

SAÚDE

a Psicologia em Movimento

Org.
Marcos Adegas de Azambuja
Fernanda Pires Jaeger
Cristina Saling Kruehl

Organizadores

Marcos Adegas de Azambuja

Fernanda Pires Jaeger

Cristina Saling Krueel

SAÚDES: A PSICOLOGIA EM MOVIMENTO

Centro Universitário Franciscano

Santa Maria, RS

2015

CRÉDITOS

Comissão Editorial

Andrea Cristina Coelho Scisleski

Lilian Rodrigues da Cruz

Regina Gema Santini Costenaro

Coordenação Editorial

Salette Mafalda Marchi

Capa

Débora de Azevedo Lemos

Programação Visual

Lucas Rodrigues dos Santos

Revisão Gramatical e Linguística

Cristine Costa Rodrigues

Secretaria

Cinara de Cássia Paze Valente

S255

Saúdes: a psicologia em movimento / organizadores
Marcos Adegas de Azambuja, Fernanda Pires Jaeger,
Cristina Saling Krueel - Santa Maria : Centro
Universitário Franciscano, 2015.
212 p.

ISBN: 978-85-7909-053-0

1.Psicologia – saúde I.Azambuja, Marcos Adegas
de II.Jaeger, Fernanda Pires III.Krueel, Cristina
Saling

CDU 159.9:61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PREFÁCIO	9
PARTE 1 – CENÁRIOS PSICOLOGIA E SAÚDE	
Formação em psicologia e saúde coletiva	15
Os fazeres das psicologias: histórias e práticas sociais em contexto	31
Do psicologismo ao biologismo: questões à Psicologia na contemporaneidade	51
Desinstitucionalizando modos de gerir, trabalhar e formar no contexto da saúde	73
PARTE 2 – PRÁTICAS E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM PSICOLOGIA E SAÚDE	
O Trabalho e a Saúde Mental: o uso da Psicodinâmica do Trabalho em pesquisa no Rio Grande do Sul	99
Saúde materna e infantil: reflexões sobre amamentação e o cuidado no SUS	123
Saúde, resiliência e violência doméstica: a busca pela superação de experiências adversas	147
Estágios de vivência no SUS: outras linhas de subjetivação na formação em saúde	179
SOBRE OS AUTORES	204



In Memoriam

Gabriella dos Santos Saenger

Igor Stephan de Oliveira

Jennefer Mendes Ferreira

Luana Behr Vianna

APRESENTAÇÃO

A obra “Saúdes: a Psicologia em Movimento” é fruto de um trabalho produzido por muitos. Quando dizemos *muitos*, não é, como poderia se pensar, uma frase de efeito. O nascimento deste livro é fruto de um trabalho que sempre pretendeu o envolvimento, a articulação, a discussão, o debate e a ação de tantas pessoas, de modo que seria impossível nominá-las.

Porém, para dimensionar a variedade de atores que impulsionaram este livro, torna-se interessante utilizar essa apresentação para contextualizar as origens deste material. A temática da saúde e sua interface com a psicologia vêm sendo debatida de maneira proeminente dentro do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano desde o seu princípio. No entanto, com a *6ª Semana Acadêmica da Psicologia* este processo se acentuou, pois esta atividade, além de promover a integração dos acadêmicos do curso de Psicologia entre si e com os demais acadêmicos e profissionais de outras instituições de ensino e comunidade de Santa Maria e região, oportunizou profícuos momentos de reflexão sobre a temática. Assim, no ano de 2007, o evento intitulou-se *Saúdes: a Psicologia em movimento*, nome escolhido para o nosso livro, já que se retrata o panorama de um esforço docente e discente em um trabalho educativo, que promovesse a construção crítica, participativa e inovadora na produção do conhecimento. Como a semana acadêmica tratava de Psicologia e Saúde, inspiramo-nos nas Conferências Nacionais de Saúde, seguindo uma lógica que mobilizasse os sujeitos inscritos na discussão e colaboração coletiva durante toda programação do evento. Buscou-se, desta forma, a qualificação do ensino e da pesquisa em psicologia, a partir do aprofundamento de discus-

sões fomentadas pela produção teórico-prática de palestrantes e oficinairos convidados, como também por meio de fóruns de discussão e assembleia geral para a produção reflexiva com os participantes do evento acerca das temáticas propostas. Essa atividade ganhou em relevância na medida em que se afinava à proposta de formação profissional do projeto pedagógico do curso, de forma que contribuiu na qualificação de nossas práticas, na reflexão ética e no compromisso social de nosso corpo docente e discente. Também contribuiu na divulgação e nos questionamentos acerca das atividades e posicionamentos do profissional de psicologia frente ao campo da Saúde para a comunidade de Santa Maria e região.

Naquela época, nosso principal intuito foi de problematizar e discutir as concepções e práticas em saúde na formação do profissional em psicologia. Para isso, buscamos promover reflexões acerca das concepções de saúde; problematizar as práticas de intervenção da psicologia na área da saúde; discutir sobre as contribuições e limitações da psicologia nos campos da saúde do trabalhador, da saúde mental e dos modelos de atenção à saúde. Nesse viés, o tema do evento encaminhou-se, ainda, para uma reflexão sobre as discussões ligadas ao “pertencimento” da psicologia como disciplina da área da Saúde: suas perspectivas teóricas, a promoção de saúde em psicologia, a saúde mental e do trabalho, entre outros.

Passados, aproximadamente, oito anos, o material que aqui apresentamos resgata algumas temáticas e textos que foram discutidos e produzidos por participantes daquele evento, bem como incorpora outros materiais produzidos por pesquisa-

dores, docentes e profissionais vinculados à área da saúde, que constituíram novas parcerias. As políticas públicas voltadas à saúde estão constantemente sendo redimensionadas e a Psicologia, enquanto ciência e profissão, produz saberes e consolida cada vez mais a sua inserção nessas políticas nos diferentes níveis de intervenção.

Assim, entende-se que esta obra representa uma contribuição para a ampliação da produção de conhecimento sobre Psicologia e Saúde em âmbito nacional, principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde brasileiro. Desta maneira, o Grupo de Pesquisa “Saúde e Subjetividade”, constituído por docentes e discentes do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano, apresenta este livro com o intuito de proporcionar ao público acadêmico, no nível de graduação e pós-graduação, discussões teóricas e metodológicas e de produção do conhecimento da psicologia para a área da saúde. Os objetivos neste livro seguem os mesmos do evento, a fim de discutir as questões da pesquisa e produção do conhecimento na/para a psicologia na área da saúde. A forma de organização do livro busca incluir autores em âmbito nacional, de modo a firmar e ampliar a troca de experiências acadêmicas e de conhecimento sobre a temática. Vale ainda mencionar que o leitor encontrará o livro organizado em duas partes: a primeira debate mais diretamente os preceitos, as problematizações e os desafios da relação que se produz entre psicologia e saúde em diferentes cenários, enquanto, na segunda parte, visa-se discutir diretamente algumas problemáticas pontuais do campo da psicologia e da saúde a partir de reflexões teóricas específicas, no que se refere às práticas e à produção de conhecimento.



No ano em que o curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano completa 15 anos de existência, estamos lançando esta obra que reflete um pouco de sua história e de suas conquistas. Hoje o curso de Psicologia se encontra plenamente inserido nas políticas públicas de saúde por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Esperamos que este livro contribua para inspirar e qualificar essas experiências e auxilie a desenvolver práticas em psicologia que nos coloquem em movimento. Assim, desejamos uma excelente leitura e agradecemos a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta produção!

Marcos Adegas de Azambuja

Fernanda Pires Jaeger

Cristina Saling Kruehl

Santa Maria, agosto de 2014.

A encruzilhada de Canguilhem e o campo dos possíveis

George Canguilhem (2009[1943]), no clássico “Normal e Patológico”, anunciou na forma de uma metáfora os riscos que corria a Psicologia, ciência que buscava se afirmar à época da publicação da tese do autor. Ele ironicamente dissertava que o futuro da ciência nascente dependia de uma escolha de trajetória, ou seja, de caminhar na direção do *Panthéon*, fazendo alusão ao templo laico em Paris, onde estão enterrados os(as) grandes pensadores(as) e personagens da história; ou se dirigir à delegacia de polícia, fazendo referência ao cruzamento das ruas ao sair da Sorbonne e à tentação de condenação moral e vigilância das práticas e comportamentos presentes em vertentes da disciplina.

O livro, que *Marcos Adegas de Azambuja, Fernanda Pires Jaeger e Cristina Saling Krueel* nos apresentam, busca explorar os movimentos da psicologia a partir da encruzilhada de Canguilhem. Os textos aqui reunidos traçam os posicionamentos da psicologia no campo tenso da saúde; as autoras e os autores discutem as aproximações com as linhas divisórias produzidas pelos dispositivos de normalização, assim como as linhas de fuga que se constroem nos jogos de força que atravessam o campo. A psicologia, sobretudo na vertente pós-estruturalista que se faz presente em grande parte do livro, é desafiada a produzir vetores que atenuem as prescrições e busquem a dimensão ética, entendida aqui como prática reflexiva da liberdade (FOUCAULT, 1994), a fim de se adquirirem maior criatividade e liberdade nos jogos de poder-saber que instituem posições de sujeito. Esse desafio implica ir além do esquadramento do normal, ou melhor, buscar ampliá-lo a tal ponto que seu efeito restritivo desa-

pareça na implosão das capturas identitárias a ele associadas na violência derivada de perspectivas rígidas da psicopatologia. Essas armadilhas também se mostram perigosas, nas formas prescritivas de pensar a saúde, ao definir comportamentos desejáveis e condenáveis.

A escolha por usar a palavra saúde no plural espelha bem a heterogeneidade dos capítulos e a diversidade teórica, que marca as escolhas para a análise das diferentes abordagens da forma como a psicologia se constrói face ao desafio de integrar o campo das políticas públicas de saúde. De fato, para além da aposta na interdisciplinaridade que já é, em si, uma ferramenta de desnaturalização dos objetos (pois esses são construídos pelos discursos a que se referem), o entrelaçamento de dois campos tensos, isto é, a psicologia (*lato sensu*) e a saúde coletiva (*stricto sensu* e no interior do qual parte da psicologia recentemente se incorpora) produz múltiplas compreensões do que se entende por saúde.

A psicologia, situada entre as disciplinas da saúde e das ciências humanas, talvez seja um dos terrenos mais densamente permeado por disputas epistemológicas, assim como esse enlace, ou choque, coloca em evidência diferentes posicionamentos teóricos, éticos e políticos que se associam aos polos da disciplina. A diversidade não deve ser pensada como um obstáculo, mas sim como potência. Diferentes instrumentos, técnicas e abordagens podem se conjugar na produção de novas formas de compreender o objeto complexo da saúde coletiva. Minha leitura seguiu essa pista, ou seja, de explorar a potência do diálogo e do debate que se desenha nas múltiplas perspectivas aqui apresentadas.

Esse desassossego da psicologia é particularmente necessário para evitar reforçar aquilo que Robert Castel (2011) nos alertou em relação aos riscos do encontro da psicologia com as políticas públicas, particularmente a saúde, mas não exclusivamente. Ele afirma que ali se gestou uma forma de “governo pela psicologia”, que seria um vetor das linhas de força os quais marcam a governamentalidade biopolítica, que assume força plena do modo neoliberal de regulação social. O autor da *Gestão dos Riscos* (1981 [2011]) nos apresenta uma tese que se mostra especialmente pertinente para compreendermos as condições políticas as quais marcam os modos de subjetivação contemporâneos, de forma que se aponta para a produção de uma subjetividade que se pensa associal. Nas palavras do autor, esse governo pela psicologia é, ao mesmo tempo, produto e ingrediente de uma sociabilidade associal, ou seja, o indivíduo se constrói e tem como verdade uma máquina discursiva que aponta para a ineficácia de ingerência política dos coletivos sobre os destinos da sociedade. Tomados por esse discurso como efeito de verdade, os sujeitos creem que as soluções aos seus problemas são exclusivamente da ordem de uma superação de si, calcada na ideia de uma dimensão psíquica autônoma, essencialista e imperial. Nessa estratégia de condução da conduta, o social se transforma em psicológico.

Em um movimento para além daquele apontado por Castel, Simone Hüning e Marcos Azambuja, explora-se a transformação do psicológico em biológico, visto que se descrevem as formas como a “biopolítica molecular” retira, no extremo desse vetor de produção de verdades, da esfera do indivíduo (e do social), a responsabilidade por suas decisões. Vejo aqui um retorno

a teorias do século XIX que, revestidas de um aparato tecnológico sofisticado, apontam para a transformação do social e do psicológico em esferas do biológico, com todos os riscos éticos dessa autonomização.

O movimento da Reforma Sanitária apostou e aposta na reversão dessas lógicas. Como afirmou Sônia Fleury Teixeira (2009), o conceito de saúde, que se afirma na VIII Conferência Nacional de Saúde, se sustenta na ideia de que são as condições de vida, essencialmente determinadas pela estrutura e dinâmicas sociais, que vão produzir as condições de saúde da população. Desse modo, uma sociedade altamente desigual como a nossa produz, necessariamente, condições de saúde desiguais. A afirmação do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir do princípio da universalidade do direito à saúde, gerada no movimento político da Reforma, faz com que esse conceito seja revolucionário, pois somente com a modificação das condições de vida mudar-se-ão as condições de saúde. No capítulo de Helena Scarparo, debruça-se sobre essa vertente presente na virada da psicologia social brasileira e seu paralelismo com a redemocratização do país e com a Reforma Sanitária.

Claro que, entre os princípios, os ideais e sua efetivação no cotidiano dos serviços, a máquina de gestão da vida neoliberal resiste. Neuza Guareschi e Lutiane de Lara exploram esse enlace do movimento gerado pela Reforma Sanitária e os desafios que a Saúde Coletiva coloca para a Psicologia. A tardia inclusão da discussão a respeito do SUS na formação em psicologia remete às resistências que a governamentalidade neoliberal e seus saberes individualizantes colocam em campo. A potência das ferra-

mentas da análise institucional e da construção de uma ética do cuidado de si, como formas de romper com as capturas do neoliberalismo e do biopoder, vai ser explorada nos textos de Gustavo Zambenedetti e Michele Cervo, assim como no de Gisele Santin e Betina Hillesheim. Nesses textos, os desafios de transformar formas de gestão enrijecidas através das estratégias colocadas em ação na formação de profissionais nas residências multiprofissionais, nas vivências de estudantes no SUS (VER-SUS), assim como em uma inflexão na gestão proposta pela política de humanização, centrada na perspectiva do cuidado e da integralidade, mostram que o imbricamento da psicologia e da saúde é fértil. O trabalho e sua relação com a saúde é o objeto do texto de Álvaro Merlo, de forma que se exploram as potencialidades da psicodinâmica do trabalho na pesquisa e na transformação dos ambientes de trabalho, assim como das formas de organização, para que ele seja um produtor de vida. Outras vertentes da psicologia no seu encontro com o campo da saúde são exploradas no texto de Aline Siqueira, Suane Pentoriza e Juliano Scott, de modo que se buscam, nas ferramentas da psicologia positiva, as formas de compreender a questão da violência doméstica. Já Fernanda Jaeger, Cristina Krueel e Ana Paula Souza debruçar-se-ão sobre a tensa relação das políticas públicas com os regramentos de gênero, quando essa trabalha o encontro da saúde materna e da saúde infantil, tomando a amamentação como questão. As capturas e as posições fixas, colocadas à mulher como mãe e o risco de sua submissão à saúde da criança, são temas que mostram como a biopolítica faz uso do dispositivo da sexualidade na gestão da população.

Os textos que compõem este livro vão transitar na encruzilhada de Canguilhem, artífices de seu tempo, as pesquisadoras e pesquisadores, que colocam aqui suas reflexões, rompem a armadilha normativa das políticas públicas e buscam as ferramentas geradas na interface Psicologia e Saúde Coletiva para abrir espaços e ampliar o campo dos possíveis.

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

Referências

CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique** [1943]. Paris: PUF, 2009.

CASTEL, R. **La gestion des risques** [1981]. Paris: Minuit, 2011.

FOUCAULT, M. L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté. In: DEFERT, D.; EWALD, F. **Dits et Écrits**, v. IV. Paris: Gallimard, p. 708-729, 1994.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, v. 4, n. 49, p. 472-480, 2009.

PARTE 1

CENÁRIOS: PSICOLOGIA E SAÚDE

Formação em Psicologia e Saúde Coletiva

Lutiane de Lara

Neuza Maria de Fátima Guareschi

15

A formação em psicologia e sua aproximação com a saúde e, em especial, da Saúde Coletiva vem sendo amplamente discutida. Exemplo disso foram os eventos organizados pelo Sistema Conselho de Psicologia e Abep (Associação Brasileira de Ensino em Psicologia) em várias cidades do país, durante o ano de 2006, a fim de problematizar a formação do psicólogo para atuar no sistema de saúde brasileiro. Ainda, o evento “XI Encontro Regional Sul Abrapso: Tecendo Relações e Intervenções em Psicologia Social” (9 a 12 de outubro de 2006) problematizou em seus simpósios e conferências a interface entre Psicologia e Políticas Públicas e a necessidade de mudanças na formação em Psicologia. O “VI Congresso Nacional da Psicologia: do discurso do compromisso social à produção de referências para a prática: construindo o projeto coletivo da profissão”, ocorrido durante o ano de 2007, estabeleceu muitas das teses em saúde e psicologia direcionadas à atuação dos Conselhos de Psicologia, para fortalecer o vínculo entre Psicologia e Saúde.

Neste texto, abordar-se-á a inserção da Psicologia nas questões relativas à saúde e, em especial, do movimento de saúde pública à saúde coletiva. Nesse aspecto, será pontuado como aconteceu o processo de formulação da saúde coletiva e, de construção do SUS, qual o conceito de saúde que este coloca, para, posteriormente, falar sobre o cenário de mudanças na graduação em Psicologia em decorrência de tal inserção.

Condições de existência da Saúde Coletiva

O tema deste livro *“Saúdes: A Psicologia em Movimento”* é ilustrativo da diversidade que povoa os modos de significar o fazer em saúde. Assim, compreende-se saúde não como um objeto que encontramos através dos tempos, pois está constantemente sendo forjada em suas regras e ações, não sendo possível falar em uma saúde verdadeira (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

As bases doutrinárias dos discursos, que compõem a saúde, baseiam-se na medicina do final do século XVIII que, através da cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social. Nesse período, o discurso sobre a saúde ancorava-se na polícia médica e na medicina social, essas propunham disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os indivíduos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Essa polícia médica legou ao Estado a responsabilidade de definir as políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social. A polícia médica postulava que a medicina é política aplicada no campo da saúde individual e

a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social, de forma que se curem os males da sociedade (FOUCAULT, 2002a).

Essa noção de intervenção em saúde dá suporte para a construção da Saúde Pública no século XX, que passa definir as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde no mundo ocidental. Tais diretrizes estão presentes no Relatório Flexner, 1910, (relatório feito nos EUA com intuito de avaliar a formação da medicina), que desencadeou uma reavaliação das bases científicas da medicina, resultando na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios tecnológicos rigorosos. O modelo flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo. A partir disso, surgem as primeiras escolas de saúde pública, com investimentos da Fundação Rockefeller, inicialmente nos Estados Unidos e em seguida expandindo-se para vários países, inclusive para a América Latina.

A estratégia utilizada pela saúde pública é combater as epidemias e endemias, esquadrinhamento e controle do espaço urbano com dispositivos sanitários. A saúde pública orienta-se por uma perspectiva universalizante, e suas práticas sanitárias não consideram a ordem simbólica e histórica quando se analisam as condições de vida e saúde das populações. Assim, os profissionais de saúde não consideram a significação diferencial dos corpos, logo se realizam práticas de assepsia (BIRMAN, 1991). A biologia é o principal articulador teórico da saúde pública, não possui, portanto, qualquer meio de relativizar seus dispositivos e não considera a especificidade social das comunidades sobre as quais incide (BIRMAN, 1991).

O Brasil, ao longo do século XX, enquanto sistema de saúde, transitou do sanitarismo campanhista, do início do século até 1965, para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 1980, ao modelo plural, hoje vigente, o Sistema Único de Saúde. O modelo campanhista possuía uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro.

O sanitarismo campanhista acontece no Brasil durante o período em que a economia brasileira esteve dominada pelo modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira. A exigência que se fazia ao sistema de saúde era que houvesse uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis, bem como a erradicação ou controle das doenças, que poderiam prejudicar a exportação. Seguindo essa orientação, o modelo campanhista fazia sua intervenção mediante interposição de barreiras que quebrassem esta relação agente/hospedeiro, através de ações de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social.

Após esse período, o processo de industrialização acelerada, que aconteceu no Brasil, a partir do governo de Juscelino (1956), determinou o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Nesse período, deixa de ser importante sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restau-

rar a força produtiva do país. Tal conjuntura levou a um crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, de modo que acabou por se tornar hegemônico, na metade da década de 1960, o modelo médico-assistencial privatista.

As mudanças econômicas e políticas, que se deram, especialmente a partir do início dos anos 1980, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde. Salienta-se que politicamente se deu a distensão lenta e gradual que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Nesse período, o modelo médico-assistencial privatista mostra seu esgotamento a partir da profunda crise econômica do Estado. O Brasil enfrentava problemas com um sistema de saúde caracterizado pelos seguintes aspectos: muitas doenças condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país; completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde; excessiva centralização do processo decisório; baixa cobertura assistencial da população; imensa insatisfação da população com o atendimento de saúde, etc.

Esse contexto problemático gerou a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde em função do esgotamento do paradigma científico que sustentava as práticas em saúde pública. Constrói-se, nesse período, a noção de saúde coletiva. A saúde coletiva se propõe ser um movimento de crítica desse projeto médico-naturalista, ao negar que os discursos biológicos detenham

o monopólio do campo da saúde. A problemática da saúde deve incluir as dimensões simbólica, ética e política, a fim de se privilegiar sua composição de forma transdisciplinar (BIRMAN, 1991).

A saúde coletiva compreende que a saúde necessita de uma leitura mais abrangente, com relação à leitura que se é feita pela biologia. Nesse viés, aproxima da saúde as ciências humanas, a qual traz à saúde discussões como normal, anormal, patológico.

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como os ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pela diferença. (BIRMAN, 1991, p. 9).

A saúde coletiva desloca do Estado a problemática da saúde como seu único centro, tirando-o do espaço hegemônico de regulação da vida e da morte da sociedade. O Estado deixa de ser a instância única na gestão do poder e dos valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, principalmente da sociedade civil organizada (BIRMAN, 1991). O campo da saúde coletiva é multidisciplinar e multiprofissional e admite, no seu território, uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa.

Embebido pelas problematizações oferecidas pela saúde coletiva, inicia-se o movimento da Reforma Sanitária como movimento político-ideológico em oposição ao modelo de saúde vigente no Brasil. Nardi (2005) ressalta que a Reforma Sanitária, ocorrida em plena ditadura militar, surge como um movimento de resistência dos intelectuais a este modelo privatista.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou o movimento de transformação do quadro da saúde no Brasil, pois possuiu caráter democrático pela sua dinâmica processual. Essa conferência daria suporte à elaboração da Constituição Federal de 1988, a qual incorporou a nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária e Saúde Coletiva. Esta conceitua a saúde como resultante das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da seguridade social (MENDES, 1999). As ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, mas, ao mesmo tempo, sendo consagrada a liberdade de iniciativa privada.

A partir da Constituição Federal se institucionaliza o Sistema Único de Saúde - SUS, que veio a ser regulamentado pelas leis orgânicas 8.080, de 1990 e 8.142, de 1990, como provedor das ações e serviços que dizem respeito à saúde, definidos na Carta Magna. O SUS delinea-se como alternativa ética e política ao modelo de assistência à saúde, à medida que se configura como um modelo de atenção integral à saúde da população. A saúde passa a ser direito dos cidadãos e seus serviços e ações devem ser providos de forma descentralizada e submetidos ao controle social. Sendo, desta forma, uma proposta de construção da cidadania.

Formação de Psicólogos e Saúde Coletiva

É importante ter claro por que tem sido uma demanda para a Psicologia produzir conhecimento/intervenção em saúde. A tendência é naturalizar-se esta inserção, mas é necessário estar

atento ao modo como a psicologia se aproxima e como responde esta demanda, pois tal aproximação não é natural, mas construída pelos processos históricos e sociais que envolvem a psicologia e a saúde.

