

Além disso, há uma complexificação no processo grupal da relação entre a personalidade e o objeto da atividade: por meio da cooperação, a personalidade reflete sua relação com o objeto para si e para o outro (relação sujeito-objeto-sujeito), ao mesmo tempo em que a relação com o outro “refrata”, na personalidade, a relação deste outro para com os objetos da sua necessidade (sujeito-sujeito-objeto) (PETROVSKI, 1984).

Segundo a perspectiva que adotamos, no processo grupal se manifestarão sentimentos (solidariedade, colaboração, competitividade, inveja, compaixão etc.) enquanto propriedades emocionais dominantes advindas da mediação da atividade consciente pelas significações sociais. Tais significações sociais, que têm o signo como seu “portador”, constituem um sistema internamente coerente de sentidos pessoais da personalidade. Porém, para que os sentimentos sejam passíveis de análise concreta, é necessário enfocar a relação da personalidade para com os objetos da atividade do processo grupal.

Assim, da mesma forma com que é possível estabelecer relações entre vínculo e “tele” na concepção de grupos operativos, emoções e sentimentos se associam em uma relação do tipo frente-fundo. As emoções vinculam a personalidade ao processo grupal, atuando em unidade com os motivos, diante dos sentimentos predominantes. Ao mesmo tempo, as emoções são reguladoras da atividade, resultando em indicativos do tom emocional da personalidade diante do objeto da atividade.

Neste sentido, a categoria de afetividade, como componente da dimensão personalidade, requer responder: “quais emoções e sentimentos se manifestam no processo grupal?”

Poder

Martin-Baró (1996) discute a respeito da impossibilidade da mensuração ou qualificação em absoluto do poder que dispõe um grupo. Para o autor, o poder se manifesta no processo grupal como “caráter das relações sociais que emerge pelas diferenças entre os diversos recursos de que dispõem os atores, sejam indivíduos, grupos ou populações inteiras” (p. 215).

Este diferencial de recursos estará necessariamente relacionado com uma totalidade concreta que, em cada ocasião (contexto e tempo histórico), o tornará mais favorável para uns ou outros grupos⁵⁷. Esta distinta valorização facilitará ou criará empecilhos para que os grupos possam vir a alcançar seus objetivos e, inclusive, impor seus interesses a outros.

Vale ressaltar que Martín-Baró não trata exclusivamente de recursos materiais ao tratar da questão do poder, mas também de recursos culturais e pessoais. Martins (2003) acrescenta que inclusive a afetividade pode ser incluída neste rol de recursos.

Com efeito, um grupo que não detenha o que requer para realizar suas intenções (finalidades) na relação com outros grupos tende a fechar-se em si mesmo. Assim, ou bem ocupará a maior parte de seus recursos no aspecto interno da sua produção, ou bem tenderá à extinção pela perda do enraizamento social

⁵⁷ A posição foucaultiana do problema do poder é uma referência intensamente debatida, sendo consagrada juntamente das questões do biopoder e do poder disciplinar (POGREBINSCHI, 2004). Boito Jr. (2007) desenvolve uma interessante análise crítica do conceito de poder em Michel Foucault a partir de uma posição marxista. Sem perder de vista que a questão do poder é um problema eminentemente político, ao cotejar Foucault, o autor reposiciona o poder tendo como centro o Estado. Demonstra que a dependência dos diversos centros de poder (associações, instituições e demais grupos sociais) com relação ao poder do Estado não pode ser omitida, especialmente no que se refere ao seu aparelho repressivo (explícito ou velado) e ideológico. O autor acrescenta que “temos, do lado de Foucault, o poder como relação entre indivíduos e cujo principal atributo seria o método ou meio que estabelece e mantém essa relação, de outro lado, no campo do marxismo, o poder como relação entre coletivos (de classe), relação cujo principal atributo seria o conteúdo das medidas implementadas pelo poder” (p. 32). Neste sentido, ainda que estejamos elidindo um maior detalhamento dessa discussão, ao indicarmos que a questão do poder se relaciona com uma totalidade concreta, subentenda-se aí a base produtiva (e sua reprodução e produção social) constituída na sociabilidade do modo de produção capitalista. Considere-se, aqui, em particular, a “metáfora do edifício”. Martín-Baró (1996) formula uma tipologia grupal (grupos primários, funcionais e estruturais), a qual trataremos adiante, apresentando uma posição a propósito da dialética intergrupal e seus aspectos estruturais, tomando como base o referencial histórico-dialético, permitindo iluminar a questão do poder no processo grupal.

das necessidades que realiza (MARTIN-BARÓ, 1996). Neste sentido, as dimensões poder e atividade estão intimamente ligadas nos processos grupais.

Como dimensão do processo grupal, o poder implica no tipo de participação interna e externa viabilizada pelo grupo, diante dos recursos disponíveis e frente às relações com as instituições que medeiam sua existência social.

Instrumentos

Os instrumentos consistem nos recursos de que dispõem os integrantes do grupo para se efetivar, ou seja, para realizar determinados objetivos postos pelo processo grupal.

Em termos da atividade, conforme apresentamos anteriormente, tais objetivos ou finalidades serão confrontados, no aspecto “interno” do grupo, com a categoria dos motivos da dimensão da personalidade. Assim, da mesma forma como, na análise da atividade, os fins das ações estão subordinados aos motivos das atividades, as finalidades da atividade no processo grupal estarão subordinadas ao lugar de tais objetivos na hierarquia da estrutura motivacional da personalidade de cada integrante. Porém, mais uma vez, é preciso não perder de vista o caráter dinâmico dos motivos.

Por um lado, os instrumentos consistem em recursos analisáveis por meio da categoria produção, sejam tangíveis ou intangíveis, quando postos à disposição do grupo enquanto tais. Por outro lado, em analogia com o proposto por Martins (2003), são também parte dos instrumentos os recursos constituídos pela mediação da categoria afetividade como dimensão da personalidade no processo grupal.

Aqui, também é preciso recuperar sobre a atividade consciente recorrer aos instrumentos materiais para a mediação entre o ser humano e o seu entorno, por meio das ferramentas, e, também e simultaneamente, recorrer aos signos para a mediação entre os seres humanos. Isso permite não dissociar trabalho e sociabilidade neste processo. Nesta perspectiva, estas duas faces da atividade consciente são *instrumentais*, no sentido de que consistem em meios para o

estabelecimento das conexões entre a personalidade e seu contexto histórico-social concreto.

Isto posto, a inclusão dos instrumentos como categoria da dimensão poder nos permite, na análise do processo grupal, responder à seguinte questão: “quais recursos o grupo dispõe para realizar seus objetivos?”

Participação

Concentra-se nesta categoria um conjunto de processos grupais tratados no referencial dos grupos operativos de Pichón-Rivière (2005) como “filiação”, “pertencimento” e “pertinência”. A noção institucionalista de “implicação” também se encontra incluída nesta categoria. Trata-se dos processos da atividade por meio dos quais se podem verificar modalidades e momentos da relação entre personalidade e grupo no desenvolvimento do processo grupal.

O que poderia ser considerado como participação, em um grupo? A simples presença do indivíduo junto de um agrupamento já garante que ela esteja participando, ou seja, fazendo parte do grupo? A manifestação verbal, por exemplo, é um indicativo de que o indivíduo está participando?

Para Lane (1994), “apenas a ação efetiva compartilhada com os outros é que poderia ser caracterizada como participação” (p. 87). Esta afirmação, que à primeira vista pode parecer trivial, põe em cheque grupos cuja participação obrigatória é pré-condição para determinados fins, como certos grupos institucionais cuja inserção é compulsória:

Parece ser necessário que o assumir papéis seja questionado pelo grupo, e sua negação só ocorrerá na medida em que os indivíduos tomem consciência das determinações históricas, inerentes aos papéis e aos indivíduos, que estão presentes nas participações de cada um no processo grupal (p. 88).

Petrovski (1984) oferece contribuições para se pensar, ainda, a questão da identidade grupal no interior da coletividade, tratando da “identificação coletivista” e aprofundando sobre o que denomina *autodeterminação coletivista da personalidade*. Para o autor, a identificação coletivista supõe rechaçar tanto a

permissividade altruísta quanto a atitude egoísta de recorrer ao outro exclusivamente para proveito próprio.

Discute que, na coletividade, a identificação coletivista produz um fenômeno denominado *coparticipação*:

A simpatia como co-participação é a identificação coletivista para a qual um acontecimento desagradável, assim como as vivências conseguintes em um dos membros do grupo estão dadas aos outros como motivações da conduta, que organizam a sua atividade comum orientada simultaneamente a alcançar o fim do grupo e bloquear a ação deste acontecimento (frustrante) [...] A co-participação como manifestação da identificação coletivista fornece um índice específico do nível de desenvolvimento das relações interpessoais no grupo (p. 122-123 – grifos no original).

Outra manifestação da coparticipação foi observada experimentalmente nas pesquisas conduzidas por Petrovski (1984) com referência àquilo que Pichón-Rivière (2005) denomina o papel de “bode expiatório”. Petrovski (1984) observou que, na coletividade, o aumento do número de membros não reduz o grau de manifestação da identificação emocional ativa diante de novos membros inclusos no grupo. Diferentemente, em grupos com baixo nível de desenvolvimento, os novatos tendem a ocupar o lugar de “bode expiatório”.

A participação oferece indicadores importantes para analisar o grau de “abertura” da atividade do processo grupal para a personalidade, bem como as tendências dos seus integrantes em termos da consciência. A categoria analítica de participação é incluída na dimensão de poder por se tratar de um meio de análise do nível de consolidação da atividade no processo grupal.

Assim, a análise da participação nos permite responder à seguinte questão: “de que forma os integrantes têm tomado parte do grupo?”

Institucionalidade

A institucionalidade refere-se mais precisamente ao tipo de relação que o processo grupal mantém com as instituições estabelecidas no modo de produção,

em um sentido amplo⁵⁸. Não se trata da “institucionalização” no sentido de uma progressiva aproximação ou afastamento de instituições constituídas na estrutura social do modo de produção. Além disso, esta categoria analítica não visa avaliar se a institucionalidade é favorável ou não ao processo grupal e/ou aos seus integrantes dado certo marco normativo.

Lane (1994), ao indicar as premissas para a análise ideológica do indivíduo inserido no processo grupal, aponta a respeito da existência necessariamente institucional de todo grupo ou agrupamento. Isso, por sua vez, sugere uma análise a respeito do tipo de inserção institucional do grupo (grupo espontâneo, grupo institucional etc.). Conforme apontado anteriormente, esta análise implicará necessariamente em precisar a origem do grupo, as condições que presidem sua existência social, as funções institucionais que desempenha e as suas finalidades.

Assim, a categoria analítica de institucionalidade, enquanto dimensão do poder no processo grupal, precisa ser simultaneamente aproximada e diferenciada da abordagem deste problema pelas várias vertentes institucionalistas⁵⁹. A institucionalidade oferece um “índice” da afirmação e da estabilidade da atividade no processo grupal frente às demais estruturas sociais do modo de produção (grupos, organizações, associações, estabelecimentos, instituições etc.).

Em outras palavras, trata-se de analisar a produção do processo grupal em vista de sua capacidade de gerar objetivações significativas em termos da consciência social. Com isso, a institucionalidade visa responder: “como se manifestam no grupo?”

Identidade

⁵⁸ A categoria analítica de institucionalidade, ressalvadas as devidas mediações, está associada com a questão do Estado, conforme discutido anteriormente a partir das críticas de Boito Jr. (2007) do conceito de poder em Michel Foucault.

⁵⁹ Este é um exame ainda a se realizar, cujo nível de aprofundamento extrapola os objetivos do presente trabalho. Para uma abordagem histórica e teórico-metodológica das várias vertentes institucionalistas, recomendamos a leitura de Paulon (2009), Pereira (2007) e, em especial, Rodrigues (2007).

Petrovski (1984) examina os resultados das pesquisas com grupos artificialmente constituídos no âmbito da Dinâmica de Grupo a respeito dos “grupos de referência”. O autor recupera a conceituação consagrada por Shibutani (1950, citado por PETROVSKI, 1984): trata-se de grupos “cuja cosmovisão é empregada pelo sujeito atuante como marco de referência ao organizar seu próprio campo de percepção” (p. 77).

Por meio dos estudos experimentais que desenvolve, Petrovski (1984) nota que o processo de constituição de referencialidade é um aspecto da relação entre personalidade e grupo que tem uma expressão distinta ao se considerar o caso específico da coletividade. Para o autor, a sociometria de J. L. Moreno restringe a complexidade desta inter-relação ao estabelecer o *status* sociométrico dos membros de um grupo com base nas “simpatias” e “antipatias” mútuas e, então, na identificação de uma estrutura grupal formal ou informal.

Na coletividade, grupo de nível superior de desenvolvimento, as normas e os valores de um grupo de referência se mantêm como um guia eficaz e permanente para o indivíduo. Consistem em uma referência constante para a personalidade, permitindo diferentes orientações de valor na eleição indivíduo a indivíduo.

Petrovski (1984) propõe, assim, a *referentometria*, fundamentada no fator valorativo mútuo da atividade conjunta socialmente significativa. Assim, busca-se identificar a estrutura das relações objetivas sujeito-sujeito com base em determinadas orientações de valor. A referentometria “é uma forma de manifestação das particulares relações sujeito-sujeito nas quais o vínculo com outro sujeito medeia as relações do sujeito com o objeto que é significativo para ele” (p. 78).

Para Martín-Baró (1996), a identidade grupal se refere ao aspecto único de cada grupo, manifestando-se na singularidade de sua composição. Cada processo grupal, desta forma, tem características exclusivas: um determinado número de integrantes, um determinado contexto histórico no qual transcorre sua existência social, as específicas biografias de seus integrantes, um objeto determinado para sua atividade, o acesso a determinados recursos etc. Porém, o

autor não descarta a possibilidade de classificar a expressão desta singularidade em uma tipologia.

Tal qual a dimensão de poder, a identidade se evidencia ao passo que um grupo singular é confrontado com outros: “a identidade de um grupo como tal requer sua alteridade com respeito a outros grupos” (p. 308). Martín-Baró (1996) alerta que o processo grupal tem um “para fora” e um “para dentro”. Assim, a identidade grupal também estabelece relações necessárias com a identidade social à proporção que seus integrantes se reconheçam ou não objetivamente e subjetivamente como partícipes de um determinado processo grupal.

Assim, a consciência da pertinência a um determinado grupo diferencia-se do pertencimento objetivo, dado que o que está em questão é que “o indivíduo tome esse grupo como uma referência para sua própria identidade ou vida” (p. 213). Sem recair em um subjetivismo, o autor aponta que “a identidade de um determinado grupo será tanto mais clara e seu enraizamento histórico tanto mais profundo quanto mais vinculado se encontra com os interesses de uma classe social” (p. 211).

As inter-relações entre personalidade e grupo e entre identidade grupal e identidade social estabelecem planos distintos para nossa proposta de análise de processo grupal. Ao passo que os processos concernentes às relações entre personalidade e grupo são mais bem analisáveis por meio da dimensão atividade, a relação entre identidade grupal e identidade social é focalizada pelas categorias analíticas da dimensão identidade.

Em suma, a identidade trata das perspectivas que o grupo põe para si mesmo dadas as regras e normas estabelecidas e o nível de mediação da atividade consciente que nele se manifesta.

Formalização

Esta categoria corresponde diretamente ao que Martín-Baró (1996) descreveu, em sua Teoria Histórico-Dialética sobre os Grupos Humanos, como o aspecto da “formalização organizativa” do parâmetro da identidade grupal. Na

proposta de grupos operativos de Pichón-Rivière (2005), é possível afirmar que a formalização consiste em parte daquilo que constitui o Ecro grupal.

Sinteticamente, a categoria analítica de formalização abrange as normas de pertencimento ou exclusão (rígidas ou flexíveis, estáveis ou passageiras, formais ou informais, etc.) e as regras de funcionamento (subgrupos que constituem o grupo, relações entre os subgrupos, divisão de tarefas entre os membros, atribuições de um e de outro etc.) constituídas no processo grupal.

Tais normas e regras são analisáveis em diversos níveis: em seu conteúdo, quanto à rigidez ou flexibilidade na sua definição, quanto às atividades às quais se aplicam ou não, aos integrantes às quais são aplicadas (caso haja distinção), às suas mudanças conforme as alterações no número de integrantes etc.

Em suma, a formalização visa responder: “quais são as normas e regras, implícitas e explícitas, que constituem o grupo?”

Desenvolvimento

A questão do desenvolvimento aparece na formulação dos grupos operativos de Pichón-Rivière (2005) na sua ideia de cone invertido. Este é uma representação gráfica de sua concepção do movimento do grupo em direção à superação da resistência à mudança. Os vetores de filiação, pertencimento, pertinência, comunicação, aprendizagem, tele e cooperação constituem o cone.

Ao buscar enfrentar os medos básicos que suscitam a resistência à mudança (face interna da tarefa, ou seja, subjetiva), o grupo constitui um processo cujo desenvolvimento tem um sentido determinado. Este sentido tem como ponto de partida os conteúdos mais manifestos da tarefa (explícitos) que estão na base superior do cone invertido, e se desenvolvem na direção dos conteúdos latentes (implícitos) que estão no vértice inferior.

Para Petrovski (1984), a coletividade consiste em um nível superior de desenvolvimento da atividade no processo grupal, na qual se manifestam um conjunto de aspectos peculiares e distintos daqueles presentes em grupos com baixo nível de desenvolvimento. O autor sugere, assim, a importância de

diferenciar o grau de desenvolvimento da grupalidade. Em especial, nota que na coletividade há declínio da importância do que a Dinâmica de Grupo clássica denomina “processos integradores” (coesão, liderança, pressão etc.)

O autor exemplifica recuperando que a principal conclusão a que chegaram os experimentos clássicos realizados no âmbito da Dinâmica de Grupo a respeito, por exemplo, da “pressão por uniformização” é que os integrantes de um grupo podem ser divididos entre conformistas e não-conformistas. Essa conclusão parte da premissa de que o indivíduo se torna mais suscetível ao julgamento do outro ao se encontrar grupalizado.

Não se problematiza, porém, um aspecto conceitual fundamental: esse resultado foi obtido por meio do estudo da grupalização em uma situação indeterminada, artificial. Petrovski (1984), assim, relata uma possibilidade distinta e específica da coletividade nas situações de pressão grupal, comprovada pelas pesquisas que desenvolveu: a autodeterminação coletivista da personalidade. Esta autodeterminação implica uma atitude seletiva diante das influências, “em função de fatores mediadores como são os valores, as convicções e os ideais” (p. 27).

O autor também se refere à existência de diferenças no tipo de coparticipação presente, por um lado, na psicoterapia de grupo e, por outro, no que denomina *coletividade psicoterapêutica*. Discute a respeito da insuficiência de se tomar o grupo como meramente uma “comunidade psicológico-emocional”, sendo necessário “incluir a comunidade psicossociológica com a sua mediação através da atividade conjunta” (PETROVSKI, 1984, p. 129).

No grupo terapêutico tradicional, o motivo da atividade do participante no processo grupal é o seu próprio restabelecimento; porém, quando há uma atividade grupal especialmente organizada enquanto coletividade, o motivo passa a ser a própria participação nessa atividade.

Também serão diferentes os motivos que levam as pessoas a participarem ao considerarmos a psicoterapia de grupo e a coletividade psicoterapêutica. No primeiro tipo de grupo, o motivo da atividade do terapeuta é o restabelecimento da saúde de cada membro e do conjunto. Os motivos do paciente, por sua vez, serão os seus problemas pessoais, não havendo interesse

especial pela melhoria do estado de saúde do outro; nesse sentido, os outros são acompanhantes casuais. Assim, os outros participantes são meramente “instrumentos” de influência em seu tratamento.

A situação é distinta na coletividade psicoterapêutica:

Os motivos do terapeuta e de cada integrante começam a se combinar, a coincidir [...] A atividade do grupo se orienta então a resolver os problemas de cada um de seus membros e dessa maneira as relações interpessoais e os problemas pessoais de cada um se transformam na direção que é desejada pelo terapeuta e propícia para o êxito do tratamento (p. 130).

Para Bleger (1980), a situação ótima para o grupo, ou seja, de certo modo, sua meta de desenvolvimento, é a máxima heterogeneidade dos integrantes e a máxima homogeneidade da tarefa. Concordando com o autor, podemos presumir que deverão irromper conflitos advindos desta máxima heterogeneidade, independente da homogeneidade da tarefa, mesmo em circunstâncias tais como a “coletividade psicoterapêutica” descrita por Petrovski (1984).

Neste sentido, Andaló (2006) discute que Marx introduz no pensamento social uma perspectiva que informa que os conflitos manifestos no processo grupal têm a propriedade de mobilizar o grupo na direção de seu desenvolvimento:

Nessa ótica, ao trabalhar com grupos, procura-se identificar e explicitar os conflitos que frequentemente permanecem velados e latentes, entendendo que a harmonia não existe, mas, sim, momentos de equilíbrio instável que geram contradições a serem superadas (p. 37).

Coerentemente com a perspectiva que está sendo adotada no presente trabalho, consideramos importante não perder de vista que o retorno de determinadas pautas é um movimento esperado para o processo grupal. Assim, para além de um processo linear positivamente esperado de superação de suas contradições, o grupo também poderá enfrentar a reposição de pautas anteriores, bem como o posicionamento de novas questões.

No desenvolvimento histórico do processo grupal, a atividade mediadora de seus integrantes frequentemente se vê diante de um impasse: por um lado, não explicitar (ou mitigar) os conflitos como uma maneira de

supostamente não perder uma oportunidade estratégica de constituição de um projeto para o processo grupal e, por outro lado, explicitar tais conflitos criando contradições que podem ser insolúveis subjetiva ou objetivamente.

Resgatando a análise ideológica do indivíduo no processo grupal proposta por Lane (1994), podemos supor que as contradições referentes ao desempenho de determinados papéis podem inclusive se ampliar, levando o grupo à sua dissolução. É surpreendente observar que, nesse sentido, a dissolução pode ser um desfecho inclusive desejável para o desenvolvimento do processo grupal, ratificando a importância da análise da personalidade.

Nesse sentido, a noção de zona de desenvolvimento próximo é uma chave teórica importante. Assim, o impasse anteriormente mencionado requer que a atividade no processo grupal enfatize, simultaneamente: (a) a zona de desenvolvimento próximo do grupo e (b) os conflitos emergentes independente da pressuposição do tipo de contradições que podem daí emergir.

A questão fundamental a ser respondida pela categoria desenvolvimento é: “em que nível de grupalidade os processos grupais estão sendo mediados?”

Projeto

A ideia de projeto aparece na formulação dos grupos operativos de Pichón-Rivière (2005) como um momento mais desenvolvido da tarefa do grupo. Assim, para o autor, os momentos de pré-tarefa, tarefa e de projeto se sucedem no tempo, apesar de se manifestar a todo tempo a dialética entre tarefa interna e tarefa externa.

Desta forma, na grupalização se estabeleceria, inicialmente, um estado de pré-tarefa. Nestas circunstâncias, o grupo muda algo para nada mudar, ou seja, resiste à mudança protelando sua tarefa diante da ansiedade que emerge da vivência dos medos básicos. O momento da tarefa supõe uma elaboração desta ansiedade, com base na qual se manifesta a posição depressiva básica (consciência da sua finitude), o que permitirá estruturar a tarefa. Para Pichón-Rivière (2005), o grupo operativo constitui um projeto após um sucessivo interjogo

entre a tarefa externa (explícita) e a tarefa interna (implícita), pressupondo sua implicação. Só então o grupo pode estabelecer um projeto para si.

Entendemos que a categoria analítica de projeto, como componente da dimensão da identidade, expressa o estabelecimento de determinadas posições teleológicas pelo grupo, dada a causalidade dos processos que o constituem enquanto tal. Em outras palavras, trata-se do “arranjo estratégico” articulado pelos integrantes do grupo dos objetos da sua atividade, diante da perspectiva de atingir os objetivos a que se propõe para fazer frente às suas necessidades⁶⁰.

Assim, o projeto é um índice do desenvolvimento histórico do processo grupal, relacionando-se também com a produção e com a consciência como categorias de análise. Pressupõe, sem dúvida, alguma unidade entre os motivos e os fins das ações de seus integrantes no processo grupal. Consta, desta forma, da extensão em termos do tempo e do espaço dentro da qual o grupo contextualiza sua atividade; é a sua “projeção”, de modo a alcançar determinados objetivos dados os objetos da sua atividade.

Resumidamente, a categoria analítica de projeto visa responder: “quais são as finalidades que o grupo estabelece para si?”

O processo grupal e a dialética cooperação-trabalho coletivo

Ao término do Capítulo 2 discutimos que uma breve análise histórica das manifestações da cooperação humana no tempo nos permitiu asseverar a centralidade ontológica do trabalho. A dominação do capital sobre o trabalho, neste processo, estabeleceu a centralidade cotidiana do emprego com base na subsunção da atividade vital consciente às formas históricas do trabalho coletivo. Além disso, ao focalizarmos a mercadoria como unidade de análise da relação

⁶⁰ Nesse sentido, o projeto encontra-se diretamente relacionado com o planejamento das atividades, independentemente deste planejamento tratar-se da sua própria produção enquanto grupo ou da sua atividade “para fora”. Dar centralidade à questão do planejamento não é consensual nas teorias psicológicas, sociológicas e psicossociológicas que se preocupam com os grupos. Certas abordagens teóricas argumentam que o planejamento grupal impõe artificialismo e impede a espontaneidade; outras, afirmam que o planejamento prejudica a emergência de determinados processos e conteúdos. Ainda assim, podemos dizer que é freqüente algum tipo de preocupação com o momento do planejamento. Da perspectiva aqui discutida, trata-se de questão fundamental.

valor-trabalho, notamos a possibilidade de ratificar a centralidade política dos trabalhadores na superação do capital.

A discussão dessas centralidades do trabalho apresentadas por Lessa (2002) ocasionou, então, a hipótese de que em todas elas manifesta-se a *dialética cooperação-trabalho coletivo*. Propusemo-nos, neste Capítulo, a examinar a viabilidade teórica de que o grupo humano, enquanto mediador da existência social do ser humano, consista na unidade de análise desta dialética. Neste ponto da exposição entendemos ser possível afirmar essa possibilidade, pelos motivos que vamos expor a seguir.

Considerando a concepção de ordem social subjacente às perspectivas de processo grupal, notamos que a naturalização do trabalho coletivo, tal qual o estabelecido no modo de produção capitalista, omite o caráter conflitivo das relações sociais. Supõe, assim, determinados lugares e funções na divisão social do trabalho, o que requer a universalização das relações sociais que legitimam a centralidade cotidiana do emprego da sociabilidade subsumida ao capital.

Por outro lado, a instauração de determinada ordem social, por contraditória que seja, requer algum nível de cooperação das ações entre os indivíduos de modo a possibilitar o desenvolvimento multilateral das capacidades humano-genéricas na base das aptidões filogenéticas da espécie. Os processos de reprodução e produção social supõem, assim, a centralidade ontológica do trabalho como meio para a autoconstituição do ser humano enquanto ser social.

Com relação às perspectivas fundamentais de abordagem do processo grupal relacionadas a tais concepções, notamos que os aspectos de parcialidade paradigmática, individualismo e anistoricismo das abordagens estrutural-funcionalistas estão em conformidade com a base filosófica e político-ideológica liberal do modo de produção capitalista e com o tipo de trabalho coletivo que nele se estabelece.

Por sua vez, as mediações histórico-dialéticas entre processo grupal e totalidade social concreta, propostas pelas abordagens mediatórias, sustenta que o modo de produção é transitório, histórico e, portanto, passível de transformação. Isso supõe, por sua vez, não perder de vista que há uma historicidade das formas de cooperação erigidas neste modo de produção.

No que se refere às definições de grupo decorrentes dessas perspectivas (estrutural-funcionalista e mediatória), a previsão e o controle do comportamento, almejados pela Dinâmica de Grupo, foram propostos como instrumento útil (meio de produção, nesse sentido) no âmbito do trabalho coletivo estabelecido no processo capitalista de produção.

Por outro lado, a perspectiva histórico-dialética mostra que os processos grupais são, em sua historicidade e totalidade, a produção permanente das relações necessárias ante os processos histórico-ontológicos de reprodução e produção social por meio da cooperação.

Ao focalizarmos o problema da produtividade social mediada pelos processos grupais notamos que os processos integradores da coesão e da liderança grupal são, tradicionalmente, associados a essa questão. Nesse sentido, o trabalho coletivo requer, na centralidade cotidiana do emprego, a apropriação da aptidão ontológica para a cooperação, constituída na filogênese da espécie, para fins de valorização no processo produtivo do capital.

A cooperação, como dado da centralidade ontológica do trabalho, é a efetivação de uma capacidade historicamente conquistada pelo gênero humano para o desenvolvimento de ações coordenadas, mediadas pela atividade consciente, no processo de trabalho. Nesse sentido, coesão e liderança em sociedades primitivas, por exemplo, tinham um sentido certamente bastante distinto daquele existente na sociedade ocidental contemporânea.

Ainda com relação à questão da produtividade, Martín-Baró (1996) formula uma tipologia grupal, valendo-se dos parâmetros de identidade, poder e atividade grupal. O modo simples e direto com que o autor define o princípio de organização de sua tipologia grupal contrasta com a extraordinária abrangência da formulação: “correspondem aos três tipos de relações sociais que articulam as ações das pessoas com as estruturas de uma determinada sociedade” (p. 223). Os três tipos de grupos definidos pelo autor são: grupo primário, grupo funcional e grupo estrutural.