Para Foucault, a história da psicologia, no século XX, criou um paradoxo entre seu projeto e seus postulados. Para tentar ser reconhecida como científica, uma ciência com rigor e exatidão das ciências da natureza, foi levada a renunciar seu postulado de conhecer o humano.

Ela foi conduzida por uma preocupação de fidelidade objetiva em reconhecer na realidade humana outra coisa que não um setor da objetividade natural, e em utilizar para reconhecê-lo outros métodos diferentes daqueles de que as ciências da natureza poderiam lhe dar o modelo. (FOUCAULT, 2002, p. 133).

Durante o século XIX, a psicologia preocupou-se fundamentalmente em adequar seu método às ciências da natureza e de encontrar no homem o prolongamento das leis que regem os fenômenos naturais. A metodologia utilizada baseava-se na mensuração, na quantificação e no controle dos processos psíquicos. Essa aproximação com o conhecimento do positivismo se amparou sob dois postulados:

Que a verdade do homem está exaurida em seu ser natural, e que o caminho de todo o conhecimento científico deve passar pela determinação de relações quantitativas, pela construção de hipóteses e pela verificação experimental. (FOUCAULT, 2002, p. 133).

Para isso, produziram-se medidas, testagens e previsões. Esse movimento faz uma escolha clara pela racionalização dos

processos psíquicos. O intuito era a classificação dos indivíduos em modelos predefinidos para se buscar o estado de normalidade e a cura do desvio (HUNING; GUARESCHI, 2005).

A formação 'psi', em geral, traz certas características modelares, instituídas e bem marcadas; como, em nossa formação, predomina o viés positivista em que se tornam hegemônicos os conceitos de neutralidade, objetividade, cientificidade e tecnicismo e onde, nos diferentes discursos/práticas, o homem, os objetos e o mundo são apresentados como coisas em si, abstratos, naturais e não produzidos historicamente. (COIMBRA, 1999, p. 01).

A cientificidade experimentada pela psicologia situou o psicólogo em uma posição de descobridor da realidade psíquica. A objetividade e a neutralidade fizeram com que a psicologia se preocupasse em buscar a essência psicológica dos sujeitos; tais verdades afastavam a noção de cultura, sociedade e contexto histórico da análise (HUNING; GUARESCHI, 2005).

A psicologia contemporânea é, nesse viés, em sua origem, uma análise do anormal, do patológico, do conflituoso, uma reflexão sobre as contradições do sujeito consigo mesmo. Mas se transformou em uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado, na tentativa de buscar reverter essas contradições presentes no sujeito.

Diante disso, cabe à psicologia ultrapassar esta dimensão paradoxal, não deve buscar descrever com formas empíricas, concretas e objetivas as ambiguidades humanas, nem se desviar de sua reflexão filosófica que contesta sua validade para liquidar-se como ciência objetiva. Mas levar a sério essa contradição, cuja existência fez, justamente, ser possível falar em psicologia. Dessa



maneira, a condição de possibilidade da existência da psicologia se dá pela análise das condições de existência do sujeito pela retomada do que há mais humano no humano, ou seja, sua história (FOUCAULT, 2002).

Ao respeitar tal contradição, a psicologia irá à direção de compreender o sujeito como existência no mundo e caracterizar cada sujeito pelo estilo próprio a essa existência, em sua singularidade.

A psicologia aparece como uma análise empírica da maneira segundo a qual a existência humana se oferece no mundo; mas ela deve assentar-se sobre a análise existencial da maneira segundo a qual essa realidade humana se temporaliza, se espacializa e, finalmente, projeta no mundo: então, as contradições da psicologia, ou a ambiguidade das significações que ela descreve, terão encontrado sua razão de ser, sua necessidade e, ao mesmo tempo, sua contingência, na liberdade fundamental de uma existência que escapa, com todo o direito, à causalidade psicológica. (FOUCAULT, 2002, p. 150).

Nesse contexto, a aproximação da psicologia com a saúde coletiva deve ser entendida como parte dessa tentativa de se afastar deste projeto de psicologia “científica” e se aproximar do projeto que lhe deu origem, ou seja, as contradições encontradas pelos sujeitos, visto que o humano é necessariamente contraditório e não pode ser fechado em significações estanques e classificatórias.

O conceito de saúde pode ser utilizado como dispositivo, pois sua conceituação pode entender saúde como promoção das condições de vida e os modos de ser e estar no mundo, ou seja, saúde como um dispositivo dos modos de subjetivação. Sendo possível a afirmação da diferença, da multiplicidade de histórias de vida e dos modos de singularização.

A partir dessa proposta de conceito de saúde e da aproximação das ciências humanas ao campo da saúde, cria-se um espaço para a psicologia se inserir mais fortemente na construção da saúde coletiva. A psicologia ao se aproximar da área da saúde coletiva volta-se para os processos de produção de saúde, sejam eles formas de conhecimento ou tecnologia de cuidado, prevenção e manutenção da saúde.

Tal aproximação se dá na medida em que a saúde está relacionada não só como algo para todos, mas também como produção de vida. Vida, nesse sentido, pode ser entendida por condições físicas, psicológicas e sociais, ou seja, os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais constitutivos da forma de objetivar o ser humano em um ser biopsicossocial e operando com um conceito de cidadania, dever e sujeito de direitos (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Esse contexto de entendimento de formação em saúde e de organização de sistema de saúde vai exigir da psicologia a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para a implementação, coerentes com os pressupostos políticos dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Desse modo, traz a demanda de produção de novos modelos de saúde que, em suas práticas, estabeleçam processos que subjetivem os usuários da saúde por valores como o de cidadania e de garantia de direitos, a partir da efetivação do dever do Estado (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Este panorama de mudanças, que acontece na formulação de uma proposta de saúde, gera a necessidade de mudanças

também na formação de profissionais da área da saúde e, nesse caso, em especial, dos cursos de Psicologia.

Os currículos acadêmicos praticamente não possuem conteúdos sobre o SUS nos cursos da área da saúde, isso faz com que esse conhecimento seja apresentado como um dado isolado e não uma produção de modelo de saúde. O que se configura um paradoxo “a realidade da saúde e os recursos humanos do SUS permanecem desconhecidos dos estudantes”. Denota-se um despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade do SUS, compreender sua gestão e a ação do controle social da sociedade.

A proposta é uma educação que integre ensino, pesquisa, extensão, documentação, cooperação técnica e ação social direta com os vários segmentos de desenvolvimento do SUS. Busca-se uma ciência capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento, deixando-se interpenetrar por elas, inclusive o senso comum, com relação ao controle social, bem como suas instâncias de movimentos sociais organizados.

A educação permanente em saúde parte do pressuposto de uma aprendizagem significativa, a fim de que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, em uma maior interação com as ações nas redes de serviço. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, de modo que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A reorientação das práticas em saúde, e, portanto, a formação em saúde, deve considerar suas necessidades dinâmicas,

sociais e históricas, exigindo que a formação em saúde desenvolva dispositivos também dinâmicos, estruturalmente flexíveis, para escutar, retraduzir e trabalhar essas necessidades (CECCIM; FERLA, 2003).

A atividade profissional não pode ser reduzida a uma prática estanque, dada e estabilizada. Ela só pode ser apreendida no âmbito do diálogo e da confrontação que a constitui no encontro entre as pessoas as quais povoam os espaços de formação em saúde. O processo de formação em saúde deve ser um espaço de invenção compartilhado entre docentes, discentes, gestores e comunidade em geral, rompendo com a prática verticalizada entre professor e estudante, bem como adequando a formação às necessidades reais da população.

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, de forma que esses profissionais tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Diante desse “nó crítico”, a Educação Permanente em Saúde surge como proposta pedagógica para disparar processos de mudança na formação universitária. Dessa forma, articulam-se ações de extensão, mas também de ensino, pesquisa e práticas de estágios, dialogando com gestores, serviços e controle social. Ou seja, uma proposta transversal à formação de profissionais de saúde capazes de construir ações integrais.

Em termos da organização curricular, estamos vivendo um momento em que se torna possível articular as propostas

de saúde coletiva. Nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, incluindo o curso de Psicologia, firmou-se nacionalmente que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção à saúde. A formação em psicologia define a atenção à saúde como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, segundo referenciais profissionais. A psicologia definiu a atenção à saúde como seu objetivo específico, além daqueles próprios de um egresso da educação superior.

Assim, percebemos um cenário nacional de revisão dos rumos do fazer psicologia e do fazer saúde em direção ao projeto de consolidação dos ideais da Reforma Sanitária, que estão colocados na legislação federal, por meio da criação e institucionalização do SUS.

A Psicologia encontra-se em momento importante para afirmar seu projeto de pensar o sujeito em sua diversidade e multiplicidade e deve aliar-se a noção de saúde coletiva como estratégia para construção de práticas “psi” que não limitem a capacidade de inserção e manifestação dos sujeitos no mundo.

Referências

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-12, 1991.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para

a montagem de projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 211-226, 2003.

COIMBRA, C. M. B. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In: JACÓ-VILELA, A. M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. de B. C. (Org.). **Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil**. Parte III – formação, ação e profissão. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002a.

_____. A psicologia de 1850 a 1950. In: _____. **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002b.

HÜNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In: GUARESCHI, N. M. F.; HÜNING, S. M. (Org.). **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, p. 107-127, 2005.

MEDEIROS, P. F. de; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 21, n. 3, p. 263-269, set./dez., 2005.

MENDES, E. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

NARDI, H. C. et al. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1045-1054, jul./ago., 2005.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da qualidade Editora, 2000.

Os fazeres das psicologias: histórias e práticas sociais em contexto

Helena Scarparo

Considerar acontecimentos na perspectiva da historicidade é tarefa relevante para a compreensão dos processos de instauração, consolidação e divulgação de qualquer área do conhecimento (BROZEK; MASSIMI, 1998). Se observarmos a construção da psicologia, poderemos facilmente constatar a sensibilidade da área aos contextos políticos e sociais nos quais se inscrevem as práticas. Entretanto, muitas vezes, tal sensibilidade não tem sido objeto de reflexões e debates, o que impede a articulação entre a produção de conhecimentos em contexto, as práticas geradas e suas repercussões nas diferentes esferas do viver.

Nessa perspectiva, o campo da saúde tem sido espaço fértil para questionamentos e problematizações que articulam as especificidades da área e as circunstâncias políticas e sociais de cada tempo e lugar. Os processos de idealização e efetivação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) fazem parte da memória recente do país e denotam essa articulação: contextos políticos específicos abriram espaços para o engendramento de espaços dialógicos, organização popular, reivindicações e formalização de propostas para a mudanças no campo. Dentre essas, destacamos a participação da psicologia na instituição de outras formas de pensar e fazer saúde. Assim, ao contemplar memórias e histórias associadas se favorece a ampliação de questões e argumentos relativos aos processos de instituição de determinados saberes e fazeres. Ao mesmo tempo, esse esforço facilita a compreensão

das demandas, desafios e lugares sociais ocupados, por exemplo, por áreas do conhecimento, teorias e profissões.

A observação das práticas psicológicas no campo da saúde é plena de diversidade e controvérsias. A denominação “psicologias” para descrever a área (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2011) não causa estranhamentos. Diferentes concepções epistemológicas justificam a adoção de alternativas teóricas específicas e revelam e demandam posturas políticas marcadas pelos contextos de inserção.

O presente texto associa alguns registros históricos para efetivar uma perspectiva da construção da psicologia brasileira, especialmente na área da saúde. Para tanto, o texto se estrutura em três eixos: aspectos contextuais da construção da psicologia brasileira, especificidades dessa construção no campo da saúde, reflexões sobre a formação nesse campo e a articulação entre psicologias e práticas na contemporaneidade.

O contexto histórico-político no período de oficialização da psicologia como profissão no Brasil

Estudos acerca dos anos subsequentes à Segunda Guerra Mundial denotam sua importância na produção científica global, o que incluiu, evidentemente, a psicologia (FARR, 2002). Nesse período, ciência e tecnologia eram consideradas vetores da construção de um mundo avançado, com conquistas em diferentes áreas. Essas teriam como efeito o prolongamento da vida, as facilidades da automação, além de maior eficiência, progresso e conforto para a sociedade. Por outro lado, eram problematiza-

das as responsabilidades e os efeitos do conhecimento científico. A possibilidade de destruição por meio da tecnologia nuclear, experimentada recentemente em Hiroshima e Nagasaki, era motivo de intensas preocupações quanto à eclosão de outra guerra mundial com armas cada vez mais potentes e aniquiladoras. Assim, engendrou-se a “Guerra Fria”, período no qual era improvável que se tivesse uma guerra e, ao mesmo tempo, era impossível conquistar a paz (ARON, 1979).

Nesse período, Estados Unidos da América (EUA) e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) sustentavam oposições políticas pautadas no capitalismo e comunismo respectivamente. Assim, lutavam pela hegemonia política, militar e econômica, de forma que se geravam estratégias e oposições ideológicas, sem confronto militar explícito. Ao mesmo tempo, evidenciavam-se regiões de influência político-econômicas distintas.

A América Latina era região do expansionismo dos EUA, com influências econômicas, culturais e científicas (HOBSBAWM, 1997) com conteúdos que indicam valores, estilos de vida e, evidentemente, padrões de comportamentos considerados saudáveis, inspirados em modelos norte-americanos (SCARPARO et al., 2013).

A consolidação do antagonismo foi relativizada pela Revolução Cubana, em 1959, pois ela instaurou um regime comunista na “zona de influência” estadunidense. Nessas circunstâncias, opositor, até então segregado geograficamente, passa a habitar a América Latina, o que foi considerado como ameaça da ampliação do comunismo nas Américas.

Nesse contexto, as práticas científicas e seus possíveis efeitos instituíam espaços e atribuições sociais. É o caso da avaliação psicológica (BENDER, 1978; FARR, 2002). Dessa forma, os anos 1960, a década da oficialização da psicologia como profissão no Brasil, foi marcada por mudanças em nível global que repercutiram no contexto político e potencializaram os processos de consolidação da psicologia.

No contexto político brasileiro dessa época, foi impactante a renúncia do então presidente Jânio Quadros, com a posse, em um sistema parlamentarista, do vice-presidente João Goulart, em 1961, após intensa negociação política pela campanha da legalidade (FAUSTO, 2009). A postura política de João Goulart era alvo de rejeição pelos ministros militares. Já como vice-presidente tencionava constituir uma política externa independente, com livre trânsito comercial tanto com o lado comunista como capitalista. Buscava a ampliação da democracia a partir das “Reformas de Bases”, o que não interessava aos grupos hegemônicos na época. Assim, ao cenário global de disputas e desconfianças, característico do período após a Segunda Guerra Mundial, associava-se, no Brasil, um conturbado contexto político (FAUSTO, 2009; FERREIRA; DELGADO, 2003).

Em estudos recentemente elaborados sobre os processos de consolidação da profissão de psicólogo no Brasil, constatou-se a formulação no imaginário social de expectativas e atribuições para a profissão. Essas coincidiam com o projeto de um modelo econômico voltado para o estabelecimento das bases de uma economia industrial, o que acirrava a confiança nas possibilidades da psicologia em favorecer o processo de construção do

desenvolvimento da nação brasileira, pautada na lógica do progresso e nos critérios de cientificidade em vigor, quais sejam a objetividade e neutralidade das práticas científicas (SCARPARO et al., 2013).

Construção da psicologia brasileira em tempos de repressão política explícita

Na época em que foi oficializada a profissão de psicólogo no Brasil, pouco antes do Golpe Militar de 1964, a psicologia era voltada para a racionalidade, a objetividade e a neutralidade. Apesar da coerência dessa posição ao contexto no qual se inscrevia, podemos imaginar o distanciamento do conhecimento produzido da crítica das circunstâncias políticas e sociais que caracterizavam a vida no Brasil. Tal condição parece ter-se exacerbado – pelo menos formalmente – com a instauração da ditadura no Brasil. Caracterizava-se por um executivo forte, monitorado pelos militares, amplas restrições à participação da população civil, processos educacionais e midiáticos, que induziam a produção de significados amplamente positivos às ações governamentais e à militarização da vida cotidiana (SCARPARO et al., 2007).

Era clara a influência do militarismo em projetos de cunho político-ideológico dirigidos à sociedade. Havia a imposição de um modelo cultural no qual a “Reforma” social pretendida pela Ditadura era considerada um elemento de regeneração da nação (SOUZA, 2002). Nessa lógica, justificaram-se atos repressores como perseguições políticas, prisões, proibições de manifestações populares e de acesso a determinadas notícias, ideias e teorias, entre outros.

No âmbito da economia, o “Milagre brasileiro” mostrava um país pujante. Vultosos subsídios advindos do capital estrangeiro financiavam a construção de obras grandiosas e empreendimentos pautados na ideologia do progresso que tiraria o Brasil da condição de país subdesenvolvido e lhe conferiria o *status* de país em franco desenvolvimento (FAUSTO, 2009). As expectativas sobre o fazer psicológico eram caracterizadas pela preponderância de técnicas individuais, apoiadas em perspectivas intrapsíquicas e pautadas por um modelo abstrato de comportamento tido como “normal”. Como decorrência, dissociava-se o sofrimento do sujeito do contexto no qual se inseria e se produziam estratégias de adequação ao modelo de normalidade. Assim, as práticas preventivas, muito valorizadas na época, procuravam evitar desvios ao padrão de normalidade instituído, a fim de concretizar o que mais tarde foi denominado de “preventivismo” (AROUCA, 2003; LANCETTI, 1989). Cabe lembrar que, em tempos de repressão política, censura prévia e leituras proibidas, o conceito de normalidade estruturava-se na plena adaptação à ideologia postulada pelo governo militar ditatorial.

Desse modo, o padrão instituído de “indivíduo normal” poderia determinar ou justificar a predominância do emprego de psicofármacos, do atendimento às situações de crise e do uso acrítico de instrumentos como testes psicométricos e projetivos, entre outras práticas psicológicas. Significativo contingente dessas práticas se efetivou, inspiradas na psiquiatria comunitária, um enfoque de intervenção coletiva oriundo da Inglaterra, com propostas de prevenção e saúde mental comunitária (CAPLAN, 1980). Era presente também a hegemonia da parte sobre o todo

e as especialidades passaram a assumir o *status* de maior cientificidade do que a perspectiva generalista (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2000).

No âmbito da saúde, no Rio Grande do Sul, destacou-se a experiência desenvolvida no Centro Médico Social São José do Murialdo, um sistema de saúde comunitária, realizado junto a uma população das classes populares de Porto Alegre, na década de 1970. Nessa experiência, estabeleceu-se, pioneiramente, uma proposta de intervenção em medicina geral comunitária e um projeto de residência multiprofissional. Os relatos sobre essa experiência narram projetos e práticas de adaptação às exigências governamentais da época, através de estudos epidemiológicos, intervenções voltadas à patologização da população e apoio em teorias permitidas pelo governo militar.

Concomitantemente, alguns dos participantes dessa experiência estabeleciam linhas de fuga, através das quais estudavam clandestinamente autores censurados, importavam às escondidas textos proibidos pela ditadura e estabeleciam críticas sociais em diálogos coletivos acerca da vida cotidiana. Nesses, refletia-se criticamente com apoio nas ideias de Paulo Freire, Alfredo Moffat, Guattari, Laing e Cooper, entre outros. As leituras e debates articulavam estratégias e consubstanciavam projetos para lutar pela conquista de relações igualitárias e democráticas, que gerassem espaços de cidadania (SCARPARO, 2005; 2006). Alguns dos protagonistas dessas práticas passaram a participar ativamente de movimentos vocacionados a formular políticas sociais no campo da saúde pública. É o caso das psicólogas: Carmen Oliveira, Maria de Fátima Fischer e Sandra Fagundes (tratando-se, aqui, de um cenário do Rio Grande do Sul).

Cabe destacar que, no período do Governo Geisel, estabeleceu-se um processo de distensão sociopolítica sem, no entanto, ocorrer o abandono do controle ditatorial (ALVES, 2005). Tal distensão favoreceu a ampliação das mobilizações coletivas e, no campo da saúde, impulsionou experiências preventivas, comunitárias e a instituição de associações no campo da saúde. Mais especificamente, em 1975, foi organizado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que regulamentou o complexo dos serviços de saúde, através da Lei nº 6229. Ao avaliar esse processo, Gastão Campos (1997) ressaltou que as práticas em saúde passaram de um modelo liberal privatista em crise para um modelo racionalizador reformista. Neste, o Estado tinha a tarefa de corrigir distorções da prática liberal, sem eliminar a medicina de mercado. Como decorrência, era necessário que o Estado multiplicasse serviços e empreendesse esforços no planejamento em saúde. Nessa perspectiva, era discutida a vigilância epidemiológica e os recursos municipais para a criação de serviços básicos para as populações locais. Dentre as críticas a esse sistema, destacavam-se aquelas que questionavam a concepção funcionalista, assim como os limites e as distorções inseridas nas propostas do governo.

As críticas se justificavam no fato de que eram percebidas incompatibilidades entre o discurso do Governo da época e as práticas dirigidas à população no campo da saúde. Por exemplo, os investimentos em saúde pública diminuía e os recursos eram destinados à compra de serviços privados (CAMPOS, 1997). Esses questionamentos, associados aos movimentos sociais possíveis na época, condicionaram a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico

das ações em saúde no Brasil. Nesse evento, instituiu-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta por representantes do Governo Federal, do Congresso Nacional e da Sociedade Civil. A partir de tal articulação, foi possível a proposição de mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro, tendo em vista uma reforma sanitária sem a qual não seria viável conceber e empreender esforços na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pelos critérios do SUS, o mercado deixaria de ser o eixo da organização dos serviços, na medida em que a saúde passou a ser um direito constitucional, o que tornava os serviços de saúde universais, integrais, iguais, participativos e passíveis de controle social. Para tanto, eram previstas ações de saúde regionalizadas, que atentassem para as especificidades da comunidade atendida (BRASIL, 2000; CAMPOS, 1997). Assim, a atenção à saúde não poderia mais se restringir à mera assistência médica, mas a todas as ações de promoção, proteção e reabilitação.

Para viabilizar a implantação do SUS, seria necessário estabelecer ampla rede básica que garantisse o primeiro atendimento, o que implicava a criação de atendimento à demanda espontânea e de organização de práticas de prevenção e promoção de saúde. Tais projetos exigiam formação de recursos humanos e aquisição de recursos materiais (CAMPOS, 1997).

Como desdobramento desse processo, na esfera da Saúde Mental, em 1987, aconteceu a Conferência Nacional de Saúde Mental. A base dos princípios gerais das reformas desejadas, no âmbito da saúde mental, eram as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde. Foi proposta, então, a adoção de um modelo assistencial que desinstituisse as práticas hospitalocêntricas

e psiquiatricocêntricas. Nessa perspectiva, foram organizadas conferências estaduais e municipais de saúde mental, nas quais se consubstanciaram o movimento de trabalhadores de saúde mental e iniciativas para qualificação na área, entre elas cursos de pós-graduação (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993).

A conjunção desses fatores favoreceu a mobilização dos municípios, como vetor importante para a garantia de equidade, integralidade, universalização e participação nas ações de saúde. Assim, propiciavam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com práticas atinentes às especificidades regionais, em todos os níveis de atenção (OLIVEIRA, 1992).

O SUS propôs articular o compromisso constitucional de associar a saúde aos direitos humanos. Para tanto, instituiu como elementos fundamentais a integralidade, a equidade e a universalidade. Os desafios, que emergiram para implementar esse sistema, são, ao mesmo tempo, os instrumentos essenciais de efetivação da proposta: instituir serviços de saúde inclusivos, interdisciplinares, com garantia de participação popular e de controle social. Para tanto, é preciso que a saúde seja compreendida como conquista cotidiana de condições ótimas de moradia, alimentação, educação, transporte, trabalho, renda e acesso aos serviços, entre outras (BRASIL, 2006; SOUZA, 2002). Nessa perspectiva, o pressuposto da integralidade ganha destaque e exige constante revisão dos propósitos que sugere, bem como das práticas e dos efeitos que ocasiona. Talvez por esse motivo, a integralidade tem sido um dos temas mais estudados e debatidos pelos profissionais da área da saúde. Historicamente, tem ampliado suas significações, evidenciando a complexidade das práticas

pautadas por ela. A compreensão dessa complexidade implica analisar cotidianamente a qualidade da atenção e do cuidado oferecido a ele, o que implica ações criativas e formação permanente em serviço.

Foi nesse contexto que nasceu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em vários estados do Brasil. Seus militantes passaram a tecer redes através das quais buscavam criar estratégias de ação, produzir concepções e gerar possibilidades de interlocução.

A formação

Os contextos históricos, brevemente mencionados acima, podem nos auxiliar a vislumbrar as transformações que têm sido necessárias na formação de profissionais na esfera da saúde. A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pela pressão por reformas universitárias e pelos tensionamentos advindos dos processos de descentralização político-administrativa do Estado (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 2000).

Os cenários políticos demandaram profundas modificações no âmbito da educação brasileira. Por exemplo, no período ditatorial, aconteceram reformas do ensino médio, no vestibular para ingresso no ensino superior e no ensino universitário. Estas forçaram o abandono de espaços de discussão e crítica das condições sociais da vida e passaram a priorizar conteúdos posicionados no campo de uma suposta neutralidade e da corroboração

do pensamento do Governo advindo do Golpe militar de 64, ou seja, uma lógica estruturada, apoiada e incentivada pelo modelo econômico estadunidense (SCARPARO, 2005).

A história das universidades brasileiras dessa época é marcada por aposentadorias compulsórias, demissões, desaparecimentos e deposições de professores e gestores das unidades acadêmicas. Tratava-se de intervenções militares inconciliáveis com propostas de espaços universitários nos quais, teoricamente, buscava-se exercitar a livre reflexão e consubstanciar a produção de pensamentos transformadores das condições cotidianas e da miséria da existência humana (SCARPARO, 2005).

Com a gradativa abertura democrática, profissionais e estudantes da área da saúde passaram a ter maior liberdade para problematizar os conceitos de saúde, refletir criticamente sobre as ideologias que os sustentavam e articular estratégias que os aproximassem de ideais emancipatórias.

A partir das Conferências de Saúde e dos processos de implantação do SUS, as transformações passaram a ser contínuas e as práticas potencializaram reflexões críticas necessárias à implementação de ações atinentes aos pressupostos do sistema de saúde, pautado pela universalidade, equidade, participação e integralidade.

Concomitante e contrariamente, a lógica, que permeava o ensino universitário, os modelos profissionais e os projetos futuros dos estudantes, tinha como modelo o profissional autônomo bem-sucedido, um ícone do capitalismo e da sociedade de consumo. Tratava-se de um especialista e, como decorrência, o conhecimento proporcionado pela formação se restringia ao

estudo de fragmentos do humano. A partir dessa visão parcial, estruturavam-se as práticas que, por decorrência, baseavam-se em dicotomias: saúde-doença, problema-solução e normal-anormal, entre outras (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Paralelamente, criou-se a ideia estereotipada de que as práticas generalistas são superficiais e sua execução não exige preparo ou sofisticação. Por esse motivo elas não ocupam lugar de destaque ou mais-valia, nem mesmo (ou especialmente) no ambiente universitário. Essa compreensão acarreta uma série de limitações na esfera da formação profissional. Dentre elas, o exercício de práticas profissionais dissociadas, contraditórias e distantes das especificidades dos contextos nas quais se inscrevem.

De maneira geral, o ensino superior revela dissociações cotidianas que denunciam crenças em verdades absolutas e em ideias ligadas à existência de fenômenos naturais que existem por si mesmos. No campo da saúde, evidencia-se um hiato entre a dinâmica das propostas e as necessidades da maioria da população (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2000). Tais hiatos são notórios se compararmos as novas diretrizes curriculares, para os cursos de graduação da área de saúde, elaboradas pelo Ministério da Educação, no Brasil, com a grande maioria dos modelos e das práticas educacionais efetivadas na academia (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 2000).

Por exemplo, as prerrogativas para a formação de profissionais generalistas não coincidem com a lógica de especialidades que tem modelado os projetos profissionais. Da mesma forma, a cultura ainda comum de patologização dos fenômenos

humanos não atende à necessidade de protagonizar práticas de promoção de saúde. Além disso, a opção por práticas generalistas, vinculadas prioritariamente à promoção de saúde, exige olhares interdisciplinares e, obviamente, consideração do contexto social. Tal exigência implica a ressignificação de saberes, a problematização das práticas e flexibilização dos territórios profissionais, de modo que poderia resultar na intersecção entre formação e processos sociais emancipatórios.

Ainda que o avanço determinado pela adequação da formação profissional às realidades locais seja necessário, essa proposta emancipatória esbarra em alguns obstáculos. Dentre eles, podemos citar a formação dos educadores da área. As dificuldades de modificar paradigmas referentes às práticas em saúde por quem ensina não se restringem aos profissionais com maior tempo de formação, uma vez que a racionalidade do método científico e a especificidade pautaram e continuam pautando a formação de mestres e doutores, os quais, paradoxalmente, devem estar preparados para ensinar uma concepção profissional generalista.

Nesse contexto, o movimento que deve ser estimulado é a possibilidade de integração de conhecimentos e práticas específicas e realidade sociocultural e econômica. Assim, o pensamento biológico puro deveria dar lugar a um planejamento sobre a realidade, o qual deve privilegiar práticas bem embasadas, inclusive, e não exclusivamente, pelo método científico.

Psicologia e saúde

Ao examinarmos a construção da história da psicologia no campo da saúde cabe perguntar: que acontecimentos

queremos forjar, que valores justificam tal desejo e que intencionalidades os delineiam? A fim de buscar respostas a esses questionamentos estaremos refletindo sobre a produção de conhecimentos e sobre os efeitos dessa produção na sociedade contemporânea.

Sabemos que as práticas psicológicas, que influenciaram a formação de psicólogos até o presente, tiveram seu nascedouro na lógica da modernidade (FARR, 2002). Assim, um dos desafios que se impõe é o de criar instrumentos que permitam diálogos da Psicologia com questões que se delineiam na chamada pós-modernidade. Para isso, é imprescindível que pensemos como produzimos, divulgamos e aplicamos os conhecimentos que construímos. Além disso, cabe perguntar como os localizamos em relação ao que consideramos territórios da psicologia.

A psicologia tem se construído enfrentando dilemas. Dentre esses, parece que um dos mais cruciais é o da compreensão de seus limites e possibilidades em um universo marcado pela complexidade e pelas dúvidas. Temos, então, uma psicologia contemporânea inquieta, pensativa, provocativa e desacomodada. Tal desacomodação pode se revelar em estratégias de se arraigar a modelos abstratos, verdades absolutas, certezas e territórios definidos. Por outro lado, pode também se substantivar em um processo crítico contínuo, no qual a ciência duvida da pureza e da imparcialidade dos conhecimentos e encontra na partilha a possibilidade de produzir saberes.

O desejo de partilhar confere coletividade à psicologia. Esta se revigora e se realiza na conquista de espaços de escuta

das diferentes narrativas, dos diversos atores, acerca das psicologias que praticam. Tais espaços são acionados a partir de práticas em rede, uma proposta que favorece a criação de espaços dialógicos. A articulação em redes e as experiências decorrentes desse modo de relação promovem a diluição da hierarquização das diferenças, auxiliam na problematização das práticas e potencializam a efetivação de processos humanos que podem prescindir da naturalização dos fenômenos sociais e da crença incondicional em saberes e fazeres com *status* de verdades absolutas.

Dessa forma, para desenhar suas identidades conceituais e metodológicas, a Psicologia na área da saúde tem articulado fazeres, memórias e contextos. As reflexões sobre tais críticas evidenciaram que elas só se viabilizam na medida em que construímos diálogos entre os registros do passado e a contemporaneidade no qual o presente nunca está ausente (ARIÈS, 1989, p. 246).

Referências

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, p. 139-142, ago. 2000.

ALVES, M. M. **Estado e oposição no Brasil (1964-1984)**. São Paulo: Edusc, 2005.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

ARON, R. **Paz e Guerra entre as Nações**. Brasília, Editora UnB, 1979.

AROUCA, A. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora FIOCRUZUNESP, 2003.

BENDER, M. P. **Psicologia na Comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: Uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Política nacional de promoção de saúde**. Portaria GM/MS n. 687, 30/03/06.

BROZEK, J.; MASSIMI, M. (Org.). **Historiografia da psicologia moderna**: a versão brasileira. São Paulo: Unimarco, 1998.

CAMPOS, G. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

FARR, R. **As raízes da psicologia social moderna: 1872-1954.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

FERREIRA, J.; DELGADO, L. A. N. (Org.). **O Brasil republicano.** v. 4. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. **Revista da Abeno**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 14-6, nov. 2003.

HOBBSAWM, E. **Era dos extremos: o breve século XX, 1914-1991.** 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação ou progresso em saúde mental. **Saudeloucura**, n. 1, p. 75-89, 1989.

OLIVEIRA, C. A luta antimanicomial: pressupostos, balanço e perspectivas. In: PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA COMUNIDADE E TRABALHO SOCIAL, p. 267- 273, 1992, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1992.

OLIVEIRA, D.; SALDANHA, O. Da instituição à sociedade – a trajetória da saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 40-51, 1993.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. **Formação profissional em saúde: desafios para a Universidade.** – Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de

Recursos humanos em Saúde – CADRHU, 2000. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/acf2114.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2007.

SCARPARO, H. **Psicologia comunitária no Rio Grande do Sul**: registros da construção de um saber-agir. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

_____. Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. **Barbarói**, n. 25, p. 115-130, jul./dez. 2006.

SCARPARO, H. et al. Da força bruta à voz ativa: a conformação da psicologia no Rio Grande do Sul no período da ditadura militar. In: IV ENCONTRO DE PESQUISADORES DA HISTÓRIA DA PSICOLOGIA, 2007, Maceió. **Anais...** Maceió, 2007.

SCARPARO, H. et al. Extra! Psicologia brasileira é notícia em 1962: breve tempo, sentidos duradouros. **Memorandum**, v. 24, p. 11-28, 2013.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos>>. Acesso em: 07 jul. 2007.

Do psicologismo ao biologismo: questões à Psicologia na contemporaneidade

Simone Maria Hüning

Marcos Adegas de Azambuja

Ao passo que, ao longo do século XX, aprendemos a nos relacionar com nós mesmos em termos de uma interioridade psicológica (ROSE, 2008), o final do século XX trouxe, junto ao desenvolvimento das biotecnologias e neurociências, uma mudança nessa concepção de ser humano, portanto, nas formas de relação dos sujeitos com a vida e com sua saúde. Essa nova configuração nos modos de subjetivação, que insinua deslocamentos nas formas de constituição da subjetividade, nos faz questionar como, do mesmo modo que por algum tempo se naturalizou a questão da interioridade psicológica como fundamento de comportamentos e emoções, hoje se tende a outro extremo, que também empreende um modo de naturalização, agora pautado em um suporte biológico, para estes mesmos fatores. Nesse viés, busca-se refletir sobre esse novo engendramento da subjetividade em sua articulação com as novas biotecnologias e suas implicações para o campo da saúde. Assim, propomos uma aproximação dessa problemática a partir das transformações nas biotecnologias e neurociências e os efeitos dessas transformações no campo “psi” e as relações com a subjetividade e a saúde.

...



Nikolas Rose em uma palestra, proferida em 2007 e posteriormente publicada no Brasil com o título “A psicologia como Ciência Social” (ROSE, 2008), afirma que o século XX foi o século da psicologia e assinala: “Conforme entramos no século XXI, é relevante perguntar se o novo século ainda será o século da psicologia – o século ‘psi’” (p. 163). A questão colocada por Rose relaciona-se diretamente ao desenvolvimento das novas tecnologias e conhecimentos cerebrais e neurobiológicos e ele prossegue: “Podemos antecipar o enfraquecimento da psicologia - ou pelo menos sua transformação?” (p. 163).

A inquietante interrogação colocada pelo autor nos parece bastante pertinente para a problematização dos discursos psicológicos na contemporaneidade. E é ao trabalho desse mesmo autor que recorreremos para situar a produção do “eu psicológico”. Em um texto em que busca produzir uma “história do regime contemporâneo do eu”, uma “genealogia da subjetivação”, o autor afirma estar preocupado com as práticas pelas quais as pessoas são compreendidas e pelas quais se age sobre elas – “em relação à sua criminalidade, à sua saúde e à sua falta de saúde, às suas relações familiares, à sua produtividade, ao seu papel militar, e assim por diante” (ROSE, 2001, p. 34). É com tal perspectiva que o autor situa as técnicas psicológicas como forjadoras de uma noção de interioridade, como um dispositivo de produção de sentidos e experiências.

De acordo com Rose (2001; 2008), o século XX foi não apenas o período em que a psicologia ganhou reconhecimento e legitimidade institucional, mas também se capilarizou pelo tecido social, de forma a oferecer modos de compreender e tratar

doenças, produzindo concepções do normal e anormal, técnicas de regulação, normalização, correção e educação, entre outras intervenções voltadas ao gerenciamento do comportamento humano. Para o autor, passamos a pensar em termos psicológicos, utilizamos os conceitos “psi” no dia a dia, em um simultâneo processo de “individualização” e “psicologização da vida coletiva” (ROSE, 2008, p. 156).

Parece-nos difícil discordar dos aspectos destacados por Rose com relação à importância da psicologia na constituição de nossos “eus”. Nesse viés, retomamos seu trabalho para pensar sobre os deslocamentos que vem ocorrendo nos modos de compreensão e constituição desses “eus”, em face do desenvolvimento de novas tecnologias, portanto, de novos dispositivos de produção de sentidos e da experiência humana. Recolocamos assim a questão de que

as tecnologias humanas produzem e enquadram os humanos como certos tipos de seres cuja existência é simultaneamente capacitada e governada por sua organização no interior de um campo tecnológico. (ROSE, 2001, p. 38).

No final do século XX, e de forma crescente no século XXI, temos acompanhado o desenvolvimento de tecnologias vinculadas ao campo neurobiológico, que desestabilizam a “obviedade” da psicologia como saber que detém a autoridade para falar da interioridade (dos desejos, sentimentos, pensamentos, da saúde mental, da patologia), colocando em questão até mesmo seu estatuto ontológico. Em um processo ainda em curso, redistribui-se a autoridade sobre quem pode falar sobre aquilo que, até então, tem sido nomeado como subjetividade. Uma nova

relação e concepção de corpo é produzida e toma o lugar da “alma”. De fato, corpo e alma tornam-se supérfluos como unidade “quando se sugere que tudo pode ser localizado no nível biomolecular”. As novas tecnologias “permitem um acesso inusitado a instâncias até então não exploradas, explicações abstratas e hipotéticas (como o psicológico) se tornam, muitas vezes, dispensáveis e, até mesmo, indesejáveis” (HÜNING, 2008, p. 68).

Temos a impressão, por exemplo, de que as neurociências conseguiram fazer o que a psicologia nunca tinha feito: acessar, mostrar e manipular a ‘alma’. A psicologia, por não ter condições de visibilidade da mente humana, tentou estudá-la através de diferentes exterioridades. Em outras palavras, pelo comportamento, pelo inconsciente, pelo artifício da fala, por códigos exteriores ao objeto alma, se procurava chegar a ela. As neurociências mostram onde está essa tal de *psique* e como ela funciona no cérebro, ou melhor, como ela é produto do cérebro, através das imagens escaneadas, coloridas e em movimento. É de se estranhar que essas imagens geradas, por exemplo, pela ressonância magnética funcional (fMRI), sejam consideradas como a visualização exata do psicológico e não, ao menos, como mais outra exterioridade, sua representação. Muitos neurocientistas reconhecem a limitação desse procedimento, mas as influências da mídia, da indústria de psicofármacos e as próprias empresas envolvidas no ramo corroboram a ideia de que finalmente se chegará a entender o espírito humano em sua inteireza (ROSE, 2007). Um exemplo, que alerta para tais equívocos, é o artigo popularmente conhecido como *Voodoo correlations in social neuroscience* (VUL et al., 2009), produzido por um grupo de pesquisadores americanos, em

que se critica o alto índice de correlação entre variáveis comportamentais de personalidade ou emocionais e as ativações cerebrais. Não é possível essa alta correspondência, justamente porque a técnica da fMRI é insuficiente para obter dados tão detalhados e, mesmo se não tivesse tal limitação, os pesquisadores alegam ainda que tais dados passam por muita manipulação.

Assim, de certa forma, podemos dizer que a Neuropsicologia, e todas as outras neuros, parecem-nos uma evidência necessária. Todos os interessados no psiquismo humano deveriam se voltar para isso, já que a ideia da impossibilidade de se chegar a mapear a 'alma' e acessá-la apenas por aquilo que as pessoas apresentam em seus comportamentos, simbologias, cultura e história chega ao fim através do estudo profundo da biologia humana. Todas as teorias sobre o ser humano, todos os manuais, todos os testes de avaliação psicológica, todos os aparatos técnicos que dão suporte para produção da psicologia parecem se esvaír com o novo conhecimento, já que o psiquismo, agora, passa a se tornar visível. Assim, a mente – última fronteira da ciência – poderia ser subsumida por um substrato fisiológico, pelo cérebro e sistema nervoso¹.

Quando o professor do Instituto de Tecnologia da Califórnia, o neurocientista Leonard Mlodinow, em entrevista ao site da Globo, “põe em xeque o inconsciente de Freud”, como diz o título da manchete, coloca em suspensão a produção de um campo de saber que se legitimou a partir de um operador conceitual, ancorado em técnicas de escuta e fala, bem como atravessado pelo discurso da clínica médica. Mais que isso, o modo de produ-

¹ Sobre uma cartografia do presente sobre os rumos da Psicologia com as Neurociências, cf. Azambuja (2012).

zir subjetividade sofre uma torção com o avanço das ciências do cérebro, de forma que se recolocam o inconsciente e as formas de acesso a ele nas bases neuronais. A própria psicoterapia ou a introspecção não seriam mais as melhores formas de se chegar ao inconsciente, sendo questionada até mesmo a validade desse tipo de trabalho profissional².

Esse processo nos fala não apenas de um 'avanço' do campo científico, mas também evidencia uma transformação na ordem da produção do conhecimento, já que a demonstração da objetividade, das evidências empíricas, de técnicas cada vez mais precisas e 'inquestionáveis' de diagnóstico, de mudanças nas formas de investigação, exploração e manipulação do corpo, assumem um estatuto de superioridade em relação aos conhecimentos abstratos produzidos por grande parte das perspectivas psicológicas.

Apesar disso, não acreditamos que possamos, pelo menos por enquanto, postular o fim da psicologia, principalmente se nos situarmos desde uma psicologia que não está preocupada com o recrudescimento da noção de eu ou de interioridade, mas que se coloca como questão exatamente a análise às diversas formas de constituição do eu, das transformações que esses novos conhecimentos têm impulsionado. A pergunta sobre a morte da psicologia emerge de uma produção de saberes e poderes que gradualmente vão 'matando' o discurso da interioridade e colocando em relevo a experiência de uma exteriorização ou externalização da subjetividade (SIBILIA, 2004; COSTA, 2005; ORTEGA,

² <<http://oglobo.globo.com/saude/neurocientista-poe-em-xeque-inconsciente-de-freud-10546765#ixzz2iwuYm2dN>>.

2008). Por que pensar que a psicologia pode acabar? Simplesmente porque a *cultura da interioridade*, grandiosamente fortalecida pela psicologia, parece estar em decadência. Devido ao profundo destaque que nossa sociedade contemporânea dá aos cuidados clínicos médicos, em aproximação com as biotecnologias, o modelo internalista e privado de construção de si desloca-se para a exterioridade do corpo como ancoragem da formação de identidade do sujeito.

O surgimento desse medo está muito mais ligado em considerar as unidades de discurso da interioridade e do social como naturais, 'esquecendo' que, por contingências históricas, fazem emergir um sujeito que se conduz a partir de uma interioridade e como ser social. Também não nos parece ser a questão encontrar um lado bom ou mau nessa história das relações entre psicologia e as biotecnologias. O avanço destes estudos e técnicas deslocam certas unidades discursivas que já haviam se naturalizado, logo se obriga, de uma forma ou de outra, um rearranjo dessas disciplinas.

Assim, enquanto esses eventos tecnocientíficos são criticados como movimentos reducionistas, gostaríamos de argumentar que eles poderiam ser mais bem caracterizados como processos produtivos. Ao invés de somente apontar para as tendências convencionais das neurociências e biotecnologias, trabalhos como de Nikolas Rose (2007), Anne Beaulieu (2012) e Catherine Malabou (2008) inspiram uma abordagem que enfatiza as capacidades para reinvenção e transformação. Como Foucault (1988) argumenta, os mecanismos de poder não são pobres, monótonos repetitivos em suas táticas. Muito menos levariam so-

mente a colocação de limites – concepção jurídica de poder, da obediência e interdição. O poder em nossa sociedade é criativo, constituindo eficácia produtiva, riqueza estratégica e positividade. Diante desse contexto, gostaríamos de nos deter sobre três aspectos em especial: a concepção do humano, da vida e da saúde.

Um primeiro grupo de questões para pensarmos essa transformação do humano pode ser formulado a partir da análise de Landecker (2005) sobre a biopolítica dos desenvolvimentos biotecnológicos. A autora afirma que as biotecnologias impulsionam hoje uma reconfiguração das relações com a “matéria viva”, que ela nomeia de “toque biotecnológico”. Para Landecker, as novas biotecnologias trazem mudanças não apenas naquilo que se concebe como o humano, mas primordialmente no que é o biológico, que, por sua vez, se constitui como a “chave para compreender a especificidade da ‘vida’ após a biotecnologia” (s/p). Como se passa a definir a vida, o humano, o corpo, o eu ou a subjetividade? As possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias nos modos de exploração da ‘matéria vida’ passam a forjar novos conceitos para falarmos de nós mesmos e de nossas vidas. Assim, podemos afirmar que as transformações nos modos de conceber o biológico e o humano têm simultaneamente transformado os modos de compreendermos a subjetividade.

Podemos lembrar aqui a tão polêmica pesquisa ocorrida no Rio Grande do Sul, com parceria de pesquisadores da PUCRS e UFRGS, sobre o mapeamento dos cérebros de ‘adolescente infratores’. Um dos integrantes foi o Secretário Estadual da Saúde, o médico Osmar Terra, que em sua dissertação de mestrado, defendida no Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências

da Saúde da PUCRS, afirma que as “raízes da criminalidade têm origem em disfunções cerebrais, mas a pobreza pode predispor à violência” (PUCRS INFORMAÇÃO, 2009, p. 13). Isto é,

a situação ambiental pode minimizar até mesmo alterações genéticas. O trabalho supõe que os transtornos de comportamento são produto da primeira infância, por causa da falta de estímulo, de afeto e de imposição de limites. (PUCRS INFORMAÇÃO, 2009, p. 13).

Primeiro, as pesquisas se referem a uma comprovação biológica para o caso da violência. Segundo, não excluem o ambiente, mas, como o cérebro altera-se na relação com o meio, é necessária uma intervenção no modo de governar os sujeitos³, algo tão próprio da psicologia.

Cabe ainda referir o texto do neurologista e professor da faculdade de medicina da PUCRS, André Palmini, *A neurociência das decisões: moral, costumes e responsabilidade social* (2009), no qual afirma que os conflitos, nas decisões de comportamentos, [...] “têm base neurobiológica que a neurociência começa a esclarecer” (p. 47). Justificando-se nas comprovações de pesquisas sobre o cérebro, o autor alerta para “[...] a enorme responsabilidade que todos temos em oportunizar um desenvolvimento cerebral sadio para as nossas crianças e jovens” (p. 47), relacionando as privações de cuidados na infância com problemas de desenvolvimento cerebrais.

No que por muito tempo era um reino quase único da psicologia, a neurociência agora também participa. As intervenções nos indivíduos e na população, que antes podiam ser expli-

³ O texto de Rodrigues (2008) apresenta relevante discussão sobre a pesquisa do mapeamento dos cérebros dos adolescentes infratores.

cadadas pela importância do fortalecimento das estruturas do ego e da personalidade psicológica, agora se justificam pelo “[...] desenvolvimento das estruturas cerebrais mais puramente ‘humanas’, justamente aquelas que permitem navegar de forma segura no contexto social” (p. 47). A forma psicologizada de entender e conduzir as relações e percepções do sujeito desloca-se para a maneira ‘neurologizada’.