Grupos primários têm sua identidade definida pelos fortes vínculos interpessoais neles estabelecidos; são grupos pequenos tais como a família, cuja atividade concentra-se na satisfação de necessidades materiais e afetivas básicas

do indivíduo, por exemplo, a formação de sua personalidade. Em virtude dos laços de dependência mútua entre seus membros, as relações de poder em grupos primários baseiam-se nas características pessoais de seus membros.

Grupos funcionais são definidos com base na posição de seus membros na divisão social do trabalho; este princípio se apresenta tanto na situação de grupalização em entidades do tipo “associação” quanto na institucionalização dos grupos funcionais em organizações de trabalho. Seu poder está relacionado com o valor e o significado da sua atividade nas relações sociais de produção, e sua atividade visa realizar as finalidades estabelecidas pela divisão técnica e social do trabalho dentro do modo de produção⁶¹.

Grupos estruturais, finalmente, têm sua identidade definida pela comunidade de interesses objetivos, ou seja, sua identidade é dependente do tipo de propriedade sobre os meios de produção e reprodução da vida de que dispõem seus membros. Seu poder está relacionado com o nível de controle sobre tais meios, e sua atividade consiste na satisfação de interesses de classe.

A tipologia de Martín-Baró (1996) afasta definitivamente a ideia de que o marxismo seria uma concepção fundamentalmente “operaísta”, ou seja, que exaltaria o trabalho abstrato ou a centralidade cotidiana do emprego. A tipologia também ratifica que, em uma perspectiva histórico-dialética, perde sentido a distinção entre trabalho e sociabilidade, à medida que a atividade que se manifesta no processo grupal pode converter os grupos de um tipo em outro, modificando, conseqüentemente, o caráter da sua atividade⁶².

⁶¹ A maior parte dos grupos nos quais estamos inseridos ou com os quais nos relacionamos cotidianamente são grupos deste tipo, dada a sociabilidade pressuposta nas no modo de produção capitalista.

⁶² Nesse sentido, vale observar, com relação a esta tipologia, que o grupo primário não deixa de realizar um tipo específico de mediação indivíduo/sociedade. Desta forma, por exemplo, na família – enquanto grupo primário – estão presentes pautas ideológicas relacionadas com a totalidade concreta em que se insere (TOZONI-REIS, 1994). Além disso, considerando a divisão social do trabalho, os grupos funcionais são o tipo mais numeroso de grupos, estabelendo-se porém uma contradição em termos do poder: via de regra, o poder efetivo dos grupos funcionais é muito menor diante do significado de sua atividade e do valor por ela produzido. Finalmente, todo e qualquer indivíduo está potencialmente contemplado, em seu pertencimento objetivo, em um grupo estrutural, mas são os grupos primários e os grupos funcionais os reguladores cotidianos deste potencial.

A discussão das faces interna e externa da atividade no processo grupal também contribui para corroborar que os processos grupais podem ser tomados como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo.

Com relação à face externa da atividade, notamos que é o estabelecimento histórico do pressuposto formal da liberdade, plenamente desenvolvido na sociedade burguesa, que estabelece a casualidade e a liberdade de hierarquização na relação indivíduo/grupo. Em termos do trabalho coletivo socialmente estabelecido este pressuposto significa, para a grande massa dos indivíduos, que ser livre consiste em deter a liberdade para a centralidade cotidiana do emprego.

Dialeticamente, ao observarmos a possibilidade histórico-ontológica de conversão da relação indivíduo/grupo em relação indivíduo/comunidade, se põe em outros termos a perspectiva de autoconstituição do ser humano enquanto ser social, pela mediação da atividade consciente na cooperação. Nesse sentido, a centralidade ontológica do trabalho seria um meio para a afirmação histórica da centralidade política dos trabalhadores.

No que se refere à face interna da atividade no processo grupal constatamos que, dada a divisão social e técnica do trabalho, grupos artificialmente estabelecidos visando ao trabalho coletivo têm baixa capacidade de mediar a relação entre personalidade e sociedade. Esta análise relativiza a autonomia histórico-ontológica do processo grupal, ratificando as limitações das premissas que restringem o grupo à sua dimensão microsocial.

A coletividade, como grupo de mais alto nível de desenvolvimento, pressupondo uma divisão cooperativa do trabalho social, media efetivamente a relação entre personalidade e sociedade. Isso permite concluir, assim, que o processo grupal não é uma reprodução direta e fiel da totalidade concreta da sociedade, sendo o nível de grupalidade importante naquela mediação.

Queremos dar um relevo para a importante e original formulação a respeito das relações entre personalidade e coletividade e suas contribuições para a análise da atividade no processo grupal de Petrovski (1984). Entendemos que isso possibilita ampliar nossa compreensão da atividade, não somente no processo

grupal, mas como categoria fundamental da Psicologia Social, reposicionando a questão da personalidade em uma perspectiva histórico-dialética.

A análise crítica de Petrovski (1984) dos grupos difusos ratifica nossa afirmação inicial de que o uso corriqueiro do termo “coletivo” para denominar certos agrupamentos casuais é impróprio, dado que as relações interpessoais nestes grupos expressarão um conteúdo bastante distinto da coletividade. O exemplo da “coletividade psicoterapêutica” trazido pelo autor, neste sentido, é monumental.

É importante destacar, também, como outra contribuição original de Petrovski (1984), o que ele denomina “elos de mediação sujeito-sujeito-objeto e sujeito-objeto-sujeito”. Isso abre definitivamente a teoria leontieviana da atividade para os processos grupais, ao localizar que tanto a comunicação (mediação semiótica) quanto a atividade “objetiva” (mediação técnica) são objetivações constitutivas do desenvolvimento histórico-dialético do processo grupal.

O quadro teórico-metodológico e conceitual estabelecido não esgota a necessidade de seu exame à luz das particulares esferas da reprodução e produção social. Neste sentido, é importante resgatar a problematização colocada no início deste trabalho no que se refere à nossa intenção inicial de investigação. Assim, observaremos que, no processo de trabalho em saúde, ocorre uma particular manifestação da dialética cooperação-trabalho coletivo que se apresenta com a mediação de processos grupais: o trabalho em equipe na APS.

Porém, antes de abordar o trabalho em equipe na APS será necessário compreender como se manifesta contemporaneamente o processo de trabalho em saúde como trabalho coletivo, bem como as particularidades da cooperação que aí se dá. Isso demanda, por sua vez, a análise das mediações de uma atividade consciente que tem como objeto a “saúde”, com toda a controvérsia existente em torno da definição deste objeto.

O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DO CONTEXTO E PECULIARIDADES DE SEU PROCESSO DE TRABALHO

Em princípio poder-se-ia pensar que esse conflito [da noção de doença que instrumentaliza o processo de trabalho médico] pudesse ser produtivo, suscitando o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção; assim seria, se se tratasse apenas de uma dissensão técnica, mas por não poder sê-lo apenas, pois está necessariamente em jogo todo um conjunto de dimensões sociais, termina geralmente por esterilizar-se.

(MENDES-GONÇALVES, 1992, s/p)

No Capítulo 3, “O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde”, trataremos, inicialmente, sobre os elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, enfatizando que apreender as necessidades de saúde enquanto objeto de trabalho médico implica apreendê-las de modo parcial. Discutiremos também sobre a conversão das estruturas de normatividade das classes sociais como objeto deste trabalho, sobre a diagnose e a terapêutica como seus principais instrumentos, bem como sobre suas consequências.

A seguir, contextualizaremos historicamente a centralidade do modelo clínico anatomopatológico, por meio de um breve resgate da história social do trabalho em saúde. Nesse sentido, veremos que a necessidade de disponibilidade qualitativa e quantitativa da força de trabalho acompanhou a hegemonia político-ideológica da clínica, ao mesmo tempo em que a igualdade de condições de saúde passa a ser relacionada com o direito de consumo de serviços médicos.

Na sequência, daremos ênfase aos agentes do trabalho médico, em especial, à reprodução social do processo de trabalho destes agentes. Nesse sentido, ao passo que as funções externas do trabalho destes agentes estão associadas com o provimento de condições que viabilizem a reprodução social da força de trabalho, em termos da sua organização interna emerge o hospital como organizador político-ideológico do trabalho médico.

Finalmente, discutiremos sobre as formas e o conteúdo da divisão social e técnica do trabalho em saúde tomando por base as sucessivas diferenciações do trabalhador médico coletivo. Isso estabelece uma concepção do processo saúde-doença que se pretende universalizante e individualizante, abstraindo suas determinações sociais. Nesse sentido, veremos que a autonomia técnica destes agentes se alia ao liberalismo político-filosófico do capitalismo. Notaremos que, simultaneamente à ampliação da jurisdição da Medicina e das sucessivas especializações e subespecializações do trabalhador médico coletivo, sucedem contendas acerca do objeto e finalidade do processo de trabalho médico, que, para o trabalhador coletivo da saúde, estendem-se para além do “corpo humano doente” e da “cura”.

No Capítulo 4, “O trabalho em equipe na atenção primária à saúde”, encetamos um breve histórico das políticas de saúde no Brasil. Neste, daremos relevo ao episódio conhecido como a “crise da previdência” ocorrido na segunda metade dos anos 1970, quando veio à tona o caráter perdulário da Medicina previdenciária e o consequente desfinanciamento das ações de saúde pública. É durante esse período, com a abertura política após anos de ditadura militar, que ocorre a arregimentação de um movimento social que compõe as demandas da denominada Reforma Sanitária Brasileira (RSB): trabalhadores da saúde, movimento sanitário, partidos de esquerda e movimento popular urbano e rural.

A seguir, contextualizaremos a emergência da proposta do SUS posta em pauta pelo movimento da RSB, tendo como eixos de reivindicação: um conceito ampliado de saúde, o direito à saúde como direito de cidadania, a organização da oferta, enfim, um amplo processo de politização da saúde. Porém, o marco jurídico-legal do SUS é conquistado quando se configuram as primeiras tentativas de contrarreforma neoliberal. Assim, o problema do modelo de atenção persistirá negligenciado, dados os impasses da confrontação entre (a) uma concepção equânime, acessível, integral e universal de saúde e (b) a permeabilidade ao clientelismo, autoritarismo e centralização, convenientes ao modelo médico-assistencial privatista.

Na sequência, examinaremos as contradições existentes nas vertentes de APS, dado que esta é diretamente ligada à questão do modelo de atenção e de

gestão em saúde. A Conferência de Alma-Ata, assim, se apresentará como ápice da discussão sobre o papel da APS. Ao passo que o bloco socialista defendia uma APS integral como base para a reorganização do sistema de saúde, a APS vertical era defendida pelo bloco capitalista, como meio para a acomodação dos excluídos ao sistema de saúde existente.

Após isso, apresentaremos uma discussão sobre a questão das propostas de mudança na organização do modelo de atenção no SUS. Nos anos 1990, em que tais propostas emergem como tentativas de reorganizar a APS, o contexto é de ascensão do neoliberalismo e de refluxo da RSB. Ainda assim, são desenvolvidas importantes propostas, que enfatizam determinados aspectos do modelo, cujas origens, fundamentos e estratégias geram, por sua vez, distintas contribuições, cada uma com certas lacunas. O surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) foram oportunidades em que se pautou nacionalmente a questão do modelo de atenção, ainda que por meio de programas seletivos e focalizados.

Finalmente, trataremos de alguns dos desafios do trabalho em equipe na APS. Para isso, indicaremos uma definição de equipe, as diferenças entre grupo e equipe e uma tipologia do trabalho em equipe. Discutiremos a questão da multiprofissionalidade, valendo-se do exame das formas com que é efetivada a porta de entrada do sistema. Analisaremos, também, a abordagem da relação entre clínica e gerência nas propostas de mudança do modelo de atenção e, enfim, em linhas gerais, como se configura a organização tecnológica do processo de trabalho das equipes de APS, não esgotando a singularidade das equipes concretamente existentes.

O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde

Elementos estruturais do processo de trabalho em saúde

Agente, finalidade, objeto e instrumento foram apresentados como elementos estruturais gerais constitutivos do processo de trabalho, recuperando as proposições de Marx (1867/2010). Abordaremos, agora, algumas das especificidades destes elementos quando se pauta o processo de trabalho em saúde. Tais especificidades justificam uma primeira aproximação ao processo de trabalho em saúde como trabalho médico e, além disso, adicionam certa complexificação aos seus aspectos gerais.

Para Marx (1867/2010), o processo de trabalho é posto em ação por um agente, que o faz dirigido por uma finalidade. Os instrumentos intermedeiam as operações realizadas pelo agente que visam transformar um objeto de trabalho diante de dadas finalidades. Mendes-Gonçalves (1979), partindo de uma definição provisória, discute que o *objeto* do processo de trabalho médico⁶³ é o “corpo humano doente”, indicando que

Há uma modificação necessária na passagem do “corpo humano doente do doente” para o “corpo humano doente do médico”, com a condição de que os elementos de toda natureza que caracterizam a necessidade inscrita no primeiro reapareçam no segundo, já trabalhados: nessa medida aparecem então como objeto do trabalho médico (p. 22-23).

⁶³ O autor utiliza em contextos diferentes e com sentidos diversos, como veremos adiante, as expressões “trabalhador médico”, “agente do trabalho médico” e “trabalhador médico coletivo”. A primeira expressão parece ser reservada para abarcar especificamente o profissional médico, ou seja, este específico trabalhador. As outras duas expressões aparentemente referem-se ao conjunto de ações postas em marcha por agentes (não necessariamente o profissional médico) que conformam certa prática social referida ao que Camargo Jr. (2005) denomina “racionalidade biomédica”. No decorrer da discussão, ficará claro que Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) não concede à Medicina enquanto prática social um aspecto “heróico”. Ao mesmo tempo, fica subentendido que o autor não utiliza expressões tais quais “agente do trabalho em saúde” ou “trabalhador coletivo da saúde” porque, de fato, não é uma noção ampliada de saúde aquela abarcada pelo objeto da prática social em exame. Isso não implica, por sua vez, em uma desconsideração, pelo autor, das contradições concretamente existentes no trabalho médico.

Esse processo impõe uma situação bastante distinta daquela observada nos processos de trabalho que têm como finalidade a transformação de objetos inanimados. Nestes, tomando como referência seu agente, há uma relativa estabilidade entre as necessidades que estimulam o processo de trabalho e o objeto de trabalho que materializa tais necessidades e que nele se buscarão realizar.

Por outro lado, o trabalho médico pressupõe seres humanos no lugar de objetos de trabalho que, conforme os critérios médicos, estarão (ou não) objetivamente doentes (alteração anatômica, perturbação morfofisiológica, desconforto etc.). Dessa forma, o que se converte em objeto de trabalho do médico consiste em uma apreensão parcial das necessidades do doente:

O normal e o patológico não existem em estado de pureza biológica “antes” para “depois” se contaminarem com as características advindas de outras ordens de realidade, mas são já, imediatamente, definidos no encontro do biológico com o não-biológico a nível do corpo, onde não se separam, diferentemente do que acontece com suas representações teóricas elaboradas pela ciência (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 58).

Porém, a doença (sentida como uma necessidade de ser assistido, o que pressupõe a existência social da assistência) supõe que o doente experimente a transgressão de uma norma, que qualifica subjetivamente certo “modo de andar a vida” (dor, incapacidade funcional, insegurança social). Conforme Mendes-Gonçalves (1979):

O que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformado em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho. Ao terminar o processo, o que dele sai não é apenas um produto que deve poder corresponder a necessidades, mas igualmente o portador das necessidades então atendidas, durante o processo (p. 23).

Desta forma, ao mesmo tempo em que o processo de trabalho médico toma como objeto o corpo humano doente, a necessidade de cuidado será conferida por um ser humano que se sente doente. O autor discute que isso tem duas consequências: (1) a ambiguidade entre objeto e finalidade da prática médica que, no mais, se presta a omitir seu lugar enquanto prática social no conjunto dos demais processos de trabalho; em outras palavras, como “ciência do corpo humano doente” a Medicina enfatiza seu objeto e como “arte de curar” a sua

finalidade; e (2) a definitiva inscrição deste objeto como socialmente determinado, dado que o objeto “corpo humano doente” jamais será natural, posto que necessidades aparentemente naturais serão mediatamente sociais ao comporem processos de trabalho.

O corpo, assim, enquanto objeto do trabalho médico, será apropriado como um campo de invariantes qualitativas, uma vez que os processos ditos patológicos, nele inscritos, serão explicados por leis generalizantes e anistóricas:

À medida que a medicina se estruturou sobre ciências positivas, passou a crer, com um grau de confiança que não era mais técnico, mas científico, que aprendera definitivamente e verdadeiramente seu objeto (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 63).

Como um desdobramento desta primeira consequência, uma questão poderia ser colocada: não é a necessidade que leva o doente até o médico? Ocorre que, embora a prática médica seja dirigida simultaneamente à necessidade e ao objeto, a necessidade é tida como eventual, acidental, casual, ao passo que o objeto é ontologizado como universal, essencial. Mendes-Gonçalves (1979) alude, nesse sentido, à diferenciação tradicional na prática médica entre “patologia”, termo que definiria a própria essência da enfermidade, e a “doença”, que se referiria a uma ciência da patologia (sua ocorrência).

A segunda consequência, por sua vez, conduz à polêmica sobre a natureza biológica ou social do corpo humano como objeto do trabalho médico. Neste sentido, o autor resgata o conceito de “normatividade vital” de Canguilhem (1943/2007) e o coteja com a proposta de Donnangelo e Pereira (1979) a respeito da noção de *normatividade social*.

Sucintamente, para Canguilhem (1943/2007), viver é uma atividade normativa⁶⁴ por não ser indiferente à sua própria degradação, cabendo afirmar a propósito de uma “normatividade vital”. Porém, é o ser vivo que apreende certos estados patológicos como negativos. Desta forma, ao mesmo tempo em que a vida é normativa (ou seja, a normatividade seria intrínseca à vida, sendo este seu

⁶⁴ Mendes-Gonçalves (1979), definindo “normatividade” por referência à conceituação de Canguilhem (1943/2007), estabelece que esta consiste na “disposição de instaurar valores como normas e ajuizar as variações dos critérios que serviram para aquela instauração em função das normas instauradas [...] Se constitui portanto em um conjunto de práticas materiais referentes a, e indissociáveis de um conjunto coerente e organizado de concepções” (p. 51)

princípio ontológico), à vida são atribuídas normas (em outras palavras, essa normatividade é atribuída à vida pelo ser humano, consistindo seu princípio epistemológico). Consequentemente, a norma científica do que é normal ou anormal, saudável ou patológico, acabaria por “se curvar” à normatividade vital.

Donnangelo e Pereira (1979) polemizam com o conceito de “normatividade vital” de Canguilhem:

A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona para garantir possibilidades de sobrevivência aos indivíduos e, ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a própria duração da vida (p. 25).

Mendes-Gonçalves (1979), corroborando essa polêmica, discute ser necessária uma ruptura com as concepções que circunscrevem a finalidade e o objeto da prática médica enquanto restritas às estruturas e funções morfofisiológicas do corpo humano. A normatividade social não pode ser simplesmente adicionada a essa finalidade e objeto mais limitados, porque os processos explicativos da normatividade social não podem ser reduzidos àqueles que descrevem os processos morfofisiológicos do corpo humano.

O autor expressa da seguinte forma a contradição entre a pretensa objetividade da racionalidade biomédica⁶⁵ da doença e a normatividade social da saúde:

[No caso das classes sociais mais baixas] não se trata apenas [...] de *não poder* seguir as recomendações devido à precariedade de suas condições de vida, mas, trata-se também – e sobretudo – de *não querer* segui-las, buscando impor à vida a sua própria normatividade, decorrente sem dúvida daquelas mesmas condições de vida, mas sadia como qualquer outra. [...] Na vida, a imposição da normatividade não passa apenas pela consciência do indivíduo, mas, antes de aí se apresentar está já constituída na consciência do grupo social que a porta, e ao qual ele pertence (p. 50 – grifos no original).

⁶⁵ *Racionalidade médica* designa o conjunto de elementos que estruturam uma prática médica, contemplando determinada concepção anatomomorfológica, uma dinâmica fisiológica e vital, um sistema semiológico e diagnóstico, um sistema terapêutico e uma determinada cosmologia (LUZ, 1988). A racionalidade biomédica é hegemônica em nossos tempos, no que se refere aos conhecimentos, tecnologias e subsídios que fornece para a prática clínica do médico.

Para Mendes-Gonçalves (1979), a redução do social ao biológico como objeto do trabalho médico resulta em “despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social, pois esta imediatez se manifesta precisamente no fato de que esse objeto se superpõe a uma necessidade que o antecede” (p. 30).

Adverte, além disso, para o risco da psicologização, dado que também o processo de consciência do corpo, psicologicamente constituído, não é menos histórico que o processo que constitui o corpo como totalidade biológico-social:

Se o objeto do trabalho médico não pode portanto ser reduzido ao corpo anátomo-fisiológico, porque esse corpo é de um homem historicamente determinado, tampouco pode sê-lo à consciência psicológica que esse homem tem de seu corpo, pois esta também só é concebível como historicamente determinada (p. 35).

Resumidamente, o autor afirma que “a medicina toma para si como objeto, portanto, as estruturas de normatividade das classes sociais. [...] São portanto também práticas político-ideológicas que a Medicina toma como objeto” (p. 51). Nesse mesmo movimento, as marcas da história e da cultura inscritas na normatividade social são elididas do objeto do trabalho médico, impondo às necessidades então satisfeitas por essa prática sua própria normatividade (a normatividade médica).

Neste sentido, três aspectos comprovariam, segundo o autor, que a definição do objeto do trabalho médico segue uma específica normatividade social, qual seja, a reprodução das condições de vida da força de trabalho: (1) o corpo e a personalidade normais são concebidos com referência à capacidade de trabalhar; (2) a referência para a terapêutica tomará como base as formas de utilização do corpo onde é empregado; e (3) as “marcas” da situação econômica da força de trabalho na estrutura produtiva serão qualitativamente discriminadas.

Dado que o processo de trabalho médico toma certas necessidades como objeto de trabalho e realiza deste objeto de trabalho apenas determinadas necessidades, cabe discutir, ainda, em que consistem os *instrumentos* deste processo de trabalho. Afirma o autor:

Aos instrumentos de trabalho da medicina se concede, de modo contrastante com o que ocorre para os objetos e as finalidades, a historicidade, sob a forma de diversificação progressiva,

desenvolvimento progressivo das trevas do passado para a luminosidade da era científico-tecnológica. Ao mesmo tempo, *se tende a negar, com igual empenho, a historicidade enquanto significado consubstancial com os objetos e as finalidades entre as quais estabeleceram o modo do trabalho* (p. 55 – grifos nossos).

Em qualquer processo de trabalho, o que também se expressa no processo de trabalho médico, o aspecto técnico da atividade (operações de trabalho) precisa se adequar aos objetos e finalidades. Resulta que, diante da possibilidade de que essa adequação não ocorra, a técnica passa a ser sobrevalorizada, visando preservar a “moderna mitologia do desenvolvimento técnico-científico”⁶⁶.

Assim, levando em conta que o ser humano, objeto da prática médica, detém a capacidade normativa própria da atividade consciente, observamos que a técnica não será de fato “soberana” para alcançar suas finalidades considerando o objeto de trabalho tal qual a Medicina o toma. Isso, por sua vez, contradiz outro de seus pilares fundamentais: o domínio sobre a saúde e a doença.

Mendes-Gonçalves (1979) delimita a existência de três grupos de instrumentos na prática médica (p. 63): (1) “aqueles que lhe servem para se apropriar do objeto”, consistindo nos instrumentos de diagnóstico, que visam delimitar o objeto diante das finalidades; (2) “aqueles que lhe servem para efetuar nele [o objeto] a transformação desejada”, ou seja, os instrumentos terapêuticos, cujo objetivo é instrumentalizar a ação diante do objeto visando à finalidade; e (3) o local de trabalho como condição para a atividade, que não deixa de consistir em um instrumento e que, no caso da prática médica, é hegemonicamente o hospital.

O autor debate a teorização de Foucault (2004) sobre as transformações ocorridas nos saberes que instrumentalizam a prática médica. Tais transformações teriam instituído um lugar diferencial para a clínica no conjunto da prática social e promovido uma estreita aliança entre a Medicina e a sociedade burguesa no período que sucede a Revolução Francesa.

⁶⁶ É interessante observar que, se essa afirmação fazia sentido em fins dos anos 1970, não faz menos sentido em nosso tempo, no qual se nota um vertiginoso acúmulo de evidências de pesquisa orientadas pragmaticamente para o fazer clínico, e oriundas de uma pressuposta neutralidade da pesquisa empírica positivista, tal como pretende o movimento da “medicina baseada em evidências”.

Para Foucault, enquanto o discurso médico dos primeiros clínicos se refere à esfera compreendida pela doença e pela vida, o método anátomo-clínico estabelece um novo âmbito à tríade doença, vida e morte. Para ele, há uma mudança de lugar no “signo” da doença, e a modificação da estrutura do conhecimento estabelece uma nova forma de instrumentalização da prática médica.

As divergências metodológicas de Mendes-Gonçalves (1979) ao modo como Foucault concebe a genealogia da clínica pela “mudança de olhar” são expressas da seguinte forma:

Não se depreenda daqui que a técnica material é gerada pelo discurso: ela encontra sua matriz no saber, que, se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste precisamente em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas. Por isso o saber é histórico, por ser uma dimensão da prática (p. 74).

Mendes-Gonçalves (1994) se refere a esse saber como um *saber operante*. Inserido em um processo de trabalho particular (o processo de trabalho médico), com seus momentos internos e externos, o saber operante inscreve-se como uma mediação entre o conhecimento (saber científico) e as técnicas (saber prático).

Nesse sentido, a operação do saber somente é compreensível e operante em seu contexto, dado que à apreensão do objeto de trabalho deverá corresponder certa relação entre instrumento e finalidade, pressupondo, por sua vez, uma coerência entre objeto e finalidade. Há, dessa forma, uma dimensão tecnológica do saber. Isso não implica a impossibilidade de instrumentalização por meio de outros saberes, dado que, por exemplo, (a) nas formas historicamente precedentes de trabalho médico, como no trabalho curandeiro e na Medicina hipocrática, se conformaram saberes alternativos ao anatomomorfológico, e (b) ainda que individualmente instrumentalizados, coexistem saberes a respeito do processo saúde-doença referidos ao coletivo.

Assim, ressaltamos dois elementos fundamentais do processo de trabalho discutindo suas especificidades no âmbito do processo de trabalho em saúde, quais sejam: o objeto e os instrumentos do trabalho médico. A seguir, ao

desenvolvermos um breve resgate da história social do trabalho em saúde, daremos ênfase para o agente como elemento deste processo, visando apreender mais detidamente a historicidade deste processo de trabalho e, também, posteriormente, suas finalidades.

Breve história social do trabalho em saúde

De modo geral, a cosmogonia das sociedades primitivas é composta por um mito no qual o universo aparece como um todo. As partes deste todo compõem a narrativa do mito. Os membros dessas sociedades são como que personagens que reproduzem papéis prescritos pela narrativa mitológica. O xamã, por sua vez, tem a capacidade de decodificar a linguagem das coisas e, inclusive, do “mal” que os aflige. O “mal” consiste em uma parte deste todo que seria, aproximativamente, o que conhecemos como “doença”.

Mendes-Gonçalves (1992) apresenta que, nas sociedades primitivas, nas quais perdurava uma divisão natural do trabalho, o agente que detinha a capacidade de interferir no processo saúde-doença era o xamã.

O xamã vai decodificar a doença-entidade que se apossa ou se agrega ao indivíduo restringindo sua capacidade de viver a vida, sendo o “mal” seu objeto de trabalho. O “mal” é parte da natureza, e o xamã vai buscar manipular a doença-entidade com a finalidade de reintegrar o indivíduo à vida social. Seus instrumentos de trabalho são rituais, de modo que, por exemplo, não se recorre a uma planta como recurso terapêutico pelas suas propriedades farmacobotânicas, mas pela sua representação como parte de um determinado ritual.

Já na Antiguidade Clássica, ainda conforme Mendes-Gonçalves (1992), o principal agente do processo de trabalho médico era o médico hipocrático. A Grécia Antiga se apoiava na exploração do trabalho escravo e no comércio, dada uma típica estrutura de propriedade: paralelamente aos escravos, havia cidadãos-livres, que viviam no meio urbano com relativa independência do campo e desfrutando de uma democracia política, ainda que restrita a eles. Nesta formação social, se preparava a superação de uma estrutura de saber mítico-

religiosa e antropomórfica na direção da organização sistemática de um conhecimento de tipo filosófico e científico.

Os fundamentos filosóficos da Medicina hipocrática, vedada aos escravos, estabeleciam que o estado de natureza correspondia ao equilíbrio dinâmico da realidade. A doença, assim, seria uma reação da natureza ao desequilíbrio, dado que esta é propensa à cura. Desta forma, a relação harmônica entre ser humano e natureza requer a adesão e a compreensão das regras naturais pelo ser humano, tratando-se, assim, de uma concepção positiva da doença.

A “clínica”, assim, correspondia à observação das alterações naturais que geram sofrimento. O tipo de desequilíbrio natural correspondia ao diagnóstico, e o curso deste desequilíbrio equivalia ao prognóstico. O processo terapêutico consistia em imitar a natureza favorecendo o curso da cura ou contribuir com a natureza com o fito de evitar o fracasso em sua tendência de cura.

O instrumento de trabalho, portanto, era igualmente disponível ao cidadão-livre e ao médico hipocrático, dado que o primeiro poderia ter acesso ao saber sobre a natureza assim como o médico. O escravo, por sua vez, tinha acesso a outro tipo de médico, que apenas cuidava das lesões externas do corpo e cuja atividade tinha as características de um artesão. Mais tarde, este agente será identificado como o cirurgião-barbeiro da Idade Média.