Torna-se evidente que a produção científica tem alterado as referências que costumávamos utilizar para explicar o mundo. Formulamos então, a partir da discussão de Ribeiro (2003), um segundo grupo de interrogações sobre como as transformações de tais desenvolvimentos no campo das ciências biológicas têm produzido conflitos no que concerne à delimitação das fronteiras entre natureza e cultura, que podem ser desdobrados na imprecisão de fronteiras entre o natural e o artificial, ou o que define a manipulação, o controle e a modificação da vida. Produzem-se, por exemplo, novas questões sobre intervenções que buscam um aperfeiçoamento (do corpo e da psique), os quais por sua vez recolocam o que se pode definir por saúde: trata-se da ausência de doenças? Da promoção do bem-estar? Quem deve promovê-la? Como os avanços da ciência podem ser democratizados? Quem pode consumir tais avanços e a saúde que se produz a partir deles? Como o Estado se posiciona frente a isso? (RIBEIRO, 2003).

Michel Serres (2003) contribui com essa reflexão ao afirmar que as biotecnologias mudaram inclusive nossa relação com o tempo, de modo que nos afastaram de uma seleção natural ou evolutiva. “Produzimos o novo ser vivo por um fulminante

golpe de mestre, em vez de esperar um lance de dados durante um tempo imprevisivelmente longo e de selecioná-lo pacientemente.” (p. 18). As crescentes intervenções nesse processo de seleção trariam, segundo o autor, mudanças não apenas nos corpos individuais (cada vez mais abertos a novas intervenções e novas construções do humano), mas também nas sociedades. Produz--se, assim, outra humanidade (SERRES, 2003), na qual podemos pensar como vinculada à exacerbação, e porque não dizer, uma versão extrema do que Foucault (1999) denominou “assunção da vida pelo poder”,

uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (p. 285-286),

constituindo uma “‘biopolítica’ da espécie humana” (p. 289).

Em seu trabalho, Foucault (1999) destaca a mudança produzida pela biopolítica nas formas de exercício do poder, cada vez mais ligado ao “fazer viver, e na maneira de viver, e no ‘como’ da vida [...] para aumentar a vida” (p. 295). Há de se destacar, no entanto, que essa relação biológica, segundo o autor, estará vinculada “à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça” (p. 306). Dessa forma, se concordarmos com o fato de que os novos conhecimentos e tecnologias do campo da biologia e neurociência produzem não apenas uma nova humanidade, mas também novas formas de governo político da vida, cabe também interrogarmos não apenas sobre as fronteiras entre natureza e cultura, mas também sobre as novas alianças entre biologia e política na contemporaneidade.

Nesse viés, entendemos que a produção das mutações que comandam as seleções, como apontado por Serres (2003), certamente redefinem nossas relações entre humanos e seres vivos de um modo geral. Assim, o posicionamento dos sujeitos nessas novas relações e com a espécie humana estará diretamente ligado ao acesso de que dispõem as diferentes tecnologias de intervenção, o que nos coloca sempre diante do risco da produção do que Foucault (1999) denominou de racismo de estado. Aqui, nos referimos particularmente a uma função de “subdividir a espécie”, “fragmentar, fazer cesuras no interior desse um contínuo biológico” (p. 305).

Por fim, um terceiro grupo de questões, que levantamos em torno das transformações impulsionadas por essas novas formas de conhecimento, diz respeito às formas de relação dos sujeitos com sua própria saúde, portanto, a formas de governo da subjetividade. Com a constituição de uma rede de enunciados biotecnológicos, de uma nova racionalidade de governo, um “novo poder pastoral”, que não mais “dirige as almas de ovelhas confusas e indecisas” (ROSE, 2007, p. 29), temos um novo conjunto de relações dinâmicas entre os que “aconselham” e os que são “aconselhados” e convocados a assumir a responsabilidade pelas suas condições de vida e saúde. Acompanhamos a emergência de novos especialistas e novas especialidades, bem como alterações nas especialidades já estabelecidas. Essa nova forma de governo, além de voltar-se para o gerenciamento dos riscos, se ocupa dele e persegue o melhoramento e o aperfeiçoamento dos modos de vida. Coloca a biotecnologia como algo cuja ação está para além da finalidade de cura ou terapia – criando-se

novos objetivos vinculados ao uso do poder biotecnológico – e, mais do que isso, para além da possibilidade de “distinção entre terapia e melhoramento” (PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS; KASS, 2003, p. 13).

Vemos assim a proliferação de estratégias de prescrição e encorajamento à adoção de medidas de vida saudáveis (alimentação, educação, exercícios) e o autogerenciamento. Portanto, aos sujeitos, cabe encontrar a melhor maneira de tornar-se ativo em relação à própria saúde, engendrando uma nova cultura de ‘cidadania’ que desloca a posição de paciente para consumidor. Onde e como devemos buscar mais e melhores informações sobre nossa saúde? Como reclamamos por nossos direitos no campo da saúde? O que podemos esperar e desejar das novas intervenções?

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no final dos primeiros cinquenta anos do século XX, deixa clara a utopia inatingível e a extensão em que toma no mundo quando estabelece a noção de saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social. Nessa definição, já se antevê a corrida desenfreada por superações de qualquer estado, o mínimo que seja, da degradação da vida humana. Com esse um conjunto de práticas que produzem certa formação histórica, o que vemos é a tentativa de retardamento da presença da morte no corpo e o constante aperfeiçoamento de nosso organismo. Será possível compreender as linhas que permitem construir essas práticas nas pesquisas em biotecnologia e nas intervenções no código genético.

Temos, assim, um ‘corpo genético’, um corpo produzido por essa área que “[...] tem por objetivo elaborar um mapa desta estrutura subjacente que determina o desenvolvimento do cor-

po” (KECK; RABINOW, 2008, p. 84). Esse processo se inicia com Gregor Mendel (1822-1884) e suas famosas *leis de Mendel*, leis que regem a transmissão dos caracteres hereditários. Contudo, as palavras *genética* e *gene* só surgem no início do século XX. Diante desse contexto até os dias de hoje, vamos desde o primeiro gene identificado em laboratório, da descrição da estrutura em dupla hélice da molécula de ADN, dos trabalhos sobre o código genético, da manipulação do ADN, da produção do ADN em série, até chegar na primeira bactéria sintética, com DNA montado totalmente a partir de informações vindas de computador⁴.

Estamos em um tempo no qual se planeja a vida em laboratório e, ao invés de gene, seria melhor falarmos de genoma, pois é esse o foco dos biólogos – lembremos do Projeto Genoma Humano, que já anunciou o sequenciamento total do genoma. Antes mesmo disso, a Declaração Universal sobre Genoma Humano e os próprios direitos humanos já traziam como princípio o genoma humano subentendido como unidade fundamental de todos os membros da família, uma transmissão geracional (KECK; RABINOW, 2008).

Com as descobertas, um casal pode verificar se seu futuro filho ou filha terá alguma anomalia, enquanto outro casal pode escolher as características físicas de seu bebê. Não precisamos pensar apenas em casais, pois sabemos da existência da reprodução *in vitro*. Para além dos seres humanos, temos a transgenia tanto de animais quanto de vegetais, que têm a sua estrutura genética modificada ao serem inseridos neles genes vindos de outros.

⁴ Biello, D. Fabricada a primeira bactéria sintética. Scientific American Brazil. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/fabricada_a_primeira_bacteria_sintetica.html>. Acesso em: 21 maio 2010.

Enfim, as pouco confiáveis mutações aleatórias e seus lentos processos de seleção de uma conhecida, mas quase ultrapassada, evolução natural já não nos fazem mais tanto sentido, abrindo-se caminho para o que foi chamado por Paula Sibilía (2002) de evolução artificial. Com o desenvolvimento das biotecnologias (medicina nuclear, engenharia genética...), o evolucionismo, antes ligado aos processos naturais das espécies, vai ser atravessado por uma série de intervenções técnico-científicas, que provocarão alterações artificiais no processo evolutivo. Essas alterações, como estamos vendo, têm efeitos nos mecanismos do fazer viver mais e melhor – estratégias do biopoder.

A clínica do século XXI sofre uma virada para a *molecularização da vida*. Basta pensarmos nas mutações genéticas criadas por manipulação em laboratório. Estamos em uma era da integração entre a genética e a reprodução tecnológica, no mundo da engenharia humana e animal, com qualidades e capacidades de fabricação de acordo com a demanda. É o momento da nova geração de psicofármacos endereçados ao rearranjo de nosso ânimo, nossas emoções, nossos desejos e nossa inteligência. É uma época para sonhar com o prolongamento indefinido da vida, na tentativa de superar a morte. Estamos entrando no século biotecnológico, das estratégias de uma biopolítica molecular (ROSE, 2007).

Atualmente, um estilo molecular de pensamento sobre nossas vidas tomou forma com a criação, em laboratório, de novas formas de vida moleculares, logo se fabricou um novo modo de entender a vida em si. A indústria farmacêutica, as técnicas de visualização médica e as tecnologias de decomposição, anatomização, manipulação, amplificação e reprodução da vida em

nível molecular conferem uma nova mobilidade aos elementos da vida, interferindo nos circuitos orgânicos, interpessoal, geográfico e financeiro. A biopolítica molecular refere-se a todos os elementos moleculares da vida que podem ser mobilizados, controlados e combinados em um processo que não existia anteriormente (ROSE, 2007). Tais modificações acabam por reformular os diferentes campos do conhecimento e, em decorrência, os processos de subjetivação.

É bom retomarmos rapidamente o papel da medicina, que não é mais somente preventivo, mas também cada vez mais preditivo, pois, com as pesquisas e intervenções sobre o código genético, “[...] os médicos procuram a partir daí não mais causas e sim fatores das doenças em que se conjugam predisposições genéticas pessoais e elementos ligados ao meio natural, socio-cultural ou profissional” (MOULIN, 2008, p. 21). A epidemiologia lida com as noções de probabilidade e risco, coloca o sujeito contemporâneo em uma posição de quem carrega alguma desordem latente. Assim, as noções bem delimitadas entre saúde e doença alteram-se, já que todos nós somos doentes em potencial, há sempre uma chance de adoecer. Como se estivéssemos em estado de alerta, nos é sabido a relevância dada aos exames de rotina, como a análise de sangue ou a mamografia, no intuito de prevenir ou dizer sobre o modo como devemos lidar com o futuro de um corpo praticamente já escrito pela medicina (MOULIN, 2008).

Assim, sem a ambição de responder às interrogações inicialmente formuladas, afirmamos nossa concordância com a posição de Rose (2007), pois de acordo com a autora os modos de nos relacionarmos com o humano, com a vida e com a saúde

têm assumido formas cada vez mais somáticas: uma individualidade inscrita na carne, uma subjetividade localizada no cérebro. A vida tornou-se um elemento econômico, em torno do qual se produzem cada vez mais práticas de consumo. “Legitimação e validação científica andam juntas com a economia de mercado” (HÜNING, 2008, p. 118).

Essas novas compreensões, que andam de mãos dadas com o surgimento de novos especialistas, reposicionam os tradicionais saberes ‘psi’ e nos impõem refletir sobre o impacto dessas transformações na própria constituição da disciplina. Cabe-nos discutir como lidaremos com essas novas concepções de vida, saúde, subjetividade, etc., não apenas do ponto de vista teórico e dos possíveis abalos produzidos, mas acima de tudo do ponto de vista ético, na medida em que elas se relacionam intrinsecamente com formas de gestão da vida e governo da subjetividade. Nesse processo, podemos lançar um olhar mais detalhado aos diversos sistemas e teorias psicológicas e o modo como estabelecem suas relações com as biotecnologias e neurociências, o que certamente não se dá de modo hegemônico.

Porém, a despeito das especificidades que possam ser apontadas, frequentemente diferenciadas pela sua maior resistência ou interlocução com esses campos, parece-nos interessante atentar para os pontos de penetração e alianças que passam a se constituir entre a psicologia, as biotecnologias e as neurociências, incluindo aqui um compartilhamento epistemológico até então inédito, que transforma objetos e práticas na psicologia, reposicionando-a na rede de conhecimentos sobre os sujeitos (HÜNING, 2008). O que se coloca sempre em questão

são as novas estratégias de desvendar e governar a 'subjetividade': como esta objetivação na materialidade do corpo biomolecular produz redefinições epistemológicas, ontológicas e práticas que convergem para questões ético-políticas. Essa 'matéria neural' da qual a psicologia contemporânea busca aproximar-se é um objeto novo, não só para essa disciplina, mas também para a ciência e as pessoas de um modo em geral.

Referências

AZAMBUJA, M. A. **Da alma para o corpo e do corpo para o cérebro**: os rumos da Psicologia com as Neurociências. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

BEAULIEU, A. Cérebro, mapas e o novo território da psicologia. **Polis e Psique**, v. 02, n. 1, p. 157-168, 2012.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro. Garamond, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

HÜNING, S. M. **O sujeito biotecnológico na viagem pelo reino das batatas transgênicas, porquinhos fosforescentes e almas codificadas**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

KECK, F.; RABINOW, P. Invenção e representação do corpo genético. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo**: as mutações do olhar. O Século XX. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p. 83-108.

LANDECKER, H. Living differently in time: plasticity, temporality and cellular biotechnologies. **Culture Machine**, v. 7. 2005. Disponível em: <<http://www.culturemachine.net/index.php/cm/article/viewArticle/26/33>>. Acesso em: 29 out. 2013.

MALABOU, C. **What should we do with our brain?** New York: Fordham University Press, 2008.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo**: as mutações do olhar. O Século XX. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p. 15-82.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PALMINI, A. A neurociência das decisões: moral, costumes e responsabilidade social. In: PUCRS Informação. **Revista da Pontifí-**

cia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, n. 144, p. 47, maio/jun. 2009.

PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS (U.S.); KASS, L. **Beyond therapy**: biotechnology and the pursuit of happiness. Washington, D.C, 2003.

PUCRS INFORMAÇÃO. Violência tem base cerebral: secretário estadual da saúde, médico Osmar Terra, mapeia 20 anos de estudos. **Revista da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**, n. 145, p. 13, jul./ago. 2009.

RIBEIRO, R. J. Novas fronteiras entre natureza e cultura. In: NOVAES, A. (Org.). **O homem-máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Revista Educação & Realidade**, v. 26, n. 1, jun./jul., p. 33-55, 2001.

_____. **The politics of life itself**: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Oxford: Princeton University Press, 2007.

_____. A psicologia como uma ciência social. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 155-164, 2008.

SERRES, M. **Hominiscências**: o começo de uma outra humanidade? Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico**. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 2002.

_____. Do homo psico-lógico ao homo tecno-lógico: a crise da interioridade. **Semiosfera** (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, 2004.

VUL, E. et al. Puzzlingly high correlations in fMRI studies of emotion, personality, and social cognition. **Perspect Psychol Sci**, v. 4, n. 3, p. 274-290, 2009.

Desinstitucionalizando modos de gerir, trabalhar e formar no contexto da saúde

Gustavo Zambenedetti
Michele da Rocha Cervo

Destacamos dois processos que produziram intensas mudanças nos modos de trabalhar no campo da saúde e saúde mental nas últimas décadas, com implicações para a atuação do psicólogo: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica.

O auge da reforma sanitária é atingido com a criação do SUS, através dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com as leis 8.080 e 8.142 de 1990¹. Um olhar retrospectivo nos mostra que a luta para a criação do SUS não seria maior do que a luta posterior pela sua implementação e consolidação, visto os inúmeros embates e desafios vislumbrados. A conformação do SUS com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, somados a outros aspectos como a orientação multiprofissional e interdisciplinar, colocaram em evidência um novo modo de conceber e fazer a saúde em nosso país. Esses princípios e diretrizes representaram – e continuam representando – importantes intenções de ruptura. A universalidade, por exemplo, contrapunha-se a seletividade dos sistemas de saúde anteriores, que priorizavam a atenção médica individual aos contribuintes do INAMPS e a saúde pública para a população em geral, com base em ações em massa. Na década de 1980, na VII Conferência Nacional de

¹ Em 2011 foi publicado o decreto n° 7.508 (BRASIL, 2011), que regulamenta a lei 8.080 de 1990.

Saúde, sanitaristas denunciavam o fato de que, em uma cidade como São Paulo, um centro urbano, industrial e comercial, era possível um cidadão com alto poder aquisitivo ter o mais alto padrão de tratamento especializado para uma doença como o câncer e, ao mesmo tempo, na periferia, crianças virem a óbito em decorrência de problemas que demandariam pouca tecnologia e complexidade para serem combatidas, como desidratação e diarreia. Fatos como esse evidenciavam o quanto o acesso à saúde poderia ser considerado uma expressão das desigualdades sociais da população (BRASIL, 1980). Nesse viés, princípios como o de universalidade buscam romper com a lógica excludente de acesso ao sistema de saúde. Segundo Benevides (2005), a universalização representa a possibilidade de acesso ao sistema de saúde por “qualquer um”. Isso porque a saúde, no Brasil, não é totalmente estatizada, abrindo a possibilidade de participação da iniciativa privada. Porém, o sistema deveria garantir a possibilidade de que qualquer pessoa pudesse acessar o sistema público, independente da classe social, renda, cor, credo, etnia.

A integralidade é outro princípio, também considerado conceito, que vem se complexificando nos últimos anos, considerando-se os múltiplos sentidos atribuídos a tal termo. Representou, em um primeiro momento, a necessidade de integrar a atenção médica individual e a atenção em saúde pública em um só sistema. Representou também a ruptura com a lógica simplificadora, que transformava sujeitos em números, doenças, diagnósticos: o “câncer de mama”, o “leito 21”, o “esquizofrênico”, o “F21”. E, ainda, a ruptura com a lógica da fragmentação do sujeito

em partes, estas olhadas e tratadas por diferentes “especialistas”, restando ao próprio usuário integrar os diversos olhares lançados sobre ele. Nessa acepção, a integralidade remete diretamente a necessidade de constituição de interseções inter e transdisciplinares, com vistas a integrar o cuidado na direção do sujeito. Mattos (2001) discute os múltiplos sentidos perpassados pelo termo integralidade no campo da saúde pública e destaca três dimensões nas quais ela se expressa: das práticas profissionais, da organização de serviços e do planejamento de políticas. Em comum entre essas dimensões, o autor destaca que “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61). Além disso, Mattos (2001) também propõe pensar a integralidade como “bandeira de luta” e/ou imagem-objetivo, que aponta a direção desejada na construção do SUS.

Além desses princípios e diretrizes, o SUS traz em seu bojo toda uma nova concepção sobre o fazer saúde, ele passa pelo conceito ampliado de saúde, pela compreensão da saúde como direito (e não como mercadoria), entre outros aspectos. Apesar de serem apresentados como princípios, eles operam no âmbito da atenção, presentificando-se nas ações em saúde.

Evidentemente, não pretendemos esgotar a discussão em torno de cada um desses princípios citados, senão colocar em evidência algumas rupturas propostas a partir da constituição do SUS, que possibilitam situar os desafios aos quais nos vemos lançados. Afinal, todo movimento de mudança é perpassado também por resistências, assim como emergência de novas forças que buscam a permanência de formas e modelos já estabeleci-

dos – muitas vezes através de “novas roupagens”. A tendência à mudança não é hegemônica, sendo necessária uma reflexão permanente sobre os avanços e retrocessos sobre as ações nas quais nos vemos envolvidos.

Em paralelo a este processo de reestruturação do sistema público de saúde, vivenciamos a reestruturação da atenção em saúde mental. Vasconcelos (2010) caracteriza a existência de três grandes períodos desse processo. O primeiro, que se estende entre os anos de 1978 e 1992, é caracterizado como um período de denúncia das violências asilares e da indústria da loucura, de crítica à iatrogenia e ineficácia do modelo manicomial. Ainda, nesse período, surgem algumas experiências inovadoras no campo da desinstitucionalização, as quais mais tarde irão fornecer subsídios para a constituição de políticas públicas. Também, nesse período, demarca-se o surgimento do movimento de luta antimanicomial, com participação de usuários, familiares e trabalhadores. O período seguinte, que vai aproximadamente de 1992 a 2001, é caracterizado pela consolidação do modelo da desinstitucionalização, de forma que se ultrapassam as intenções embutidas nos modelos de desospitalização. Novos serviços são implantados, na direção da atenção psicossocial. O terceiro período é caracterizado pela expansão da rede de atenção psicossocial, principalmente através dos Centros de Atenção Psicossocial. Esse período está ainda em aberto, pois se refere a nossa atualidade, construída cotidianamente.

Para abordar alguns dos desafios presentes, Amarante (2007) pontua que a reforma psiquiátrica consiste em um processo complexo, sendo que a noção de processo implica

em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões. (AMARANTE, 2007, p. 63).

Amarante (2007) propõe pensar quatro dimensões que compõe esse processo e nos auxiliam a compreendê-lo: técnico conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural. A primeira dimensão remete a construção do saber e a revisão exigida nos paradigmas de construção do saber psiquiátrico e do saber em saúde mental. A segunda dimensão diz respeito ao modo como o sistema de saúde se articula e estrutura para responder às demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico. O grande desafio, aqui, é a desmontagem do aparato manicomial e a construção de redes substitutivas, que propiciem um cuidado em liberdade, com aumento gradual do poder contratual e autonomia dos usuários (KINOSHITA, 1996). Também podem ser inseridos aqui os desafios em decorrência da tendência à burocratização dos serviços de saúde, precarização dos vínculos de trabalho e rotatividade de trabalhadores nos serviços, assim como o desafio dos profissionais que entram nos serviços sem ter conhecimento da história recente e das mobilizações em torno da questão da saúde mental (VASCONCELOS, 2010). A terceira dimensão remete a necessidade de reformulação das leis, portarias e normas que subsidiam as ações em saúde mental. E, por último, a dimensão sociocultural, a qual diz respeito à percepção que a sociedade constitui em torno do fenômeno da loucura.

Essas dimensões atuam de modo articulado e sua especificação tem um caráter estratégico, no sentido de situar nosso olhar em diferentes direções que constituem o processo de reforma psiquiátrica. Situar essas dimensões é uma das formas de situar os âmbitos, nos quais as mudanças devem ocorrer no sentido de fazer caminhar a reforma psiquiátrica.

Outro modo de situar desafios é apontar os aspectos emergentes no âmbito da saúde mental, os quais demandam a formulação de novas respostas. Situa-se aí a questão da atenção à crise; a abordagem do cuidado as pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas; o atendimento às novas formas de cronicidade.

Alguns autores, como Vasconcelos (2010) e Campos (2007), apontam que o cenário no qual se desenvolvem os processos de reforma e intensificação da proposição de políticas públicas é bastante frágil. Segundo Campos (2007), o estado de bem-estar social começa a ser disparado no Brasil, no mesmo momento em que, em âmbito internacional, questiona-se a capacidade dos estados em suprirem as necessidades de suas populações em relação à saúde, educação, assistência, segurança, entre outras políticas. Vasconcelos (2010) aponta a existência de uma crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, induzindo a precarização e desassistência. A precarização pode ser percebida nas relações trabalhistas, na implantação e manutenção de serviços com equipes incompletas e assim por diante. Seguindo na esteira desses autores, Desviat (2011; 2013) caracteriza o cenário atual como “incerto”, em decorrência da instabilidade ocasionada pelo cenário de globalização neoliberal, no qual o papel do estado em

garantir direitos sociais básicos vem sendo questionado. Aponta ainda as diferentes forças que se insinuam sobre o sistema de saúde mental atualmente, entre as quais o retorno à lógica medicalizante e ao reducionismo, sendo esse último compreendido como o processo de conversão de problemas complexos e multidimensionais em problemas de ordem exclusivamente biomédicos. Faraones et al. (2010), sob o referencial foucaultiano, indicam que a medicalização corresponde ao processo através do qual problemas anteriormente considerados de ordem social, econômico ou familiar são apreendidos como problemas médicos, passíveis de prescrições e terapêuticas. Uma das faces da medicalização é a medicamentação, que corresponde ao tratamento farmacológico como resposta frequentemente exclusiva ao processo medicalizador (FARAONES et al., 2010).

As reflexões desenvolvidas por esses autores não devem nos imobilizar, mas sim situar a dimensão dos desafios que temos no setor saúde, ressaltando que eles não se resumem à realidade de um ou outro município no Brasil, senão se constituem como questões de base no desenvolvimento dos processos de reforma. Coloca-se ainda, como um dos desafios do SUS, a reforma no financiamento, que implica diretamente a sustentabilidade do sistema, a garantia dos seus princípios norteadores e os modelos de atenção operacionalizados, revertendo em modelos de atenção à população (PAIM et al., 2011). Não temos a intenção de caracterizar exaustivamente esses processos, muito menos esgotar todos os desafios que eles lançam. Nossa intenção é situar o processo complexo engendrado no campo da saúde, a fim de proporcionar uma dimensão da amplitude e complexidade que o consti-

tui, principalmente por requerer mudanças. As mudanças sobre as quais colocaremos foco dizem respeito ao âmbito da gestão, da atenção e da formação.

O entrelaçamento entre atenção e gestão fica evidente a partir da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – PNH (BRASIL, 2008). Essa política não se constitui como um programa vertical, que viria a somar-se a tantos outros programas já existentes. A sua proposta é de transversalização do sistema de saúde, porque se criam porosidades nos modos de pensar, agir e trabalhar no contexto da saúde. A PNH destaca, entre seus princípios, a indissociabilidade entre gestão e atenção. Ou seja, é impossível dissociar o modo como se cuida dos modelos de cuidado e planejamento. Além disso, ressalta-se que a gestão não diz respeito apenas a uma posição superior – a do coordenador do serviço ou secretário municipal de saúde. A PNH vislumbra um nível micropolítico das ações, pois considera que todo trabalhador é também gestor de seu trabalho. O modo de gestão proposto pela PNH é a cogestão, que consiste em modos de gerir o trabalho “com” o outro – trabalhador, gestor, usuário – e não “para” o outro ou “pelo” outro. A proposta é romper com os modelos autoritários e verticalizados, propiciando formas mais participativas e coletivas de construir a saúde (BRASIL, 2009).

A ideia de “ruptura” tem sido uma constante neste artigo: romper formas de gerir, romper formas de trabalhar. As reformas demandam novos gestores e modelos de gestão, novos trabalhadores e modos de trabalhar. E, por conseguinte, novos modos de formar para a atuação no campo da saúde. A pergunta que insistiria, então, é: como o psicólogo se situa dentro deste contexto?

A Psicologia no contexto da saúde

A relação da psicologia com a saúde não se faz sem a presença de algumas tensões. Podemos considerar que essa relação começa a ser estabelecida a partir do final da década de 1970, com a inserção da psicologia no âmbito hospitalar, ainda pautada por um viés biomédico e clínico de atuação. Logo em seguida, na década de 1980, projetos de desospitalização e formação de redes complementares de atenção em saúde mental, com ações no nível ambulatorial e na atenção básica, passam a constituir novos cenários para a atuação do psicólogo. Alguns autores pontuam que o psicólogo não possuía, nesse contexto, um arcabouço teórico-prático desenvolvido para atuação na saúde, reproduzindo modelos de atuação provindos de outros contextos, como o do consultório privado (SPINK, 2004; SPINK; MATTA, 2010; VASCONCELOS, 2004; DIMENSTEIN, 2000). Essa transposição de modelos ocasionou uma série de inadequações na atuação, como a ausência de compreensão por parte do psicólogo acerca da saúde pública/coletiva; predominância dos enfoques individuais de intervenção; inadequação de linguagem e seletividade de clientela na relação com as chamadas “classes populares”; baixa efetividade de ações; entre outros fatores.

Ao mesmo tempo, foi a inserção do psicólogo no campo da saúde que demandou que tal área fosse pensada. A prática profissional colocou problemas para serem pensados, de modo que tornou essa área de grande interesse na atualidade (SPINK, 2004). A chamada “psicologia da saúde” nasce dessas demandas colocadas à prática profissional do psicólogo, constituindo-se de

modo heterogêneo do ponto de vista das linhas teóricas e propostas de intervenção.

Do ponto de vista da categoria profissional, percebemos que existiu, nos últimos anos, a criação do discurso do compromisso social do psicólogo, que difunde a concepção de que a profissão deve se colocar a serviço do combate das desigualdades (sociais, de classe, de gênero, etc.), sendo a inserção no campo das políticas públicas uma forma de assumir esse compromisso. Esse discurso parte de algumas interrogações: a que/a quem/para que serve a atuação do psicólogo? Busca-se, portanto, refletir e redefinir um determinado projeto relativo à categoria profissional.

Ao mesmo tempo, Dimenstein (2000) traz alguns contrapontos que nos auxiliam a compreender os motivos pelos quais a psicologia também se aproximou do campo das políticas públicas. Esse autor destaca as crises econômicas da década de 1980, de forma que se ocasionou diminuição da procura de atendimento psicológico dentro da iniciativa privada/modelo de atuação liberal, somada ao crescimento de cursos de graduação em Psicologia, que fizeram proliferar o número de psicólogos disponíveis no mercado de trabalho. Atualmente, o campo das políticas públicas se configura como importante campo de atuação profissional, principalmente aquelas relacionadas à saúde e assistência social. Nesse viés, a inserção profissional ocorre por um acoplamento entre a lógica do “compromisso social” e a lógica da empregabilidade. Ou seja, a atuação no âmbito da saúde não ocorre apenas pelo “compromisso social”, pela identificação ou desejo de trabalhar com essa área, mas também porque é o âmbito em que alguns psicólogos estão conseguindo se inserir,

mesmo com condições de trabalho e renda precários, e em situações nas quais não seria seu desejo ou interesse.

Figueiredo (2010) nos auxilia a compreender o quanto o trabalho do psicólogo vai sendo transformado à medida que ocorre seu encontro com as políticas de saúde e saúde mental. A autora destaca a expressão “redirecionamento do modelo assistencial” presente na lei 10.216/2001, indicando os desafios clínicos, teóricos, políticos e profissionais implicados. Figueiredo (2010) identifica três tempos da clínica, indicando a correlação entre proposta política e desdobramentos sobre a prática profissional do psicólogo no campo da saúde mental. O primeiro tempo diz respeito à implantação dos ambulatórios na década de 1980, que implicou o psicanalista na mudança das relações de trabalho, através da desprivatização do consultório e partilhamento do trabalho em equipe. Além disso, houve ainda o impacto da nova posição assumida em função do assalariamento, que ocasionou a perda sobre o controle da relação com o dinheiro, antes negociado diretamente com cada paciente. O segundo tempo foi caracterizado pela criação de novos serviços, como os CAPS, principalmente na década de 1990, de forma que se exigiu a abertura do psicólogo para o contato com outros profissionais e modos de atenção, na direção de uma construção compartilhada do caso. O terceiro tempo, mais recente, é caracterizado pela importância crescente do trabalho em redes, exigindo do profissional abertura para outros serviços, ações e dispositivos, com caráter intersetorial. O desafio é lidar com a complexa rede de relações profissionais, com a necessidade de burlar a burocratização e fragmentação, características da constituição dos serviços públicos.



Independentemente da posição teórica adotada, as considerações de Figueiredo talvez sejam aquelas que melhor articulam a relação entre as políticas de saúde e a clínica psicológica, situando os redirecionamentos da clínica em consonância com as novas demandas de atuação profissional. Consideramos que os tempos da clínica, apontados pela autora, podem ser vistos como um modo de traduzir, através de exemplos, o princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão presentes na PNH.

Novas demandas para a atuação profissional e para a formação em saúde

A partir dos anos 2000, observamos várias iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de redirecionar a formação em saúde². A partir da constatação de que muitos estudantes concluíam a graduação sem discutir saúde pública ou SUS, uma série de iniciativas foi tomada com vistas a modificar tal realidade. Entre os projetos desenvolvidos, podemos citar a criação do VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. O VER-SUS proporciona estágios de imersão, durante um período delimitado (geralmente de 10 a 14 dias), nos quais os estudantes de diferentes áreas da saúde vivenciam e discutem os cenários do SUS, relacionados aos âmbitos da atenção, gestão, formação e controle social. Esses estágios são protagonizados pelo movimento estudantil, apoiados por universidades, secretarias municipais de saúde, entre outros setores. Apesar de ser

² A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, em 2003, é um importante marco político da importância que passa a ser conferida à formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

uma importante estratégia, ela não depende da universidade para ocorrer, podendo deixar intocada a transformação dos processos formativos nos quais ela mais deveria ocorrer. Para evitar isso, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, criou programas visando à reorientação dos cursos de graduação para a lógica do SUS. Inicialmente, o foco residiu sobre os cursos de medicina, através do PROMED – Programa de Incentivo às mudanças curriculares das Escolas Médicas, criado em 2001. Em 2005 é lançado o PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, inicialmente direcionado aos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Posteriormente, passou a englobar outros cursos da área da saúde, incluindo a Psicologia. Esse programa induz as universidades que a ele aderirem a reverem os currículos das graduações na área da saúde, levando-as a incorporar aspectos da interdisciplinaridade, introdução de metodologias ativas de aprendizagem, incorporação da rede de saúde como cenário de aprendizagem desde o início do curso, estímulo às atividades de ensino em conjunto entre os cursos de graduação em saúde, entre outros aspectos. Além do PRO-SAÚDE, o Ministério da Saúde também lançou o PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – que congrega ações de ensino, pesquisa e extensão em consonância com as redes locais de saúde, dentro de temáticas consideradas prioritárias ao sistema de saúde. A adesão dos cursos de psicologia a esses programas é relativamente tardia em comparação com outros cursos. Uma das possíveis explicações é o fato da psicologia transitar por duas áreas do conhecimento, a área da Saúde e a área das Ciências Humanas, com

ramos de atuação em vários campos. Esse aspecto faz com que a psicologia nem sempre se reconheça como área da saúde, isso proporciona tensões em relação às diferentes áreas de atuação.

Outra estratégia para a qualificação da formação em saúde é o Programa de Residências Multiprofissionais em Saúde, que estimula a formação em nível de pós-graduação através do trabalho supervisionado em serviços de saúde. No estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, existem mais de 10 programas de residência que oferecem vagas para psicólogos.

Apesar da importância desses programas, eles atingem uma pequena porcentagem do total de cursos existentes no país. Entretanto, muitos cursos já adotaram a lógica de formação para a área da saúde, com princípios e diretrizes semelhantes aos existentes em programas como o PRO e PET Saúde. Sem dúvidas, há experiências tão exitosas de integração ensino-redes de serviços de saúde em universidades que aderiram a esses programas quanto em universidade que não fazem parte deles e nem poderão fazer, por não se adequarem a determinados requisitos. Ao mencionarmos esses programas, não focamos apenas no seu alcance direto, mas sim no modelo de formação que eles induzem e na diretriz de formação que o Ministério da Saúde pauta para os cursos de graduação.

Novamente, a ideia de “ruptura”, de mudança, se insinua: mudança nos modos de trabalhar, mudança nos modos de gerir e mudança nos modos de formar!

Desinstitucionalizando modos de gerir, trabalhar e formar na saúde

O foco de nossas reflexões localiza-se sobre as necessidades desencadeadas no contexto da saúde, em especial a partir da implementação do SUS. Pensar a necessidade de mudança implica problematizar seus meios de efetivação, assim como a forças que se insinuem em tais processos – algumas das quais caminham em favor das mudanças, enquanto outras emergem como resistência e tendência à estagnação.

O movimento institucionalista fornece importantes ferramentas conceituais que podem nos auxiliar na compreensão desses processos de mudança ensejados pelas reformas. Baremlitt (1996) compreende que a realidade social é constituída por uma trama de instituições, as quais se insinuem sobre as condutas humanas, apoiando-se em leis formais e informais, regras de conduta, estabelecimentos, agentes. A instituição aqui é compreendida como uma lógica relacional, perpassada por um conjunto de leis, regras, ordenamentos, que estabelecem concepções e formas de agir em relação ao outro, de forma a possibilitar a atribuição de valores morais às condutas humanas, a partir das quais se julgam comportamentos e ações, discriminando-se respostas. Segundo a análise institucional, esse conjunto de leis e regras, que conformam as instituições, se apoia em dispositivos concretos e em pessoas para se atualizarem no cotidiano de cada um de nós. A instituição saúde, por exemplo, se apoia nos serviços de saúde e nos profissionais para existir e se presentificar cotidianamente em nossas vidas. Mas se apoia, também, em di-



versos outros estabelecimentos e agentes, transversalizando-os. Se analisarmos especificamente cada instituição – não porque existam em separado, mas porque nos possibilita compreender certos aspectos com maior profundidade – veremos que elas são perpassadas por aspectos instituídos e movimentos instituintes. Os primeiros dizem respeito aos aspectos (podem ser leis, regras, modos de vida) que se cristalizam e engessam, enquanto os segundos se referem aos momentos de desestabilização, perpassados por movimentos instituintes, que visam à formação de novos estados ou movimentos. Esses movimentos coexistem em nosso cotidiano, não seguindo uma linearidade ou uma cronologia muito bem definida. O instituído e o instituinte não podem ser definidos como bom ou ruins, como se ocupassem polos dicotômicos. A implementação de uma regra, por exemplo, pode ser interessante em certos contextos e situações. Mas não se deve perder de vista a análise permanente dos efeitos dessa regra, assim como da perspectiva de sua mudança, mediante novas necessidades.

As reformas ensejadas na saúde e na formação nos proporcionam um desafio ético de colocar nossas práticas permanentemente em análise, problematizando seus efeitos e direcionamentos. Não é raro nos depararmos com situações no cotidiano que nos interrogam quanto aos avanços e retrocessos nas práticas de atenção e gestão em saúde. São gestores que desconhecem os princípios do SUS, que ainda apostam na lógica do especialismo, que compram serviços através do apoio aos processos de terceirização e privatização do SUS, que precarizam as condições e relações de trabalho. Cenário este disseminado em

diversos municípios brasileiros, de maneira que demonstra por onde a política de saúde se constituiu e as fragilidades no seu processo de institucionalização.

Quando apresentamos as possibilidades, tecnologias e recursos existentes na política de saúde, muitos gestores demonstram desconhecimento e dúvida sobre como aproximá-los da realidade de seu município. A atenção às formas de financiamento nem sempre garante que a temática entre na agenda política local. Em algumas situações deparamo-nos com a desvalorização de estratégias e ferramentas de cuidado. Certa vez foi apresentado a um gestor da saúde o dispositivo da supervisão clínico-institucional e a potencialidade de transformação que ela oferece. O entendimento do gestor foi de desqualificação, pois compreendia que quem reivindica ou realiza a supervisão carrega a incapacidade de gerir-se.

Na perspectiva institucionalista, no entanto, diríamos justamente o contrário: o estabelecimento que busca um olhar externo é considerado saudável, pois reconhece que o cotidiano é feito de cristalizações, pontos cegos, pontos de estagnação, sendo a supervisão um modo de identificá-los e tencioná-los, aumentando as possibilidades de ação. A análise dos processos de trabalho e de seus efeitos não deve ocorrer apenas quando “algo dá errado”, mas sim, ser algo cotidiano, fomentado por dispositivos como as reuniões de equipe, formação de GTH (Grupos de Trabalho de Humanização), supervisões, discussões de casos e projetos em equipe, entre outros.

Ao resgatarmos outras experiências, emerge outra realidade presente nos serviços de saúde: a inexistência de espaços

de reunião de equipe. A reunião de equipe ocupa um lugar fundamental na organização e processo de trabalho. Ali são repassadas as informações, orientações técnicas, montagem de horários e de profissionais, pactuações, discussão de casos e planejamento das atividades ofertadas pelos serviços, entre outros. Muitos trabalhadores e gestores ainda compreendem esse espaço como “não trabalho”, dicotomizando o processo de gestão-atenção, sob o argumento de que trabalho significa atendimento direto ao usuário ou a realização de um procedimento biomédico. Tornar esse espaço de reunião como agenciador de novos modos de cuidar, trabalhar e gerir depende de muitos fatores e não exclui sua complexidade, na tentativa de não reproduzir coletivamente práticas de punição e moralização. A não discussão coletiva, em espaços formais, faz emergir práticas de fofocas dentro do serviço, na medida em que as informações circulam de diferentes maneiras, com mecanismos de bloqueio ou acesso facilitado. A entrada do estagiário no campo pode ser utilizada para fomentar a criação de espaços de reunião e discussão formais, a partir da compreensão de que os modos de gerir estão totalmente em consonância com os modos de cuidar – tanto dos usuários quanto dos próprios trabalhadores.

Seguindo a esteira dessas situações, relataremos alguns aspectos que remetem a determinadas lógicas que ainda marcam os modos de fazer saúde e se constituem como desafios a serem superados. Nossa tentativa será de nomear e caracterizar algumas delas.

A lógica coronelista

Vivenciar o cotidiano da saúde, principalmente em cidades de pequeno porte do interior do Brasil, nos fez refletir sobre a lógica coronelista que ainda perpassa alguns contextos. Algo que nos chama a atenção é o coronelismo, como nos lembram Dias, Ferigato e Biegas (2010), de forma que ele foi um sistema característico das relações políticas durante a Primeira República. Apesar dessa datação histórica, percebemos que traços dessa lógica persistem ainda em relações cotidianas. Falas como “você sabem quem eu sou?”, “quem são vocês para falarem alguma coisa”, além de ameaças são expressões desse sistema. O coronelismo

aponta para um sistema de relações políticas característico da primeira república no qual uma rede de relações de poder se funda na reciprocidade de favores políticos. Este sistema implica a existência de uma longa cadeia de dependências mútuas e que culmina no chamado voto coronelício, base de todo o sistema e que manifesta a fidelidade de um eleitorado por um chefe político, no caso, o coronel. (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010, p. 67).

As “pactuações coronelícias” geralmente não ocorrem em locais públicos ou formais, como em Conselhos Municipais de Saúde. A lógica é não dar visibilidade e coagir as partes envolvidas, motivo que justifica a não participação de terceiros, uma vez que poderia ser comprometido e responsabilizado pelos seus atos. O contraponto dessa prática é pautar as questões e decisões relativas à saúde em espaços formais: mobilizar a participação em Conferências Municipais de Saúde, a fim de se discutirem propostas coletivamente. Mobilizar a participação e qualificar as

ações dos Conselhos Municipais de Saúde, potencializando-os como espaço de controle social. Criar fóruns reunindo trabalhadores, usuários, professores, estudantes, entre outros atores, de modo a fomentar protagonismo de ações, trocas de experiências e assim por diante. Incentivar a criação de espaços de negociação com gestão, a fim de auxiliar na construção de propostas de ações. A Universidade possui importante função nesse contexto, já que nesse espaço se constroem crítica e, ao mesmo tempo, propostas de alternativas. Para isso, necessita-se tomar a rede que compõe as políticas públicas - nos eixos de assistência, gestão e controle social - como espaços formativos, através da pesquisa, ensino, extensão. Além disso, destaca-se a necessidade de ocupação dos espaços de representatividade, como as vagas destinadas às Universidades nos Conselhos Municipais de Saúde, Assistências Social, entre outros.

Faz-se necessário contrapor essa lógica coronelista com modos de fazer gestão que defendam o direito coletivo de acesso à saúde, de forma a atender às necessidades da população, estimular a participação social e o compromisso com a administração, publicização das ações e bens públicos.

A lógica personalista, assistencialista

Apesar de o SUS buscar quebrar a lógica assistencialista – na qual a saúde é veiculada como favor e moeda de troca de votos - precisamos admitir que as rupturas não são imediatas. Um desafio que temos observado diz respeito ao como lidar com diferentes tempos institucionais: o da Universidade, permeado

pela formação do saber crítico; e o dos serviços de saúde, nas situações em que estes, ao invés de garantirem os direitos humanos de acesso à saúde, acabam por violá-los, desrespeitando normativas e prerrogativas éticas. A abertura de novos campos de estágio, envolvendo serviços que nunca tiveram essa prática e área envolvida, mostra certa defasagem entre o que está previsto no SUS para a profissão, não impedindo que se aceite o desafio de acolher um profissional em formação e construir estratégias de atenção. Essa inserção elucida a realidade de muitos de nós formadores e, ao mesmo tempo, deflagra um movimento de organizar a demanda de atuação psi, que muitas vezes não era nomeada e identificada. Com essas ações a psicologia vai construindo seu espaço e afirmando a sua contribuição para o cuidado em saúde.

Outro aspecto encontrado em alguns campos refere-se à concepção de alguns trabalhadores sobre a organização da atenção e o lugar do usuário nessa rede. O usuário do serviço muitas vezes ocupa o lugar de quem sabe menos, de quem se contenta com “pouco”, daquele que busca somente o medicamento e daí viria a sua satisfação. Da negação do direito à informação, da qualidade dos serviços prestados, do lugar de controle social. É comum, ainda, nos depararmos com profissionais os quais reconhecem que os usuários identificam oferta de serviços e o atendimento prestado como um “favor”, caracterizando a lógica de constituição da saúde presente em alguns locais. Assim, fortalece o sistema biomédico, a prática de cuidado pautada no uso de medicamentos e o reducionismo na compreensão do processo de adoecimento, que carrega os movimentos sociais, históricos e políticos.

As equipes e trabalhadores expressam uma formação discursiva instituída e fomentam análises e compreensões pautadas no personalismo e individualização dos conflitos. Ao buscar a nomeação ou localização das dificuldades em algumas pessoas da equipe, acabam por reforçar concepções individualistas e fragmentadas do processo de trabalho e constituição das redes de cuidado. São forças que os atravessam e constituem modos de pensar, julgar e agir em relação ao outro.

Outra face da personalização ocorre quando as discussões em equipe perdem de vista a política que informa a existência do serviço, o público alvo atendido (o “objeto” do qual o serviço deve se ocupar) e seus objetivos. A personificação e individualização ocorrem quando os projetos são discutidos com base no que os profissionais “acham” que deve ser, ou quando se atravessam as relações de ordem afetiva e ilícita sobre as relações profissionais, as quais passam a se sobrepor sobre o projeto do serviço e da equipe. Em relação a esse aspecto, temos buscado desenvolver formas de trabalhar que reposicionem, constantemente em discussões de equipe, os mandatos dos serviços, seus objetivos, suas pautas técnicas e éticas.

Para dispararmos outros processos junto à população, no que se refere a formar usuários para a defesa dos seus direitos e de atendimento em outro modelo, coloca-se como desafio incorporar práticas educativas na oferta de ações, operando com outras formas de cuidar e de organizar as redes. Uma importante operação, ao detectar a presença da lógica assistencialista e personalista, é não nos imobilizarmos diante dela, nem considerá-la como empecilho para o trabalho. Mas sim, passar a nos ocupar-

mos dela, através de práticas de pesquisa, ensino, extensão, que possam mobilizar forças para alavancar processos de mudança.

Para finalizar...

Por último, retomamos o desafio relativo à formação – não como mantenedora da ordem e de lógicas que muitas vezes ferem os direitos humanos – mas sim formação como uma prática de problematização e de fazer circular modelos de cuidados pautados na garantia de direitos e de valorização das singularidades. A formação que faz movimentar concepções. As ações de formação pautam-se pela historicização de processos e análise das relações de poder existentes na defesa e implantação de políticas públicas. O desafio coloca-se no sentido de desenvolver práticas de ensino que promovam a clínica e a política, a atenção e gestão de forma indissociada, a fim de operar com essa lógica nos diferentes espaços de atuação profissional. A desinstitucionalização torna-se um princípio para a gestão, o trabalho e a formação em saúde, considerando-se que um de seus principais objetivos é a transformação das relações de poder entre as instituições e os sujeitos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Referências

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BRASIL. **Relatório final/anais da VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1980.

_____. **Documento base da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Gestão participativa e cogestão**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 14 out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 02, p. 301-306, 2007.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S.; BIEGAS, M. O. Cultura manicomial além do hospital: o estudo dos cárceres privados em Caicó (RN). In:

CAMPOS, F. C. B.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura nº 9**: Experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 49-71.

DESVIAT, M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 12, p. 4615-4622, 2011.

_____. Panorama internacional da reforma psiquiátrica: avanços e desafios em um presente incerto. In: CONFERÊNCIA DE ABERTURA DO II CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL. 2013, Irati, PR. **Anais...** Irati, PR, 2013. Disponível em: <<http://anais.unicentro.br/cis/>>. Acesso em: 14 out. 2013.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

FARAONES, S. et al. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 485-497, 2010.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010, p. 11-19.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 1-158.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2001, p. 39-64.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. **Revista The Lancet**, maio, 2011.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 17-60.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 25-52.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Revista Mnemosine**, v. 1, n. 0, Edição Especial. 2004, s/p.