Mendes-Gonçalves (1992) indica que a Medicina cristã tem origem com a aurora do cristianismo na Idade Média. Nessa concepção, a doença é uma provação, consistindo em um preço a ser pago como sacrifício. Paradoxalmente, a expectância é a intervenção central prescrita diante da doença, correspondendo ao seu principal (não-)instrumento de trabalho. Neste sentido, diferentemente da Medicina hipocrática, a Medicina cristã se apoia em uma concepção negativa de doença.

Segundo o autor, o baixo desenvolvimento técnico demandado no trabalho de assistência religiosa é responsável pela introdução das assimetrias (entre assistentes e assistidos) e das hierarquias (entre agentes) que tipicamente vão caracterizar o processo de trabalho em saúde como atividade assistencial.

Além do mais, a concepção negativa de doença da Medicina cristã bloqueia a oportunidade de reconstituição de uma perspectiva positiva de saúde.

Mendes-Gonçalves (1992) aponta as profundas mudanças que vão ocorrer no processo de trabalho médico a partir da transição ao capitalismo, especialmente no período que se inicia aproximadamente no século XVI, e que estão relacionadas com o vertiginoso desenvolvimento da hegemonia da racionalidade biomédica contemporânea.

Com o advento do capitalismo, a força de trabalho é uma capacidade que precisa ser livre e encontrar-se disponível, cuja posse é detida pelo seu portador, supondo-se, porém, o direito de ser utilizada por um proprietário de meios de produção mediante assalariamento. Assim, os corpos humanos adquirem o significado de força de trabalho, por serem justamente fonte e a “razão de ser” da valorização das mercadorias.

A disponibilidade da força de trabalho precisa ser quantitativa e qualitativa, dado que o modo de produção capitalista mostra-se vulnerável tanto à sua escassez quantitativa quanto à sua inadequação qualitativa. Dessa maneira, as práticas de saúde convertem-se em meios tanto para controlar a ocorrência de incapacidade de trabalhar por doença quanto para recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença.

O ideário político-filosófico do liberalismo conquista uma crescente hegemonia, ao mesmo tempo em que a burguesia ascende como classe e a Igreja perde concomitantemente seu espaço secular de exercício do poder político. Como parte deste ideário, coloca-se a igualdade de condições de saúde, que passa a ser defendida em duas frentes distintas: pelo direito individual de consumo de serviços de saúde e pelo direito social à saúde, que pressupõe a cidadania.

Mendes-Gonçalves (1994) afirma que, no processo de transição para o capitalismo, emerge uma Medicina Social, ressaltando que “esse saber novo era também produzido pelos médicos: aqui se evidencia como a categoria social transita – a despeito de seus conflitos internos, que trata rapidamente de esquecer – da estrutura social que morre para a nascente” (p. 73). O autor indica que o desenvolvimento paralelo da Medicina Social e da Medicina anatomoclínica

é emblemático da manutenção dos médicos na detenção do saber sobre as doenças.

Por um lado, o médico alemão John Peter Frank (1745-1821) publica os nove volumes do seu “System” de polícia médica entre 1779 e 1827, que vão exercer uma enorme influência nas medidas higiênico-sanitárias empregadas na Europa. Ainda no século XIX vai se desenvolver a higiene social na França, propondo que o médico se aproxime das ciências naturais junto do químico e das ciências ambientais junto do engenheiro, pela preocupação com a salubridade do meio ambiente. Conforme Mendes-Gonçalves (1994),

À medida que a urbanização, o aprofundamento da divisão social do trabalho, o aumento da dependência entre as nações e entre as diversas esferas da atividade humana caracterizavam a nova estrutura social como apresentando um grau mais complexo de socialização, as práticas de saúde tornavam-se “sociais”, no sentido de colocarem para si objetos explicitamente sociais como o meio, a cidade, a cultura, os comportamentos, os hábitos (p. 73).

Por outro lado, as nosografias de Sauvages e Pinel, que tratavam as enfermidades como doenças-entidade e consolidaram seu prestígio no século XVIII, tiveram como seu sucessor histórico “natural” o tratado de Broussais, de 1886, ao qual Foucault (2004) confere o lugar de marco do nascimento da clínica moderna. Ou seja, tanto no âmbito “individual” quanto no âmbito “social” os médicos exercem sua hegemonia no saber sobre a doença.

A experiência histórica com as epidemias permitiu o desenvolvimento de um saber fundamentado na racionalidade científica moderna, para o qual: (a) os instrumentos de trabalho fundamentais seriam o saneamento ambiental e a educação em saúde, (b) o objeto de trabalho consistia no número de casos da doença em determinado local em certo intervalo de tempo, e (c) a finalidade do trabalho se apresentava na diminuição ou estabilização do número de casos novos.

O autor discute ao menos uma consequência política decisiva, dado um saber operante assentado no saber sobre as epidemias: a contradição entre, por um lado, uma posição conservadora, para a qual a doença é tomada como fenômeno coletivo “natural” da associação dos homens e, por outro lado, uma posição transformadora, para a qual a própria estrutura da sociedade seria fonte

de adoecimento. Contrapõem-se, neste sentido, o controle da doença em escala social (primeiro caso) com o controle da escala social da doença (segundo caso).

Além da discussão da doença como fenômeno coletivo, é preciso examinar também sob quais premissas o trabalho médico se põe enquanto capaz de recuperação da força de trabalho individual e os subsídios do saber sobre as epidemias nesse sentido.

Na definição de doença que se consolida nesta etapa histórica, esta é circunscrita às alterações morfofuncionais do corpo humano, delimitando-se dessa forma o objeto do trabalho médico. Por conseguinte, a sede da doença é o corpo biológico individual ou, mais precisamente, uma forma patológica do corpo, tratando-se de uma concepção individualizante e biológica⁶⁷. Assim, a recuperação da força de trabalho em escala social pressupõe como objeto um corpo individual, sem que a escala social da “higidez” da força de trabalho seja problematizada, no mesmo plano, pelo trabalho médico:

A derrota da revolução de 1848 assinala a primeira morte da Medicina Social e, ao mesmo tempo caracteriza, por oposição, o desenvolvimento ulterior “legítimo” dos saberes e das práticas de dimensões coletivas sobre a saúde e a doença como comprometidos, em suas linhas gerais, com a reprodução da ordem social (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 76).

Em suma, o processo de trabalho médico volta-se para o controle (individual) da doença e para a recuperação (individual) dos doentes, a despeito das contradições inerentes a cada uma dessas finalidades. Resta que a defesa da ampliação do direito à saúde assume também um caráter contraditório: a ênfase pela ampliação do direito ao consumo individual de serviços de saúde não acompanha uma concomitante defesa pela ampliação do direito coletivo à saúde como direito de cidadania.

O exame desta contradição internamente ao trabalho médico requer, assim como se fez com o trabalho do xamã, a Medicina hipocrática e a Medicina cristã, que também se analise o que Mendes-Gonçalves (1992) denomina

⁶⁷ O autor atenta para um descompasso, fundamental para que a compreensão do lugar ocupado pelo trabalho médico no capitalismo ascendente: ainda que a recuperação da força de trabalho fosse colocada como uma das finalidades do trabalho médico, os principais recursos diagnósticos somente foram viabilizados a partir do desenvolvimento de ciências complementares. Exemplifica com o caso da Patologia, da Fisiologia e da Cirurgia (em especial da Anestesia), no século XIX, e da Farmacologia, que só vai se desenvolver no século XX.

organização tecnológica do processo de trabalho em saúde no modo de produção capitalista. Dois modelos são concomitantes a essa etapa: o modelo clínico e o modelo epidemiológico.

Primeiramente, no que se refere ao modelo clínico, notamos que o princípio político-ideológico liberal da igualdade é individualizante tanto quanto o é a Medicina anatomoclínica. Assim, o corpo concreto é abstratamente reduzido às suas dimensões biológicas, de modo que a clínica anatomopatológica é conveniente ao individualismo político-ideológico. Mendes-Gonçalves (1992), nesse sentido, destaca que “a doença pode ser admitida nesse modelo como até influenciada pela vida de relação do indivíduo doente, mas como fenômeno positivo é recortada exclusivamente no espaço de seu corpo individual” (s/p).

Com relação ao processo de trabalho que caracteriza o modelo clínico, temos que: (a) seu agente é o médico; (b) seu objeto de trabalho é corpo do paciente; (c) seus instrumentos serão o diagnóstico e a terapêutica, operados pelo médico, e (d) sua finalidade, assim, se põe no controle da ocorrência de doença no indivíduo e na recuperação do doente.

O hospital moderno aparecerá como outro de seus instrumentos fundamentais e condição para o trabalho, já que é aí que se constroem as teorias das doenças com base na relação entre o médico e o corpo do paciente. É também no hospital que se conforma um trabalhador médico coletivo.

Mendes-Gonçalves (1992) observa que o modelo epidemiológico logrou um desenvolvimento técnico que se deu em paralelo ao modelo clínico, mas que, diferentemente, ocorreu “nos bastidores”. Isso gerou o aprimoramento de instrumentos voltados ao controle das doenças infecciosas e parasitárias com significativo impacto coletivo: o saneamento, a vigilância e as imunizações.

A concepção de prevenção subjacente ao trabalho médico, no modo de produção capitalista, consiste em que controlar doenças implica, aqui, não somente em evitá-las, mas, simultaneamente, em tratá-las. Desta forma, o modelo epidemiológico permite que à “arte” da clínica seja acoplada a racionalidade positivista da “ciência” aplicada ao social enquanto coletivo, por meio: (a) da priorização de determinadas ações, (b) da avaliação do custo-benefício

de cada ação e (c) da alocação dos recursos humanos e materiais necessários e suficientes.

Assim, da mesma forma que o modelo clínico é operado em um processo de trabalho no qual ao diagnóstico segue uma prescrição individual pelo médico, no modelo epidemiológico ao diagnóstico seguirá uma prescrição coletiva pelo planejador de saúde (que será ou não um trabalhador médico). Considerando que este objeto de trabalho é o coletivo, as decisões políticas e as relações de poder serão fundamentais na abordagem deste coletivo, ou bem como o “corpo social” (ou seja, a sociedade vista como um organismo), ou bem como o “social no corpo” (quer dizer, os determinantes e mediações sociais do processo saúde-doença).

Com efeito, será importante analisar o lugar que ocupam tanto o modelo clínico quanto o modelo epidemiológico com relação às finalidades do processo de trabalho médico na reprodução e produção social do capitalismo. Essa análise possibilitará uma melhor aproximação ao processo de trabalho médico e, em um momento posterior, ao processo de trabalho em saúde.

A reprodução social da saúde

Mendes-Gonçalves (1979) indica ser possível analisar as relações entre o processo de trabalho médico e as classes sociais historicamente constituídas nas sociedades de classes ao focalizarmos as funções “externas” do trabalho médico, ou seja, sua relação com a sociedade. Nesse sentido, assim como a Medicina hipocrática era destinada aos cidadãos livres, a Medicina medieval, por sua vez, era um benefício dos nobres, do clero e de certos estamentos urbanos.

Somente no modo de produção capitalista é que será possível observar uma tendencial socialização da Medicina. De forma correlata, verificaremos que essa tendência não pode ser desvinculada de uma ampliação da medicalização social. O autor propõe que esse processo pode ser enunciado, historicamente, nas seguintes linhas gerais.

Nos primórdios do capitalismo, havia um imenso afluxo de mão-de-obra, expulsa do campo com o declínio do feudalismo, às incipientes cidades emergentes com o mercantilismo.

Neste primeiro momento, o autor indica que o “capital [era] relativamente indiferente às condições de reprodução da força de trabalho, ao mesmo tempo em que os portadores da força de trabalho se apresentam diante do capital rendidos à sua impotência” (p. 201). Bastaria, para o capital, evitar variações abruptas nas condições de reprodução social da força de trabalho devidas ao acometimento por epidemias. São organizadas práticas médicas com a intenção de controlar as condições sócio-sanitárias visando à manutenção de certa estabilidade demográfica.

Em um momento seguinte, com a consolidação da Revolução Industrial, a disponibilidade da força de trabalho torna-se cada vez mais restrita. Trata-se de uma etapa na qual “a classe operária passará da rendição à defesa de suas posições e à luta por sua melhoria” (p. 202). As jornadas operárias de luta pela melhoria das condições de saúde e trabalho que assolaram a Europa Ocidental desde ao menos a primeira metade do século XIX foram um testemunho dessa nova conjuntura.

No que se refere, por sua vez, à “organização interna” da Medicina, o processo de trabalho médico também passa por profundas transformações no período compreendido pela transição entre o feudalismo e o capitalismo. Tais transformações são consolidadas efetivamente nos acontecimentos nucleados em torno da Revolução Francesa. Conforme Mendes-Gonçalves (1979), os médicos “não assumem no capitalismo um lugar que lhes é simplesmente designado pela estrutura, mas deverão tratar de conservar no capitalismo um lugar pelo menos equivalente ao que tinham ocupado previamente” (p. 89).

Assim, desde meados da Idade Média, vai se firmar o trabalho do físico como prática médica que promove especulações sobre a dinâmica anatomofuncional do organismo. Este agente ocupa uma função de propagação e dinamização ideológica, ou seja, uma posição superestrutural⁶⁸, atuando a par da prática caritativa e assistencial da Igreja.

⁶⁸ Mendes-Gonçalves (1979), seguindo a leitura de Poulantzas (1975), utiliza o termo “supra-estrutura” para tratar do que na “metáfora do edifício” marxiana aparece como “superestrutura”, e a expressão “infra-estrutura” para referir-se àquilo que aparece na metáfora como “base”. Recorreremos às expressões utilizadas por Marx (1857/2000). Assumiremos já terem sido suficientemente abordadas no Capítulo 1 as interconexões essenciais entre essas duas esferas da estrutura social, assim como a importância da análise da prática na sua constituição, visando

Nesse sentido, a prática médica do físico ratificará a definição do objeto “doença” enquanto mal que redime dos pecados, por meio do recurso à expectância como instrumento. Na mesma etapa histórica, o cirurgião realiza uma função mais bem situada na base da estrutura social, sendo sua prática submetida à regulação de corporações e guildas. Ocorre que, conforme Schraiber (1993),

Ao se implantarem os Estados Nacionais, a emergência do valor conferido ao controle sobre o coletivo-social resultou na participação permanente de médicos nas questões do Estado, controlando quer o meio ambiente e as cidades, quer o coletivo dos cidadãos, sem esquecer a manutenção da força física dos exércitos. Os médicos, portanto, participaram diretamente da construção das estruturas de poder que consolidaram o capitalismo, formulando e implantando estratégias de construção da nova forma de vida social (p. 182).

Mendes-Gonçalves (1992) registra que o hospital moderno representará historicamente a consolidação no processo de trabalho médico da articulação entre a prática do físico e a prática do cirurgião. Considerando o lugar do hospital na reprodução social da saúde, a “concentração de instrumentos de trabalho que nele se dá [...] aparece como premissa para a produção dos serviços na escala em que a dinâmica do modo de produção necessita” (p. 196-197). Assim, “se o hospital é a base de ação dos agentes do trabalho médico, a expansão da área de influência de sua prática sugere portanto, por outro lado, o aumento de sua importância como ‘funcionários’ do conjunto da supra-estrutura” (p. 197).

O hospital se torna, em certo sentido, a concretização da relativa autonomia conquistada pelo trabalho médico, para o que contribui a concepção de

afirmar uma posição marxista histórico-ontológica. É interessante observar que, mesmo recorrendo a algumas categorias tipicamente estruturalistas para situar o processo de trabalho médico enquanto prática social, Mendes-Gonçalves (1979) indica que uma análise restrita às estruturas pode ser problemática caso enfatize exclusivamente: (1) a mercantilização da Medicina como supostamente decorrente de injunções externas, ou seja, enquanto deformação da prática médica pelas determinações sociais, e não um fenômeno para o qual a própria reprodução social da prática médica contribui e (2) as funções sociais da prática médica no capitalismo, como se os objetivos da Medicina pudessem ser falsamente identificados como gerais (da sociedade), e não correspondentes à posição social de classe que os agentes do trabalho médico assumiram no modo de produção capitalista. Além do mais, para esse tipo de análise, “o caráter constitutivo dessa prática [trabalho médico] em relação a essa forma de organização social [capitalismo] aparece quase apenas como decorrência de uma estrutura já dada, e muito escassamente na sua dimensão de participante ativa de um processo de constituição que se vem dando” (p. 94).

que seus instrumentos e seu objeto são tidos como portadores de uma transcendência imanente:

A doença assume o sentido de uma morte virtual, e o trabalho que se apresenta como capaz de exorcizá-la herda, de todos os procedimentos rituais que tiveram idêntica função, a conotação sagrada e mítica que o coloca acima de compromissos com as necessidades da ordem social (p. 186).

Assim, no que se refere às contribuições da prática médica para a reprodução da estrutura das classes sociais, podemos observar que isso ocorre tanto por meio do que consistem suas “funções externas” quanto da sua “organização interna”.

A respeito de suas funções externas, por um lado, a prática médica favorece a criação de condições materiais de reprodução da classe trabalhadora por meio da manutenção ou da recuperação da sua força de trabalho. Por outro lado, contribui em assegurar condições político-ideológicas de reprodução social do capitalismo ao propiciar o controle de certas dimensões dos conflitos inerentes às contradições deste modo de produção.

Para assegurar que tais funções se efetivem, a defesa pela extensão do acesso aos serviços médicos passa a ser realizada pelo próprio agente do trabalho médico. A este respeito, Mendes-Gonçalves (1992) indica que “a extensão do consumo de serviços médicos aparece assim [...] como a expressão mais adequada da articulação da Medicina na estrutura social. Para a consecução dessa extensão, o hospital aparece como necessário” (p. 198).

Com relação à sua organização interna, como premissa e resultado da consolidação do hospital como estabelecimento central na produção de serviços médicos no modo de produção capitalista, este (a) emergirá como o meio coletivo privilegiado de consumo de serviços médicos, (b) funcionará como organizador político-ideológico da prática médica e (c) vai dispor do seu objeto de trabalho de modo a buscar distanciá-lo de suas determinações sociais. Segundo Schraiber (1993), ocorre

A adoção de uma prática técnica única (a prática médica); conferida sempre a um mesmo trabalhador (o médico); regulamentada subordinadamente a uma só forma de saber (a ciência das doenças); conferida por uma única via de qualificação profissional (a escola médica); e por todo esse conjunto, validada

socialmente como a única forma legítima do serviço [...] Também se constrói um exclusivo saber a fundamentá-la: o conhecimento médico sobre o corpo doente; conhecimento que à mesma época já se havia reorientado na direção de um único saber sobre as doenças (p. 180).

É preciso ressaltar, também, que a reprodução social da saúde se dá concomitantemente à reprodução social de seus agentes (no caso, agentes do trabalho médico atuando sob a hegemonia da medicina anatomoclínica), que passam a deter o monopólio sobre os instrumentos, o objeto e as finalidades do processo de trabalho em saúde. Assim,

O saber médico reproduz em suas linhas essenciais o conteúdo da região dominante da supra-estrutura do modo de produção capitalista, o jurídico-político, ao tomar no plano do conhecimento e no plano da técnica o seu objeto como individualizado (MENDES-GONÇALVES, 1979, p. 189).

Nesse sentido, entendemos ser fundamental discutir a respeito da reprodução social de seus agentes (o trabalhador médico coletivo), e não somente daquilo que constitui o objeto de trabalho destes agentes (a normatividade médica da reprodução social da força de trabalho). Dessa forma, abordaremos, no próximo item, a questão da divisão social e técnica do trabalho em saúde, processo fundamental para a reprodução social dos agentes do trabalho médico, o que concorre para o aprofundamento das contradições constitutivas deste trabalho coletivo.

A divisão social e técnica do trabalho em saúde

Mendes-Gonçalves (1979) propõe distinguir, com base nas indicações de Marx (1867/2010) sobre o processo de trabalho em geral, momentos “mais manuais” e momentos “mais intelectuais” no interior do processo de trabalho médico em face da constituição de um trabalhador médico coletivo.

Um mesmo processo de trabalho detém momentos nos quais o agente desenvolve operações diretas sobre o objeto, mediadas por instrumentos, visando executar, nele, suas finalidades. Em outros momentos, são elaboradas tais finalidades e se procede ao controle das condições nas quais será executado o

trabalho, inclusive no tocante ao tipo e ao nível de subordinação da vontade à sua execução.

Ocorre que um dos corolários do processo de trabalho no modo de produção capitalista é a reprodução da dominação do trabalho pelo capital em cada um de seus momentos particulares. Assim, o domínio do trabalho de direção e supervisão sobre o trabalho de execução corresponderá ao domínio, por agentes distintos, do trabalho intelectual sobre o trabalho manual; ademais, a eficácia desse domínio é obtida à proporção que o próprio afastamento oferece condições para sua justificação ideológica.

Analogamente ao que discute Moraes Neto (1989) com relação à utilização da maquinaria na etapa da grande indústria no processo de produção capitalista, em quaisquer dos momentos particulares do processo de trabalho no modo de produção capitalista, este pretende ser mera “aplicação técnica” do saber científico. Isso se viabiliza, por sua vez, ao passo que este saber se põe ideologicamente como “técnica neutra”, elidindo o aspecto de encontrar-se a serviço do processo capitalista de produção. Contudo, o saber do qual deriva a ciência no modo de produção capitalista não é “neutro” nem “desinteressado”.

Mendes-Gonçalves (1994) discute a existência de uma ideologia do progresso técnico. Para essa ideologia, o desenvolvimento científico-tecnológico é o meio por excelência para o aperfeiçoamento (obtenção de meios de trabalho mais produtivos, no sentido de mais duráveis e/ou de melhor desempenho) ou para a inovação (meio de trabalho mais eficazes e/ou que lograrão resultados ainda não alcançados) no processo de trabalho. No entanto, o autor propõe ser necessário estudar o “saber enquanto tecnologia na arquitetura dos processos de produção dos serviços” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 34).

Historicamente, o processo de trabalho em saúde estruturou-se como processo de trabalho médico e, da mesma forma, o trabalhador coletivo da saúde se circunscreveu a um trabalhador médico coletivo. Mendes-Gonçalves (1979), nesse sentido, aponta a necessidade de um enfoque histórico para possibilitar a compreensão do monopólio do saber sobre o objeto de trabalho em saúde enquanto objeto do trabalho médico:

É sobretudo na inculcação da ideologia dominante que esse monopólio é eficiente, e acaba por fazer com que as contradições próprias do modo de produção sejam vistas sob a óptica proporcionada pela medicina, tomando desta a sua teoria do objeto para compreender necessidades que têm raízes inteiramente externas ao campo da biologia (p. 162).

Como se constituiu o processo histórico por meio do qual o agente do trabalho médico se tornou um intelectual orgânico⁶⁹ tão fortemente arraigado ao modo de produção capitalista? Focalizando a transição do modo de produção feudal ao modo de produção capitalista, o autor resgata que, no feudalismo, o clérigo consistia no intelectual orgânico fundamental da nobreza feudal, e o agente da Medicina cristã exercia um papel de apoio. Já no capitalismo, paralelamente à constituição de outros agentes, os médicos tornam-se intelectuais orgânicos da burguesia ascendente, o que não deixa de constituir um tipo de especialização do trabalho assistencial eclesiástico.

No que se refere à situação de classe dos agentes do trabalho médico no então incipiente capitalismo, Mendes-Gonçalves (1979) discute que

De fato, o capitalismo vem encontrar esses agentes já instalados no monopólio do saber e das práticas relativos à saúde e à doença e, enquanto tais práticas e tal saber são também, como se viu, em virtude da natureza de seu objeto, referentes às ideologias das classes sociais, eles aparecem como os “funcionários” da ideologia dominante no modo de produção feudal agonizante, como

⁶⁹ Mendes-Gonçalves (1979) indica que o cientista político marxista italiano Antonio Gramsci (1891-1937) foi responsável por dar ensejo à “importância das práticas que, garantidas pelo monopólio da violência organizado pelo Estado, visam elaborar o consenso que dá à reprodução do modo de produção a sua possibilidade estável” (p. 146-147). Gramsci distinguiu dois planos na superestrutura dos modos de produção: (1) a sociedade civil, responsável pelo exercício da hegemonia, da qual participam organismos tais como a Igreja, a escola, os meios de comunicação etc., e (2) a sociedade política, que exerce a dominação, representada pelo Estado e pelo governo legitimado jurídico-politicamente. Os intelectuais orgânicos seriam “gestores” (*‘commessi’*) do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político” (p. 148). Metodologicamente, essa “gestão” se dá por meio (a) do consenso, conferido pela população ao grupo dominante em virtude da confiança e do prestígio, dada a posição e função destes “intelectuais” no modo de produção, e (b) da coerção, que pode ser explícita ou implícita e é imposta à população para prevenir o *status quo* de crises de direção, ou seja, das situações nas quais se perde o consenso “espontâneo”. Os intelectuais orgânicos, assim, são funcionários da superestrutura, tendo sempre um pertencimento objetivo de classe. Esse pertencimento, por sua vez, depende de como tais intelectuais se relacionam concretamente com as ideologias de classe. Nesse sentido, há distintos níveis de “organicidade” na relação destes “intelectuais” com o *status quo* considerando: (a) serem gerados pela própria classe que representam, como sua especialização ou derivação, situação em que são mais estreitamente vinculados com a classe no poder ou (b) serem conquistados pela classe no poder, dado que já estavam previamente presentes, situação em que são mais propensos às injunções das lutas de classes.

“intelectuais tradicionais” a serem conquistados pela classe ascendente (p. 170).

Dois aspectos inter-relacionados vão conformar a consolidação dessa situação para o agente do trabalho médico. Por um lado, a produção de uma concepção de saúde e de doença que: (a) é pretensamente universal dado que se apoia na ciência positivista, (b) é individualizante, e (c) abstrai as determinações psicossociais deste indivíduo. Por outro lado, o alinhamento do saber e das práticas médicas com o princípio liberal de que os seres humanos são essencialmente iguais, sendo que somente os médicos seriam qualificados para intervir junto ao “corpo humano doente”, dada aquela concepção da saúde e da doença.

A citação abaixo, extraída de Mendes-Gonçalves (1979), apesar de extensa, sintetiza com primor a dinâmica deste processo de adaptação do agente do trabalho médico ao capitalismo:

A conquista desses “intelectuais tradicionais”, que embora se concebiam a si mesmos como autônomos não deixam por isso de estar solidamente ancorados na supra-estrutura, e portanto no seu papel na reprodução das relações sociais, revelar-se-á como tarefa importante para a constituição da hegemonia da nova classe social que detém a posição dominante na infra-estrutura [a burguesia]. Mas essa conquista passa – e aqui reside a particularidade desses “Intelectuais” – por um compromisso tácito segundo o qual, se de um lado os “intelectuais tradicionais” se “modernizam”, reelaboram as supra-estruturas de forma a adequá-las às novas relações de produção, de outro lado preservam a posição privilegiada que detinham anteriormente na sociedade. A incapacidade de proceder àquela reelaboração corresponde à possibilidade de perder também aqueles privilégios. Se na história da igreja a Reforma, a Contra-reforma e o “Aggiornamento” especificam momentos consecutivos de traumática readaptação a um mesmo papel, as modificações havidas no âmbito interno da medicina, se foram menos espetaculares não foram menos profundas, conforme demonstra Foucault, e a situação de classe dos profissionais médicos não pode ser compreendida adequadamente sem levar em consideração o fato de que representam um caso exemplar de sucesso no esforço de reajustamento (p. 172).

O autor debate com uma visão romantizada da prática médica que remete às virtudes do seu exercício liberal, durante o qual teria sido possível um

elevado patamar de autonomia e liberdade de prática⁷⁰. Observa, diferentemente, que o assalariamento é, acima de tudo, apropriado à nova situação de classe do agente do trabalho médico. Isso ocorre porque sua nova posição estrutural no capitalismo “se localiza antes na sua posição de ‘Intelectuais’ (monopólio do saber) do que nas suas relações com os instrumentos de trabalho” (p. 177).

Assim, para Mendes-Gonçalves (1979), é o assalariamento que vai permitir ao agente do trabalho médico (a) manter o sentido da sua prática mesmo nas novas circunstâncias de produção e reprodução social, (b) ampliar o campo de elaboração ideológica a respeito dos fins desta prática e (c) consolidar de maneira decisiva sua função de intelectual orgânico do modo de produção. Com efeito, “se não se pode falar em extinção dos agentes ‘liberais’, é porque na constituição do assalariamento são eles que, partindo de sua precedência histórica, vão se instalar nas posições hierarquicamente superiores” (p. 177-178).

O novo e privilegiado lugar ao qual foi alçado o trabalhador médico na divisão social e técnica do trabalho em saúde no capitalismo exige do processo de trabalho médico o desenvolvimento de instrumentos coerentes com o novo nível de legitimação de seu objeto de trabalho. Consequentemente, seus novos instrumentos devem concorrer para proporcionar: (a) a legitimidade de um saber que toma o “fato patológico” enquanto objetivo, (b) a detenção desse saber como propriedade do médico, (c) o caráter ritualizado do saber e (d) a garantia e reconhecimento legal da propriedade desse saber e dessas técnicas. Mais que isso, conforme Schraiber (1993),

A desqualificação da presença da subjetividade em questões técnico-científicas, procedimento próprio da racionalidade científica moderna, é que torna estranha a convivência de valores e coisas no real, reduzindo a técnica a desempenhos derivados exclusivamente das propriedades naturais dos objetos e desprovidos de apreciações valorativas por parte dos sujeitos (p. 154).

⁷⁰ Schraiber (1993) vai identificar que, na transição da Medicina liberal para a Medicina tecnológica, ocorrem profundas transformações na forma de propriedade dos meios de produção da prática médica: (a) o aumento e a diversificação dos instrumentos engendram a perda de um sentido de posse integral de meios de produção da prática; (b) o hospital não é mais somente um prolongamento do consultório, senão condição *sine qua non* da prática médica; (c) a qualificação técnica do médico modifica-se em tipo, abrangência e profundidade, e (d) o paciente mesmo se constitui em objeto de trabalho de outro tipo.