_____. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 17-73.

PARTE 2

PRÁTICAS E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

O Trabalho e a Saúde Mental: o uso da Psicodinâmica do Trabalho em pesquisa no Rio Grande do Sul

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Aspectos relacionados à (re)estruturação do mundo do trabalho e a divisão internacional da economia também têm, ainda que indiretamente, repercussões sobre a saúde psíquica (e física) dos trabalhadores, na medida em que contribuem para definir as formas diferentes de como o trabalho vai ser exercido em um determinado país, conforme seja ele de capitalismo central ou de capitalismo periférico. Como exemplo, pode-se citar a “divisão internacional das formas de trabalhar”, já que se exportam para a periferia atividades produtivas muito exigentes de mão de obra, tal como o que ocorre na produção do vestuário ou do calçado, que funciona em moldes tayloristas e/ou fordistas, criados há pelo menos 100 anos, de forma que podem produzir importantes consequências do ponto de vista da saúde física e psíquica dos trabalhadores.

E não é possível esquecer, ainda, que as organizações e as condições de trabalho a que nos referimos anteriormente

ocorrem nos marcos de condições específicas de apropriação do lucro e de estruturas de poder, histórica e socialmente determinadas, definidas como modo capitalista de produção¹.

Múltiplas abordagens e métodos foram criados (e serão criados no futuro) para estudar as relações entre trabalho e saúde mental e não é intenção deste texto descrever todas, bem como analisá-las. É importante, no entanto, lembrar sempre que as realidades podem ser apreendidas de várias maneiras, bem como nenhum método sozinho é capaz de dar conta de todos os seus aspectos. Entendemos que as diversas abordagens utilizadas nessa área devem ser vistas, antes de qualquer coisa, como complementares e não como excludentes. Apesar dos avanços da discussão, ocorridos, principalmente, nos últimos 20 anos, ainda existe uma importante lacuna na compreensão das relações entre trabalho e saúde mental, que limita e cria impasses ainda não resolvidos, para a atenção à saúde nos serviços que atendem os trabalhadores. Por exemplo, a questão do nexos causal entre trabalho e saúde mental é uma questão ainda não devidamente resolvida, logo, isso limita a atividade dos profissionais de saúde, que atuam nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, nos ambulatórios de doenças do trabalho dos hospitais universitários, nas Unidades Básicas de Saúde, etc.

A nossa proposta neste texto é oferecer subsídios para os debates da temática citada acima, tendo como referência a metodologia da Psicodinâmica do Trabalho, com a qual traba-

¹ Os regimes políticos ditos de “socialismo real”, passados ou contemporâneos também foram (e são) geradores de muito sofrimento e agressão à saúde dos trabalhadores. As condições de trabalho nos países do antigo bloco soviético, China, etc. não deixaram em nada a desejar, em termos de precariedade e contaminação (dos trabalhadores e do meio ambiente), ao que ocorre nos países capitalistas das periferias atuais.

lhamos nos últimos anos, que se oferece como um instrumento útil para conhecer as realidades de saúde mental e trabalho, mas que serve também para uma intervenção qualificada nos espaços de trabalho, a fim de transformá-los para reduzir o sofrimento mental dos que ali atuam.

A metodologia

Na origem da Psicodinâmica do Trabalho, temos os estudos de Le Guillant (1984), que, durante os anos 50, realizou as primeiras observações que permitiram estabelecer relações entre trabalho e Psicopatologia. Em um estudo feito em 1956 sobre a atividade de telefonista em Paris, o autor identificou um distúrbio que ele nomeou como Síndrome Geral de Fadiga Nervosa, caracterizada por um quadro polimórfico que incluía alterações de humor e de caráter, modificações do sono e manifestações somáticas variáveis (angústia, palpitações, sensações de aperto torácico, de “bola no estômago”, etc.). Ele falava ainda da invasão do espaço fora do trabalho, por hábitos desse mesmo trabalho, que ele chamou de Síndrome Subjetiva Comum da Fadiga Nervosa. Esta última síndrome caracterizava-se pela manutenção do ritmo de trabalho durante as férias, manifestando-se pela sensação de irritação, por uma grande dificuldade para ler em casa e pela repetição incontrolável de expressões verbais do trabalho (LE GUILLANT, 1984).

O estudo das repercussões da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico foi muito inovado pelo trabalho de Christophe Dejours, com a publicação na França de *Travail:*

usure mentale. Essai de psychopathologie du travail, em 1980, traduzido em 1987 no Brasil sob o nome de *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. A mudança do conceito de Psicopatologia do Trabalho, para o de Psicodinâmica do Trabalho, deu-se a partir de um privilegiamento do estudo da normalidade, sobre o da patologia. O que importava agora para a Psicodinâmica do Trabalho era compreender como os trabalhadores alcançavam manter certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (DEJOURS, 1993). Propõe-se a estudar o espaço que separa um comportamento livre de outro estereotipado, referindo-se a palavra livre, aqui, ao modelo comportamental que faz intervir uma tentativa visando a transformar a realidade que o circunda, conforme os desejos do sujeito, no sentido do prazer. O objetivo principal do procedimento de pesquisa seria o de localizar o processo de anulação desse comportamento livre (MERLO, 1999, p. 37). Dejours (1987c, p. 735) define o campo da Psicodinâmica do Trabalho como aquele do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento e situa sua investigação no campo do infrapatológico ou do pré-patológico. Dentro dessa concepção, o sofrimento é um espaço clínico intermediário, que marca a evolução de uma luta entre funcionamento psíquico e mecanismo de defesa por um lado e pressões organizacionais desestabilizantes por outro lado, com o objetivo de evitar a descompensação e conservar um equilíbrio possível, mesmo se ele ocorre ao preço de um sofrimento; com a condição de que ele preserve o conformismo aparente do comportamento e satisfaça aos critérios sociais de normalidade.

Outra característica importante da Psicodinâmica do Trabalho é que ela visa à coletividade de trabalho e não aos indivíduos isoladamente. Após diagnosticar o sofrimento psíquico em situações de trabalho, ela não busca atos terapêuticos individuais, mas intervenções voltadas à organização do trabalho à qual os indivíduos estejam submetidos. Para Dejours (1987c, p. 739), a situação de trabalho taylorizada está bloqueada entre o Ego e a realidade, pois o conteúdo da tarefa, seu modo operatório e sua cadência são decididos pela direção da empresa.

Para Daniellou, Laville e Teiger (1983, p. 39), existe sempre, no trabalho, uma separação entre trabalho *prescrito* e *real*, conseqüente à separação entre concepção e execução. Assim, a Psicodinâmica do Trabalho terá, também por referência fundamental, esse conceito ergonômico de trabalho prescrito e de trabalho real e será no espaço entre os dois que poderá ocorrer, ou não, a sublimação e a construção da identidade no trabalho.

A principal crítica que a disciplina vai dirigir ao taylorismo é a de que ele impede a conquista da identidade no trabalho, a qual ocorre, precisamente, no espaço entre *trabalho prescrito* e *trabalho real*. A Organização Científica do Trabalho não se limitaria apenas à desapropriação do saber; ela proibiria também toda a liberdade de organização, de reorganização e de adaptação ao trabalho, pois tal adaptação exigiria uma atividade intelectual e cognitiva não esperada pelo taylorismo (DEJOURS, 1993, p. 38).

A Psicodinâmica do Trabalho vai utilizar também o conceito de sublimação, que tem sua origem na teoria de Sigmund Freud sobre o desenvolvimento da sexualidade, já que, após o nascimento, os órgãos sensoriais (pele, olhos, orelhas,

etc.) “solicitam satisfação por sua própria conta”, dentro de um mosaico primitivo, onde apenas intervém o corpo e onde não existe aparelho psíquico para controlar essas operações. É o momento da indiferenciação somatopsíquica. Para chegar a uma sexualidade adulta, é necessário que a criança passe por um estágio no qual ela unifique esse mosaico. Tal unificação faz-se através do olhar do outro e, em primeiro lugar, da mãe no momento dos cuidados com o corpo do bebê. Porém, pulsões parciais fogem a essa unificação.

A sublimação é, portanto, o processo graças ao qual essas pulsões parciais - cuja satisfação é, originalmente, de natureza sexual - encontram uma saída substitutiva em uma atividade socialmente valorizada. A ideia subjacente é a de que essas pulsões do sujeito, que deveriam desembocar sobre relações sexuais, são redirigidas ao trabalho, supondo-se que ocorra, preliminarmente, uma dessexualização e, também, uma atividade de substituição socialmente valorizada. No entanto, essa substituição não é simples, pois se trata de se manterem juntos os aspectos semelhantes e os aspectos diferentes e, dessa forma, fazê-los interagir. Por sua vez, o trabalho repetitivo elimina toda possibilidade de sublimação e leva, por meio da repressão, tanto a doenças somáticas, como a descompensações mentais (psiconeuróticas).

Para que a sublimação possa ocorrer na atividade de trabalho, é necessário que certas condições sejam preenchidas. Desenvolveremos algumas delas e remetemos o leitor para Merlo (2002), visto que pode ser encontrado maior detalhamento da metodologia:

- a) Condições psíquicas
- b) Condições ontogenéticas
- c) Condições organizacionais

O espaço no qual pode ocorrer a epistemofilia² é o mesmo no qual se desenvolve o processo de sublimação, o qual não acontecerá se esse espaço for muito estreito. A organização do trabalho deverá, portanto, responder a certas características para que tal mecanismo possa funcionar. Assim, deve-se nela encontrar:

- um espaço entre organização do trabalho prescrita e organização do trabalho real;

- um espaço que permita se assumirem responsabilidades, isto é, algum tipo de atividade de concepção;

- uma correspondência entre a situação de trabalho e o estado interno do sujeito. Trata-se de se estabelecer uma relação entre duas cenas, a do teatro psíquico interno – que dá forma à curiosidade – e a do teatro do trabalho e de se passar de um teatro a outro. Essa relação (a ressonância simbólica) só poderá se operar se existir uma analogia, uma semelhança, entre os dois teatros, sendo o do trabalho que irá retomar, de forma controversa, o teatro psíquico interno. As diferenças são aqui tão importantes como as coincidências, na medida em que são elas que vão permitir estimular novamente a curiosidade do sujeito e transformá-lo.

- d) Condições éticas

A relação que existe entre a organização real e a prescrita

² Epistemofilia pode ser entendida como um impulso pela busca do conhecimento. Neste texto é usada como sinônimo de curiosidade.

do trabalho é sempre conflitiva: o sujeito opõe-se, invariavelmente, à segunda. As atitudes inventivas e as tentativas de se realizarem experiências novas no trabalho implicam um sofrimento que se apresenta muito custoso no plano psicológico e para a saúde globalmente. Como retorno à contribuição dada pelo trabalhador à organização do trabalho, ele deve receber uma *retribuição* que não se resume à simples atribuição de um salário ou de um prêmio por produtividade, isto é, ela necessita ter, antes de tudo, um caráter moral, devendo, normalmente, tomar a forma de um *reconhecimento*. Isso significa que os interlocutores do trabalhador devem reconhecer que as atitudes deste último contribuíram para a realização do trabalho. Esse reconhecimento precisa acompanhar-se de um julgamento de utilidade, pois a atividade fornecida pelo empregado deve receber a gratidão de seus superiores hierárquicos na empresa, como alguma coisa que tenha utilidade do ponto de vista econômico, técnico, etc.

e) Condições sociais da sublimação

Para que a sublimação possa produzir-se no trabalho, o trabalhador deverá constituir um conjunto de pares a quem dará a contribuição. A valorização da atividade do trabalhador pelos seus próprios colegas reveste-se de muita importância na medida em que não é mais a hierarquia que a faz. Dejours (1987) chama de “julgamento de beleza”, porque ela se baseia em critérios que são, ao mesmo tempo, estéticos e econômicos (no que se refere à economia do corpo) quanto à realização do trabalho. Porém, esse julgamento, por sua vez, é baseado em critérios estritos: para ser bom juiz é necessário pertencer ao *métier* e respeitar suas regras. Todavia outro critério intervém nesse julgamento:

a elegância e a leveza no trabalho. À medida que as regras são estritamente respeitadas, elas não mais são vistas.

O “julgamento de beleza” é, assim, feito pelos pares, isto é, pelo coletivo de trabalho, que é a equipe ou a comunidade à qual a pessoa pertence, e esse julgamento é necessário para que se construa a identidade no trabalho. É ele que vai abrir um espaço ao individual, ou seja, permitir a cada um fazer parte do coletivo, conservando alguma coisa a mais, uma característica particular.

Outra peculiaridade importante é que o julgamento deve referir-se ao trabalho e não à pessoa, para permitir a construção da identidade. O “julgamento de beleza” refere-se às regras do *métier*, construídas por *subversão* e *transgressão* daquelas prescritas. Trata-se, nesse caso, de realizar a “burla” frente às regras. É necessário, no entanto, em dado momento, haver um acordo mútuo quanto à maneira de transgredi-las: é preciso que se tornem públicas as “burlas do *métier*”, para que se possa merecer o “julgamento de beleza”, o reconhecimento dos outros.

Assim, os trabalhadores são levados a criar espaços públicos, que são espaços comuns no trabalho, onde eles possam decidir a melhor maneira de realizar uma determinada tarefa. Essa atividade deve contar com a participação de todos, para que essas novas normas possam resultar de um consenso que as legitime. Porém, não existem apenas critérios técnicos que entram na definição desse consenso, pois a realização da “burla” depende da história pessoal de cada um e do seu conhecimento e experiência anteriores.

Sem negar a importância dos cerceamentos psíquicos ligados ao trabalho na geração do sofrimento, Dejours (1993, p. 64) chama a atenção para o fato de que é, principalmente, a falta de possibilidades para se mudarem, ou mesmo aliviarem esses cerceamentos, a origem dos problemas de saúde.

O sofrimento pode, assim, ter dois destinos diferentes: de um lado, a sublimação, como no exemplo dado por Dejours (1993, p. 102) da atividade dos pilotos de caça, para os quais a defesa é a sublimação que permite aberturas novas e, de outro, os trabalhadores submetidos à execução de tarefas repetitivas, para quem as defesas contra o sofrimento são a repressão pulsional, a autoaceleração ou a ideologia defensiva de profissão, pois expulsam, de um lado, o sujeito de seu desejo e favorecem a lógica da alienação na vontade do outro (DEJOURS, 1987a, p. 21).

O sofrimento pode tornar-se o instrumento de uma modificação na organização do trabalho ou gerar um processo de alienação e de conservadorismo. Esse segundo caminho explica-se pelo fato de que, após se terem desenvolvido mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, torna-se penoso tentar uma modificação nessa situação. Assim, é a partir do estudo das ideologias defensivas que se irá construir a investigação proposta por essa metodologia (DEJOURS, 1987b, p. 112).

Outra contribuição da Psicodinâmica do Trabalho é a sua abordagem da relação com o prazer, que pode existir entre o trabalhador e seu trabalho. Na realidade concreta e na vivência individual do trabalho, não se encontram apenas sofrimento, mutilação e morte. A compreensão da maneira como se elaboram as duas facetas da organização do trabalho, isto é, aquelas

que são, respectivamente, fonte de sofrimento e de prazer, é indispensável para se tentar uma interpretação mais global dos laços entre trabalho e saúde e, também, para se procurarem alternativas satisfatórias.

Se essa compreensão encontra sua origem na Psicanálise, que é voltada para o estudo e o tratamento terapêutico dos indivíduos na sua relação com uma história singular, a Psicodinâmica do Trabalho termina por romper, de forma importante, com essa fonte de inspiração, ainda que sem abandonar seus conceitos essenciais. Ela constrói uma nova abordagem, na qual o trabalho não mais é visto, unicamente, como uma terapêutica universal para remediar “desequilíbrios mentais”, vistos como o resultado exclusivo da história singular do trabalhador, os quais se manifestariam em um indivíduo imaginário, quase insensível aos ambientes e à organização do trabalho. A Psicodinâmica do Trabalho incorpora conceitos sociológicos para caracterizar e detalhar a organização taylorista; conceitos ergonômicos para identificar o espaço existente entre trabalho real e trabalho prescrito; e, enfim, conceitos psicanalíticos, como os de sublimação, para apreender o indivíduo que entra no universo do trabalho como portador de uma história singular, que foi construída desde sua infância.

Méritos e limitações

O principal mérito da Psicodinâmica do Trabalho é, sem dúvida, de ter exposto as possibilidades de agressão mental originadas na organização do trabalho e identificáveis ainda em uma etapa pré-patológica. Na medida em que não é possível falar-se,

na imensa maioria das situações, de patologia que possa ser associada a uma situação específica de trabalho, o desvendamento do sofrimento psíquico desde o estado pré-patológico permite progredir-se na identificação das consequências da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico dos indivíduos e pensar-se em uma intervenção terapêutica precoce.

Ela é uma metodologia ainda muito jovem e em construção – e isso é dito sem nenhum demérito ao enorme esforço que vem sendo feito para construí-la, de forma que poderá (deverá) sofrer um processo de amadurecimento, que lhe permitirá aportar respostas mais completas sobre as relações entre saúde mental e trabalho e definir, de forma mais nítida, suas fronteiras com as outras disciplinas com as quais ela tem interface.

A metodologia nas realidades de pesquisa do Brasil

A Psicodinâmica do Trabalho tem sido utilizada no Brasil de duas maneiras principais:

- Um modo que poderia chamar-se de “*lato sensu*”.

Trata-se da utilização de apenas suas categorias – incontornáveis para os pesquisadores dessa área desde a publicação de “A Loucura do Trabalho”, em 1987, para tentar compreender as realidades de trabalho, a fim de buscar uma superação dos limites impostos por outros métodos existentes até aquele momento. Nessa situação encontram-se a grande maioria das dissertações, teses e artigos que citam a bibliografia dessa metodologia.

- Um modo “*stricto sensu*”.

Alguns pesquisadores têm buscado, nos últimos anos,

reproduzir e adaptar a metodologia para as realidades de trabalho brasileiras estudadas, utilizando-a em consonância com o que é proposto originalmente (não apenas como categoria teórica) e seguindo todas etapas da investigação. Alguns conceitos da metodologia como, por exemplo, sofrimento psíquico no trabalho³, só permitem seu desvendamento a partir de uma utilização estrita do método proposto, com o seguimento de suas etapas (pré-pesquisa, pesquisa, devolução e validação dos resultados, etc.), incluídos os grupos de discussão com trabalhadores (dentro dos moldes propostos pelo método) e a identificação dos mecanismos de defesa constituídos por esses trabalhadores, individual ou coletivamente.

Dentro do grupo que faz o uso “*stricto sensu*” da metodologia estão vários pesquisadores brasileiros. As temáticas estudadas foram as mais variadas e ultrapassaram as primeiras pesquisas voltadas, preferencialmente, às atividades taylorizadas/fordizadas tradicionais. Pensamos que todas as metodologias devem ser vistas como instrumentos de trabalho para a pesquisa em permanente construção – e por isso dinâmicas –, que precisam ser adequadas às realidades nas quais são utilizadas e seus horizontes de utilização podem e devem ser muito ampliados. Com a Psicodinâmica do Trabalho não ocorre diferentemente. Para que haja um avanço e enriquecimento do método, no entanto, é necessário que se faça seu uso dentro do que prevê o método originalmente, de forma a complementá-lo e enriquecê-lo.

³ Para essa metodologia, o sofrimento psíquico no trabalho só pode ser apreendido a partir do uso estrito do método, na medida em que ele, na sua subjetividade, não se manifesta de forma explícita e, na maior parte das vezes, encontra-se “escondido” atrás dos mecanismos de defesa.

Algumas pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho no Rio Grande do Sul

Os resultados, que apresentaremos, são fruto de investigações nossas feitas com alunos(as) do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPSI-UFRGS) e, outros, foram produzidos a partir de estudos com pacientes do Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ADT-HCPA), dentro das atividades da Residência em Medicina do Trabalho. Esses resultados são apresentados aqui de forma sucinta, mas estão disponíveis, na sua íntegra, sob forma de artigo, em <<http://www.scielo.br>>.

Merlo (1999), em um estudo sobre a saúde dos analistas em informática de uma grande empresa estatal de processamento de dados, constatou que, embora essa atividade beneficie-se de um espaço de criatividade que não poderia ser comparado com o que é oferecido em outras funções, se está muito longe da imagem que é feita, habitualmente, do analista como um “gênio criador”, que desenvolve seu trabalho em completa liberdade, já que a única limitação seria aquela imposta por sua própria imaginação. Essa situação de trabalho ideal, se algum dia existiu, não corresponde em absoluto, à dos analistas de hoje. Na verdade, esses profissionais estão submetidos a importantes pressões vindas da direção da empresa para que se respeitem os prazos de produção, pela necessidade de terem que gerenciar as relações com os clientes, das exigências produzidas pelas rápidas mudanças que intervêm no conhecimento e nos produtos informáticos e que nem sempre podem ser controladas, etc. Porém, se o sofrimento

psíquico do qual podem ser vítimas esses trabalhadores é muito importante, ele não aparece nos dados do serviço médico da empresa à medida que se situa, na maior parte do tempo, em um nível infrapatológico. Mesmo quando manifestações somáticas ou psíquicas são reveladas, elas são totalmente inespecíficas e não permitem estabelecer qualquer relação entre elas e a atividade.

Em um estudo realizado com caixas-executivos de um grande banco estatal brasileiro em processo de reestruturação produtiva, Barbarini e Merlo (2002) constataram que a mobilização psíquica provocada pelas mudanças realizadas era intensa, a partir de sentimentos de insegurança, estranhamento, desorientação e impotência, diante das incertezas das propostas da empresa, sendo a perda do contato com o cliente uma das maiores fontes de sofrimento para o grupo. Havia um forte sentimento de desvalorização, manifestado nas queixas sobre o achatamento salarial, na perda do *status* que a função proporcionava e na desestruturação de um saber acumulado ao longo dos anos de exercício da função. O sofrimento psíquico desses caixas-executivos, provocado pelas reestruturações no trabalho, atingia níveis preocupantes, pois as novas formas de organização do trabalho haviam destruído a imagem do caixa como um profissional e reduzido a possibilidade de ser reconhecido pelo exercício de sua atividade.

Merlo et al. (2003) em pesquisa realizada no ADT/HCPA, tendo como principal objetivo determinar as relações das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) com o processo produtivo e suas consequências sobre a saúde física e mental dos trabalhadores

estudados, evidenciaram um sofrimento associado à dor física, mas não só a ela. Para além dos aspectos fisiopatológicos da doença, foi percebido que existe uma complexa relação que vinculava a dor às vivências subjetivas e à identidade social desses trabalhadores. Assim, se por um lado o trabalho era lembrado como fonte de prazer e produzia o lastro para o reconhecimento e para a identidade, por outro, era fonte de sofrimento, pois além de se lidar com as pressões e exigências no cotidiano de trabalho, estas pessoas tiveram a doença como “saldo” de seu engajamento no trabalho, que agora lhes trazia, além da dor física, uma série de consequências emocionais e sociais, que transformaram radicalmente suas vidas.

Spode e Merlo (2006) estudaram o trabalho e a saúde mental dos capitães da Polícia Militar do Rio Grande do Sul, a partir dos aspectos deste ofício, que geram prazer e sofrimento. Os resultados da pesquisa apontaram que, apesar da excessiva carga de trabalho administrativo e dos perigos inerentes à profissão, havia prazer no trabalho e este estava relacionado ao exercício de atividades de gestão, as quais proporcionavam espaços de criação. Porém, as pressões impostas pelos mecanismos disciplinares de vigilância e de controle, característicos da organização do trabalho policial militar, não deixavam de constituir-se como fonte de sofrimento, pois engendravam divisões entre os trabalhadores e colocavam barreiras para a criação dos vínculos de confiança e cooperação, aspectos de suma importância se considerarmos a própria natureza do trabalho, permeada por riscos.