Mendes-Gonçalves (1992) apresenta dois grandes pilares que serão responsáveis por assegurar o lugar e o privilégio obtidos pela prática médica no processo de trabalho em saúde, viabilizando a consolidação desses instrumentos: (1) a hegemonia do modelo clínico anatomopatológico, e (2) a centralidade do diagnóstico médico.

O autor ressalta que, com a hegemonia do modelo clínico, conquistada com o apoio do hospital como estabelecimento privilegiado de produção de serviços médicos no capitalismo, duas modalidades diferentes de divisão social e técnica do trabalho médico são estabelecidas: (1) uma divisão “vertical”, de tipo chefia-subordinado, na qual o trabalhador médico coletivo do hospital se diferencia nas funções de médicos e enfermeiros, com posterior divisão entre enfermeiros e seus auxiliares e (2) uma divisão “horizontal”, de tipo centro-periferia, por meio da qual se diferenciam, no centro, médicos especializados e, na periferia, médicos não-especializados e profissionais “complementares” (odontólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social etc.). Para Schraiber (1993),

Definindo as ordens de vida e de saúde, definindo as transgressões dessas ordens e definindo suas re-normatizações, em atos que também só essa categoria profissional efetiva, como gerentes e juízes de si próprios, os médicos demarcam uma profissão que parece decorrer exclusivamente da conquista de uma autonomia de amplos domínios (p. 167).

O acréscimo de funções complementares e, simultaneamente, a ampliação da jurisdição da medicina são os fatores que intervêm nessa progressiva especialização, diferenciação e subdivisão do processo de trabalho médico. No entanto, ainda que se possa situar no hospital a origem desse processo, sua influência se fará sentir, posteriormente, no processo de trabalho em saúde em seu conjunto. Peduzzi (1998) acrescenta que

Esse processo configura um amplo leque de trabalhadores parciais e especializados, que abrange desde o médico e demais profissionais universitários ao pessoal auxiliar de nível médio, tanto na enfermagem como na área de apoio diagnóstico e terapêutico, até os trabalhadores empíricos, sem formação específica para o setor saúde e treinados em serviço. Não apenas a divisão técnica e pormenorizada de trabalhos é reproduzida nesse processo de divisão, mas a desigual valoração social desses trabalhos (p. 28).

Especialmente no que se refere aos profissionais que exercem funções “complementares” no âmbito hospitalar, sua incorporação não implicou, via de regra, um acréscimo quantitativo em termos da “potência do trabalho combinado” – para recordar uma expressão de Marx – do trabalhador médico coletivo. Mendes-Gonçalves (1992) menciona que tais profissionais passam a conflitar com a noção instrumental do objeto de trabalho tal qual definida pelo objeto do trabalho médico⁷¹.

A hegemonia do modelo clínico suscita a produção de insumos médicos advindos de outros segmentos econômicos, tais como a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos médico-hospitalares, e que serão consumidos como meios de produção. Com isso, novos agentes são introduzidos nas contendas referentes ao processo de trabalho em saúde enquanto trabalho médico. Além disso, a organização do trabalho médico em empresas prestadoras de serviços de tipo capitalista, possibilitada pelo modelo anatomoclínico, implica uma extraordinária ampliação do gasto social do setor, incluindo outros custos improdutivos ao atendimento das necessidades sociais em saúde.

O segundo pilar que visa assegurar lugar especial e privilégios à prática médica no processo de trabalho em saúde é a centralidade do diagnóstico médico. Trata-se da legitimação da posse exclusiva dos instrumentos e das técnicas de delimitação do objeto correspondentes aos momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho, facultando ao trabalhador médico o controle sobre a produção de serviços de saúde.

⁷¹ Freidson (2009) utiliza o termo “paramédico” para se referir às ocupações concebidas em torno da assistência médica e executadas sob controle do profissional médico, caracterizadas por: (a) baixa autonomia: constituição de um saber prático que é, posteriormente, apropriado pelo médico enquanto saber técnico, por meio da descoberta, ampliação e aprovação do conhecimento leigo; (b) baixa responsabilização: tendência de realizar um papel complementar de assistência e auxílio às ações de diagnóstico e tratamento médico, mas não de substituição; (c) falta de autoridade: subordinação ao médico, por meio da prescrição e supervisão das atividades; e (d) falta de prestígio: menor reconhecimento social das suas atividades diante do trabalho médico. Peduzzi (1998) discute que não seria cabível a denominação de “paramédicas” às profissões tais quais Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional etc., “uma vez que se configuram, jurídica e legalmente, com o estatuto de profissões de nível superior” (p. 178). Ainda assim, caberia verificar se não há características do trabalho paramédico que se ajustam ao menos às expectativas do profissional médico diante dos profissionais não-médicos. A insistência no uso da expressão “equipe médica”, no lugar de “equipe de saúde”, tanto na literatura quanto no trabalho assistencial, e mesmo quando tais equipes configuram-se multiprofissionais, é significativa.

Mendes-Gonçalves (1979) indica ao menos uma evidência a favor da hipótese de que a apropriação de instrumentos diagnósticos pelo trabalhador médico ocorre primordialmente por meio da conquista da sua posição superestrutural de poder, tratando-se, portanto, de uma prática político-ideológica: “apesar de toda a sua reorganização desde o fim do século XVIII, a Medicina clínica prosseguiu prescrevendo sangrias e purgações para todos os casos, o que evidencia a dominância do aspecto ideológico sobre o lado estritamente técnico” (p. 192).

Além disso, há outras consequências relacionadas ao domínio do trabalhador médico sobre o processo diagnóstico e, portanto, sobre os momentos mais intelectuais do processo de trabalho: (a) as desigualdades resultantes da divisão social que decorrerá desta divisão técnica, (b) as distinções do direito ao acesso a determinados instrumentos do processo de trabalho em saúde e (c) a formação de um saber crescentemente tecnificado dada a complexificação dos instrumentos.

Peduzzi (1998) aponta que:

Na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução [...] Espaços de julgamento e criatividade ocorrem tanto para o médico como para os outros profissionais e, principalmente, definir-se-ão no jogo da equipe de trabalho [...] A autonomia técnica encontra expressão na possibilidade de tomada de decisão e não na implementação da decisão (p. 46).

Ainda conforme a autora, dois fatores explicariam certa redução contemporânea da subordinação hierárquica dos não-médicos aos médicos: (1) a crescente incorporação tecnológica, ou seja, a incorporação do trabalho vivo imediato em trabalho passado por meio da objetivação de ações diagnósticas e terapêuticas em instrumentos materiais que podem ser operados por não-médicos, e (2) as novas concepções e práticas de gerência em saúde, implicando em redução dos níveis hierárquicos, incorporação de tarefas de controle do processo de trabalho pelo executante, trabalho em equipe multiprofissional etc. Contudo,

Os agentes das diferentes áreas profissionais partilham o valor comum ao médico relativo às concepções do modelo biomédico, secundarizando o saber e as ações de outros âmbitos da produção de cuidado e deixam de compartilhar, por essa razão, outros

valores que poderia estar cunhando outros e diferentes projetos assistenciais (p. 179).

O processo de trabalho em saúde e a dialética cooperação-trabalho coletivo

Ao término do Capítulo 2, nos colocamos a perspectiva de realizar, nesta Parte II do trabalho, uma particularização da discussão até então desenvolvida. Sumariamente, nossa proposta consistiu em investigar a possibilidade teórica de abordar processos de trabalho particulares com base na *dialética cooperação-trabalho coletivo*. Neste Capítulo, assim, desenvolvemos um exame das mediações e determinações do processo de trabalho em saúde, tendo em vista verificar a oportunidade dessa conjectura.

Uma análise do processo de trabalho em saúde que considerasse especificamente os pressupostos e premissas do presente trabalho exigiu um esforço de investigação para responder: (a) quais são as peculiaridades da particular cooperação que se dá no processo de trabalho em saúde, demandando um trabalho coletivo com características determinadas? (b) Quais são e como se desenvolvem as mediações de uma atividade consciente que tem o processo saúde-doença como objeto? (c) Quais são e como se organizam os meios socialmente estabelecidos para reproduzir e produzir saúde?

Peduzzi (1998) salienta vários aspectos que delimitam o contexto histórico-social contemporâneo do processo de trabalho em saúde: (a) determinada divisão técnica e social do trabalho, (b) desigual valoração social dos diferentes trabalhos, (c) diferentes graus de autonomia profissional, (d) diversa legitimidade técnica e social dos saberes implicados, e (e) várias racionalidade simultaneamente presentes por meio das práticas dos agentes. Porém, ocorre que “quando referido aos trabalhos técnicos manuais em geral, o trabalho em saúde marca diferenças importantes, porém, quando referido às mudanças no mundo do trabalho, algumas das novas características já lhe eram inerentes” (p. 43).

A respeito dessas mudanças no mundo do trabalho que já se expressavam no processo de trabalho em saúde, a autora refere-se: (a) à flexibilidade na produção, ou seja, um tensionamento entre generalidade da

norma e especificidade do caso; (b) ao alto ritmo de mudanças técnicas, dado que a incorporação de novas tecnologias materiais (recursos de informática, por exemplo) não acompanha a obsolescência daquelas que vinham sendo utilizadas; (c) à centralidade da comunicação e das relações interpessoais, presentificada nas mudanças organizacionais e gerenciais, mudanças na concepção clínica (compartilhamento de decisões, ampliação do acesso às informações sobre doenças, medicações e comportamentos preventivos pelos meios de comunicação de massa); (d) à convergência dos momentos de concepção e execução, dado que no trabalho em saúde não há possibilidade de estocagem do produto do trabalho e a ampliação de escala é dependente do trabalho vivo imediato.

Nossa concordância de conjunto com as proposições dos trabalhos de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) nos conduziu a perseguir as formulações do autor sobre o processo de trabalho em saúde. Notamos que “agente do trabalho médico” e “trabalhador médico coletivo” são discutidos à luz da constituição histórica de um “processo de trabalho médico”. Por conseguinte, dado o caráter consubstancial das necessidades e do objeto do trabalho em saúde, ocorre uma conversão deste em objeto do trabalho médico, na medida em que passa a compor um elemento do processo de trabalho médico.

Consequentemente, ao passo que o objeto do trabalho em saúde é restritivamente definido como objeto do trabalho médico enquanto “corpo humano doente do doente”, são constituídos agentes, finalidades e instrumentos (saberes e técnicas) historicamente apropriados para atuar junto do “corpo humano doente do médico”. Isso nos sugere a possibilidade de destacar dimensões constitutivas do processo de trabalho em saúde valendo-se da proposição da dialética cooperação-trabalho coletivo.

A Medicina anatomoclínica promove uma ruptura com as formas coletivas tradicionais de atenção à saúde, inclusive com as práticas médicas historicamente precedentes. Notamos que essa ruptura promove uma individualização técnica do processo saúde-doença, na qual o corpo doente, a despeito de consistir o organismo de um ser social, é abstraído a um corpo biológico.

Observamos que essa perspectiva é coerente e ratifica o liberalismo político-ideológico do modo de produção capitalista, do qual o agente do trabalho médico é um “intelectual orgânico”. Assim, a constituição de uma teoria do objeto do trabalho médico apropriada ao liberalismo contribui, portanto, com a inculcação deste como ideologia dominante.

Apesar das lutas deflagradas pela conquista histórica do direito à saúde terem possibilitado algum avanço no que se refere à socialização da Medicina, seguiu uma progressiva medicalização social da vida, cujo sentido passou a ser a conquista deste direito compreendido como individual. Como consequência dessa individualização, mesmo o modelo epidemiológico tendeu a abranger a doença como resultante “natural” (e não social) da vida em sociedade.

Em termos do trabalho coletivo historicamente constituído, o processo de trabalho médico logrou naturalizar seu objeto de trabalho, inclusive em virtude do lugar superestrutural que o agente do trabalho médico ocupa no modo de produção capitalista. Como consequência dessa naturalização, as necessidades de saúde apreendidas deste objeto não serão mais que apenas uma parte (quando o são) das necessidades do “corpo humano doente do doente”. Segue que as transformações no objeto de trabalho, coerentes com as finalidades então postas, são convenientemente instrumentalizadas por saberes e técnicas informadas pela racionalidade biomédica da modernidade.

Ao considerarmos que a mediação da atividade consciente ocorre em circunstâncias nas quais a cooperação se põe como condição, é necessário cogitarmos a caracterização do objeto do trabalho em saúde mais amplamente. Assim, este consistiria um objeto que não se restringe ao objeto de trabalho médico enquanto referido à centralidade cotidiana do emprego do trabalhador médico coletivo.

O objeto do trabalho em saúde, assim definido, é constituído em circunstâncias do processo de reprodução e produção social referidas à centralidade ontológica do trabalho, que incluem, mas não se restringem, à definição do objeto constituída no processo de trabalho médico. Seus instrumentos, assim, deveriam respeitar a ampla diversidade normativa da reprodução e produção das condições de vida e saúde das classes sociais, o que é,

via de regra, contraditório com o saber que instrumentaliza o modelo clínico de processo de trabalho médico.

No que se refere aos processos de reprodução e produção social da saúde, o que está diretamente relacionado com as finalidades do processo de trabalho em saúde, pudemos observar que o trabalho médico coletivo historicamente estabelecido visou, fundamentalmente, a extensão da cobertura no contexto da socialização da Medicina.

Essa extensão, porém foi tomada em um sentido exclusivamente técnico. Assim, os problemas de acesso aos serviços de saúde (vistos como serviços de assistência médica) seriam resolvidos meramente com o adequado dimensionamento de recursos humanos e materiais, com a priorização de ações, e com base em um raciocínio voltado para a melhor relação custo-benefício. Como a produção de serviços de saúde assim definida consistirá na produção de serviços médicos voltados para a doença delimitada nos contornos do corpo biológico, a redução do objeto operada nessa perspectiva torna as finalidades da prática médica socialmente limitada em seus impactos coletivos.

Por outro lado, considerando que a reprodução social da saúde requer finalidades que não abstraíam o fato de que o ser humano estabelece necessariamente formas cooperativas de sua atividade conjunta, a intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença não pode se restringir a uma questão técnica. Consequentemente, assegurar o direito coletivo à saúde se trata de uma questão que envolve relações de poder sendo, portanto, um problema de ordem também política, conforme debatemos anteriormente.

O objeto do processo de trabalho em saúde assim ampliado dilata as finalidades da intervenção diante do processo saúde-doença para além do ideal da “cura”, alterando as possibilidades concretas de definição do objeto – note-se que a concepção, aqui, não é um ponto de partida, mas, de certo modo, uma consequência. Tal concepção de objeto abrange não somente o corpo individual ou uma perspectiva estrutural-funcionalista da sociedade tomada como um corpo social, mas sim as determinações sociais do processo saúde-doença, ou seja, o “social no corpo”: condições de trabalho, meio ambiente, acesso a terra, salário, lazer, esporte etc.

Finalmente, no que tange à divisão social e técnica do trabalho em saúde, a formação histórica de um trabalhador médico coletivo fez supor que o médico, como seu agente privilegiado, tivesse o direito de exercer o domínio sobre os momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho médico. Este agente é alçado a esta posição uma vez que historicamente constitui-se como “intelectual orgânico” da superestrutura do modo de produção capitalista, sendo um dos responsáveis pela sua reprodução político-ideológica. A manutenção do monopólio do saber sobre o objeto do trabalho em saúde definido como objeto do trabalho médico foi, mesmo tempo, premissa e produto dessa posição.

Esse monopólio acarretou a conquista da legitimidade do saber e das técnicas que instrumentalizam a intervenção sobre esse objeto. Seus pilares fundamentais são, por um lado, a hegemonia do modelo clínico anatomopatológico e, consequentemente, suas divisões “vertical” (especializações e subespecializações) e “horizontal” (ampliação da jurisdição) do trabalho. Por outro lado, seu outro pilar é a ênfase no diagnóstico das enfermidades enquanto patologias como atividade privativa, permitindo assegurar o domínio do trabalhador médico dos momentos “mais intelectuais” do processo de trabalho em saúde como processo de trabalho médico.

Contudo, os momentos particulares da reprodução e da produção social requerem o domínio da saúde e da doença como objetos de processos de trabalho em saúde mais gerais, enquanto práticas sociais, inclusive aquelas não-profissionalizadas e não-paramédicas e, portanto, não instrumentalizados por algum tipo de saber formalizado. As práticas de saúde, assim definidas, reclamam que se inclua na definição de trabalhador coletivo da saúde outro tipo de agentes.

Para esses agentes, a saúde é um objeto constituído na centralidade ontológica de determinados processos de cooperação – envolvendo, portanto, trabalho como atividade consciente humana – cuja definição não advém, necessariamente, do interior da centralidade cotidiana do emprego do agente do trabalho médico. Nesse sentido, no local de trabalho, na família, na escola, enfim, nas esferas “privadas” da vida cotidiana, são operadas práticas de saúde,

instrumentalizadas por saberes distintos e com base em distintas concepções de objeto.

Isso não descarta a importância de retomar que, mesmo nos espaços em que se constituiu o “secular” trabalhador médico coletivo ocorrem conflitos subjacentes às diferentes concepções da noção instrumental do objeto do trabalho em saúde. Isso põe em pauta o problema da viabilidade da superação da fragmentação da divisão técnica e social do trabalho por meio da recomposição dos trabalhos parcelares no processo de trabalho em saúde.

Verificamos que focalizar os múltiplos aspectos que conformam o processo de trabalho em saúde, seja do ângulo do seu agente, do seu objeto, do seu instrumento ou da sua finalidade, possibilitou ratificar que a dialética cooperação-trabalho coletivo consta uma formulação viável para a análise das suas circunstâncias constitutivas.

Outra hipótese estabelecida consistiu da possibilidade de que o processo grupal figure como unidade de análise desta dialética. Nossa proposta é discutir essa hipótese no próximo Capítulo, ao abordarmos mais detidamente a equipe de saúde da APS. Antes ainda, será preciso situar o contexto no qual tais equipes passam a constituir um atributo organizativo desejável para certas ações e serviços de saúde com relação às necessidades que visam responder.

O trabalho em equipe na atenção primária à saúde

Breve histórico das políticas de saúde no Brasil

Desde o período do Império, as políticas de saúde no Brasil constituíram-se mediante os signos da colonização e da iniquidade. O Estado, por pressão da elite latifundiária agroexportadora, realizava, ainda que precariamente, o saneamento dos portos e das cidades, enquanto a assistência médica, ainda fundamentada na teoria miasmática⁷², era praticamente inexistente. Bertolli Filho (2008) registra que “em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias” (p. 6).

Ao serem acometidos por doenças mais graves, os abastados procuravam assistência na Europa, ao passo que os pobres contavam com os curandeiros das comunidades negras de escravos que promoviam uma assistência de tipo xamânica. Neste período são inauguradas as primeiras faculdades de Medicina do país, no Rio de Janeiro e na Bahia.

⁷² No século XX, uma mudança significativa ocorre com relação às respostas dadas ao problema da origem das doenças. Com a oportunidade de visualização da bactéria, há uma radical mudança na racionalidade biológica, bem como todo um novo conjunto de termos para designar o surgimento, o desenvolvimento e a resolução das doenças. Enquanto para a teoria miasmática os “vapores”, os “humores” e as “emanações” designavam aspectos e momentos associados com a dinâmica da doença, para a teoria bacteriológica as palavras “transmissão”, “contágio”, “hospedeiro” e “agente” vão referir alguns dentre os componentes desta dinâmica. Para além de uma mudança terminológica, a teoria bacteriológica desencadeou um movimento cujas repercussões provocaram amplas transformações na assistência individual à saúde e na saúde pública, convertendo-se no fundamento epistemológico da racionalidade biomédica. Com esta racionalidade, a investigação detida dos microorganismos causadores das doenças pelo laboratório se torna um recurso tão ou mais importante para o diagnóstico das doenças do que o estetoscópio, o exame físico e a experiência clínica do médico. Vale ressaltar que, em termos da sua concepção de processo de saúde-doença, a teoria miasmática relacionava doença, insalubridade dos ambientes e pobreza em seu modelo explicativo. A teoria bacteriológica, por sua vez, mantém seu modelo explicativo nos limites de uma concepção unicausal, dada a generalização do pressuposto de causalidade única da doença (agente patógeno único). Nunes (2000) destaca que, dentre as consequências da adoção acrítica e ilimitada da teoria bacteriológica e seus pressupostos na saúde pública, esta se volta para uma abordagem majoritariamente técnica e individualizada dos elementos envolvidos na causação das doenças (contágio, transmissão etc.). Consequentemente, a saúde pública se afasta do enfrentamento das questões sociais relacionadas com a pobreza e a privação como determinantes fundamentais do processo saúde-doença, referendando o processo histórico de hegemonia do modelo clínico anatomopatológico.

Na República Velha, que vai de 1889 a 1930, começam a ser instalados hospitais militares, além de escassos hospitais civis estatais. Neste período foram constituídas as santas-casas, que não eram administradas diretamente pelo Estado, mas que de fato as mantinha. Começava a se estabelecer, também, uma prática clínica liberal-privada e algumas poucas clínicas e hospitais privados para atender aos ricos.

O período todo segue com esta estrutura fundamental: por um lado, a polícia médica e o sanitarismo campanhista, cujo momento emblemático é a “Revolta da Vacina” de 1906, e, por outro, uma concentração da limitada assistência médica nos poucos hospitais disponíveis ou na forma de prática liberal acessível a poucos. Como parte dos imperativos de saneamento urbano, são instaladas unidades sanatoriais para isolamento dos “tuberculosos”, “leprosos” e “doentes mentais”, implantando-se os primeiros manicômios e colônias agrícolas do país.

Ao final da República Velha são constituídas as primeiras iniciativas de formação de fundos mútuos, visando ao pagamento de aposentadorias e pensões e, também, à compra direta de serviços médicos e hospitalares. Tais fundos foram formados, inicialmente, pela incipiente classe trabalhadora urbana assalariada e ligada economicamente à produção de café para agroexportação (ferroviários, estivadores e marítimos). Este processo impôs uma revisão à posição liberal do Estado com relação às condições de reprodução social da força de trabalho.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) foram montadas com base nos fundos mútuos constituídos pelos trabalhadores de uma mesma empresa, em geral grandes empresas estatais. Sua regulamentação ocorreu em 1923, por meio da denominada Lei Elói Chaves. Empregados e empregadores, seus financiadores efetivos, compunham comissões responsáveis pela sua administração, e o poder público participava politicamente, por meio do órgão que as regulamentava. Serviços próprios de assistência médica foram implantados pelas CAP, ao passo que o sanitarismo campanhista continuava a referência fundamental para as ações de saúde pública.

A partir da década de 1930, tem início uma concentração populacional que vai resultar na formação das grandes cidades e na ampliação da classe trabalhadora urbana. Os problemas associados com a urbanização impõem a intervenção do subsetor da saúde pública para proporcionar condições sanitárias mínimas para habitar e circular no espaço público. Assim, a saúde pública terá uma relevância maior que a Medicina previdenciária até ao menos o início dos anos 1960, com a ditadura (BRAVO, 2008).

Com a capitalização crescente dos fundos previdenciários, em um contexto de forte ampliação do parque empresarial e industrial brasileiro, as CAP unificam-se nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Estes institutos foram organizados por segmento profissional, e não mais somente por empresa. Sua administração, então, foi centralizada pelo governo federal.

A centralização refletia a preocupação explícita desde o início da Era Vargas com as incipientes mobilizações do movimento operário. Há uma ênfase na dimensão securitária da previdência social (aposentadorias, pensões etc.), propondo-se que a assistência médico-hospitalar seja nada mais que uma concessão. Consequentemente, ocorre uma retração do processo de expansão dos serviços próprios que se encontrava em andamento e um acúmulo de reservas financeiras.

Desde a década de 1930, se registravam iniciativas isoladas de implantação de centros de saúde (BERTOLLI FILHO, 2008). No início da década de 1940, havia três órgãos de saúde pública de dimensão nacional. Por outro lado, desde os anos 1950 se assistiu à formação de um importante parque hospitalar privado, que pressionava o Estado para o financiamento da assistência médica com fundos públicos. Deste processo, é importante observar que a assistência médica já se estabelece hegemonicamente em torno do hospital, e o direito à saúde enquanto direito ao consumo de serviços médicos.

Após o Golpe de 1964, com a vigência da ditadura militar instalada no país, os Institutos foram centralizados em uma única entidade, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966. Diferentemente das CAP e dos IAP, não foi estabelecida uma estrutura de participação dos trabalhadores na administração no INPS, sequer em caráter consultivo como se previa nos IAP.

Bravo (2008) discute que, neste período, o Estado recorre ao binômio repressão-assistência para responder à “questão social” durante a ditadura. Para isso, amplia, burocratiza e moderniza a política assistencial visando legitimar o regime e criar condições para a reprodução da força de trabalho. Com isso, sob o manto de um discurso de racionalidade técnica e administrativa, reduz as tensões sociais e amplia sua governamentalidade.

A Medicina previdenciária cresce e se sobrepõe às iniciativas de saúde pública, efetivando-se a implantação de um modelo médico assistencial privatista, a partir: (a) da extensão da cobertura previdenciária a amplas massas de trabalhadores urbanos e, posteriormente, rurais, domésticos e autônomos; (b) da ênfase assistencial no modelo médico hegemônico (curativo, individual, assistencialista e especializado); (c) da criação de um complexo médico-industrial, composto pela indústria farmacêutica e de insumos médico-hospitalares; e (d) da organização de uma prática médica que segmenta sua clientela e diferencia as modalidades de atendimento acessíveis a cada segmento.

Na segunda metade da década de 1970, em meio a uma atribulada conjuntura política e socioeconômica, o país assiste à denominada “crise da previdência”. Essa resultou de uma permanente tensão entre, por um lado, as exigências de ampliação da assistência pelos setores organizados dos trabalhadores e da “sociedade civil” – na acepção gramsciana da expressão – e, por outro, a insuficiência dos recursos públicos denunciada por uma burocracia de Estado que favorecia o empresariado médico de maneira clientelista e patrimonialista. O modelo médico assistencial privatista sustentou-se e alcançou hegemonia por meio (a) do seu financiamento estatal via Previdência Social, (b) da prestação privada dos serviços por setores nacionais e (c) da produção de insumos médico-hospitalares por setores nacionais e internacionais (MENDES, 1993).

Porém, o ideário da Conferência de Alma-Ata, que vinha ganhando internacionalmente alguma projeção, recomendava a expansão de ações e serviços de saúde para segmentos não cobertos pela Medicina previdenciária. Por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), há uma expansão ambulatorial estimulada por segmentos reformistas que passam a

ingressar no aparelho de Estado. Ainda assim, as ações sanitárias estavam dispersas em autarquias do Ministério da Saúde (MS) e em ações de outros ministérios, sofrendo pelo desfinanciamento. Em torno de 90% do orçamento do INPS vinha sendo comprometido com serviços médico-hospitalares comprados de terceiros.

O INPS, conseqüentemente, tornou-se incapaz de custear os serviços médico-hospitalares com os recursos disponibilizados para esse fim. A expressão mais dramática da “crise” culminou em um desequilíbrio orçamentário insustentável, que se estabeleceu por conta da sangria dos recursos dos fundos públicos pela Medicina previdenciária:

Para aumentar o faturamento, estes serviços utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais caras, ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos utilizados (BRAVO, 2008, p. 292).

Não se deve diminuir a importância, neste processo, da corrupção e da destinação do orçamento dos fundos previdenciários públicos para outras “prioridades”, de maneira autoritária e unilateral.

Esta situação teve o mérito de colocar publicamente a necessidade de debate a respeito dos impactos pífios de um modelo de atenção à saúde médico-centrado, hospitalocêntrico, curativo e omissos aos determinantes sociais do processo saúde-doença e às condições de vida e de saúde de uma população. É nesse contexto que a demanda por mudanças no sistema de saúde se converte em um problema que vem a público, sendo remetido à sociedade.

Contudo, isso exigiria uma consciência sanitária na qual a saúde, para além de um problema meramente técnico, fosse pautada como uma questão política, pressupondo, assim, problematizar os vínculos entre saúde e democracia. Neste contexto ocorre a arregimentação de um movimento social de caráter popular cujas diversas frentes de luta (sindical, estudantil, camponesa, urbana etc.) vão apontar para a urgência de transformações no modelo de atenção à saúde: o movimento da RSB.

Bravo (2008) indica que a RSB se compôs de vários segmentos: (a) os trabalhadores da saúde, que renunciavam, em parte, às demandas corporativas

para pautar a situação de saúde da população e a necessidade de fortalecer o setor público; (b) o movimento sanitário que, nucleado em torno do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), se torna um pólo de formulação e teorização a respeito das relações entre saúde e democracia; (c) os partidos políticos de esquerda, que colocam a saúde como questão programática e levam os debates sobre políticas de saúde ao Congresso Nacional, e (d) os movimentos populares (da saúde, do custo de vida, por emprego, por salário, por moradia, por terra etc.), que evidenciam a relação intrínseca entre saúde e condições de vida.

Em síntese, o breve apanhado sobre as políticas de saúde no Brasil constitui um processo que desemboca, no recorte que realizamos, na denominada “crise da previdência”. Este episódio é responsável por deflagrar as profundas contradições que o setor da saúde brasileiro veio acumulando em sua história. Um patamar de superação se apontava com a conjunção entre o processo de abertura política com a redemocratização e a forte mobilização social por transformações nas políticas de saúde.