Barfknecht, Merlo e Nardi (2006) estudaram as vinculações entre prazer, sofrimento e a organização do trabalho no

cotidiano dos trabalhadores de uma cooperativa inserida no movimento da Economia Solidária. Como proposta do estudo, foram articuladas uma interpretação macrossocial do contexto socioeconômico com uma análise microssocial baseada na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Foram analisadas, em conjunto com os trabalhadores, as atividades de corte, costura e serigrafia desenvolvidas em um empreendimento solidário de Porto Alegre. Os resultados apontaram para uma identificação dos trabalhadores com o cooperativismo, bem como com a possibilidade da criação de relações solidárias e do gerenciamento compartilhado, essa experiência transformou o sofrimento em prazer e favoreceu a saúde mental através da rediscussão constante da organização do trabalho e da criação de novos modos de viver o trabalho.

Silva e Merlo (2007) problematizaram as vivências de psicólogos que trabalham em empresas privadas, discutiram suas práticas profissionais, experiências associadas ao prazer e ao sofrimento em seu cotidiano e concepções teóricas que embasam seu trabalho. Os resultados indicaram que os profissionais tinham como atividades prioritárias as ligadas à Psicologia Organizacional. Suas falas sugeriram ter esses psicólogos estilos dinâmicos de trabalho, bem como revelaram “apaixonamento” pelo trabalho, porque acreditam na sua atuação e apreciam suas atividades ligadas ao desenvolvimento de pessoas na organização. Mostraram-se satisfeitos com o reconhecimento dado por outros colegas e por terem espaço para atuar conforme acreditam. Suas principais fontes de sofrimento foram a carga excessiva de trabalho, os possíveis conflitos entre os valores da empresa

e os pessoais, os cerceamentos da organização, a falta de reconhecimento e a percepção de que pertencem a uma categoria profissional desprovida de força.

Merlo e Traesel (2011), em artigo ainda inédito, apresentam os resultados de um estudo da psicodinâmica do reconhecimento no contexto dos trabalhadores da enfermagem, em um hospital de Santa Maria, que teve o intuito de analisar a eficácia das formas de reconhecimento conferidas nesta profissão, na preservação da saúde mental desses trabalhadores. A forma de reconhecimento considerada mais importante foi a oriunda do paciente, que traz, subjacente, um conflito, pelo fato de esses profissionais não conseguirem prestar a atenção devida, em função dos múltiplos papéis e responsabilidades da profissão. As principais estratégias defensivas identificadas na pesquisa foram: a atitude de vitimização diante dos problemas, aliada ao sentimento depreciativo em relação às suas capacidades de mudança da realidade; o individualismo, associado a uma busca de dar conta de tudo sozinho, na ilusão de que “reconhecer-se a si mesmo” é a saída para manter-se bem em seu trabalho; o bloqueio de seus sentimentos e emoções e a naturalização da dor e do sofrimento, alimentando uma visão falsa de si mesmo, como alguém que não fica doente, que é sempre forte e que não sofre em relação às perdas vividas por seus pacientes, como se estivesse “imunizado” a isso. Observou-se que algumas dessas estratégias impediam o enfrentamento de situações importantes, o que levava ao sofrimento e à morbidade, limitando, significativamente, o investimento da criatividade e engenhosidade desses trabalhadores e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua contribuição à organização de trabalho.

Merlo e Baierle (2008), em outro artigo ainda inédito, buscaram compreender as implicações da reestruturação do trabalho da Guarda Municipal de Porto Alegre na produção de subjetividade de seus servidores e o impacto sobre a dinâmica saúde/sofrimento mental deles. O grupo de servidores envolvidos na pesquisa se encontrava mais exposto às mudanças que ocorrem na Instituição, assumindo funções de maior visibilidade, risco e exposição. O atual período é um tempo de transição – já que a Guarda recebeu armamento e passou a ser vista pela população da cidade como um corpo policial igual ao das polícias militares –, o qual interfere diretamente na organização do trabalho, na subjetividade e na saúde mental de seus servidores. O sofrimento provocado pelo trabalho é amortecido pela cooperação mútua, pelo reconhecimento advindo de uma atuação com maior visibilidade e possibilidade do uso da inteligência astuciosa. Esse estudo, que continua sendo realizado, entrou em uma nova fase, de modo que será implementada uma etapa de *intervenção* (conforme prevê a metodologia), em conjunto com os trabalhadores, a fim de visar à modificação/reestruturação de aspectos considerados nocivos e agressivos à saúde psíquica.

Em estudo sobre o trabalho de gerentes de nível intermediário de grandes empresas, Merlo e Almeida (2008) demonstram que essa atividade surge como um vasto campo a ser explorado, à medida que esses profissionais transitam pelo cenário contemporâneo do trabalho e vivenciam as contradições de uma posição que lhes permite mandar e lhes exige obedecer. Os resultados mostraram uma atividade em que o tema do prazer e do sofrimento psíquico estavam presentes no trabalho da categoria,

despindo o cargo de gerente do *glamour*, que reveste as posições de comando e dando-lhe voz para falar sobre o conteúdo do seu trabalho, sobre as relações que atravessam sua rotina profissional e sobre o papel que o trabalho desempenha em suas vidas. Os resultados apontaram uma grande demanda por autonomia e reconhecimento, o ressentimento pelo tempo em demasia dedicado ao trabalho e o conseqüente desequilíbrio entre vida pessoal e vida profissional e chamaram a atenção ainda para a importância das relações interpessoais no trabalho, como um fator capaz de fazê-lo pender para uma vivência positiva ou negativa.

Comentários finais

Como dissemos anteriormente, algumas grandes questões estão desafiando os profissionais que atuam nessa área e gostaríamos de citar algumas delas para, ao final deste texto, apontar para as necessárias e urgentes discussões que devemos realizar a fim de começarmos a buscar alguns caminhos.

A primeira (e talvez a mais importante delas) diz respeito às dificuldades atuais para que tenhamos referências e instrumentos, minimamente confiáveis e consensuais, para o estabelecimento do nexos causal entre trabalho e saúde mental e que possam ser implementados ao nível dos serviços que atendem à saúde dos trabalhadores (CERESTs, ambulatórios especializados de hospitais universitários, unidades básicas de saúde, etc.).

A segunda refere-se ao tipo de atendimento que devemos e podemos propor para lidar com as demandas que chegam aos serviços de atenção à Saúde do Trabalhador, principalmente

quando pensamos em situações complexas e pouco reconhecidas pelas práticas de saúde atuais em suas diversas áreas de conhecimento (médica, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.), como são os casos da atual epidemia de LER/DORT, que vem, quase sempre, associada a quadros de depressão e de sofrimento psíquico importante. Assim, percebe-se, na grande maioria das situações, queixas de trabalhadores des-ses serviços especializados em Saúde do Trabalhador, que se sentem impotentes e completamente despreparados para atender quadros clínicos, em que há pouca ou nenhuma referência na literatura especializada, seja ao nível da investigação, do diagnóstico, seja muito menos, da intervenção terapêutica, entendida em seu aspecto mais amplo e não apenas medicamentosa.

Caso tenhamos conseguido apontar alguns caminhos para tratarmos das questões identificadas acima, já teremos dado um importante passo no que concerne a *criarmos* (e trata-se, exatamente, da necessidade de criação de novos conhecimentos e instrumentos, pois os que existem, atualmente, mostraram-se completamente insuficientes) novas formas de lidar com os novos agravos à saúde, que se apresentam em Saúde do Trabalhador no Brasil, bem como construirmos formas de tratarmos o sofrimento dos que hoje estão expostos às duras realidades de trabalho. Deste modo, pesquisamos e exercemos nossas atividades profissionais, não?

Referências

BARBARINI, N.; MERLO, A. R. C. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos. **Psicologia e Sociedade**, v. 14, p. 103-122, 2002.

BARFKNECHT, K. S.; MERLO, A. R. C.; NARDI, H. C. Saúde mental e economia solidária: análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. **Psicologia e Sociedade**, v. 18, p. 54-61, 2006.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Fiction et réalité du travail ouvrier. **Cahiers Français**, Paris: La Documentation Française, n. 209, p. 39-45, 1983.

DEJOURS, C. **Travail**: usure mentale – essai de psychopathologie du travail. Paris: Le Centurion, 1980.

_____. Souffrance et plaisir au travail: approche par la psychopathologie du travail. In: DEJOURS, C. (Org.). **Plaisir et souffrance dans le travail**. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail, Paris: Ed. de l'AOCIP, Tome I, p. 15-24, 1987a.

_____. La méthodologie en psychopathologie du travail. In: DEJOURS, C. (Org.). **Plaisir et souffrance dans le travail**. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail, Paris: Ed. de l'AOCIP, Tome I, p. 99-113, 1987b.

_____. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987c.

_____. Aspects psychopathologiques du travail. In: Lévy-Leboyer, C. (ed.). **Traité de psychologie du travail.** Paris : Presses Universitaires de France, p. 1-27, 1987.

_____. **Travail:** usure mentale. De la psychopatologie à la psychodynamique du travail. Paris: Bayard, Réédition, 1993.

LE GUILLANT, L. **Quelle psychiatrie pour notre temps?** Paris: Érès, 1984.

MERLO, A. R. C. **A informática no Brasil:** prazer e sofrimento no trabalho. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1999.

_____. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho:** leituras. Petrópolis: Vozes, p. 130-142, 2002.

MERLO, A. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia e Sociedade**, v. 15, p. 117-136, 2003.

MERLO, A. R. C.; ALMEIDA, L. L. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)**, v. 11, p. 139-157, 2008.

MERLO, A. R. C.; BAIERLE, T. C. Trabalho, saúde mental e subjetividade em uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** (USP), v. 11, p. 69-81, 2008.

MERLO, A. R. C.; TRAESEL, E. S. Trabalho Imaterial no Contexto da Enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, p. 40-55, 2011.

SILVA, P. C. da; MERLO, A. R. C. Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, p. 132-147, 2007.

SPODE, C. B.; MERLO, A. R. C. Trabalho policial e saúde mental: uma pesquisa junto aos Capitães da Polícia Militar. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 19, p. 362-370, 2006.

Saúde materna e infantil: reflexões sobre amamentação e o cuidado no SUS

Fernanda Pires Jaeger

Cristina Saling Krueel

Ana Paula Ramos de Souza

Introdução

O campo da saúde da mulher tem vivenciado constantes transformações na contemporaneidade. As modificações na sociedade, a criação de novas tecnologias, especialmente aquelas voltadas à saúde reprodutiva, à gestão e ao cuidado em saúde, passaram por um processo de ampliação em decorrência da própria concepção de saúde que também se modificou nas últimas décadas. Somando-se a isso, as discussões sobre humanização e promoção de saúde no Sistema Único de Saúde têm-se intensificado nos últimos anos e se transformando em estratégias de biopoder (NETO et al., 2009).

Assim, neste texto, busca-se propor uma reflexão sobre a amamentação e a saúde materno infantil enquanto um processo histórico e socialmente inscrito em uma cultura. Pretende-se também defender que as práticas em torno desse processo devem assumir um caráter interdisciplinar e singular caso a caso, considerando a subjetividade da mulher e o seu desejo, transcendendo a simples informação que um profissional da saúde possa dar acerca dos benefícios da amamentação ou sobre a melhor forma da mulher cuidar de si. Igualmente, pretende-se discutir

de que maneira as políticas de saúde voltadas à saúde da mulher foram se constituindo no cenário brasileiro a partir das transformações socioculturais ocorridas ao longo da história. Ao mesmo tempo, buscou-se refletir sobre os discursos e as práticas em saúde em relação aos cuidados materno-infantis e a amamentação.

Políticas públicas de saúde materna e infantil no Brasil

A saúde da mulher passou a ser incluída nas pautas das políticas de saúde do Brasil, no início do século XX, com o tema da maternidade ocupando um lugar de centralidade, com o enfoque bastante reduzido e voltado quase que exclusivamente para o período da gestação e do parto, especialmente sobre os aspectos biológicos. Neste período, as políticas concentravam-se em ações e programas voltados à proteção de grupos de risco ou em situação de vulnerabilidade, mas apresentavam algumas dificuldades, como o fato de não se integrarem com outros programas, não levarem em consideração as necessidades da população e terem baixo impacto sobre a saúde da mulher de maneira geral (BRASIL, 2004a).

Em 1984 foi lançado o Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como diretrizes e princípios a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, bem como a integralidade e equidade da atenção. Também neste período, paralelamente, ocorria o movimento da reforma sanitária, que teve como proposta a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação básica sobre a área da saúde como a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080, a Lei

nº 8.142 e das Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) fortaleceram ainda mais a implantação deste programa (BRASIL, 2004a; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SANTOS, 2010).

O PAISM incorporou ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças. Abrangia também o cuidado à mulher em clínica ginecológica, durante o pré-natal, parto, puerpério e no climatério. Além disso, o planejamento familiar, as doenças sexualmente transmissíveis, o câncer de colo de útero e de mama, entre outras necessidades, identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, passaram a fazer parte deste programa. E através das NOAS, os municípios passaram a desenvolver ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério e planejamento familiar (BRASIL, 2004a).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, alicerçada nos princípios do SUS e reforçando que este devia ter profissionais da saúde capacitados para atender à saúde da mulher em todos os ciclos da vida, de modo a promover a saúde de acordo com as necessidades desta população, bem como realizar o controle das patologias mais prevalentes. Além disso, as práticas deveriam ser norteadas pelo princípio da humanização, aspecto reforçado também pela Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

De acordo com essa política, humanizar corresponde a ofertar serviços de qualidade que sejam capazes de equacionar e articular os avanços tecnológicos com o acolhimento, viabilizando melhores condições ambientais de cuidado e de trabalho dos

profissionais da saúde. Reconhece-se ainda a necessidade dessa política não ser entendida como um programa, mas que esteja presente transversalmente em todo o SUS, enquanto uma vertente orgânica deste (BRASIL, 2004b; CAMPOS, 2007).

A humanização, portanto, refere-se a um conjunto de estratégias para se atingir uma maior qualificação da gestão e atenção à saúde no âmbito do SUS. Pressupõe que se deve potencializar tanto a ativação quanto a construção de atitudes ético/estéticas e políticas voltadas para atender à corresponsabilização e aos vínculos entre os profissionais e entre eles e os usuários, com o objetivo de produzir saúde (BRASIL, 2004b).

O Pacto pela Vida, em 2006, estabeleceu como uma das suas prioridades a redução da mortalidade infantil e materna. Entre os objetivos e metas desse pacto há a proposição da redução de 5% da mortalidade materna e infantil. Ao mesmo tempo, esse documento estabelece alguns parâmetros para o fortalecimento de estratégias de cuidado na atenção básica, especialmente quanto a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre as ações desenvolvidas nas ESFs, encontra-se o planejamento familiar (BRASIL, 2006a). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), esse processo se configura como o direito de que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar de maneira livre e consciente por ter ou não ter filhos. A quantidade, o tempo de nascimento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de realizar de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

Atualmente, a área técnica da saúde da mulher do Sistema Único de Saúde responsabiliza-se pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e população de gays, lésbicas, travestis LGBT (BRASIL, 2013a).

Dentre as estratégias do SUS operacionalizadas pelo Ministério da Saúde, encontra-se o Programa Rede Cegonha, que foi idealizado tendo em vista o atendimento aos princípios da humanização e assistência, de forma a garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e aos recém-nascidos e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Trata-se de uma política pública de saúde, lançada em 2011, orientada à gestante, à mãe e ao bebê que propõe mudanças importantes na atenção materno-infantil, almejando um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, além de uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, com vias à redução da mortalidade materna e neonatal. A proposta objetiva, em especial, erradicar os altos índices de mortalidade materna, verificados atualmente no Brasil, sobretudo na região nordeste e amazônica (BRASIL, 2011; CALVACANTI et al., 2013).

Na prática, as diretrizes desta rede de cuidados propõem que seja realizado o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; que a gestante tenha acesso a, pelo menos, seis consultas de pré-natal, incluindo exames clínicos e laboratoriais, bem como

tenha a garantia de leito e vinculação a uma maternidade ou hospital público, com acesso seguro até o local do parto por meio de vale-transporte. Além disso, prevê a qualificação dos profissionais da saúde para uma atenção segura e humanizada e a criação de centros de assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal, voltadas aos nascimentos de baixo risco. O incentivo ao aleitamento materno também está previsto, bem como a orientação a jovens, no âmbito escolar, a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo como mote o controle da gravidez na adolescência (BRASIL, 2011; CALVACANTI et al., 2013).

Tendo em vista que se trata de uma estratégia recentemente idealizada e lançada, os estudos desenvolvidos sobre a Rede Cegonha ainda são incipientes, porém apontam para dificuldades enfrentadas para a implantação da proposta. Carneiro (2013) relata que algumas controvérsias giram em torno da temática e dispõe, por um lado, sobre o valor positivo do programa como alternativa para o enfrentamento dos altos índices de mortalidade materno-infantil e do modelo assistencial precário, estatisticamente comprovados em âmbito nacional. Todavia, por outro lado, mostra o posicionamento da Rede Feminista de Saúde, que enfatiza a colaboração do programa para um atraso na luta das mulheres pela emancipação feminina, por direitos reprodutivos e desvinculação da saúde à maternidade.

Portanto, discorrer sobre esta política pública de saúde constitui um grande desafio, pois remete a reflexões sobre o papel da mulher e da criança na sociedade, a concepção de saúde que se adota nas diferentes práticas no contexto da saúde, bem como a interlocução destes aspectos com os princípios e diretrizes

do Sistema Único de Saúde. Nesse viés, pode-se pensar que a maternidade e todos os temas relacionados a ela fazem parte da vida de muitas mulheres e corresponde a um momento importante de suas vidas, especialmente porque esta vivência traz consequências e transformações significativas, o que justificaria a proposição de um programa especialmente voltado à gestação, parto, nascimento e primeira infância. No que tange a atenção ao nascimento, também é possível refletir sobre o fato de que este é um tema que deva interessar a homens e mulheres, pois é o evento que inaugura a vida humana e não se restringe a experiência pessoal de mulheres que engravidam.

Se considerarmos que as políticas públicas na área da saúde devem se pautar por princípios como a equidade, a integralidade e corresponder às necessidades epidemiológicas, é notória a importância de se pensar ações no âmbito da saúde da mulher, que atendam as estas demandas também (BRASIL, 1990). Assim, a Rede Cegonha viabiliza a assistência em saúde a uma parcela significativa de mulheres que necessitam de cuidado em momentos tão peculiares da vida como gestação, parto e puerpério, provendo atenção especial ao bebê (CAVALCANTI et al., 2013).

Então, mais interessante do que se pensar em separar a maternidade das políticas de saúde da mulher, é refletir sobre os efeitos que esta vinculação traz para a compreensão do fenômeno e das práticas dos profissionais da área da saúde. Em muitas situações, a saúde da mulher está intimamente ligada à saúde da criança. Assim, a fragmentação do cuidado não poderia repercutir de modo a impedir que as mulheres enquanto mães tivessem acesso a um cuidado alicerçado em uma perspectiva de integra-

lidade? Essa desvinculação não afastaria ainda mais as mulheres dos serviços e do cuidado em saúde? Em que medida o cuidado com a criança também oportunizaria um cuidado com a mulher?

O cuidado materno e os discursos sobre a amamentação

Reconhece-se que a mulher ainda constitui a principal ou única responsável e cuidadora das crianças em muitas famílias na contemporaneidade (PERUCCHI; BEIRÃO, 2007) e as suas condições físicas e psíquicas vão repercutir de alguma maneira no cuidado disponibilizado a esta criança (WINNICOTT, 2006). No que diz respeito à saúde materna e infantil, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, junto ao Pacto pela Saúde e, mais recentemente, ao PAC Saúde tem-se reforçado a intenção de melhorar a saúde das gestantes e reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010).

Nesse viés, diferentes documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde reforçam a ideia de que o aleitamento materno constitui uma importante forma de cuidado à criança, que auxilia no enfrentamento da mortalidade infantil e favorece a saúde da mulher. Constitui um processo de interação entre mãe e bebê que repercute no estado nutricional da criança, em sua fisiologia, desenvolvimento cognitivo e emocional e tem implicações para a saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

Esses aspectos são reforçados pela literatura científica na área da psicologia, bem como em inúmeras campanhas sobre amamentação e o cuidado da saúde materna e infantil. Para diferentes autores, não há dúvida sobre os benefícios nutricionais,

morfológicos e motores que o aleitamento materno proporciona ao bebê (ODDY, 2001; VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006) e também o favorecimento do vínculo que o contato pele a pele pode proporcionar (RAMOS; ALMEIDA, 2003; SANTOS; SOLER; AZOUBEL, 2005).

Para esses estudos, o ato de amamentar pode ser revelador do cuidado materno, pois, para além do leite, ele permite trocas afetivas entre mãe e bebê e essas podem ser positivas, quando estão atreladas ao cuidado, ou negativas, quando a mãe encontra alguma dificuldade. Para além disso, o aleitamento relaciona-se à identidade feminina, fortemente atrelada ao papel materno em nossa sociedade, que propõe um modelo idealizado do ser mãe, desconsiderando as diferentes realidades das mulheres (NAKANO; MAMEDE, 1999).

Em correspondência a esse ideal materno, difundido em nossa sociedade, existem performances maternas também idealizadas e fortemente propagadas por especialistas. Alguns estudos atuais têm atentado para a importância de programas de incentivo ao aleitamento materno e proporcionado reflexões importantes sobre a necessidade de intervenções voltadas às demandas das mulheres que desejam amamentar. Pesquisas propõem a criação de grupos de apoio com mulheres seguindo os pressupostos da educação popular (MONTRONE; FABBRO; BERNASCONI, 2009); outras destacam a importância da atuação de equipes multidisciplinares que proporcionem grupos de orientação e apoio à amamentação exclusiva com atenção integral à família, e não somente à mãe (BRANT; AFFONSO; VARGAS, 2009). Alguns pesquisadores também propõem a confecção de

painéis com as orientações escritas sobre o aleitamento materno, em linguagem fácil e que possam ser visualizados pelas puérperas e familiares em unidades de saúde (ROSA et al., 2009).

Apesar das certezas acerca do conhecimento dos profissionais da saúde demonstradas em alguns estudos, outros mais atuais destacam a necessidade de treinamento, capacitação ou maior informação das equipes profissionais voltadas à orientação, aconselhamento e apoio ao aleitamento materno, demonstrando a fragilidade da formação dos profissionais da saúde sobre o tema (ROSA et al., 2009; COSTA; TEODORO; ARAÚJO, 2009; CRUZ et al., 2010; BONILHA et al., 2010; SILVEIRA; BARBOSA, 2010).

Pode-se perceber, portanto, um grande investimento em profissionais e campanhas de incentivo ao aleitamento materno, que se reflete, em grande medida, na formação de profissionais habilitados para orientar a mulher, que deseja ou não amamentar, sobre a importância do aleitamento e, em especial, sobre como ela deve amamentar, a fim de alcançar sucesso nessa tarefa.

A questão aqui levantada, tendo como mote o aleitamento materno, merece um olhar que transcenda a simples identificação das vantagens físicas de tal prática para a mulher que amamenta, ou orofaciais e nutricionais para o bebê, bem como as psicológicas para ambos. Não pretendemos negá-las e sim promover uma reflexão sobre a atuação dos profissionais da saúde nesse contexto, pois, ao inserirem sua técnica pedagógica a fim de favorecer o aleitamento materno, podem destituir a mulher/mãe de seu saber sobre o seu corpo, seu desejo e seu gesto espontâneo de amamentar.

As práticas que envolvem o cuidado destinado às crianças, incluindo a amamentação, têm sido concebidas de maneiras distintas, de acordo com o período histórico e com as características culturais de um determinado grupo. Associado a isso, temos os discursos sociais, políticos, econômicos e de especialistas que exercem forte influência sobre o exercício dessas práticas.

As crianças nem sempre tiveram o tratamento e o cuidado que, a partir da sociedade burguesa, passou-se a destinar a elas. A história da infância é marcada por práticas de infanticídio, abandono, venda e sacrifícios de crianças, assim como inúmeros exemplos de maus-tratos e abuso sexual. Na família burguesa, as crianças passaram a ser mais valorizadas e ter a necessidade de serem educadas para a vida adulta, mas de maneira diferente da que observamos hoje. Nesse período, as crianças ainda eram enviadas a amas de leite e submetidas a castigos, principalmente, no que se refere ao corpo, na tentativa de disciplinar de maneira rigorosa as crianças que precisavam atender aos padrões estipulados socialmente para a época (ARIÈS, 1981).