Nesse sentido, as críticas e as denúncias do *status quo*, por um lado, e as propostas e os projetos de superação, por outro, questionavam a estrutura produtiva das ações e serviços de saúde hegemônicos em fins da década de 1970 no Brasil. Trabalhadores da saúde e associações profissionais denunciavam condições de trabalho aviltantes no sistema público e na iniciativa privada, o movimento sanitário reivindicava a politização da saúde e uma concepção ampliada do processo saúde-doença, os partidos de esquerda demandavam acesso e universalização dos serviços de saúde e os movimentos populares (do campo e da cidade) se mobilizavam pela saúde como direito de cidadania.

O movimento da reforma sanitária brasileira e o SUS

Mendes (1993) discute que o modelo de atenção à saúde vigente no contexto em que é deflagrada a “crise da previdência” evidencia sua inadequação à realidade sanitária nacional, dada (a) a incapacidade da Medicina flexneriana em alterar os perfis de morbimortalidade, (b) a impossibilidade de expansão do modelo pelos custos crescentes, (c) a inexistência de critérios de compra dos

serviços privados, inviabilizando sua regulação e (d) a superposição e descoordenação de ações pela dualidade do sistema público (subsistema previdenciário *versus* subsistema estatal).

No contexto de seu surgimento, a RSB não foi um movimento isolado em termos nacionais, dado que mobilizações de massa pelos direitos civis estavam postas não só no Brasil, mas em toda a América Latina. No caso brasileiro, no início dos anos 1980 o país passava por um período de intensa recessão econômica, com inflação galopante e enorme crise fiscal, ao mesmo tempo em que ganhavam força os movimentos de oposição à ditadura. A conjuntura de redemocratização política era favorável à pauta da saúde como direito democrático e de cidadania, desde que não se perca de vista as características singulares do caso brasileiro:

Está instalada a Nova República, um processo de transição, de uma situação autoritária para um pacto democrático articulado entre as elites brasileiras, que procurava a estabilidade institucional numa aliança política com traços continuístas das práticas conservadoras da Velha República (MENDES, 1993, p. 33).

Já desde a transição democrática, as pressões por ampliação e reestruturação dos serviços de saúde vinham buscando se consolidar inspiradas pela divulgação dos princípios racionalizadores da APS. Isso se apresenta na proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), mas versões diferentes do documento foram divulgadas por discordância de setores antirreforma tais como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Além disso, a instalação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi representativa da crise político-institucional do setor saúde, consolidando, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), uma proposta de reforma do setor saúde com valorização da participação social.

A RSB consiste em uma espécie de renascimento de uma Medicina Social tal qual postulada em meados do século XIX (PAIM, 1997; ROSEN, 1979). Porém, não se tratando de uma transposição acrítica entre distintos momentos históricos, pôs-se como proposta atualizada para a persistência das contradições

vigentes nas políticas de saúde de nosso tempo⁷³. Neste sentido, Paim (1997) indica que as duas frentes fundamentais de problematização foram: (a) a determinação social do processo saúde-doença e (b) o processo de trabalho em saúde.

Mendes (1993) e Paim (1997) indicam que a RSB corresponde à sistematização de um conjunto de reivindicações: (a) um conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, advindo em parte da produção teórico-crítica do Cebes e formalizado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1986)⁷⁴; (b) as questões do direito à saúde, da cidadania, da universalização do acesso, da equidade, da democracia, da descentralização, decorrentes das discussões do campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde; e (c) a defesa de um sistema único, de uma rede regionalizada e hierarquizada, da integralidade e da participação social no setor saúde, por meio do resgate de determinados aspectos do Movimento Preventivista e da Saúde Comunitária.

Para Escorel (1988), a RSB se sustenta nos pilares de: (a) uma prática teórica (a construção do saber), (b) uma prática ideológica (a transformação da consciência) e (c) uma prática política (a transformação das relações sociais).

⁷³ O autor alude ao conceito de totalidade para tratar do movimento da RSB com relação ao conjunto de suas determinações e mediações histórico-estruturais. Indica, nesse sentido, que a “filosofia da práxis” é um referencial fundamental, especialmente como “antídoto” ao voluntarismo e ao ativismo acrítico. O desenvolvimento da perspectiva marxista no campo afirma a saúde como expressão das condições ou do modo de vida, enfatizando, dentre outras questões: as dimensões da reprodução social da saúde (CASTELLANOS, 1990); as políticas de saúde vigentes nos países de capitalismo periférico e seus dilemas (LAURELL, 1995), e as questões relacionadas à construção de uma epidemiologia social e crítica que não ambicione neutralidade diante das imensas iniquidades em saúde vivida pelos povos da América Latina (BREILH, 1991).

⁷⁴ Para Mendes (1993), “a VIII Conferência Nacional de Saúde constitui o momento apical de formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira” (p. 42). Bravo (2008), por sua vez, faz um interessante retrato da importância e representatividade da VIII CNS: “a 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (p. 96).

Paim (1997) reivindica o acréscimo das práticas de saúde como um quarto pilar, em virtude de se tratar de uma prática social com especificidades⁷⁵.

Outra questão fundamental consiste na discussão a propósito do lugar que a RSB pode se valer para pôr em ação seu projeto, sua proposta e seu processo, ou seja: é possível conciliar a radical democratização da saúde como direito social e de cidadania com a conquista de posições no interior de um Estado eivado pelos interesses do capital? Fleury (1997) denomina *dilema reformista* o impasse a que chegou a RSB em virtude dessa polêmica:

O dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessariamente tomar o Estado – em seu aparato jurídico e administrativo – como *locus* privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos (p. 28).

Para Paim (1997), esse dilema mantém um tensionamento no processo da RSB entre o viés racionalizador, ou seja, o aspecto técnico-administrativo e operacional (a busca por viabilização institucional das demandas), e o viés democratizante, diante da base social e da coalizão de forças que buscavam dar visibilidade às demandas do movimento da Reforma. Em outras palavras, trata-se do dilema entre, por um lado, garantir conquistas intermediárias obtidas nos limites de um Estado cujo modelo de seguridade social é permanentemente ameaçado e, por outro, não perder de vista os demais obstáculos referentes a um modelo incremental de reforma social.

Outra face do mesmo dilema encontra-se no processo de ocupação de espaços estratégicos no aparelho de Estado por sanitaristas afinados com princípios reformistas no decurso do processo de implantação das AIS e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS):

⁷⁵ A respeito desta ponderação de Paim (1997), Conill (2008) observa que a RSB não enfatizou, em sua origem, a transformação do modelo de atenção no cotidiano das práticas de saúde, o que veio a se dar efetivamente somente na década de 1990: “os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontrarão eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde (p. s11)”.

Esse movimento de inclusão institucional dos sanitaristas tem um lado positivo, o de conhecimento e domínio de instrumentos de governo, mas, em contrapartida, fragiliza os setores acadêmicos formuladores da estratégia contra-hegemônica e determina um certo desvio ao determinar uma relevância relativamente forte do espaço institucional frente às possibilidades de acumulação na sociedade civil de capital político para enfrentamento do projeto neoliberal (MENDES, 1993, p. 39).

Paim (1997) destaca que o processo da RSB defende a politização da saúde. Isso implica em pautar tanto (a) o âmbito técnico-assistencial da política de saúde quanto (b) as práticas de saúde como práticas sociais (e, portanto, políticas). Em outras palavras, o horizonte da RSB não se limita ao de uma reforma administrativa setorial: a crítica das práticas sanitárias e a reconceitualização das necessidades de saúde devem ser remetidas ao âmbito dos processos mais gerais de reprodução e produção social.

Para que a crítica das práticas sanitárias transcenda o âmbito técnico-assistencial do setor saúde, o autor propõe avançar na discussão teórica sobre a organização tecnológica do trabalho em saúde, mas sem perder de vista a questão da totalidade concreta na qual se põem tais práticas. Isso permite uma análise das mediações e determinações do trabalho vivo imediato em saúde, ou seja, enquanto práticas de saúde que detêm tanto uma dimensão técnica quanto uma dimensão social: “a tecnologia presente nas práticas de saúde, por conseguinte, não é uma questão externa da prática social devendo ser considerada nuclear para a sua definição” (p. 17)⁷⁶.

No tocante à reconceitualização das necessidades de saúde, Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apontam que toda necessidade de saúde surge de um carecimento, sentido pelo sujeito como certa alteração de seu estado sociovital (desconforto, mal-estar, irritabilidade, dor aguda ou difusa, sofrimento físico ou mental, demanda por informação etc.). Este carecimento produz uma procura ativa, pelo sujeito, por atenção à sua saúde, dada certa solução antevista por ele para o seu problema, configurando uma demanda.

⁷⁶ Nesse sentido, o estudo da micropolítica das práticas de saúde não pode prescindir de uma articulação com a “macropolítica” da totalidade concreta em que tais práticas se efetivam. Do contrário, um dos riscos é de se recair em um reducionismo ou em um relativismo que não favorecem uma efetiva análise crítica das práticas sanitárias.

O serviço de saúde, por meio dos seus agentes (os trabalhadores da saúde), responde a esta demanda com determinadas intervenções, que são as soluções antevistas (e legitimadas) pelo serviço para responder ao carecimento do demandante. Consecutivamente, isso leva o sujeito a fazer uso desta intervenção que, nesta ocasião, converte-se em uma necessidade de saúde, e o sujeito um usuário desta determinada intervenção. Desta forma, a demanda do sujeito tal qual abordada pela intervenção do trabalhador da saúde é que assumirá um caráter de necessidade de saúde, dando um determinado “desfecho” ao carecimento (desconforto, mal-estar, dor etc.) sentido pelo sujeito e configurado como demanda.

Assim, os serviços prestados pelo trabalhador da saúde são em si mesmos instauradores de necessidades de saúde, que têm como agente o próprio sistema de saúde por meio das práticas que são legitimadas nos e pelos serviços de saúde. E isto considerando tanto um elemento ideológico, ou seja, de valorização diferencial de determinados padrões de necessidades de saúde, quanto um elemento histórico, quer dizer, de reiteração de determinadas necessidades de saúde por meio tanto de sua “oferta” sistemática quanto de seu “consumo” reiterado.

Finalmente, Paim (1997) sugere uma vigilância contra os desvios técnico-burocráticos, mas sem que isso implique menosprezar os esforços técnicos e científicos imprescindíveis ao processo de transformação do modelo assistencial. Isso supõe atenção à mudança do conteúdo das práticas de saúde enquanto práxis, ou seja, a construção de possibilidades cotidianas de reflexão coletiva sobre a organização do processo de trabalho em saúde como parte do projeto da Reforma Sanitária. Prenunciando preocupações bastante contemporâneas, o autor afirma que:

A discussão entre as finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão, constituem desafios teóricos e práticos para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos que hão de vir (p. 20).

Paralelamente a esse rico processo de formulação de uma proposta da saúde como direito social pelo movimento da RSB, os setores interessados na

perpetuação do modelo médico assistencial privatista articulam sua estratégia de contrarreforma no decorrer da Assembleia Nacional Constituinte. Os setores hegemônicos, representados no parlamento pelo empresariado médico hospitalar nacional e pelos setores da indústria farmacêutica estrangeira, defendiam um modelo neoliberal na oferta de serviços, com delegação à “sociedade” da maior parte das prerrogativas estatais nas políticas de saúde. Para Mendes (1993),

Emergem na arena sanitária [...] dois grandes projeto político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista (p. 34).

Conforme Bravo (2008),

O texto constitucional com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (p. 97).

O SUS é definido como de *relevância pública*, devendo o poder público, portanto, regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde. Além disso, o SUS é instituído como parte do sistema de seguridade social, abrangendo a garantia de direitos de saúde, previdência e assistência social. Contudo, Mendes (1993) discute que “por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significativo da reforma sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador da saúde” (p. 50).

Dowbor (2009), debatendo a respeito do contexto pós-constitucional do SUS, conclui que ocorreu uma agregação de interesses. O recuo da defesa pela estatização do setor público na saúde seria emblemático desta agregação. Segundo sua análise, isso se deu diante da possibilidade de que os tradicionais prestadores privados, que detêm a grande maioria dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, também se unissem à luta pela ampliação do financiamento público para o setor.

As regras pétreas do SUS, definidas em sua base jurídico-legal, estabelecem uma concepção ampliada de saúde e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, por meio da LOS, são definidos os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade e

direito à informação) e as diretrizes organizativas (descentralização com comando único; regionalização e hierarquização; participação social, e integração de ações e recursos com planejamento ascendente) do SUS. Entretanto, Mendes (1993) pondera que:

A ‘universalização excludente’ [expulsão do sistema público das camadas mais privilegiadas e então atendidas pela Medicina previdenciária, que vão garantir a expansão, na década de 80, do subsistema de atenção médica supletiva] criou um espaço público de cidadania regulada e, dentro dele, passou a exercer, crescentemente, a opção de focalização através da atenção primária seletiva (p. 52).

Desta forma, ainda conforme o autor, o que se observa na prática é que, desde os anos 1980, o projeto neoliberal, capitaneado pelos setores contrarreformistas, reinterpreta o arcabouço jurídico-legislativo universalizante do SUS, impondo “uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica” (p. 80).

A principal marca do SUS é a descentralização, pondo enorme responsabilidade no âmbito municipal, embora haja a pressuposição de um pacto federativo de cooperação entre os entes federados. Vasconcelos e Pasche (2006) discutem que “as iniciativas locais têm possibilitado também maior adequação das ações às necessidades de saúde da população e possibilitado o desenvolvimento de experiências inovadoras” (p. 550).

Porém, a permeabilidade ao clientelismo e aos interesses mercantis, o rechaço à participação dos trabalhadores e dos usuários, e, portanto, a centralização e o autoritarismo, ainda permeiam as políticas de saúde do Brasil. Nesse sentido, “o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e das práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 558).

Mendes (1993), sinteticamente, indica que a estabilização dos processos de reforma social ou o ajuste neoliberal manifesta-se por meio da tentativa de implantação de três tipos de medidas contrarreformistas nas políticas sociais: (a) a privatização, por meio da remissão da regulação da política a mecanismos de mercado; (b) a descentralização, enquanto meio para a desresponsabilização do Estado da garantia do caráter público e de redistributividade das políticas

sociais, e (c) a focalização, via proposta seletiva de APS, Medicina simplificada e ênfase nos expostos a determinados riscos.

Uma adequada compreensão do tensionamento político-ideológico presente nas políticas de saúde na vigência do SUS requer que se realize, assim, uma caracterização das propostas de reformas que vêm se dando em contexto neoliberal. Veremos que as agências internacionais multilaterais de financiamento, em especial Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), defendem certos princípios e propostas para a reforma das políticas públicas dos países ditos “em desenvolvimento”.

Rizzotto (2005) examinou dois documentos editados pelo BM, ressaltando as análises e propostas para a saúde pública brasileira presentes nestes documentos. A autora destaca que os documentos analisados “evoluem” de um elogio à descentralização consignada na LOS para uma crítica aos “equívocos” do SUS. Por causa destes supostos equívocos, a descentralização realizada teria se dado em um sentido “inapropriado”, consolidando uma sobrecarga governamental para além da capacidade instalada, devido sobretudo à “excessiva abrangência” dos princípios de equidade e universalização.

A proposta do BM, analisada nos documentos pela autora, é por uma revisão constitucional da LOS, que deveria ser balizada por três frentes principais: (1) os governos estaduais deveriam ser os responsáveis pela assistência médica, destinando-se orçamento para tais ações neste nível de governo, visando evitar a “indesejável ingerência” do nível federal e a “malversação” que ocorre no nível municipal; (2) as transferências federais deveriam ser realizadas por meios mais transparentes; e (3) o governo federal deveria restringir suas funções à regulamentação, ao apoio técnico, à pesquisa e à elaboração de protocolos, com o fito de melhoria da qualidade da assistência e a contenção de custos.

Para que esta revisão se consolidasse, o BM propôs que: (a) normas mais claras fossem estabelecidas, tendo em vista delimitar as atribuições que devem ser mantidas no governo estadual ou transferidas para os municípios; (b) políticas de contenção de custos fossem colocadas em ação, tanto com a redução dos valores a serem repassados aos serviços contratados, quanto com a

interposição de barreiras ao acesso; (c) um mesmo patamar de financiamento público fosse mantido para entidades privadas e filantrópicas, sem distinção alguma, de modo que o setor público seja responsável pelas ações de saúde pública e de promoção da saúde, enquanto o setor privado deveria ser responsável pela prestação de serviços por meio das Organizações de Manutenção da Saúde (*Health maintenance organizations* – HMO), ou seja, empresas de intermediação de serviços médicos⁷⁷.

Ainda que as análises feitas nos documentos do BM ressaltem aspectos contemporâneos e efetivamente problemáticos da gestão do sistema público de saúde brasileiro – tais quais: a predominância da oferta de serviços médicos centrados no contexto hospitalar, a elevada especialização do atendimento ambulatorial, o gasto excessivo e irracional em procedimentos de alta tecnologia e a baixa destinação de recursos para a promoção da saúde e prevenção de doenças – as propostas apresentadas, no mais, situam-se na contramão dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Assim, as reformas recomendadas têm a clara intenção de induzir a paulatina destituição do Estado da responsabilidade pela oferta de ações de saúde pública: a redução do investimento público na assistência médica, a focalização do serviço público nos mais pobres, a seletividade às ações de prevenção de doenças (especialmente, de seus fatores de risco), a priorização da ação do Estado somente diante de critérios de evidente relação custo-benefício e, finalmente, mas não menos importante, a realização de reformas institucionais e de financiamento.

Rizzotto (2005) ressalta a inconstitucionalidade das medidas propostas: a cobrança por serviços de saúde e o copagamento pelo usuário são contrários ao princípio da gratuidade da assistência à saúde; a discriminação do acesso (segmentação da clientela) se opõe ao princípio da universalidade, e a retração do

⁷⁷ A incompatibilidade entre, por um lado, a efetiva responsabilização pública pelo direito à saúde como direito universal e, por outro lado, o tipo de serviços de saúde prestados por tais organizações são apresentadas em um documentário de 2007 do cineasta estadunidense Michael Moore. Seu título foi traduzido em português para *SicKO – SOS Saúde* (2008). Ainda que se possa argumentar que sua abordagem do problema seja algo “impressionista”, as entrevistas, os casos e as informações que destaca reforçam a incompatibilidade entre a busca pelo lucro que sustenta as HMO e a garantia do direito à saúde individual e coletiva.

acesso à assistência médica e hospitalar (focalização da oferta) se opõe aos princípios da equidade e da integralidade.

No decorrer dos anos 1990, a proposta de Reforma do Estado teve como mentor intelectual Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) no decorrer do primeiro mandato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. Buscava-se criar condições para que o neoliberalismo encontrasse um caminho propício para sua implantação em tempos de acumulação flexível e mundialização do capital.

Um documento então editado pelo referido Ministério propunha uma “reforma institucional” sintonizada com as recomendações do BM, sugerindo a criação de dois subsistemas de saúde dentro do SUS, tendo em vista a racionalização de custos: (1) o sistema de entrada e controle, que deveria ser responsável pela oferta de cuidados básicos de saúde voltados ao indivíduo e à família, além de ações de promoção e educação em saúde prestadas com base em prioridades epidemiológicas, e (2) o sistema de referência ambulatorial e hospitalar, constituído de um conjunto de ambulatorios e hospitais credenciados, tanto estatais quanto filantrópicos e privados, responsáveis pelo sistema de média e alta complexidade (BRASIL, 1998).

Nesta proposta, o sistema de entrada e controle seria seletivo, visando a oferta de cuidados básicos de saúde, entendidos como um pacote de ações e serviços, e focalizado para a população de baixa renda. O sistema de referência ambulatorial e hospitalar, por sua vez, teria legitimada a possibilidade de oferta privada, não mais enquanto complementar, mas como alternativa a ser amplamente adotada por meio do devido amparo legal⁷⁸.

⁷⁸ Ainda que a proposta de Reforma do Estado não tenha encontrado condições político-institucionais para ser realizada integralmente no sentido pretendido, outras iniciativas recomendadas pelo BM se consolidaram. Dentre elas podemos citar, como exemplares, a transferência da gestão direta de funções do Estado no âmbito da vigilância à saúde e à assistência suplementar, respectivamente, à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Desta forma, a segurança sanitária de produtos e serviços, e a relação das operadoras de planos e seguros de saúde com seus prestadores e consumidores, ficam remetidas às respectivas agências, que mantêm contratos de gestão com o MS. Além disso, foram estabelecidas as diretrizes e o incentivo financeiro para a organização de programas que, tal qual implantados, focalizavam os pobres: primeiramente, o Pacs e, posteriormente, a partir das áreas de risco priorizadas por um instrumento do Ipea denominado “Mapa da Fome”, o PSF (VIANA; DAL POZ, 2005).

Soares (2009) analisou os empréstimos externos efetuados por agências multilaterais internacionais de financiamento a favor do setor saúde no Brasil, seu orçamento, gastos e pagamentos dos serviços da dívida. Para isso, agrupou dados obtidos por pesquisa documental em uma série histórica, abrangendo os períodos de 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2004.

O autor concluiu que: (a) os projetos financiados pelo BM e pelo BID se tornaram atividades permanentes, e uma despesa que corre a expensas do orçamento do país, vinculando as políticas do setor saúde aos interesses destas agências; (b) a alocação dos recursos orçamentários priorizou gastos que visam ao pagamento da dívida interna e externa, ao invés dos repasses que efetivariam as prioridades indicadas nos instrumentos de gestão das políticas de saúde; (c) o gasto público do setor saúde no Brasil é bem inferior ao necessário para o atendimento às demandas de universalidade de acesso e equidade da atenção; (d) o custo financeiro dos empréstimos com as agências multilaterais de financiamento é elevado e precisa ser colocado em discussão; e (e) as relações estabelecidas com as agências multilaterais mantiveram-se vigorosas, contínuas e alinhadas com os governos federais, tanto nas duas gestões de Fernando Henrique Cardoso quanto na primeira gestão de Lula da Silva, período também analisado pelo autor.

Em suma, a RSB se baseou na arregimentação de um conjunto de forças sociais sem as quais as prerrogativas sobre a saúde inscritas na Constituição Federal de 1988, bem como a LOS, provavelmente não teriam sido levadas a cabo. Paradoxalmente, com a vigência do SUS, põem-se em manifesto as contradições entre o “SUS ideal” e o “SUS real”, em outras palavras, entre as altas expectativas de mudança com a conquista de um marco legal exemplar e as mudanças efetivamente lentas e graduais (quando não os retrocessos) devidas a um modelo incremental de reforma.

O marco jurídico-normativo do SUS foi conquistado por meio da pressão decisiva por representação política de uma base social que consolidou uma perspectiva contra-hegemônica de atenção à saúde. Assim, o SUS é um produto, ainda que contraditório, do processo, do projeto e da proposta da RSB, dentre outras forças arregimentadas no período precedente. Isso põe uma

situação, por mais paradoxal que possa parecer, em que o que é constitucional em termos da legalidade jurídico-normativa do SUS é contra-hegemônico no que se refere ao modelo de atenção à saúde historicamente estabelecido.

Nesse aspecto, a concepção ampliada de saúde e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde defronta-se com a permeabilidade ao clientelismo, autoritarismo e centralização, históricos nas políticas de saúde no Brasil. Além disso, conforme Mendes (1993),

Pode-se perceber que as políticas de saúde no Brasil seguiram, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, impulsionadas pelo projeto da reforma sanitária, inscreveram-se nos textos jurídico-legais mandamentos inspirados no modelo institucional-redistributivo [de política social] e, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas sociais derivadas do modelo residual (p. 82).

Grosso modo, não há mudanças estruturalmente significativas no que se refere a essa tônica, no decorrer da década de 1990, nas políticas de saúde. Tais contradições inevitavelmente medeiam o modelo de atenção à saúde.

A seguir, destacaremos os embates entre as vertentes de APS enquanto projetos de transformação ou de acomodação do modelo assistencial aos excluídos do sistema de saúde. Essa ênfase se deve à proposição da APS como apogeu de um questionamento sistemático das consequências do aprofundamento da iniquidade na atenção à saúde em nível mundial.

A atenção primária à saúde e suas vertentes

Como parte das contradições vigentes entre o “SUS ideal” e o “SUS real” estão as polêmicas e os dilemas sobre o lugar da APS no modelo de atenção do SUS. Nesse sentido, Testa (1992) afirma que “a contextualidade da atenção primária à saúde é dada, em primeira instância, pelo sistema de saúde em que está inserida. Esse sistema é o que concretiza a significação de tal atenção no nível da organização setorial” (p. 160).

Gil (2006) revisa os principais documentos normativos do MS a respeito da APS no período de 1990 a 2005, e os estudos publicados e indexados em bases

eletrônicas. Observa que a maioria das publicações trata do atendimento de problemas de saúde nas UBS. Quase a metade dessas publicações os contextualiza no SUS e pouco menos de um terço situa tais problemas de saúde na política de saúde ou no modelo de atenção vigente.

Conill (2008), por sua vez, argumenta que o PSF contribuiu para trazer à tona alguns dos problemas da APS no Brasil, em especial, aqueles relacionados ao modelo de atenção. Dentre eles, indica a inadequação dos arranjos organizacionais e das práticas assistenciais e de gestão concretamente existentes no sistema de saúde em face dos princípios do SUS.

Ao analisar a produção a respeito da APS em quatro periódicos brasileiros selecionados, Baptista, Fausto e Cunha (2009) notam que os trabalhos que abordam a APS tematizaram, sobretudo: o princípio da integralidade, a noção de território e o Pacs/PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção. Os autores concluem que há uma ênfase na discussão sobre a organização do sistema de saúde (reorientação do modelo, estratégia para implementação de unidades de saúde, estruturação da equipe etc.), com poucos trabalhos enfocando o modelo de atenção no âmbito da APS.

Além dessas questões que reforçam a necessidade de se estudar em que medida a APS contribui com a garantia de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS, existem também polêmicas a propósito das definições de APS. A revisão de estudos que abordam conceitualmente a APS realizada por Baptista, Fausto e Cunha (2009) traz elementos que nos sugerem a possibilidade de agrupar as definições em conservadoras e renovadoras.

Dentre as definições *conservadoras*, poderíamos destacar: (a) nível inicial de assistência no qual se realizam cuidados de saúde ditos básicos, quase sempre requerendo encaminhamento para outros serviços, dada uma presumida incapacidade para realizar ações mais complexas; e (b) ações de saúde vistas como as mínimas necessárias para a manutenção de determinados níveis de saúde individual e coletiva, selecionadas ou focalizadas para grupos específicos da população.

Dentre as definições *renovadoras* teríamos as seguintes: (a) ações que compõem a primeira abordagem, frequentemente resolutiva, inseridas em um

conjunto de atividades componentes de um sistema de saúde integrado e interdependente; (b) estratégia de organização dos serviços que forma a base e qualifica a demanda por serviços especializados, de diagnóstico, de reabilitação etc. do sistema de saúde, coordenando longitudinalmente o processo de atenção à saúde; e (c) princípio que norteia as ações do sistema de saúde de modo a organizar e racionalizar o uso dos recursos básicos e especializados para a promoção, prevenção, manutenção e recuperação do estado de saúde.

Baptista, Fausto e Cunha (2009) destacam um estudo da Opa a respeito da APS vigente nos países latino-americanos que indica o predomínio de modelos seletivos e focalizados. Para além de uma questão técnico-gerencial, sistemas de saúde baseados em APS têm a capacidade de enfrentar mais diretamente os agravos decorrentes das iniquidades em saúde (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, quando se observa a segmentação da oferta e a concomitante desigualdade de acesso que tipicamente caracteriza a história dos sistemas de saúde dos países latino-americanos, notamos que se trata não somente de um problema técnico-assistencial, quanto também político e socioeconômico.

A expressão “atenção básica” tem sido preferida pelo MS para designar as políticas públicas de saúde voltadas para a reorientação do modelo assistencial de APS historicamente constituído em nosso país. Essa denominação tem sido consagrada nos últimos anos pelos documentos oficiais do MS e se oficializou na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Independentemente da preferência lexical, permanece a ambiguidade entre o “básico” como alicerce (a base, o fundamental), contra o “básico” enquanto mínimo (o simplificado), e o “primário” como principal (primeiro, inicial) contra o primário enquanto elementar (rudimentar). Testa (1992) afirma que

Em países que não conseguiram estabelecer um sistema [...] regionalizado e com um adequado sistema de referência, a atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população *idem* (p. 162).

Em termos históricos, Mello, Fontanella e Demarzo (2009) apresentam que o “Relatório Dawson”, publicado na Inglaterra, em 1920, é considerado o

primeiro documento oficial no qual se propõe a implantação de unidades voltadas para a oferta de ações e serviços de APS articulados em uma rede hierarquizada e regionalizada⁷⁹.

Sinteticamente, a proposta se resumia em: (a) organizar as ações e os serviços de saúde de um distrito valendo-se de centros de APS que desenvolveriam ações curativas e preventivas, sob a coordenação de médicos clínicos gerais; (b) acolher casos de manejo mais difícil e que demandassem acompanhamento especializado (doenças infecciosas, epilepsia, transtornos mentais) em serviços de atenção secundária; e (c) tratar doenças mais graves e promover o treinamento de médicos em hospitais de ensino, consistindo nos serviços de atenção terciária.

White, Williams e Greenberg (1961) publicaram um estudo argumentando que os determinantes relacionados ao uso dos serviços de saúde, sua relativa disponibilidade no contexto local e os processos de decisão realizados pelo usuário do serviço deveriam ser incluídos no processo de diagnóstico e tratamento. Observaram que não havia uma relação direta entre, por um lado, a oferta de serviços de saúde e o treinamento dos clínicos gerais e, por outro, as experiências reais do processo saúde-doença de uma população específica. Para isso, o vínculo continuado de um médico com a população adscrita no serviço e com as pessoas e suas famílias moradoras do distrito deveria ser valorizado pelo sistema de saúde, e, em especial, pelos serviços de APS.

Desde meados da década de 1960 configura-se uma conjuntura mundial de crise econômica por conta do padrão predatório de acumulação capitalista vigente. As políticas de saúde vinham priorizando a expansão e a especialização dos serviços de assistência à saúde, promovendo uma desproporcional incorporação tecnológica e um aumento excepcional de seus

⁷⁹ Silva Junior (2006) recupera de Rosen (1994) que o “projeto Zemstvo”, implantado na Rússia czarista a partir de 1860, foi a origem para o desenvolvimento, após a Revolução de 1917, de um sistema nacional de saúde regionalizado. Silva Junior (2006) também destaca que propostas mais radicais de regionalização e acesso, advindas do movimento operário, precederam à publicação do “Relatório Dawson” na Inglaterra. Isso sugere que o Relatório pode ser interpretado como uma reação conservadora ao conteúdo revolucionário daquelas propostas. A concepção da rede de serviços de saúde enquanto pirâmide hierarquizada consolidou-se internacionalmente com referência a este Relatório. Ainda que realçado como seu documento fundante, Conill (2008) ressalta que, mesmo na Inglaterra, a ideia de APS só é posta em prática cinquenta anos depois de sua publicação.

custos por conta do denominado “modelo flexneriano”. Nesse contexto, o enorme investimento na Guerra do Vietnã pela principal potência econômica mundial vinha angariando crescente rechaço político.

Assim, como parte das ações do programa de “Guerra à Pobreza”, lançado em 1964 nos Estados Unidos, foram implantadas reformas setoriais visando à racionalização do sistema de saúde. Para Silva Junior (2006), “nos países capitalistas a Medicina Comunitária surge como uma prática complementar à Medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina” (p. 57).

Donnangelo e Pereira (1979) e Rosen (1979) apontam que o processo de conquista da saúde como um direito social teve como seu corolário liberal a expansão da assistência médica. Contudo, esse processo foi marcado por uma intensa recomposição dos meios de trabalho, operada em sucessivos processos de reforma da atenção em saúde.

Os autores ressaltam que houve, nesta recomposição, uma finalidade explícita de racionalização econômica. Dentre outros motivos, isso decorreu da ampliação dos gastos devido à expansão do acesso a medicamentos industrializados e do alto custo da assistência hospitalar, crescente desde pelo menos meados da década de 1940. Um dos componentes desta recomposição foi justamente a constituição de equipes de saúde.

Para Rosen (1979), as equipes de saúde foram uma estratégia central do movimento de Medicina comunitária. As políticas de saúde, nesse sentido, deveriam prover cuidados que extrapolassem a dimensão anatomopatológica do corpo doente, devendo também oferecer ações, programas e serviços que levassem em conta o conjunto das condições de reprodução e produção social. O entendimento era de que, ao atuarem mais proximamente às necessidades de saúde da população, os agentes destas equipes teriam condições de delimitar estratégias de cuidado que teriam como referência a comunidade e o território em que esta habita.

Nesse sentido, o movimento da saúde comunitária propôs: (a) a regionalização da oferta, que, na prática, ocorreu com baixa integração da APS ao sistema de saúde, mantendo a segmentação do acesso; (b) a identificação das

prioridades para intervenção em âmbito comunitário, que se converteu, efetivamente, na desresponsabilização formal do Estado com a dimensão coletiva dos problemas de saúde; (c) a ênfase na viabilização de oportunidades sociais e participação popular, o que fomentou um ideário de que a comunidade, como suposta unidade, independe das determinações socioeconômicas mais amplas; e (d) a reestruturação do processo de trabalho em saúde visando organizar equipes de saúde, o que, na prática, se deu sob direção da racionalidade médica hegemônica, ou seja, centrada no ato médico e na delegação controlada de saberes e instrumentos (SILVA JUNIOR, 2006; CONILL, 2008).

Sob pressão dos países do bloco socialista ocorre, no ano de 1978, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, república componente da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a “I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde” promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children’s Fund* – Unicef). Desta Conferência resultou a “Declaração de Alma-Ata”, conclamando que a APS fosse adotada mundialmente pelos países signatários, o Brasil inclusive (OMS, 1978).

A APS propõe que os serviços de saúde devem: (a) estabelecer-se próximo ao local de moradia e trabalho (acesso físico-geográfico); (b) constituir-se no primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde (acolhimento); (c) oferecer cuidados à saúde essenciais, definidos como práticos, cientificamente fundamentados, socialmente aceitáveis e acessíveis (acesso político-ideológico); e (d) compor o primeiro elemento de um processo contínuo de atendimento às necessidades de saúde (longitudinalidade) (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

As polêmicas centrais da Conferência consistiram nas seguintes: provisão dos serviços e seu financiamento pelo Estado ou pela “sociedade”, e foco das ações de APS nos pobres ou como estratégia de ampla reorganização do sistema de saúde. Mais especificamente, havia um entendimento conflitante entre os países influenciados pelo bloco capitalista e pelo bloco socialista: para os primeiros, a APS deveria se voltar somente aos grupos historicamente excluídos do acesso à Medicina científica hegemônica, consistindo, assim, na ratificação dos princípios da Medicina comunitária; para os segundos, a APS deveria consistir

em uma abordagem voltada para a reordenação de todo o sistema de saúde, buscando superar, assim, as limitações da Medicina comunitária na direção da equidade em saúde.

Conill (2008) discrimina na Declaração de Alma-Ata um “pólo tecnocrático” e um “pólo participativo”. O primeiro se expressa na preocupação em instituir medidas de inovação gerencial e de racionalização das práticas de saúde: ênfase comunitária, hierarquização, coordenação e integralidade da atenção. O segundo pólo se apresenta na proposição de maior democratização dos serviços: equipe multiprofissional, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social. Não obstante, conforme Gil (2006),

Por ter sido realizada e difundida em um período e contexto histórico de fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do FMI [Fundo Monetário Internacional] e BM, nos países latino-americanos, pouca atenção foi dada ao fato de que os princípios defendidos na Conferência Internacional de Alma-Ata podem ter representado um dos últimos esforços de criação de um padrão internacional de pactuação no qual os países em desenvolvimento tiveram voz e representatividade em um fórum internacional (p. 1172).

Prova da persistência das contradições que se refletem na proposta de APS é a organização, em 1979, de uma pequena reunião, mas de ampla repercussão, patrocinada pela Fundação Rockefeller. A “Conferência de Bellagio” sugere uma revisão das propostas consolidadas na Declaração de Alma-Ata, entendendo que estas eram muito amplas, pouco aplicáveis e idealizadas.

Nessa Conferência se propõe uma “versão seletiva” da APS: centrada em programas de saúde verticais, com objetivos focados para problemas específicos e voltada para atingir grupos sociais em risco epidemiológico. A APS, assim, deveria investir no controle de doenças de fácil manejo e que comprovadamente evitariam mortes e desvantagem. É estabelecida uma lista de vinte e três patologias ordenadas em razão de morbimortalidade, viabilidade da intervenção e custo-efetividade (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Influenciada por esta concepção seletiva de APS, a Unicef publica, em 1982, um relatório recomendando os principais elementos para promover a saúde materno-infantil: monitorização do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno, imunização, alfabetização das mulheres, planejamento familiar e

suplementação nutricional, sumarizados na sigla “GOBI-FFF” (do inglês: *growth charts, oral rehidratation, breastfeeding, imunization, female literacy, family planning e food supplementation*).

Dessa forma, mundialmente, a APS ficou marcada por dois tipos de projetos: (1) “verticalistas”, que concebiam a saúde como direito individual, e que consideravam a APS uma reforma para acomodar o sistema de saúde às necessidades dos historicamente excluídos, e (2) “integralistas”, que concebiam a saúde como um direito coletivo, e que viam na APS uma estratégia de transição que visava à transformação do sistema de saúde e da sociedade como um todo. Desta contraposição também se desdobraria uma segunda diferenciação entre: (a) uma APS baseada em evidências e em estudos de custo-efetividade para selecionar as intervenções a serem priorizadas, e (b) uma APS que considera aspectos socioculturais do adoecimento, determinantes sociais do processo saúde-doença e a importância da organização local da atenção à saúde como dimensões primordiais para a oferta integral (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Programas e ações inspiradas pela versão seletiva de APS foram implementadas nos países de capitalismo periférico no decorrer da década de 1980, com o apoio de agências e fundações internacionais. Ao propor a extensão da cobertura com focalização em ações simplificadas, de baixo custo, e com a inclusão de áreas rurais, a APS seletiva preservou a centralidade do complexo médico-hospitalar nos sistemas de saúde destes países (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Foi ainda no decorrer dos anos 1980 que se acumularam evidências científicas e políticas que apontavam para a responsabilidade do modelo médico hegemônico, individualista e hospitalocêntrico em promover (a) crescente elevação dos gastos em saúde, (b) baixo impacto na melhoria da qualidade de vida e (c) baixa eficiência na oferta dos serviços de saúde. Assim, continuou em pauta a demanda por reformas setoriais que investissem em mudanças no modelo técnico-assistencial e na racionalização da alocação e utilização dos recursos (GIL, 2006).

Propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS

A década de 1990 é marcada internacionalmente pela ascensão das políticas neoliberais. No Brasil, esse período coincide com o contexto pós-constitucional. Conforme apresentamos anteriormente, o BM critica a universalidade de acesso consignada na Constituição Federal de 1988. Para o Banco, reformas constitucionais e institucionais deveriam ocorrer para que o SUS fosse mais seletivo e focalizado com relação às ações e serviços que oferece.

De outro lado, ainda era incipiente a discussão acumulada pela RSB a respeito do modelo de atenção à saúde, o que se expressava na carência de formulação de propostas práticas mais abrangentes. Ao mesmo tempo, a base social de apoio da RSB passava por um processo de despolitização, em parte devido ao “dilema reformista”.

É preciso resgatar, porém, que um dos motes para a defesa da universalização da oferta, equidade do acesso e integralidade dos serviços defendida pela RSB foi o enfrentamento das consequências de um modelo de atenção à saúde no qual estava subjacente uma concepção seletiva e focalizada de APS. Nesse sentido, experiências que pretendiam a transformação do modelo foram sendo implantadas desde fins dos anos 1980 e início dos anos 1990, recorrendo, invariavelmente, a mudanças na APS.

De fato, desde os anos 1960, e mais intensamente nos anos 1970, foram conduzidos programas de integração docente-assistencial que tinham como campo de atuação o espaço da APS (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009). Os autores indicam que, aparentemente, há dois grandes momentos de discussão da APS no Brasil: nos anos 1970, quando estavam em pauta as questões da promoção da saúde, prevenção de doenças e expansão da cobertura, e na segunda metade dos anos 1990, quando se coloca a centralidade da ESF na agenda das políticas de saúde governamentais como estratégia para a reorganização da APS no SUS.

Teixeira (2003), incorporando contribuições de Mendes (1993), discute que o modelo de atenção à saúde é composto por dois aspectos inter-relacionados: (1) o modelo técnico-assistencial, ou seja, uma particular conformação do conteúdo e da forma dos elementos componentes do processo de trabalho em saúde; e (2) o modelo de atenção, composto pelas dimensões gerencial (condução

do processo de organização das ações e serviços), organizativa (articulação das unidades que prestam serviços de saúde) e operativa (planos do processo de trabalho em saúde), que se articulam sistemicamente.

Peduzzi (1998) discute que o processo de trabalho de saúde está diretamente implicado com as propostas de transformação do modelo de atenção, seja no contexto mais imediato do modelo técnico-assistencial, seja no contexto mediato da política de saúde, em particular, de recursos humanos em saúde. Segundo a autora, as pesquisas sobre essas propostas têm chegado a conclusões, em geral, semelhantes:

Apontam a predominância da abordagem individual e clínica às necessidades de saúde, centrada, de forma segmentada, nos indivíduos, nos saberes tecnológicos e nas instâncias de atenção médica, e assinalam a necessidade de superação desse modelo assistencial pela articulação de intervenções de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos usuários e agentes do trabalho (p. 76).

Valendo-se da sistematização de Teixeira (2003), é possível fazermos uma distinção das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde do SUS conforme os seguintes aspectos: (a) ênfase no modelo de atenção ou no modelo técnico-assistencial, (b) contexto no qual se originam, (c) fundamentos filosóficos e conceituais, (d) estratégias concretas que adotam, (e) contribuições que lograram e (f) principais lacunas que apresentam. O Quadro 2, apresentado a seguir, sintetiza essas características.

Quadro 2: Síntese das características das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde do SUS

	Ênfase	Origens	Fundamentos	Estratégias	Contribuições	Lacunas
Em Defesa da Vida	Modelo técnico-assistencial (acolhimento, vínculo, contrato)	Consultorias e assessorias promovidas pelo Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA) / Unicamp	Enfoque institucionalista, com resgate crítico de contribuições da psicanálise, existencialismo e marxismo	Problematização das práticas de saúde cotidianas (tecnificação do cuidado e medicalização social)	- Práticas clínicas mais acolhedoras - Cogestão do processo de trabalho em saúde - Mudança na concepção de necessidades de saúde do usuário	"Imagem-objetivo" do modelo de atenção à saúde (dimensão organizacional) não é discutida
Ações Programáticas	Modelo técnico-assistencial (organização tecnológica do trabalho em saúde)	Prática assistencial de docentes e pesquisadores do Centro de Saúde-Escola Samuel Pessoa, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva / USP	Processo de trabalho em saúde (marxismo), epidemiologia social crítica (reprodução e produção social das necessidades de saúde), ética no cuidado à saúde	Construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde por meio da programação	- Mobilização para a educação continuada dos membros da equipe - Organização de ações preocupadas com a dimensão ético-pedagógica - Redefinição das necessidades sociais de saúde	Ações territoriais de prevenção de riscos e agravos não são consideradas
Vigilância da Saúde	Modelo de atenção (integralidade como meio para a equidade)	Experiências de gestão de distritos sanitários implantadas por secretarias municipais e estaduais de saúde com parceria de agências internacionais	Noção de distrito sanitário, noção de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), planejamento estratégico-situacional, epidemiologia social crítica (análise da situação de saúde)	Integração das práticas de saúde no distrito sanitário (políticas saudáveis, ações de vigilância e práticas clínicas)	- Valorização da regionalização e hierarquização - Incorporação dos mapas de risco (micro-áreas) - Incorporação de problemas de saúde (planejamento e programação)	Propostas específicas sobre o processo de trabalho em saúde não são apresentadas
Saúde da Família	Modelo de atenção (expansão e qualificação)	Movimento da Medicina Familiar (EUA, década de 1960) e da Medicina Comunitária (década de 1970)	Articulação de noções e conceitos de distintas disciplinas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva	Organização sistêmica dos serviços, equipes multiprofissionais de saúde, uso de informação epidemiológica, integralidade das práticas	- Oportunidade de mudança em larga escala do modelo de atenção à saúde (induzida por políticas de regulação e controle com a expansão da cobertura)	- Processo de expansão é desarticulado da regionalização e hierarquização - Proposta de redefinição do conteúdo das ações não é formalizada
Cidades Saudáveis	Modelo de atenção (promoção da saúde)	Enfoque da Promoção da Saúde (Conferência de Ottawa, 1986)	- Noções de risco e vulnerabilidade (problematização do conceito de saúde da racionalidade biomédica) - Redefinição dos valores associados à saúde (equidade, desenvolvimento sustentável, parceria, participação etc.)	- Articulação intersetorial visando políticas públicas saudáveis - Organização de programas e ações que consideram um conceito ampliado de saúde	- Avanços no processo de descentralização - Experiências inovadoras de articulação intersetorial - Ampliação do envolvimento comunitário	- Não encaminha os problemas mais específicos do modelo de atenção à saúde nem do modelo técnico-assistencial

Fonte: Teixeira (2003)

A autora discute que cada uma das propostas precisa ser analisada conforme seus limites e potencialidades, enfatizando a necessidade de “reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local” e de “definir princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades, constituindo variantes de um modelo que tenha como eixo central a busca de universalização, integralidade e equidade na prestação de serviços” (p. 272).

Argumenta, no entanto, que a reprodução do modelo assistencial hospitalocêntrico e privatista não se trata somente de “inércia” ou “falta de vontade política” por parte dos defensores do SUS. Recorda que as determinações econômicas e político-ideológicas se mantêm vigorosas e vigentes por meio dos interesses políticos das multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos, do empresariado da saúde e de setores da burocracia de Estado comprometidos com esses setores.

Apesar da indiscutível relevância dos arranjos inovadores de APS experimentados em contextos locais e regionais, é interessante observar que a primeira vez que a questão da APS se põe em nível nacional, oficialmente, na vigência da LOS, ocorre com base em uma modalidade seletiva e focalizada de Saúde da Família, por meio das “primeiras versões” do Pacs e do PSF.

A implantação do Pacs foi focalizada, inicialmente, nas localidades que viviam acentuadas dificuldades com o acesso a serviços de saúde, privilegiando a incorporação de agentes leigos sob a supervisão de uma reduzida equipe de Enfermagem. Com a proposta de incorporação de um médico generalista à equipe, propôs-se a seguir o PSF, cuja implantação foi agora também focalizada, mas nas áreas priorizadas pelo “Mapa da Fome” do Ipea. De fato, somente após a implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS)/1996, operacionalizadas efetivamente no ano de 1998, que se verifica uma expansão em termos nacionais do PSF.

As NOB-SUS/1996 foram um marco com relação à expansão do Saúde da Família e, conseqüentemente, da APS no país: antes da sua vigência, a crise fiscal e financeira exigiu do SUS a integração e fusão de instituições, impondo dificuldades ainda maiores na discussão do modelo de atenção. Em sua vigência,

os repasses federais viabilizaram que os municípios pudessem assumir a gestão do sistema local de saúde, montando estruturas mínimas com base em requisitos, também mínimos, de funcionamento (CONILL, 2008).

As origens da ESF, segundo a autora, podem ser situadas em um conjunto de iniciativas que vão ocorrer, no Brasil, desde ao menos meados da década de 1970: (a) experiências de saúde comunitária, como a implantação de um Internato Rural pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que viabilizou a integração docente-assistencial por meio de um projeto de expansão de cobertura ocorrido em Montes Claros/MG; (b) implantação de uma residência em saúde comunitária, em 1976, no Centro de Saúde-Escola Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), uma das experiências que vai dar origem à Medicina de Família e Comunidade no Brasil; e (c) as iniciativas de expansão ambulatorial viabilizadas pelo Pias, inicialmente no nordeste do país e posteriormente difundidas para o restante do país.

Para Conill (2008), dentre os determinantes do interesse pela implementação do PSF em todo o país pelas gestões municipais de saúde desde meados dos anos 1990 encontram-se os seguintes: (a) o sucesso do Pacs em termos do acesso a ações básicas de saúde, (b) o vazio programático que se configurava diante da questão assistencial no SUS, (c) os atrativos políticos da proposta e (d) o incentivo financeiro oferecido para a contratação das equipes. O PSF, assim, contribuiu diretamente para a descentralização do SUS, ainda que o município pudesse se restringir aos requisitos mínimos para a implantação das equipes, tal qual, via de regra, se sucedeu.

Em 2003, a OMS divulga seu Relatório Mundial propondo uma retomada dos princípios da APS presentes na Declaração de Alma-Ata, sugerindo um revigoramento da concepção integral e abrangente de cuidados à saúde: (a) acesso universal e cobertura com base em necessidades de saúde, (b) equidade em saúde como parte do desenvolvimento orientado para a justiça social, (c) participação comunitária na definição e implementação da agenda das políticas de saúde e (d) abordagem intersetorial à saúde (WHO, 2003).

É também no ano de 2003 que, pela primeira vez, o PSF aparece como ESF, refletindo a ideia de que o Saúde da Família não seja mais um “programa”, mas uma estratégia para a transformação do modelo de atenção. Independentemente do caráter efetivo ou exclusivamente retórico dessa mudança, é digno de nota que o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), quando primeiramente se adota a designação “ESF”, é cofinanciado entre o BM e o governo federal desde que foi firmado entre as partes.

O Proesf conta com três componentes: (1) apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos para a ESF, visando reestruturar a porta de entrada e promover apoio à rede de serviços; (2) reforço à política de recursos humanos para implementar e fortalecer a ESF onde já existe o PSF; e (3) apoio à elaboração e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho da ESF. Os municípios que desenvolveram projetos no âmbito do Proesf foram convidados a tomar parte da Fase 2 do Projeto, previsto para se estender do período de 2010 a 2013.

Em 2006, foi formalizado o “Pacto pela Saúde”, composto por “Pacto pela Vida”, “Pacto de Gestão do SUS” e “Pacto em Defesa do SUS” (BRASIL, 2006). A intenção era que o Pacto funcionasse como um instrumento para avançar no processo de hierarquização e regionalização por meio da consolidação da pactuação das ações entre os três níveis de gestão. As responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federal foram contratualizadas entre as partes com a assinatura de Termos de Compromisso de Gestão, que estabelecem as responsabilidades e as capacidades de cada ente na oferta das ações e dos serviços de saúde.

Dentre as diretrizes do Pacto pela Vida está consolidar e qualificar a APS, tendo como prioridade a ESF como modelo de atenção e centro ordenador das RAS. Estas iniciativas apontam para a importância que contemporaneamente vem sendo atribuída à ESF como política para a reversão do modelo de APS.

Essas diretrizes foram ratificadas, em termos jurídico-normativos, na ênfase dada à APS pela Portaria que estabelece as diretrizes para a organização

da RAS no âmbito do SUS (MS, 2010). Nesta Portaria, a APS é conceituada como eixo estruturante da RAS, centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Para isso, a APS deve ser o primeiro nível de atenção e, como tal, ponto de partida da implementação das linhas de cuidado.

A APS, nesse sentido, precisa deter certos atributos: ser constituída de equipe de saúde que viabiliza o primeiro contato; promover a longitudinalidade e a integralidade; realizar a coordenação das ações de cuidado; tomar a família como unidade de cuidado; viabilizar a abordagem familiar, e ser orientada para a comunidade. Dentre suas funções estão: a resolubilidade, a organização da rede e a responsabilização. Nessa Portaria, a ESF é colocada, mais uma vez, como o principal modelo para a organização da APS no SUS.

Desafios do trabalho em equipe na atenção primária à saúde

Nos itens anteriores, nos quais desenvolvemos uma análise da APS no SUS e as contribuições das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, foi possível observar que a questão do trabalho em equipe de saúde se expressa em vários aspectos. Essa presença é independente (a) do enfoque de APS ser verticalista ou integralista, (b) da criação ou não de meios para a integração dessas equipes ao sistema de saúde, (c) de enfrentar ou não a questão da centralidade da racionalidade biomédica no processo de trabalho em saúde, (d) de consistir em uma estratégia para a democratização das ações e serviços de APS ou ser um meio para a simplificação da assistência e redução de custos com pessoal ou (e) de ser parte de propostas de mudança que enfatizam o modelo técnico-assistencial (a exemplo de “Em Defesa da Vida” e “Ações Programáticas em Saúde”) ou o modelo de atenção (a exemplo do “Saúde da Família”).

A regulamentação da RAS indica que a ESF é fundamental na reestruturação da APS, visando à consolidação de um modelo de atenção à saúde pertinente aos princípios consignado no SUS (MS, 2010). A equipe da ESF é responsável por um conjunto de processos imprescindíveis à RAS, dentre eles: (a) delimitar e buscar soluções para os problemas de saúde da população que habita o território circunscrito; (b) participar da execução de ações constantes nas linhas

de cuidado; (c) ser responsável pelo primeiro contato do usuário e sua família ao sistema de saúde e, nessa oportunidade, da coordenação longitudinal das ações requeridas para enfrentar os problemas de saúde. Consequentemente, o fato do trabalho em equipe de saúde consistir um princípio operativo fundamental da ESF reafirma a importância de discutir a seu respeito.

Peduzzi (1998) apresenta uma sucinta e significativa definição para o que consiste a equipe de saúde: “grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em uma mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde” (p. 91).

A autora destaca a distinção entre equipe e grupo feita por Mucchielli (1980). Para o autor, toda equipe é uma equipe de trabalho, e, portanto, correspondente a um grupo de tipo secundário. Grupos vinculados pelo afeto, ou seja, grupos primários, não são equipes, cabendo aí a distinção. É importante registrar que isso difere da nossa proposta de processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo e também da tipologia grupal de Martín-Baró (1996), que tomamos como referência. Entendemos que não se pode omitir uma mediação ideológica da família na reprodução social do modo de produção, bem como a existência de relações que envolvem afetividade nos grupos funcionais.

Durante a pesquisa que desenvolveu tomando por base a coleta de informações a respeito do trabalho coletivo e do trabalho em equipe em quatro diferentes situações (enfermaria de clínica pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica, ambulatório de especialidades gerais e ambulatório de saúde mental), Peduzzi (1998) nota que, em certas situações,

Parece haver um certo deslocamento entre o discurso sobre o trabalho em equipe, que parece idealizado e retórico, e o plano prático das múltiplas ações e dos variados agentes, onde não parece haver relações e conexões concretas (p. 163).

A autora registra, ainda, a existência de certa noção que poderíamos denominar “heroica” ou “redentora” da equipe multiprofissional:

A noção de equipe, deslocada das condições particulares e concretas que pretende representar, transforma-se em símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e

apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais (p. 6).

Nesse sentido, é frequente que os trabalhadores sejam instados à adesão “voluntária” a práticas de equipe que supostamente solucionariam os vários níveis de fragmentação do seu processo de trabalho. No caso do trabalho em equipe, é frequente que se apele à estratégia da *conjugação* enquanto tentativa de inculcar nos trabalhadores as supostas vantagens de, acriticamente, “trabalhar juntos”, “somar esforços” e “compartilhar”. Peduzzi (1998) também critica a esse tipo de concepção:

Como se simplesmente trabalhar junto já gerasse um trabalho diferente e produtivo na direção que os profissionais almejam. Como se trabalho em equipe fosse um achado interessante da experiência mas não um princípio organizador do trabalho coletivo (p. 195).

Essa conjugação se mostrará tanto mais artificial quanto menos se problematizam as concepções que instrumentalizam o objeto do processo de trabalho em saúde em questão, reificando-se discursivamente a interdisciplinaridade por meio de ideias como “perspectiva holística” e “paciente como todo biopsicossocial”. Mendes-Gonçalves (1994) define a perspectiva biopsicossocial na assistência à saúde da seguinte maneira:

Disposição para assumir frente ao cliente o papel de um guia capaz de orientá-lo em face das mais diversas espécies de dificuldades que possam atingi-lo, originadas fora dele nos espaços concêntricos da família, do grupo social e da sociedade. Essa não é uma tecnologia clínica simplória, mas refinada; não obstante segue sendo uma tecnologia clínica, enquanto se refere a um objeto de trabalho cujo núcleo é a presença, atual ou potencial, da reação patológica nos limites do corpo anátomo-fisiológico (p. 171).

Peduzzi (1998) também estabelece uma tipologia do trabalho em equipe, postulando dois tipos básicos: (a) a equipe agrupamento, na qual se apresenta justaposição de ações e agrupamento de agentes, e (b) a equipe integração, em que se expressa articulação das ações e interação dos agentes. Conclui, em sua pesquisa, que sempre há complementaridade objetiva no trabalho coletivo, mas que na equipe agrupamento coexistem máxima autonomia técnica e independência do projeto assistencial pelo agente, e, diferentemente, na

equipe integração se manifestam, simultaneamente, colaboração no exercício da autonomia e construção de um projeto assistencial comum.

Nesse sentido, nota que a recomposição dos trabalhos parcelares em um efetivo trabalho em equipe não ocorre tão somente por uma somatória técnica dos trabalhos parcelares, requerendo “articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes – e suas disciplinas” (p. 12).

Dessa forma, sendo o trabalho em equipe uma diretriz organizativa para os serviços que compõem o SUS, configura uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. Porém, não se deve perder de vista que haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe de saúde. Dessa forma, embora seja uma diretriz organizativa da APS, a dialética cooperação-trabalho coletivo se manifestará na particular grupalidade do processo de trabalho das equipes de APS.

Ademais, em termos das regras pétreas da LOS, a par das diretrizes organizativas são postos os princípios doutrinários do SUS, quais sejam, a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação. Nesse sentido, como diretriz organizativa, o trabalho em equipe não assegura, isoladamente, a efetivação do conteúdo concreto dos princípios doutrinários. Em outras palavras, o conteúdo das práticas de saúde não é diretamente problematizado simplesmente pela mudança na disposição dos elementos do processo de trabalho na forma de trabalho em equipe⁸⁰.

No que se refere à *multiprofissionalidade* das equipes de saúde, recordemos a discussão de Conill (2008) sobre a possibilidade de se distinguir um “pólo participativo” na Declaração de Alma-Ata. Esse pólo seria composto pelas recomendações cujo conteúdo se relaciona a uma maior democratização dos serviços, dentre elas, a composição de equipes multiprofissionais. Na esteira das contradições presentes nas abordagens concretas de APS, tais como a disputa

⁸⁰ Parte da complexidade do problema encontra-se nos diferentes enfoques dados ao trabalho em equipe nas estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. Uma incorporação aligeirada dos conceitos da análise institucional poderia sugerir, por exemplo, que a prática de agrupamento seja suficiente para atingir objetivos de grupalização almejados com o trabalho em equipe. Não queremos minimizar a importância de “mais ‘fazejamento’ e menos planejamento”, na expressão atribuída a David Capistrano, quando se trata de por em ação propostas concretas de mudança do modelo de atenção à saúde. Porém, é preciso atenção ao risco de esvaziar o conteúdo das práticas de trabalho em equipe à medida que são ressaltadas as propriedades formais da diretriz organizativa por si mesma.

entre projetos “verticalistas” e “integralistas”, é interessante apreciar, por exemplo, as relações entre a proposta de equipes multiprofissionais e as diferentes compreensões acerca da função de porta de entrada do sistema de saúde.

Para fins de comparação, tomemos, por um lado, o caso dos países europeus cujo sistema nacional de saúde se organiza tendo a APS como base. Em onze países da União Europeia, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é com um profissional médico (generalista ou clínico geral) que realizará a coordenação dos cuidados (GIOVANELLA, 2006).

Por outro lado, observemos que um dos desdobramentos da proposta de mudança do modelo de atenção à saúde “Em Defesa da Vida” é a constituição de equipes de referência com apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Nesse arranjo, a equipe multiprofissional de saúde da APS equivale a uma equipe de referência, admitindo apoio matricial de outras especialidades ambulatoriais ou hospitalares na concretização de seu projeto assistencial. Aqui, o profissional de referência⁸¹, integrante da equipe de APS, é o trabalhador ao qual o usuário se vincula preferencialmente e que é responsável pela coordenação de seu projeto terapêutico singular, independentemente de sua formação, sendo, preferencialmente, um trabalhador com ensino superior.

Dessa forma notamos que, no que se refere à multiprofissionalidade enquanto aspecto constitutivo das equipes de saúde que atuam na APS, esta é eivada pela história constitutiva da divisão social e técnica do processo de trabalho em saúde. Resgatando a discussão de Mendes-Gonçalves (1992), o modelo clínico anatomopatológico e a centralidade do diagnóstico médico vão assegurar que o processo de trabalho em saúde se restrinja, hegemonicamente, aos limites de um processo de trabalho médico operado nos marcos da racionalidade biomédica. Porém, recordemos que o acréscimo de funções complementares suscita uma divisão “vertical”, do tipo chefe-subordinado, ao passo que a ampliação da jurisdição da Medicina suscita uma divisão

⁸¹ A ideia de profissional ou técnico de referência é originada no campo da Reforma Psiquiátrica. Baseia-se na crítica à centralização no psiquiatra da responsabilidade pela condução dos processos clínicos e na instrumentalização dos saberes operantes pela noção de “doença mental”. Sugerimos a leitura de Furtado e Miranda (2006) e Silva (2007) para um melhor detalhamento dessa questão.

“horizontal”, do tipo centro-periferia. Consequentemente, a noção instrumental do objeto do trabalho em saúde, tal qual definida pelo objeto do trabalho médico, torna-se, mesmo que hegemônica, fonte de litígio.

Outrossim, tomemos o caso emblemático da polêmica sobre as responsabilidades no exercício das funções clínicas e gerenciais no cotidiano do processo de trabalho das equipes de APS. Consideremos, a seguir, o modo como as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde encaminharam o problema da *relação clínica-gerência*.

A proposta “Em Defesa da Vida” assume que qualquer profissional da equipe pode ser um técnico de referência e, assim, ser responsável por gerir o projeto terapêutico singular do usuário do serviço. Há, nesse sentido, para esta proposta, um destaque à dimensão gerencial no processo clínico. Para a proposta de “Ações Programáticas”, por sua vez, a organização de ações condizentes com as necessidades de saúde de uma população deve ser parte da programação, sendo necessário garantir que tais ações incidam sobre coletivos (MENDES-GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990). Assim, nessa proposta, afirma-se que uma reflexão sobre a clínica deve preceder a organização da oferta de ações de saúde.

Ambas as propostas acima indicadas enfatizam a equipe multiprofissional de saúde como um de seus aspectos fundamentais. Porém, é preciso não perder de vista que o trabalho em equipe é adotado extensivamente como um recurso organizacional nos processos de reestruturação produtiva, especialmente com o advento da “produção enxuta” (ALVES, 2001). O trabalho em equipe, que vem se estabelecendo como a unidade organizacional fundamental da reestruturação produtiva nos mais diversos setores econômicos, suscita a redução de custos com a parte variável do capital, ou seja, com a força de trabalho. Na atual etapa de acumulação flexível de capital, esse custo precisa ser remetido ao seu mínimo.

Para Cipolla (2005), o trabalho em equipe é expressão do domínio do capital sobre o trabalho em nossos tempos, e “é possível compreender o trabalho em equipe como uma forma de simultaneamente aumentar o controle sobre o trabalho e reduzir custos associados ao trabalho de controle” (p. 205). O trabalho

em equipe amplifica as forças produtivas da cooperação, enquanto trabalho social combinado, no trabalho coletivo historicamente constituído, buscando aumentar a intensidade do trabalho e a produtividade do trabalhador coletivo.

A coordenação se presta tanto ao controle técnico das operações de trabalho quanto à conservação dos meios de produção utilizados como instrumentos e objetos de trabalho. Dessa forma, no trabalho em equipe “a coordenação técnica da produção é parcialmente internalizada na medida em que o próprio grupo exerce uma coordenação técnica relativa ao conjunto de tarefas que pertencem a ele” (CIPOLLA, 2005, p. 221).

A supervisão, por sua vez, decorre diretamente do antagonismo de classes, de modo que “a eliminação de linhas burocráticas de controle acima dos trabalhadores diretos [por meio do trabalho em equipe] apenas significa que esse controle agora precisa emergir do próprio chão” (p. 221). Assim, as funções de chefia se disseminam nas equipes de trabalho, promovendo uma diminuição do custo relacionado à atividade de supervisão.

Ainda que qualquer transposição requeira as devidas mediações, considerando as particularidades inerentes a cada segmento produtivo, vale notar que nas UBS sem ESF (centros de saúde “tradicionais”), tais quais aquelas organizadas sob a lógica da programação, eram previstas as funções de médico sanitaria e médico consultante. Ao observarmos as atribuições específicas dos integrantes da equipe da ESF na PNAB, referência contemporânea para a organização das ações de APS, todos os trabalhadores com formação em nível superior (médico, dentista e enfermeiro) devem participar igualmente do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Mendes-Gonçalves (1994), a esse respeito, discute que o saber epidemiológico detém instrumentos para o gerenciamento da clínica, mas que o inverso não é possível. Isso impõe uma marcante contradição na organização tecnológica dos processos de trabalho em saúde, qual seja: por um lado, a integração sanitária, como um princípio fundamental para a organização do processo de trabalho, implica na decisão de como, quantos, onde, com quais características técnicas devem ser realizados os atos clínicos. Por outro lado, a própria normatização de procedimentos clínicos dados certos critérios

epidemiológicos configura limites a essa integração, dado que a clínica reivindica sua autonomia como um princípio ético do direito do cidadão ter acesso ao encontro face-a-face com o médico (SCHRAIBER, 1993).

Dessa forma, a integração sanitária supõe subordinação da clínica a uma “gerência epidemiológica”, mas, para identificar qual tipo de integração que ocorre concretamente, é necessário levar em conta, ao menos: (a) as concepções a respeito das finalidades do trabalho, (b) as relações do trabalho com outras práticas, (c) as relações do trabalho com outros trabalhos dentro da equipe, (d) as concepções a respeito dos objetos e instrumentos do trabalho e (e) a organização e as formas de controle que estão presentes (MENDES-GONÇALVES, 1994). Isso possibilita a análise da organização tecnológica do processo de trabalho da equipe de saúde da APS.

No que se refere aos seus agentes, ao observarmos a ESF como principal modelo tecnológico de organização das ações de APS, notamos que a equipe compõe-se, minimamente, de médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de Enfermagem e ACS⁸². Notamos que tais agentes compõem o aspecto “vertical” da divisão social e técnica do processo de trabalho médico no âmbito hospitalar, com o acréscimo do ACS. Historicamente, tais divisões e subdivisões dos agentes do trabalho médico foram requeridas para dar conta da crescente especialização e agregação de funções, implicando em uma fragmentação das ações de atenção à saúde. Seria ingênuo supor que, ao menos em tese, tais relações não se reproduzam no processo de trabalho da APS.

É preciso reter, porém, as diferenças fundamentais existentes entre a flexibilidade da equipe na organização tecnológica do processo de trabalho e a flexibilização das relações de trabalho. Peduzzi (1998) indica algumas tensões na relação entre flexibilidade e especificidade no trabalho em equipe: (a) clareza do que cabe especificamente a cada área profissional, (b) diferenciação dos saberes técnicos que instrumentalizam cada intervenção e (c) conflitos entre agentes de diferentes áreas.

⁸² Ainda que essa equipe possa ser acrescida de outros trabalhadores da saúde conforme a realidade local, como não há demais incentivos para esse acréscimo, via de regra tais equipes mantêm essa composição. A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem sido uma alternativa para acrescentar outros agentes a partir, teoricamente, da organização de um processo de trabalho coerente com a ideia de equipe de referência com apoio matricial.

Uma das formas de encaminhar essa tensão consistiria em compatibilizar liberdade e responsabilidade no processo de trabalho em saúde: “a cada profissional cabe tanto a responsabilidade pelo seu trabalho especializado como a co-responsabilidade relativa à interdependência de ações conexas” (p. 217). Isso ratifica a importância da ação do agente do processo de trabalho nesse sentido, que, nesse plano de análise, podemos identificar com a mediação da personalidade no processo grupal, demandando que “o agente elabore as correlações e coloque em evidência as conexões existentes” (p. 229).

Em termos dos instrumentos de trabalho, dada a historicidade constitutiva da sua atividade, os saberes e as técnicas dos trabalhadores médicos dão ênfase aos aspectos de diagnóstico e tratamento de doenças. Os trabalhadores de Enfermagem (tanto o enfermeiro quanto auxiliares e técnicos) vão enfatizar os processos de cuidar e assistir o doente em sua enfermidade. Os ACS⁸³, por sua vez, vão desenvolver prioritariamente práticas educativas voltadas para os usuários adscritos à equipe.

Devido à fragmentação dentre os agentes e à diversidade de instrumentos aos quais se recorre, as equipes da APS se defrontam, por sua vez, com um objeto do processo de trabalho em saúde que se apresenta proporcionalmente cindido. O problema da referência ao modelo biomédico encontra-se diretamente relacionado com a definição de objeto que será priorizada no projeto assistencial. Mais que isso: a equipe de saúde deveria ter condições de problematizar, inclusive, a respeito do significado de “assistir” quando se trata de APS.

Dessa forma, uma ou mais dentre as três situações seguintes são possíveis: (a) manter a decomposição do objeto por meio da fragmentação entre agentes e instrumentos; (b) buscar uma recomposição vertical do objeto, ou seja, algum tipo de adequação individual do agente às mudanças necessárias para o desenvolvimento de ações de APS, por meio, por exemplo, da formação continuada ou da mudança dos marcos corporativos (profissionais), ou (c) buscar

⁸³ O trabalho do ACS passa a ser reconhecido formalmente com um trabalho profissional a partir da promulgação da lei que cria a profissão de ACS (BRASIL, 2002). Nessa lei, se estabelece que o ACS deve: (a) residir na área do território em que atua, (b) ter concluído o ensino fundamental e (c) concluir com aproveitamento um curso de qualificação básica.

uma recomposição horizontal do objeto, quer dizer, a construção de um projeto assistencial da equipe de saúde por meio do estabelecimento de algum nível de acordo, ainda que precário e aproximativo, a respeito da natureza do objeto do processo de trabalho em saúde.

Bastante sinteticamente e de uma maneira geral, retomando as finalidades do processo de trabalho médico, temos que, por um lado, estas apontam para a reprodução social da força de trabalho. Por outro lado, devido às críticas ao modelo clínico-epidemiológico, outras finalidades foram colocadas no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde: o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a problematização das práticas de saúde vigentes. Nesse sentido, Peduzzi e Palma (1996) afirmam que

Os agentes do trabalho, no âmbito da cultura profissional de cada área de trabalho e no âmbito da cultura institucional, fazem, a cada momento, opções que vão ao encontro da esfera objetiva de estruturação do trabalho ou que projetam a transformação desta (p. 240).

As contradições entre tais finalidades não deixam de se explicitar também no âmbito das equipes da APS, nos conduzindo a uma reflexão sobre o problema do projeto assistencial da equipe. Peduzzi (1998), por referência ao trabalho de Mendes-Gonçalves (1994), discute que a relação entre ciência (ou seja, o saber científico) e saber (em termos do saber técnico ou saber prático) se manifesta no caso do trabalho em equipe da seguinte forma:

As diversas áreas profissionais que trabalham coletivamente em equipes integram, em seus respectivos saberes, a contribuição de diversas disciplinas ou ciências, assim como, na prática cotidiana de trabalho compartilhado, a possibilidade de articulação do exercício concreto desses distintos saberes (p. 67).

A autora discute que, para além da relação entre ciência e saber, o trabalho em equipe “cristaliza” uma espécie de confluência das representações dos trabalhadores sobre as “contradições e os conflitos, assim como as resistências e as adesões a projetos, que configuram as situações de trabalho coletivo”. A expressão dessas representações, por sua vez, é “também influenciada e delimitada pelo contexto institucional e sociopolítico, em que os profissionais de saúde exercem cotidianamente seus trabalhos” (p. 74).

As reuniões de equipe são fundamentais nesse processo, por meio das quais se pode avançar: (a) na criação e desenvolvimento de uma cultura comum, (b) no planejamento e organização das atividades dos programas e do serviço, (c) no conhecimento e acompanhamento dos outros programas e atividades, e (d) na obtenção de acordos sobre a organização institucional e o projeto assistencial. Nesse sentido, em que o trabalho coletivo se efetiva por meio de processos de comunicação e pelo estabelecimento de um projeto assistencial comum, é imprescindível investir na institucionalização de espaços coletivos pela equipe, inclusive para a explicitação das relações de poder e dos conflitos que permeiam sua atividade (PEDUZZI, 1998; FORTUNA, 1999; FORTUNA et al. 2005).

A análise do processo grupal é um instrumento que entendemos ser imprescindível para a análise concreta da organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, visando o desenvolvimento de intervenções planejadas junto de seus agentes e/ou pesquisas que avancem na compreensão dos limites e potencialidades do trabalho em equipe na APS. Por meio do resgate do “caso de Nara”, desenvolvido na Apresentação do trabalho, pretendemos exemplificar, ainda que em linhas gerais, a possibilidade de abordagem do processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo na particularidade das equipes de saúde da APS.

RETOMANDO O CASO DE NARA

Na Apresentação deste trabalho fizemos a exposição do “caso de Nara”, por meio do qual, naquela ocasião, buscamos apresentar ao leitor os contornos iniciais de nosso objeto de investigação. Entendemos ter sido possível, no decorrer da investigação, delinear outros aspectos que nos permitem avançar com relação à problematização inicialmente desenvolvida. Dessa forma, resgataremos agora o “caso de Nara”.

Uma primeira intenção desse resgate refere-se à perspectiva de conclusão de um percurso metodológico. Neste percurso, partimos das determinações mais gerais, universal-abstratas, de nosso objeto de pesquisa, quais sejam, as mediações da atividade na formação do ser humano enquanto ser social. Desenvolvemos a reflexão em direção a uma mediação particular da atividade, qual seja, o processo de trabalho das equipes na APS. Do ponto de vista lógico, faz sentido que esse processo seja consumado com a análise de uma situação singular que, no nosso caso, será uma narrativa que se pretende fidedigna às circunstâncias corriqueiras de ao menos algumas equipes da ESF⁸⁴.

Outra intenção consiste propriamente na validação teórica de parte das elaborações contidas nesse percurso. E isso, em especial, com relação à proposta de análise histórico-dialética concreta do processo grupal que formalizamos, contemplando as dimensões de atividade, personalidade, poder e identidade. Entendemos que essa validação possibilitará verificar, em níveis a serem discutidos *a posteriori*, nossa proposição de se tomar o processo grupal como unidade de análise das manifestações da dialética cooperação-trabalho coletivo, em particular, no processo de trabalho das equipes da APS.

É importante verificar que, no “caso de Nara”, há pelo menos três grupos mais imediatamente aparentes: a equipe de saúde, o grupo de promoção da saúde e a equipe de coordenação do grupo. Ainda que a metodologia apresentada também caiba à análise da equipe de coordenação e do grupo de

⁸⁴ Com exceção dessas considerações mais gerais, não desenvolvemos mais detidamente, neste trabalho, a questão da metodologia de análise concreta do nosso problema de investigação. Remetemos o leitor ao trabalho de Oliveira (2005) para uma abrangente reflexão da dialética singular-particular-universal em seus aspectos ontológico, epistemológico e lógico.

promoção da saúde desenvolveremos, aqui, a análise da equipe de saúde, por tratar-se de nosso objeto de estudo.

Tomaremos como base as dimensões e as categorias de análise da proposta que formalizamos. Dadas tais categorias, selecionaremos certos aspectos do “caso” que são ilustrativos de processos abrangidos por tais categorias. Posteriormente, tais excertos serão analisados frente aos desafios do trabalho em equipe na APS, o que, de certa forma, permitirá sintetizar a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no plano de análise que aqui nos interessa.

Inicialmente, se faz necessário analisar o processo grupal da equipe com relação à dimensão “atividade”.

Há elementos no caso que sugerem que o *objeto* principal do processo de trabalho da equipe consiste na recuperação individual da força de trabalho da população atendida. Isso aparece, por exemplo, no fato do dentista se encontrar com a agenda cheia pelos próximos meses e o médico ocupar seu tempo integralmente com as consultas ao dividir sua jornada de trabalho entre as duas equipes. Ainda assim, o incômodo das ACS com o encerramento do grupo de promoção da saúde sugere haver certa disputa na definição do objeto, ainda que de forma marginal. Além disso, Nara entende a importância da realização das práticas grupais diante de certas problemáticas.

Em termos dos desafios para o trabalho em equipe na APS, isso sugere a questão do enfrentamento ou da adesão à definição de processo de saúde-doença própria da racionalidade biomédica do modelo clínico anatomopatológico. Aparentemente, há uma iniciativa de recomposição horizontal do objeto de trabalho quando Nara e as duas ACS se propõem a organizar conjuntamente o grupo de promoção da saúde. Não obstante, persistem obstáculos à problematização da demanda trazida, havendo a reiteração de um enfoque medicalizante e individualista.

Porém, a equipe de coordenação do grupo – Nara e as duas ACS – compõem suas ações realizando uma *mediação* para que este se desenvolva no sentido pactuado no “contrato de trabalho” realizado no primeiro encontro. Com a entrada do médico, que passa a atender a demanda de orientação sobre a medicação em uso, a atividade se desenvolve em outro sentido. Outra situação em que a mediação é fundamental refere-se à decisão pelo encerramento do grupo.

Isso põe em questão a tensão entre a efetiva democratização das relações intragrupais do trabalho em equipe na APS e o recurso ao trabalho em equipe como meio para a simplificação da oferta de ações e serviços de saúde. Ou seja, há uma flexibilidade na divisão do trabalho dado que o grupo é coordenado também pelas ACS, assumindo-se esta como uma função geral e não especializada. Porém, as ACS não detêm autonomia técnica para mediar a decisão sobre o encerramento ou a continuidade do grupo. Nara, a despeito de reconhecer a necessidade de que a equipe conduza práticas grupais, sente-se sem recursos para lidar com grupos, o que acaba por reiterar os fracassos na organização de práticas grupais.

O fato de a equipe ter dificuldades para se reunir e, ao se reunir, não dispor de tempo para gerir seu próprio processo de trabalho, sugere que esta não tenha condições de atentar para seu processo de *produção* como equipe, ou seja, para se deter sobre seu processo grupal. O incômodo causado pelo tempo despendido para manter em atividade um grupo com “poucos participantes” é outro indicativo de que o significado de desenvolver as ações necessárias para viabilizá-lo não é compreendido como parte das atividades da equipe. A impossibilidade de articular as práticas grupais às demais atividades clínicas é um indicativo da impossibilidade de planejar sua própria produção.

Até onde se pode depreender da narrativa, não atentar para sua produção mantém a equipe como um agrupamento, impedindo esta de se desenvolver na direção de uma coletividade. Essa questão se relaciona com as finalidades que a própria equipe estabelece para si, o que somente poderia se viabilizar à proporção que possa dedicar momentos coletivos para refletir sobre sua atividade, inclusive a fim de estabelecer seu projeto assistencial. Nara, que inicia sua atividade com o reconhecimento do processo de trabalho da equipe que

coordena, não encontra condições para discuti-lo de forma continuada juntamente dos demais trabalhadores que a compõem.

O processo grupal da equipe de APS em questão também deve ser analisado na dimensão “personalidade”.

No que se refere aos *motivos*, a despeito da necessidade de uma análise mais detida a respeito de cada integrante, o que não se oferece no caso em relato, há indícios que poderíamos tomar como base para uma aproximação. Para Nara, integrar uma equipe de ESF implica tomar parte de uma atividade com a qual ela se identifica, realizar um projeto profissional e participar da construção do SUS; para as ACS, uma forma de desenvolver capacidades relacionadas à realização de ações educativas; para o médico e para o dentista, trata-se de buscar a recuperação do estado de saúde dos pacientes que atendem. Evidentemente, essa aproximação não suprime o fato da atividade ser polimotivada e os motivos serem parte de uma estrutura motivacional hierarquizada na personalidade.

Contudo, essa análise põe em pauta a questão da participação ou da abstenção do trabalhador ao projeto assistencial acordado (ou pressuposto) pela equipe, o que também se relaciona com o nível de autonomia de que dispõe para realizar sua atividade. Como discutimos anteriormente, contar ~~com~~ ou não com espaços coletivos para estabelecer os acordos e mediações necessárias também é determinante das possibilidades de construção deste projeto assistencial comum. Em outras palavras, tais espaços são fundamentais para permitir aos integrantes da equipe uma confrontação dos motivos pessoais da atividade com as finalidades idealizadas.

Com relação ao processo de *consciência*, no “caso de Nara”, os ~~distintos~~ ~~agentes~~ trabalhadores desenvolvem movimentos diferentes. Nara, logo que ingressa na equipe, nota que a sobrecarga pelos atendimentos individuais poderia ser minimizada pelos grupos; isso poderia sugerir certo viés racionalizador, mas a enfermeira compreende o esforço necessário para desenvolvê-los (formação prévia, disponibilidade de pessoal, concepção do processo saúde-doença etc.). As ACS, por sua vez, parecem ter tomado consciência de certas relações de poder determinantes das decisões clínicas e de gestão do processo de trabalho da equipe no episódio da decisão pelo encerramento do grupo.

De certo modo, essa questão explicita o desafio que consiste avançar da mera justaposição das ações dos diferentes agentes do processo de trabalho da equipe diante da necessidade de articulação das suas ações parcelares. Isso passa pela necessidade de reflexão dos agentes, requerendo um processo de desenvolvimento da consciência do que constitui, efetivamente, essa particular manifestação do trabalhador coletivo da saúde enquanto trabalho em equipe. Resta que, na impossibilidade de contar com a oportunidade para essa reflexão, a equipe da ESF atua como um “ambulatório não-especializado”, conforme discutimos anteriormente.

Apesar do caso não relatar diretamente manifestações da *afetividade* que permeiam o processo de trabalho da equipe, há diferentes momentos que podem ser demarcados em termos da situação afetiva (clima emocional) predominante: a colaboração quando se faz a “campanha” pela implantação do grupo de promoção da saúde, a solidariedade da equipe de coordenação deste grupo, o desapontamento pela decisão de encerramento do grupo. Nesta última situação, se a decisão ocasionou um sentimento mais geral de desapontamento, a vivência emocional de alguns pode ter sido de alívio, ao passo que as ACS experimentaram frustração, expressando diferentes níveis e formas de relação com o processo de trabalho da equipe.

Esses distintos níveis de relação com a equipe sugerem a importância de não promover uma diferenciação muito estanque entre grupo e equipe. Recuperando Martín-Baró (1996), há uma conversibilidade nos tipos de grupos, de modo que grupos funcionais podem se converter em grupos estruturais (por exemplo, famílias que passam a deter abundantes meios de produção) ou em grupos primários (por exemplo, colegas de trabalho que passam a ter relações mais próximas e se tornam “da família”). Isso sugere que os aspectos pessoais e profissionais da personalidade, inclusive em termos da afetividade, compõem uma unidade, ainda que o ideal de serviço das profissões de saúde frequentemente pressuponha, ideologicamente, que o primeiro não possa “interferir” no segundo (FREIDSON, 2009).

A dimensão de análise do “poder” nos processos grupais também esclarece outros aspectos da sua atividade.

Nesse sentido, em termos dos *instrumentos* de que dispõe, o “caso” dá a entender que a equipe tem certa dificuldade para contar com seus integrantes, ao passo que o médico precisa dividir sua jornada com a outra equipe, Nara dedica-se simultaneamente a outras atividades que ocupam seu tempo e esforços e o dentista preenche sua jornada com as consultas. Ainda que a necessidade de oferecer consultas não esteja em discussão, ao mesmo tempo, são estes mesmos trabalhadores que poderiam conquistar outras possibilidades de intervenção, posto que sua grupalização é também um instrumento de seu processo de trabalho.

Isso remete ao tensionamento no trabalho em equipe na APS entre um tipo de autonomia que pode ser ampliada para o conjunto da equipe à medida que se põem possibilidades de coordenação das ações, ou um tipo corporativo de conquista individual de autonomia técnica. Os distintos instrumentos de que dispõem os agentes podem ser um ganho em termos do poder à disposição da equipe. No entanto, a divisão técnica e social do trabalho termina por fragmentar suas ações, reduzindo a efetividade possível da combinação destes instrumentos na busca de seus objetivos assistenciais e na realização de patamares mais ampliados de necessidades dos integrantes da equipe.

A questão da *participação*, por sua vez, é mediada pelo lugar dos agentes na divisão social e técnica do trabalho estabelecendo-se possibilidades distintas de intervir em diferentes momentos do processo de trabalho da equipe. O modo pelo qual foi decidido o encerramento do grupo é sugestivo desta questão. Interessante observar que circunstâncias tais como a “campanha” pela organização do grupo de promoção da saúde podem ter alguma influência no processo de consciência dos agentes da equipe sobre o tipo de participação requerido para o desenvolvimento desta enquanto processo grupal.

O modo como as propostas de transformação do modelo de atenção à saúde lidam com a relação entre clínica e gerência remete à questão da participação na equipe de saúde enquanto processo grupal. Nesse sentido, se supõe uma problematização do objeto do processo de trabalho em saúde para viabilizar algum tipo de recomposição. Ato contínuo, essa recomposição requer certa relação com o objeto do trabalho da equipe para a qual a participação dos

agentes é imprescindível. As possibilidades ou os obstáculos para a gestão do processo grupal ao longo do tempo são, de certo modo, uma consequência do tipo de participação viabilizada no trabalho em equipe.

Em termos da *institucionalidade*, notamos que a equipe do “caso de Nara” é recente, e isso pode ser sugestivo do tipo de ingerência à qual ela é submetida como, por exemplo, a dedicação “flutuante” do médico em sua jornada de trabalho. Além disso, o grande esforço requerido para a organização do grupo de promoção da saúde pela equipe dá a entender uma frágil institucionalidade, dado que se espera que tais grupos sejam parte do conjunto de ações regularmente desenvolvidas pelas equipes. Interessante notar que o reconhecimento das ações desenvolvidas pela equipe junto da comunidade atendida parece favorável ao desenvolvimento da sua institucionalidade.

Esse aspecto remete para a questão da maior ou menor integração das ações das equipes de saúde da APS aos demais pontos de atenção do sistema de saúde (média complexidade, alta complexidade, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, etc.). À parte a necessária formalização das relações entre os serviços, advinda da hierarquização e regionalização da assistência, a institucionalidade, aqui, vai se referir ao reconhecimento da APS como passível (ou não) de um enfoque integral (ou seletivo) de atenção à saúde. Mediatemente, isso põe o projeto assistencial da equipe em relação com as finalidades de um modelo de atenção em confronto entre a defesa por um sistema público, universal, equânime e integral e um sistema privatista e seletivo.

Finalmente, nossa proposta de análise do processo grupal abarca discutir a respeito da dimensão da “identidade”.

Com relação à *formalização* das normas e regras que regem as relações entre os trabalhadores no processo de trabalho em saúde, é notável que o médico fosse dispensado das reuniões de planejamento das atividades do grupo de promoção da saúde, mesmo que a coordenadora considerasse isso imprescindível. Nara, por sua vez, dispunha de parte de sua jornada de trabalho como enfermeira da equipe para realizar a assessoria técnica na Secretaria. As ACS não sentiram condições de participar da decisão quanto ao encerramento do grupo. Dessa

forma, notamos que as normas e regras aplicam-se diferentemente a uns e outros membros da equipe.

Essa questão se apresenta, por exemplo, no modo como é endereçada a questão das relações entre os agentes nas propostas de mudança do modelo de atenção à saúde. Ao darem ênfase no modelo técnico-assistencial da APS, busca-se investir na democratização da relação entre os agentes. Consequentemente, certo questionamento do tradicional objeto do processo de trabalho em saúde como objeto do trabalho médico deve emergir dessas iniciativas.

Outro aspecto relevante consiste na aparente inexistência de indícios de uma preocupação da equipe com sua própria produção enquanto tal, ainda que a inquietação com as práticas grupais fosse compartilhada entre os integrantes da equipe. Isso é um indicativo de se tratar de uma equipe com baixo nível de *desenvolvimento* de sua grupalidade, o que se manifesta, inclusive, na contraditória decisão por encerrar o grupo sem uma efetiva participação das ACS, que detinham um domínio sobre essa ação no conjunto do processo de trabalho da equipe.

O investimento da equipe no desenvolvimento de sua grupalidade nos remete à possibilidade de que, de fato, a equipe seja reconhecida como a porta de entrada da APS. Nesse sentido, trabalhar-se enquanto equipe é fundamental, por exemplo, para que as práticas de acolhimento tenham como referência a própria equipe e não o atendimento médico. Isso coloca em outro patamar a possibilidade de se problematizar, não sem o discernimento das contradições e obstáculos concretos, a necessidade histórica de uma “gerência epidemiológica” da clínica.

A última categoria a realçarmos consiste na de *projeto*. No “caso de Nara”, observamos que as finalidades assistenciais são centradas no indivíduo e na doença, ao mesmo tempo em que espaços coletivos aparentemente não são valorizados. Assim, não se estabelece um lugar privilegiado para a discussão do projeto assistencial, de modo que também não há um real dimensionamento das necessidades de saúde da população atendida pela equipe. Dessa forma, não são pautadas outras finalidades exceto aquelas que viabilizam a reprodução social do trabalhador médico coletivo e a reiteração da satisfação somente parcial de determinadas necessidades de saúde.

A discussão a respeito das finalidades e do projeto assistencial da equipe nos remete para a questão do enfoque de APS que se coloca para o processo de trabalho da equipe. Nesse sentido, a possibilidade de contemplar um enfoque integralista ou de reproduzir um enfoque verticalista de APS vai a par da possibilidade de contar com espaços coletivos para discutir o projeto assistencial da equipe. Isso não minimiza o fato de que determinadas questões possam estar além do governo imediato da equipe, sugerindo a necessidade de se relativizar uma ênfase voluntarista da equipe como responsável por viabilizá-lo.

Desenvolvemos, acima, um breve exame da viabilidade teórica de que a proposta de análise concreta do processo grupal que apresentamos logre analisar uma situação singular de processo de trabalho em equipe da APS. Preliminarmente, concluímos pela sua viabilidade, sendo as quatro dimensões delimitadas (atividade, personalidade, poder e identidade) importantes para uma maior aproximação da totalidade concreta que compõe as múltiplas mediações e determinações dos processos grupais.

Também supomos ser possível sustentar, teoricamente, que o processo grupal pode ser tomado como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. Nesse exercício preliminar de análise do processo grupal foi possível divisar a unidade contraditória entre (a) os fundamentos histórico-ontológicos do trabalho na constituição do ser humano como ser social e (b) certa forma histórica com que a sociabilidade do ser humano se vale da cooperação para constituir o trabalho em uma particular manifestação do modo de produção, ou seja, o trabalho da equipe de APS como trabalho coletivo.

É preciso ressaltar o fato de a análise realizada ser incompleta e aproximativa. Incompleta, dado que seriam necessários outros recursos metodológicos para a consolidação de informações de campo que possibilitassem a constituição de um *corpus* suficientemente abrangente para uma análise mais aprofundada, para bastante além da mera narrativa de um “caso”. Em especial, estratégias de pesquisa de campo que permitissem tanto a obtenção de dados *in*

loco, tais como a observação participante, quanto estratégias que visassem uma apropriação das representações dos trabalhadores sobre o próprio processo grupal, como entrevistas semi-estruturadas.

A análise desenvolvida também é aproximativa, dado que a perspectiva de abordar a realidade como uma totalidade concreta, demarcada pelo marxismo, não implica em pressupor a possibilidade de reprodução do movimento histórico-dialético da realidade no pensamento, mas na delimitação de meios lógicos e epistemológicos que permitam aproximações às determinações e mediações que concretamente a constituem. Nesse sentido, entendemos ter sido possível delimitar as categorias de atividade, personalidade, poder e identidade como viáveis para uma maior aproximação aos processos grupais, constitutivos da e constituídos na totalidade histórica em que se inserem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, nos propusemos a abrir alguns panoramas a respeito da presença de processos grupais na APS, mais especificamente, do trabalho em equipe na APS enquanto processo grupal. Isso nos exigiu um aprofundamento teórico-metodológico a propósito dos processos grupais e, também, do que denominamos *dialética cooperação-trabalho coletivo*. Nesse ponto de nosso trabalho, cabem algumas reflexões conclusivas, que não ambicionam conclusões generalizantes mas apontam lacunas que persistiram, indicando, assim, perspectivas temáticas para futuras investigações e aprofundamento.

Observamos ter sido possível indicar elementos que contribuem para a identificação das vantagens das práticas grupais na organização das ações de atenção à saúde; porém, mais especificamente, notamos o mérito de se atentar para o processo grupal da equipe da APS como componente ineliminável de seu processo de trabalho.

Esse empreendimento se converte em um meio para viabilizar estratégias de qualificação não só da gestão do processo de trabalho, mas também da atenção, da formação e da participação social na saúde, pressupondo a efetiva valorização de espaços coletivos para o planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações da equipe. Não é supérfluo recordar, dada a análise realizada no decorrer deste trabalho, que essa valorização não depende exclusivamente da iniciativa dos trabalhadores da equipe de saúde. Supomos ter sido possível argumentar que formar-se para o trabalho em equipe é uma atividade cujas ações extrapolam em muito a simples conjugação em um mesmo espaço de trabalho.

No que se refere ao desenvolvimento metodológico da proposta de análise concreta dos processos grupais, as premissas e os princípios que serviram de fundamento foram revisados com base nos autores-chave destacados, mas não foram sistematizados em um novo arranjo. Trata-se de outro empreendimento de pesquisa, a ser desenvolvido em uma investigação futura, especialmente como momento metodológico da análise de processos grupais singulares.

O mesmo ocorre com relação às dimensões do processo grupal. A proposta consiste de apontamentos iniciais que requerem maior refinamento e desenvolvimento, o que somente será possível no exame da capacidade explicativa das categorias, à luz de uma posição que tome como base o caráter inacabado do marxismo como pensamento e práxis.

Uma investigação mais aprofundada de outros autores que se fundamentam em práticas grupais orientadas por concepções críticas também seria desejável, promovendo diálogo e ligações teórico-metodológicas que certamente se revelariam produtivas. Por exemplo: a concepção dos grupos operativos não se trata de um referencial tão homogêneo quanto eventualmente possamos ter sugerido, e a própria formulação de Pichón-Rivière, seus seguidores e colaboradores, desenvolve-se e sofre mudanças no decorrer das reflexões teóricas a partir de sua práxis grupal.

No entanto, entendemos ter sido possível apresentar algumas contribuições no que se refere, por exemplo, ao campo da Psicologia Social. Assim, durante o desenvolvimento do trabalho, buscamos argumentar a pertinência e a atualidade de se tomar a atividade como categoria psicossocial fundamental, resgatando bases conceituais que julgamos apropriadas para nosso intento. Também recuperamos, com base na teoria leontieviana da atividade e em Petrovski (1984), a importância de um enfoque concreto da questão da personalidade inserida em processos grupais e psicossociais, ao contrário das abordagens “coleccionistas” da personalidade. Ademais, deduzimos ter sido possível sistematizar alguns elementos no esforço de se avançar na formulação teórico-metodológica a respeito do processo grupal desde uma perspectiva histórico-dialética de Psicologia Social, ou, coerentemente com os pressupostos adotados, desde o referencial histórico-cultural da Psicologia.

É preciso, assim, não perder de vista a unidade entre os momentos “internos” e “externos” do processo grupal. Andaló (2006) afirma que:

Tem sido grande o interesse da Sociologia e da Psicologia Social pelos pequenos grupos. Tal interesse, contudo, parece ser mais de ordem pragmática, visando à estruturação e ao desenvolvimento de equipes de trabalho, associado à ideia de produtividade e relegando a um plano secundário as relações recíprocas entre

esses grupos e o contexto social e histórico em que se situam (p. 41).

Dada essa unidade contraditória, notamos ser necessário abordar os processos grupais valendo-se de uma abordagem inerentemente conflitiva. Mais especificamente, trata-se do conflito do lugar da atividade, dadas as distintas centralidades do trabalho nos processos de reprodução e produção social do ser humano como ser social e a dialética cooperação-trabalho coletivo.

No tocante à Saúde Coletiva como campo de conhecimento e práticas, notamos a pertinência de uma apreciação crítica da incorporação do marxismo no campo. Tendo sido possível indicar elementos que argumentam sua atualidade e relevância, persiste a necessidade de examinar mais detidamente a hipótese de uma interpretação hegemonicamente estruturalista e de identificar como se desenvolveram, nas áreas disciplinares que compõem o campo, as correntes mais clássicas do marxismo e os *aggiornamenti* contemporâneos. Para levar a cabo essa intenção, é desnecessário e irrelevante o uso de quaisquer “marxímetros” – termo provocativo cuja criação é atribuída ao historiador brasileiro Nelson Werneck Sodré (1911-1999) – dado o caráter aberto e inconcluso do marxismo. Porém, esse exame é um esforço que entendemos frutífero, dada a importância da crítica sistemática interna e externa dessa corrente de pensamento e práxis social.

É exemplar dessa necessidade a recente discussão a propósito do “trabalho imaterial”. A nosso ver, afirmar acerca da intangibilidade dos resultados do processo de trabalho (tal qual ocorre com o processo de trabalho em saúde) não é o mesmo que atestar uma transformação histórico-ontológica do trabalho tal que esse tenha se convertido em imaterial. Lessa (2008) recupera que

Para Marx, todo o existente são formas distintas da matéria. O imaterial é rigorosamente o inexistente. O pensamento do indivíduo, a pedra assim como a casa feita desta pedra, tudo para Marx é matéria. O que não é matéria é inexistente. Ou, se quiserem, o inexistente é imaterial (p. 437).

Ainda que a produção de valor seja intangível, a vigência da teoria marxiana do valor-trabalho nos asseverou que o capital, diuturnamente, requer meios que lhe facultem apropriar-se do trabalho do ser humano como mercadoria, de modo a viabilizar sua reprodução sociometabólica. A “metáfora do edifício”, por

sua vez, é expressão de que a tangibilidade e a intangibilidade formam uma unidade na reprodução e produção social das forças produtivas e das relações sociais de produção capitalistas, em função da eficácia relativa do seu momento político-ideológico.

Por conseguinte, é preciso não perder de vista que a centralidade cotidiana do emprego tem promovido inserções precárias (relações trabalhistas inseguras, instáveis e flexibilizadas), aliadas à persistência de altos níveis de desemprego e subemprego, de iniquidades no trabalho (de sexo, de etnia, de qualificação) e de adoecimento pelo trabalho. Tratam-se das mais ilustrativas demonstrações da vigência da dominação do capital sobre o trabalho.

Ao discutirmos o processo da consciência, a formação da personalidade e o lugar da afetividade na formação do ser social do ser humano, resgatamos a unidade desses processos com aqueles relacionados com a vigência do modo de produção capitalista. Em termos da subjetividade, a personalidade vivencia contradições que podem ser sumarizadas, de certo modo, na premissa formulada por Lane a respeito da análise ideológica do indivíduo inserido no processo grupal de que o ser humano deva ser tomado como, em tese, alienado.

Assim, por um lado, se impõem à personalidade várias ordens de constrangimentos relacionados ao tempo que nos toca viver, tais como a atividade ser majoritariamente composta pela centralidade cotidiana do emprego, criando obstáculos para patamares mais amplos de sociabilidade, consciência, liberdade e universalidade, e a linguagem socializada veicular conteúdos que tendem à reprodução da legitimidade da ideologia liberal-burguesa.

Porém, por outro lado, deve-se ter em mente: (a) a riqueza do processo de consciência, do conteúdo, das nuances e da singularidade da sua formação; (b) a predominância do sentido sobre o significado no momento interior do pensamento verbalizado como característica ontológica do processo de consciência; (c) as múltiplas expressões e possibilidades históricas da personalidade; (d) a emoção como indicativa de certas disposições da personalidade para com os objetos da atividade; (e) a “cristalização” da consciência social nos sentimentos, etc. Dessa forma, se põe a centralidade política dos trabalhadores. Leontiev (1978), a esse propósito, afirma que “o

homem que percebe e pensa o mundo enquanto ser sócio-histórico, está ao mesmo tempo armado e limitado pelas representações e conhecimentos da sua época e da sua sociedade” (p. 94).

Com relação ao processo de trabalho em saúde, buscamos realizar, ainda que forma precária e aproximativa, algumas distinções entre processo de trabalho médico e processo de trabalho em saúde, entre trabalhador médico coletivo e trabalhador coletivo da saúde, e entre agente do trabalho médico e agente do trabalho em saúde.

Ao discutir sobre o trabalho coletivo em saúde, notamos que se conservam contradições de uma etapa histórica em que a Medicina anatomopatológica era inconteste: (a) a pretensa objetividade da racionalidade biomédica da doença diante da concreticidade da normatividade social do processo saúde-doença, (b) a unidade entre individualismo político-ideológico e a restrição da Medicina anatomopatológica ao âmbito individual, e (c) a socialização da Medicina (mais especificamente, do direito de consumir serviços médicos, sendo o hospital o centro da sua produção) com a concomitante medicalização social (ampliação da jurisdição, da especialização, do consumismo e das altas expectativas de eficácia dos serviços médicos).

Ocorre que, em uma etapa histórica seguinte, a Medicina anatomopatológica mantém sua hegemonia, observando-se, porém, questionamentos a determinados aspectos tanto da racionalidade biomédica quanto do processo de trabalho médico. Esse processo acrescenta complexidade à questão, dado que as contradições do momento anterior não são superadas: à centralidade do diagnóstico médico se contrapõe uma multiplicidade de instrumentos e agentes que se voltam à criação de meios para a identificação de patologias, e à reprodução social dos agentes do processo de trabalho médico (e inclusive das formas vertical e horizontal da divisão técnica e social destes agentes) se acrescenta a reprodução social dos agentes do processo de trabalho em saúde, de modo que o litígio sobre o objeto e a finalidade deste processo de trabalho introduz novos agentes e novas decomposições.

Porém, esse processo não se dá em abstrato, devendo ser situado em um contexto histórico e social concreto. Tais contradições, assim, se expressam no

SUS. Desse modo, ainda que não se deva perder de vista as origens históricas que conferem singularidade ao SUS enquanto sistema nacional de saúde, em especial à RSB como movimento social que deu direção política a um processo histórico que se consumou na LOS, o denominado “dilema reformista” conduz a contradições dignas de atenção.

A ESF tem se consolidado como o principal modelo que visa à reorganização do modelo de atenção à saúde com base na APS. Porém, dada a imensa diversidade da organização local da oferta de ações e serviços de saúde no SUS, consideramos temerário estabelecer limites muito estritos entre as RAS concretamente existentes no SUS cuja APS já teria avançado para uma proposta mais integralista, e aquelas – certamente a maioria – que consolidaram tão somente uma proposta de tipo verticalista.

Parece ser necessário investigar se as inovações introduzidas pelas propostas de mudança do modelo de atenção prévias à expansão do Pacs e do PSF foram contempladas, substituídas ou aprimoradas pela implantação da ESF. Tomando-se, por exemplo, a problematização da relação clínica-gerência na proposta de “Ações Programáticas em Saúde”, em que medida a ESF contempla uma reflexão sobre o objeto do processo de trabalho em saúde? Ou considerando as contribuições da proposta “Em Defesa da Vida”, em que medida a ESF tem conseguido pautar a responsabilidade pela construção e acompanhamento longitudinal do projeto terapêutico singular como de toda a equipe de saúde?

Todavia, tomando as políticas de saúde como parte de uma totalidade histórica concreta, é preciso levar em conta a autonomia relativa da dimensão superestrutural das propostas técnico-políticas e considerar, também, os limites econômico-sociais do SUS como contido em uma proposta de reforma social. Com isso, em um todo, a APS concretamente existente mantém-se bastante aquém de uma proposta integralista, dentre outros motivos, porque: (a) não se superou a persistência da centralidade da Medicina anatomopatológica e da assistência médico-hospitalar no modelo de atenção; (b) a terceirização da gestão (por exemplo, via Organizações Sociais – OS) tem sido uma solução dita “pragmática” que produz, dentre outras consequências, maior fragmentação dos serviços e dificuldade crescente para manter comando único e, conseqüentemente, algum

nível de integração sanitária das ações e serviços; (c) o orçamento público para contratação de pessoal se encontra restrito dados os limitantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), configurando obstáculos, por exemplo, a quaisquer propostas de valorização do trabalhadores da APS via remuneração; (d) as empresas intermediadoras de serviços médicos (assistência médica supletiva) encontram-se em franca solidez e expansão de seu processo produtivo, o que reforça um modelo verticalista e excludente, etc. Interessante assinalar que tratam-se de aspectos condizentes com as recomendações para as políticas de saúde preconizadas pelo Banco Mundial, conforme discutimos no presente trabalho.

Apesar da diretriz organizativa do trabalho em equipe não sinalizar, isoladamente, para um modelo integralista ou verticalista de APS, alguns argumentos justificam a importância de buscar aprimorá-lo: trata-se de um desafio ambicionado pelos trabalhadores da saúde e exigido pelo gestor, dado consistir em parte importante da proposta organizacional da ESF; contribui para uma atenção integral e de qualidade por possibilitar efetiva potencialização da APS; é relevante no sentido da proteção da saúde do trabalhador; corresponde à demanda dos trabalhadores da saúde por apoio técnico-institucional para o desenvolvimento de grupos de atenção à saúde e de si mesmos enquanto equipe; contribui com a busca de superação de deficiências básicas da formação dos trabalhadores de nível superior; grupos de atenção à saúde, de educação permanente e espaços de participação social são difíceis de serem consolidados em parte devido à dificuldade dos próprios trabalhadores em trabalhar em equipe.

Contudo, não se defende, nesse trabalho, os pressupostos organizacionais da racionalidade gerencial hegemônica assentada nas “equipes autogerenciadas” para concretizar um processo de trabalho que viabilize as diretrizes organizativas e os princípios doutrinários do SUS. Sem dúvida que o trabalho em equipe que se espera realizar na APS distingue-se, nesse sentido, daquele da “produção enxuta” (desespecialização, apropriação de funções de controle do processo de trabalho, sedução do trabalhador para a ideologia do empreendedorismo, desrespeito ao direito de organização sindical e no local de

trabalho etc.). Alternativamente, deve-se visar o planejamento participativo⁸⁵, a gestão conjunta do processo de trabalho e a criação de espaços coletivos de problematização das práticas de saúde da equipe. Nesse sentido se põe em discussão a questão da participação e, conseqüentemente, da atividade do integrante da equipe como partícipe de processos grupais.

É possível notar, nesse sentido, um deslocamento do problema da participação: se até o período das reformas democráticas ocorridas com o fim da ditadura a questão consistia em garantir, formalmente, a participação do cidadão no conjunto dos momentos em que se decide sua própria vida e destino, atualmente se põe centralmente a questão da qualidade desta participação. O mesmo raciocínio pode ser transposto para o mundo do trabalho, já que enquanto trabalhador o indivíduo não deixa de ser cidadão e, sim, deva ser capaz de afirmar-se como tal: qual é o tipo de participação que se espera do trabalhador no trabalho em equipe? A gerência deve se haver com o problema de conquistar a melhor forma de controlar as participações ou a equipe deve deter a máxima autonomia para gerir o seu próprio processo grupal?

Tendemos a considerar a autogestão uma utopia algo distante, dada a institucionalidade que constitui as condições concretas de atuação das equipes de saúde. Evidentemente, é preciso não desconsiderar nem minimizar o valor histórico das utopias para o tempo passado, mas, também, para o tempo presente, em que a história estabelece seu devir e se projeta para o futuro.

É interessante considerar, não obstante, o modo como se dá e as expectativas que recaem sobre a atuação nas equipes de saúde dos trabalhadores com formação no ensino superior. De forma geral, dado o ideal de serviço que constitui as profissões relacionadas com a assistência à saúde, o dedicar-se ao paciente, o cuidar, o assistir, se põem como atribuições centrais dos profissionais; um reflexo, de certo modo, da centralidade do modelo médico anatomopatológico.

Contudo, a mediação do agente do processo de trabalho em saúde deve ser inclusive de procurar garantir, socializar e debater uma análise crítica das

⁸⁵ O planejamento participativo “compreende a participação enquanto construção conjunta pautada na partilha coletiva da busca da realização humana” (BARBOSA, 1999, p.133). Fundamenta-se no intercâmbio de conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, etc.; resolução cooperativa de problemas; construção coletiva de conhecimentos.

políticas públicas e do contexto local destas e, portanto, uma avaliação política, junto da equipe em que se insere. Nesse sentido é que afirmamos no trabalho que um projeto assistencial comum da equipe não deve deixar de problematizar inclusive em que consiste o termo “assistir”. Assim, para além de constituir um projeto assistencial, a equipe de saúde pode problematizar seu processo de formação para o trabalho em equipe por meio da formulação de seu *projeto político-assistencial*.

Finalmente, já poderíamos ousar algumas respostas para o porquê de se analisar a dialética cooperação-trabalho coletivo que ocorre no processo grupal do trabalho em equipe na APS: (a) para ratificar a importância da equipe de saúde manter-se permeável às necessidades sociais em saúde da população que atende e dos próprios trabalhadores; (b) para instituir práticas sociais coerentes com a perspectiva de politização da saúde; (c) para sustentar o engendramento mútuo entre macropolítica e micropolítica do trabalho em saúde; (d) para não perder de vista os elos de mediação entre trabalho e sociabilidade no trabalho em equipe; (e) para avançar na afirmação da coerência necessária entre os planos da gestão e da clínica no cotidiano do processo de trabalho em saúde; e, por último, mas não menos importante, (f) para avançar na proposição de espaços coletivos para a gestão conjunta e participativa do processo de trabalho da equipe de saúde, inclusive na APS.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- ALVES, G. Toyotismo como ideologia orgânica da produção capitalista. **ORG & DEMO**, Marília, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2001.
- ANDALÓ, C. **Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural**. São Paulo: Ágora, 2006.
- ANDERSON, P. **Considerações sobre o marxismo ocidental. Nas trilhas do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- ANTUNES, 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: Vozes, 2005. p. 25-51.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.
- BARBOSA, M. I. S. Planejamento participativo como instrumento da psicologia comunitária – a experiência de Beberibe (CE). In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIN, Z. A. **Os jardins da psicologia comunitária**. Fortaleza: UFC/ABRAPSO, 1999. p. 131-150.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.
- BASSIN, F. V. **O problema do inconsciente: as formas não-conscientes da atividade nervosa superior**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.
- BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BOITO JR., A. O Estado capitalista no centro: crítica ao conceito de poder de Michel Foucault. In: _____. **Estado, política e classes sociais: ensaios teóricos e históricos**. São Paulo: Unesp, 2007. p. 17-38.

BRASIL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jul. 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/14_Lei_10507.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. COORDENAÇÃO-GERAL DE APOIO À GESTÃO DESCENTRALIZADA. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

BREILH, J. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Unesp, 1991.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CANGUILHEM, G. (1943) **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. (Orgs.) **Dinâmica de Grupo: pesquisa e teoria**. São Paulo: EPU, 1975. 2v.

- CARVALHO, B. P.; SOUZA, T. M. S. A "escola de São Paulo" de psicologia social: apontamentos históricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 713-721, 2010.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 10, n. 4, p. 1-7, 1990.
- CIPOLLA, F. P. Trabalho em equipe como forma da subsunção real. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 203-232, mar. 2005.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, v. 78, p. 158-222, 2009.
- EDGLEY, R. Materialismo dialético. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 258-259.
- ENGELS, F. (1890) **Carta para Joseph Bloch**. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1890/09/22.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2010.
- SCOREL, S. Movimento sanitário: revirada na saúde. **Tema/Radis**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 5-7, 1988.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.
- FORTUNA, C. M. **O Trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – Em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999
- FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005, p. 25-38.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Unesp; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 399-404.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnico de referência" nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península, 1986.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. O grupo. In: _____. **Temas básicos da Sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973. p. 61-77.

HUBERMAN, L. **A história da riqueza do homem**. 21. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1986.

IASI, M. L. **As metamorfoses da consciência de classe**: o PT entre a negação e o consentimento. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social**: Saúde. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2011.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) **Psicologia social**: o homem em movimento. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 78-98.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. Análise de grupo. In: _____. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. p. 97-111.

- LARRAIN, J. Base e superestrutura. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 27-29.
- LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- LEITE, I. **Emoções, sentimentos e afetos: uma reflexão sócio-histórica**. 2. ed. Araraquara: Junqueira & Marin, 2005.
- LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Novo Horizonte, 1978.
- LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia, personalidad**. La Habana: Pueblo y Educación, 1981.
- LEONTIEV, A. N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 59-83.
- LESSA, S. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Boitempo, 2002.
- LESSA, S. Trabalho imaterial. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 433-439.
- LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1970.
- LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In: NOGUEIRA, M. A. et al. **Temas de ciências humanas: volume 4**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978. p. 1-18.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 60, p. 13-19, 2006.
- MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R.; ALMEIDA, S. H. V. **Produção de Vigotski (e grupo) e Wallon: comparação das dimensões epistemológica, metodológica e desenvolvimental**, 2006. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT20-1916--Int.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- MANCIBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 100-111, mar. 2002.

- MARCUSE, H. **A ideologia da sociedade industrial: o homem unidimensional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- MÁRKUS, G. **Teoria do conhecimento no jovem Marx**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- MARTÍN-BARÓ, M. **Sistema, grupo y poder. Psicología Social desde Centroamérica II**. 3. ed. San Salvador: UCA, 1996.
- MARTINS, S. T. F. Educação científica e atividade grupal na perspectiva sócio-histórica. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 8, n. 2, p. 227-235, 2002.
- MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 201-217, jan.-jun. 2003.
- MARTINS, S. T. F. Psicologia Social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Sívila Lane. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. esp. 2, p. 76-80, 2007.
- MARX, K. (1852) **O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000007.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- MARX, K. (1844). O trabalho alienado. In: _____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1993. p. 157-172.
- MARX, K. (1857). Para a crítica da economia política. In: MARX, K. **Os pensadores: Marx**. São Paulo: Nova Cultural, 2000. p. 23-48.
- MARX, K. (1867). **O capital: crítica da Economia Política**. 27. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. (Livro Primeiro, v. 1).
- MARX, K.; ENGELS, F. (1845-1846) **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner e do socialismo alemão em seus diferentes profetas**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr.-jun. 2009.
- MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- 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.

- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
- MENDES-GONÇALVES, R. B.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: LIMA, A. M. M. et al. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.
- MÉSZÁROS, I. Mediação. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 263-264.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2011.
- MOHUN, S. Processo de trabalho. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 299-302.
- MORAES NETO, B. R. **Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- MORAES NETO, B. R. Marx, Taylor e Ford no final de século: reflexões sobre trabalho e cidadania. **ORG & DEMO**, Marília, v. 3, p. 55-60, 2002.
- MUCCHIELLI, R. **O trabalho em equipe**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2000. p. 217-229.
- OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 25-51.
- OLIVEIRA, M. G. M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. In: QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M. G. M. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 27-66.
- OLMSTED, M. S. **O pequeno grupo social**. São Paulo: Herder, 1970.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde**, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2010.
- PAIM, J. S. As bases conceituais da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.
- PAULON, S. M. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 189-226, 2009.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.
- PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 6-16, 2007.
- PETROVSKI, A. V. **Personalidad, actividad y colectividad**. Buenos Aires: Editorial Cartago, 1984.
- PETROVSKI, A. V. **Psicologia General. Manual didáctico para los Institutos de pedagogía**. 2. ed. Moscou: Progreso, 1985.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**, São Paulo, v. 63, p. 179-201, 2004.
- POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo de hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 140-147, ago. 2005.
- RODRIGUES, H. B. "Sejamos realistas, tentemos o impossível": desencaminhando a Psicologia através da análise Institucional. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Orgs.) **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2007. p. 515-563.
- ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. São Paulo: Martins Fontes, c1970.

ROSEN, G. O que é a medicina social? Uma análise genética do conceito. In: _____. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 77-141.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SAIDON, O. **Práticas Grupais**. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

SARTRE, J. P. (1960) **Crítica da razão dialética**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

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. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SHAW, W. H. Materialismo histórico. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 259-263.

SICKO – S.O.S. Saúde. Direção: Michael Moore. Produção: Michael Moore e Meghan O'Hara. Intérpretes: Michael Moore, Reggie Cervantes, John Graham, William Maher e outros. Roteiro: Michael Moore. Música: Erin O'Hara. Barueri: Europa Filmes, 2008. 1 DVD (123 min), widescreen anamórfico, color.

SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, C. R.; SILVA, L. F.; MARTINS, S. T. F. Marx, ciência e educação: a práxis transformadora como mediação para a produção de conhecimento. **Educação e Marxismo: Revista do Neppem**, Bauru, v. 1, n. 1, p. 7-18, jul./dez. 2006.

SILVA, L. F. **Pensamento social brasileiro: marxismo acadêmico entre 1960-1980**. São Paulo: Corações & Mentres, 2003.

SILVA, M. B. B. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? **Vivências**, Natal, v. 32, p. 227-223, 2007.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

SILVA, M. V. **Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações**. 2000. 131 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

SIRGADO, A. P. O social e o cultural na obra de Vigotski. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. XXI, n. 71, p. 45-78, jul. 2000.

SOARES, A. Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas? **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 72-78, abr./jun. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: _____. (Org.) **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-174.

TOZONI-REIS, J. R. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 99-124.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da praxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VIGOTSKI, L. S. (1930) A psique, a consciência e o inconsciente. In: _____. **Teoria e método em Psicologia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 138-159.

VIGOTSKI, L. S. (1934) **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKII, L. S. (1933) Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 9. ed. São Paulo: Ícone, 2001. p. 103-117.

VYGOTSKI, L. S. (1931). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: _____. **Obras Escogidas**. Madrid: Visor, 1995. p. 47-119. (v. III).

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The Ecology of Medical Care. **New England Medical Journal**, Massachusetts, v. 265, p. 885-892, 1961.

WHITE, R.; LIPPITT, R. Comportamento do líder e reação dos membros em três "climas sociais". In: CARTWRIGHT, D.; ZANDER, A. **Dinâmica de Grupo: pesquisa e teoria**. São Paulo: Herder, 1967. p. 657-690. (vol. 2.)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2003: shaping the future**. Genebra: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. Genebra: WHO, 2008.