Com o renascimento e o desenvolvimento dos ideais iluministas, ocorre uma mudança significativa na forma de entender a criança. O Estado necessitava de pessoas para ser uma nação forte e contar com o desenvolvimento das forças produtivas. Assim, as crianças e o seu cuidado passam a ser alvo de orientações e práticas respaldadas por diferentes discursos, há um investimento em todas as dimensões da vida (FOUCAULT, 2008).

Do mesmo modo, por meio da medicalização do parto e hospitalização de outros cuidados, permitiu-se que muitas vidas fossem salvas, tanto das crianças quanto das mães. Os avanços

dos estudos nesse campo levaram a uma maior cobrança em relação ao papel da mãe no cuidado da criança. Jean-Jacques Rousseau, um dos principais pensadores do século XVIII, empenhado nessa tarefa de proteção às crianças, sacralizou o leite materno como “elixir de longa vida do recém-nascido”. As mães que praticavam a amamentação passaram a ser reconhecidas pela sociedade como sendo boas mães (BADINTER, 1985; PERROT, 2008).

Essas concepções passaram a ser incorporadas nos diferentes discursos sociais, especialmente dos profissionais da saúde e estão presentes ainda na sociedade contemporânea. Assim, a amamentação passou a ser um imperativo e o sinônimo de cuidado e amor em relação à criança e também uma prática que precisa ser ensinada às mulheres.

Reflexões sobre as práticas em saúde materna e infantil

Na atualidade, são muito comuns práticas que estimulam a amamentação e outras formas de cuidado materno nas instituições de saúde. Nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos e diferentes campanhas orientam como conduzir esse processo e reforçam os seus benefícios, tanto para a mãe quanto para o bebê. Diante dessa realidade, cabem algumas reflexões: em que medida as práticas e os discursos dos especialistas consideram a experiência subjetiva do encontro entre mãe e filho enquanto experiência única e singular? Estariam essas práticas impedindo a formação de um vínculo singular entre mãe e bebê ou mesmo limitando a demonstração de um gesto espontâneo materno no ato de amamentar?

São indiscutíveis os benefícios da amamentação sob o ponto de vista nutricional e para a saúde física do bebê (CAVALCANTI et al., 2013). Da mesma forma, essa experiência também pode representar uma forma de cuidado significativa para a saúde mental da criança e para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. No entanto, torna-se fundamental que se considerem as especificidades de cada experiência de maternidade. A mãe que amamenta por recomendação profissional, e a faz conforme foi ensinada, estaria efetivamente disposta psicologicamente para tal tarefa? Seria ela capaz de transmitir segurança e carinho à criança?

As ideias de Michel Foucault (1987, 1979) auxiliam na reflexão de como a subjetividade se insere nesses processos. Como destaca Perrot (2008), a partir do século XVIII, o interesse pela medicalização da maternidade e da infância fez com que o corpo materno se tornasse o principal alvo de instruções e cuidados. Para Foucault (2008), o corpo passa a se constituir como uma realidade biopolítica. Essa noção parte da concepção de biopoder, em que a vida é tomada como objeto político. Este poder sobre a vida desenvolveu-se no século XVII e XVIII, a partir de duas perspectivas: a disciplina anatomopolítica dos corpos e a regulação biopolítica da população (FOUCAULT, 2008; RABINOW; ROSE, 2006; MARTINS; JUNIOR, 2009).

Em defesa da Sociedade, Foucault (1976) descreve que a partir do século XVII houve mudanças significativas na forma como se estruturou a saúde. A medicina assumiu a responsabilidade pela higiene pública, através da coordenação dos tratamentos médicos e das informações sobre a saúde, bem como o cuida-

do. Houve um investimento significativo em práticas voltadas à preservação da vida e da sociedade.

Na obra *Nascimento da medicina social*, Foucault (1979) descreve a noso política como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral. Há uma tentativa de organizar um saber global e quantificável dos fenômenos de morbidade. A criança e a família passam a ocupar espaços significativos nesse processo de investimento na vida a partir do século XVII.

Documentos internacionais como o Relatório Lalonde (1974) e a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001) reforçam a autonomia dos sujeitos e das coletividades, destacam a participação da comunidade como uma estratégia metodológica importante de trabalho no campo da saúde, ampliando a concepção de saúde. Este debate é transposto para o Brasil e é incorporado nas políticas públicas voltadas à saúde, especialmente na Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006b), que são forma de investir na vida e podem ser consideradas estratégias de biopoder. Esta política que faz parte do Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006a) tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Assim, a promoção de saúde é um conceito voltado à capacitação da comunidade para lidar com a sua saúde. No caso da saúde materna e infantil, conta-se com ações de promoção da saúde associadas à Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Ao contribuir ainda com essa discussão, ao questionar a conduta demasiadamente intrusiva dos profissionais da saúde, no que tange aos cuidados ao bebê, Winnicott (2012) propõe uma interessante reflexão. Ele interroga se haveria outra maneira de a mulher aprender a ser mãe que não assumindo plenamente a responsabilidade de ser mãe. À tal indagação, o autor acrescenta que, se a mulher faz apenas o que lhe dizem que deve ser feito com o bebê, certamente não terá outra solução senão a de eleger alguém para sempre dar-lhe instruções.

Como forma de ilustrar tal constatação, um estudo recente, desenvolvido por Palma et al. (2014), mostrou que de trinta e duas puérperas entrevistadas, vinte e cinco (83,3% da amostra) indicaram sentir que sabem como amamentar o seu bebê, contra cinco mulheres (16,7% da amostra) que disseram não saber como amamentar. Quando questionadas se gostariam de receber ajuda profissional sobre como amamentar o bebê, 22 mulheres (73,3% da amostra) disseram que gostariam, contra 8 mulheres (26,7% da amostra), as quais responderam que não gostariam de receber ajuda. Diante disso, percebe-se que apesar de ter seu próprio saber acerca do aleitamento, grande parcela das mães gostaria de ajuda profissional, como se precisasse da avaliação do profissional da saúde para se certificar de que está agindo da maneira mais correta. Nesse viés, o saber sobre o corpo da mulher, sua fisiologia e a prática de cuidado ao seu filho se concentram no especialista.

Segre e Ferraz (1997) afirmam que o conceito de saúde, que ancora a prática dos profissionais da saúde exclusivamente sobre aspectos biológicos, proposto pela Organização Mundial

de Saúde como “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa, é ultrapassado, pois não considera que a relação entre soma psique e sociedade não é cristalina, e para atingir tal perfeição é preciso renunciar parte da liberdade pulsional do homem. Os autores propõem que se assuma a dimensão subjetiva no cuidado à saúde e afirmam ainda que “só se poderia assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Ao se retomar a discussão sobre amamentação, à luz do que falam Segre e Ferraz (1997), é possível afirmar que não cabe a divisão entre mente e corpo em uma concepção psicanaliticamente orientada, bem como tal postura se faz mister quando diante de uma díade mãe-bebê. A maternidade não está dada *a priori* pela condição biológica da gravidez. Do mesmo modo, reconhece-se que amamentar não é natural, porque há leite nos seios e não depende apenas de uma vontade racional e consciente da mãe, ou do profissional de saúde. A negação dos desígnios pulsionais inconscientes poderia explicar o insucesso em muitos casos de extensas tentativas malsucedidas de orientações de profissionais da saúde, no pós-parto, tanto para o aleitamento materno quanto para o cuidado com o bebê. É preciso que se considere que a mulher tem um percurso singular na construção da maternidade e que o aleitamento materno está inserido nessa construção. Caberia aos profissionais de saúde ampliar sua visão para além do que é consciente, a fim de buscar discutir tais temas com o profissional de psicologia, pois na interdisciplina é que poderão surgir soluções para atender às demandas de cada

caso. Seria importante libertar as mães dessa obrigação *a priori*. Que se escute as mães e que sejam acolhidas para que o ato de amamentar, quando possível, em que pese os sacrifícios adaptativos iniciais, torne-se fonte de prazer e não apenas uma obrigação.

Considerações Finais

Deste modo, nesse texto, nota-se a proeminência do aleitamento como ato materno constitutivo da relação entre a mãe e o bebê e, em especial, destaca-se o modo como esse ato foi regulado por acontecimentos históricos, com ênfase para o desejo do homem e as necessidades do bebê. Do mesmo modo, até hoje as mulheres sentem-se compelidas a procurar a tutela de profissionais da saúde quando se trata do cuidado ao seu corpo, ao seu bebê e à amamentação, mesmo que já tenham conhecimentos anteriores sobre o aleitamento.

Ademais, as políticas públicas e os programas visam atender as demandas populacionais, então, não se espanta que assumam um caráter homogêneo. Cabe, portanto, aos profissionais especialistas na área da saúde que assumam a responsabilidade por considerar as condições subjetivas, logo, particulares de cada família, como centrais da atenção à saúde da mulher e, em situações de parto e nascimento, da atenção à mãe, ao pai e ao bebê. A transcendência a simples informação acerca dos benefícios da amamentação ou sobre a melhor forma da mulher cuidar de si é um desafio que será superado no encontro entre os especialistas e as famílias, se os primeiros pautarem suas práticas nos conhecimentos que as famílias já têm a respeito de sua saúde, na experiência pessoal e no desejo de cada usuário do serviço de saúde.

Referências

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BONILHA, A. L. de L. et al. Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 811-816, 2010.

BRANT, P. M. C.; AFFONSO, H. S.; VARGAS, L. C. Incentivo à amamentação exclusiva na perspectiva das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 512-7, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Promoção da saúde**. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Pacto de redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Mais saúde:** direito de todos: de 2008 a 2011. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - Sus - a Rede Cegonha. Disponível em: <file:///C:/Users/editora/Downloads/1459-[4837-140911-SES-MT]%20(2).pdf>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. **Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2035&codModuloArea=301&chamada=Mais-sobre-Saude-da-Mulher>>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. **Rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816#>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. **Planejamento familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=285>. Acesso em: 20 out. 2013.

CAMPOS, A. do C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 4, p. 979-981, 2007.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CAVALCANTI, P. C. da S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis** [online], v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

COSTA, A. R. C.; TEODORO, T. N.; ARAÚJO, M. F. M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. **Comun Cienc Saúde**, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2009.

CRUZ, S. H. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 259-67, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. Aula de 17 de março de 1976. **Em defesa da Sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, april, 1974. Disponível em [http: < //www. hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf >](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf). Acesso em: 20 set. 2010.

MARTINS, L. A. M.; JUNIOR, C. A. P. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MEDEIROS, P. F. de; GUARESCHI, N. M. de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas** [online], v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MONTRONE, A. V. G.; FABBRO, M. R. C.; BERNASCONI, P. B. S. Grupo de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 12, n. 3, p. 357-62, 2009.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 7, n. 3, p. 69-76, 1999.

NETO, J. L. F. et. al. Apontamentos sobre promoção a saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

ODDY, W. H. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. **Breastfeed**, v. 23, n. 8, p. 11-8, 2001.

PALMA, B. T. S. et al. Aleitamento Materno Permeado pela Biopolítica e pelo Biopoder. **XVIII Simpósio de Ensino Pesquisa e Extensão: Ciência e interação pela vida**. Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS, 2014.

PERROT, M. **Minha história das mulheres**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

PERUCCHI, J.; BEIRÃO, A. M. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psicologia clínica**, v. 19, n. 2, p. 57-69, 2007.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. Revista de Ciências Sociais **Política & Trabalho**, n. 24, abr., 2006.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, p. 385-90, 2003.

ROSA, C. D. et al. Prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 1, p. 18-21, 2009.

SANTOS, Á. da S. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212374007>>. Acesso em: 17 out. 2014.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 5, n. 3, p. 283-91, 2005.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C.; O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVEIRA, M. M. M.; BARBOSA, N. B. Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia de Saúde da Família. **Revista APS**, v. 13, n. 4, p. 445-55, 2010.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

**Saúde, resiliência e violência doméstica:
a busca pela superação de experiências adversas**

Aline Cardoso Siqueira

Suane Faraj Pastoriza

Juliano Beck Scott

Por décadas, a Psicologia debruçou-se sobre o desvio, o sintoma e a doença. A não manifestação de um problema frente a um evento estressor e a sua superação não eram aspectos considerados nos estudos da Psicologia, a qual estava mais interessada nas psicopatologias. Este olhar está relacionado ao modelo biomédico, que embasado na visão cartesiana de corpo/mente supervaloriza o biológico e conseqüentemente a doença. Contudo, é possível vivenciar situações traumáticas e de muita dor e não adoecer? Felizmente, em muitos casos, a resposta é afirmativa. E com o intuito de investigar esses casos, nasceu a Psicologia Positiva. Dessa forma, o objetivo desse capítulo é apresentar uma reflexão crítica sobre a resiliência em casos de violência doméstica contra mulheres e crianças, a partir do referencial teórico da Psicologia Positiva (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; SHELDON; KING, 2001).

A vivência de uma situação de violência é em si traumática. A violência é uma problemática social que vitimiza milhares de crianças, adolescentes e mulheres todo ano, atingindo índices alarmantes (OMS, 2002). Não raro, a mídia retrata histórias do pai que quebra a perna do filho, mata-o jogando-o contra a parede, mulheres assassinadas pelo esposo ou companheiro e

meninas que são abusadas sexualmente no interior de suas famílias, por membros da família, que deveriam cuidá-las e protegê-las. Mas muitas vítimas de violência, depois de afastadas do agressor e sob o cuidado de amigos e familiares e/ou sob atenção psicossocial especializada, podem superar a vivência adversa e apresentar processos de resiliência. Com vistas a atingir ao objetivo do capítulo, serão apresentados: a Psicologia Positiva, arcabouço teórico que se dedica aos estudos dos processos de resiliência; pesquisas sobre violência contra crianças, adolescentes e mulheres e a saúde, e por fim, casos baseados em histórias reais, que retratam situações vivenciadas por várias crianças e mulheres, e serão utilizados para problematizar o tema e analisar as possibilidades de superação da violência.

Psicologia Positiva

O movimento da Psicologia Positiva iniciou-se em 1998, quando o psicólogo americano Martin Seligman, na presidência da *American Psychology Association*, identificou uma forte tendência da Psicologia em focalizar os problemas dos seres humanos. Segundo ele, a Psicologia estava negligenciando o estudo dos aspectos virtuosos da natureza humana e as forças pessoais que todas as pessoas possuíam. Para Seligman e Csikszentmihalyi (2000), a Psicologia Positiva seria o arcabouço teórico que buscaria compreender os processos e fatores que promovem o desenvolvimento psicológico sadio, os quais contribuem para o fortalecimento e construção das competências nos indivíduos. De acordo com Sheldon e King (2001), trata-se do es-

tudo científico das forças e virtudes do ser humano. Realmente, é curioso o fato de que, apesar de todas as dificuldades, a maioria das pessoas consegue superar as adversidades e manifestar competência, e os autores pedem que os psicólogos expliquem como isso ocorre. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) afirmaram também que essa mudança de paradigma poderia ajudar os psicólogos a avançar na perspectiva da prevenção de doenças, campo até então negligenciado pela abordagem tradicional da psicologia. Estudos e pesquisas em prevenção poderiam estar focalizados na construção de competências e não na correção de fraquezas ou fragilidades. Felicidade, esperança, bem-estar subjetivo, otimismo, autodeterminação, criatividade, habilidades e fé são alguns exemplos de traços humanos que os estudiosos da Psicologia Positiva vêm associando à saúde.

Dentre os conceitos-chave, incorporado ao arcabouço teórico da Psicologia Positiva, tem-se a resiliência. Superando as inúmeras controvérsias relacionadas à definição desse construto no campo *psi*, que foi compreendida por muito tempo como “invulnerabilidade”, ela atualmente tem sido entendida como processos de resiliência, os quais se manifestam em todas as pessoas e não somente em algumas (YUNES, 2003; YUNES; SZYMANSKY, 2001). Associado a isso, a resiliência tem como base tanto aspectos constitucionais quanto ambientais, sendo variável conforme as circunstâncias. Ela não é uma característica inata do indivíduo, herdada, mas sim um processo que surge partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social (CECCONELLO, 2003; HUTZ; KOLLER; BANDEIRA, 1996; PALUDO; KOLLER, 2007;

SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; YUNES, 2003; YUNES; SZYMANSKY, 2001).

Muitos são os pesquisadores que, aceitando o desafio, passaram a estudar as fortalezas dos indivíduos e os processos de resiliência. Rutter (1985) definiu resiliência como a capacidade dos indivíduos em emitir uma ação com um objetivo definido e com uma estratégia de como alcançá-lo, frente à situação de risco. Em 1996, Rutter enfatizou que a resiliência é um processo relacionado às respostas da pessoa ao seu contexto, que se expressa diante de situações de risco ao desenvolvimento. Para Zimmerman e Arunkumar (1994), resiliência caracteriza indivíduos que conseguiram combater ou restabelecer-se de adversidades. A resiliência é um construto dinâmico e relativo, sendo importante defini-lo de acordo com os contextos socioculturais (LUTHAR, 1995). De acordo com Luthar e Zigler (1991), as pesquisas que destacam os fatores de resiliência devem contemplar a avaliação do risco ou eventos de vida, do ponto de vista da criança ou família, assim como recursos que utilizam para lidar com essas demandas. Os eventos estressantes de vida são constituídos de quaisquer mudanças no ambiente, que comumente levam a um alto grau de tensão e interferem nos padrões esperados de resposta do indivíduo (MASTEN; GARMEZY, 1985). Em função da característica dinâmica da resiliência, um indivíduo pode apresentar processos de resiliência em um desses contextos e não apresentar em outro. Isto aponta para o efeito de interação de fatores protetivos, os quais agem como mediadores da situação de risco, em um contexto ou momento determinado.

Assim, o processo de resiliência está intimamente associado aos fatores de risco e proteção. O risco é um construto psicológico considerado importante para as pesquisas sobre desenvolvimento humano e enfrentamento de situações adversas. A vivência de tais situações desencadeia nos indivíduos diferentes respostas, algumas mais adaptativas ou outras que os expõem a riscos ainda maiores. O risco é uma dimensão abrangente, a qual envolve o ambiente em que o indivíduo está inserido. Para Jessor et al. (1995), os fatores de risco são definidos como condições ou variáveis que estão associadas a uma alta possibilidade de ocorrência de resultados negativos ou não desejáveis. Por sua vez, consideram-se mecanismos, fatores ou processos protetivos as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos a ambientes hostis os quais predispõem a consequências mal-adaptativas (HUTZ et al., 1996). Os mecanismos de proteção são definidos também como fatores ou processos que reduzem o impacto do risco e exercem efeitos positivos na saúde mental do indivíduo (RUTTER, 1985, 1987). Além disso, esses mecanismos podem operar como pontos de apoio para a mudança da trajetória de vida, das situações de risco para uma adaptação bem-sucedida, de modo a se promover a resiliência.

Werner e Smith (1992) apontaram três fatores de proteção importantes para crianças e adolescentes expostos a fatores de risco, como *stress* perinatal, pobreza, mãe com baixa escolaridade, famílias com conflitos, separações, abandonos, alcoolismo parental, entre outros fatores. São condições individuais, apoio social externo e desenvolvimento e manutenção de laços afetivos (vínculo positivo nas famílias). Assim, a capacidade de estabe-

lecer e manter vínculos afetivos dentro e fora da família constitui um fator de proteção para essas crianças e esses adolescentes. Essas afirmações corroboram as de Masten e Garmezy (1985), que salientaram a existência de três aspectos de proteção, o primeiro refere-se às características de personalidade, como autonomia, autoestima e orientação social positiva. O segundo diz respeito à coesão familiar e à ausência de conflito, ou seja, a disponibilidade de uma efetiva rede de apoio afetivo em seu ambiente mais próximo. E finalmente, o último aspecto é a disponibilidade de sistemas externos de apoio, interações sociais e afetivas mais amplas, que estimulam e reforçam a capacidade da criança de enfrentar as situações da vida.

As situações de violência desafiam a capacidade de lidar com a experiência e promovem o surgimento ou não dos processos de resiliência. Deste modo, o tema da violência contra criança, adolescente e mulheres e sua interface com a saúde será discutido.

Violência e saúde

A violência se destacou nas pesquisas científicas, debates e preocupações na área da saúde há um período relativamente recente, considerando que esse fenômeno se faz presente desde o início da história da humanidade (ÁRIES, 1981). No âmbito internacional, o tema ganhou relevância, a partir da década de 60, com a publicação do estudo do pediatra Kempe e seus colaboradores sobre a “síndrome da criança maltratada” (FERRARI, 2002). No Brasil, as discussões sobre a temática da violência sur-

giram, na década de 70, a partir do impacto, cada vez maior, o qual ela representa na vida da população e por consequência na área da saúde. Desta forma, este olhar sobre a violência foi ganhando cada vez mais espaço e mais atenção nas políticas e ações do governo ao longo do tempo, principalmente no que se refere à prevenção e aos aspectos psicológicos e psicossociais que se encontram imbricados na temática (MINAYO, 1994).

A questão da violência vem sendo compreendida como um problema de saúde pública, em decorrência da ampliação do conceito de saúde, trazido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Somente a partir desse entendimento mais generalista sobre saúde, foi possível pensar outros fatores que influenciam no bem-estar do indivíduo, dentre estes a violência (OMS, 2002).

De acordo com o Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), a temática da violência é também um problema social que pode afetar os indivíduos em qualquer fase de seu desenvolvimento e surge a partir do uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa tendo como resultado algum dano à vítima. Para Faleiros e Faleiros (2008), toda a relação violenta envolve alguma forma de poder, em um processo de dominação, no qual o dominador, utilizando-se de coação ou agressões, nega ao outro (vítima) os seus direitos. Segundo Silva, Model e Ruschel (2013), a utilização da força ou do poder, pelo dominador, aparece de várias formas, violando os direitos da vítima e lhe causando inúmeros danos. Deste modo, os estudos têm demonstrado que a gran-

de maioria das vítimas de violência são as mulheres, crianças e adolescentes, sendo que esta pode se manifestar de diferentes formas ou graus, ocorrendo muitas vezes no próprio ambiente doméstico do sujeito (AZAMBUJA, 2004).

De acordo com Faleiros e Faleiros (2008, p. 50), é importante distinguir a violência doméstica da violência intrafamiliar, pois a “violência doméstica refere-se ao lugar onde ela ocorre, na casa, no lar; a violência intrafamiliar se refere à natureza dos laços parentais que unem as vítimas e os autores da violência”. Apesar de essas violências ocorrerem em muitos casos, simultaneamente, pois ocorrem no ambiente doméstico e envolvem laços parentais (sanguíneos ou não) entre vítima e agressor, estas não, necessariamente, são sinônimas entre si.

Prado (2004, p. 97) afirmou que a violência surge, muitas vezes, como “o contraponto do amor nas relações” e aparece em grande percentagem no interior das famílias, ao lado dos cuidados amorosos e protetores do lar. O autor ainda mencionou que abusos intrafamiliares são fenômenos complexos, que envolvem uma multiplicidade de causas, dentre as quais uma das mais importantes é a multigeracionalidade. Santos e Dell’Aglío (2008) salientaram que a multigeracionalidade pode ser compreendida como a possibilidade do adulto reproduzir as experiências de violência vividas em sua própria infância. Essas experiências podem ser tanto da ordem do abuso físico, psicológico, sexual, negligência ou privação. No entanto, o fato de ter sido vítima de maus-tratos na infância não quer dizer que, necessariamente, quando adulto, o indivíduo repetirá tal comportamento.

A violência (doméstica e intrafamiliar) se manifesta de diferentes formas, conforme a natureza das agressões, podendo

estas serem divididas em violência física, violência psicológica, violência sexual e negligência ou privação (BRASIL, 2009). A violência física é causada por “dano não acidental por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas” (BRASIL, 2009, p. 11). Para Faleiros e Faleiros (2008), esse tipo de violência está respaldado por uma relação de poder que se manifesta, principalmente, por marcas no corpo, apresentando-se em variados graus. A intensidade da força física utilizada pelo agressor na vítima fica clara através da gravidade dos ferimentos ocasionados como: lesões, ferimentos, fraturas, queimaduras, traumatismos, hemorragias, escoriações, lacerações, arranhões mordidas, hematomas, mutilações, entre outros.

A violência psicológica é exercida com atitudes de desrespeito, agressões verbais, chantagens, regras excessivas, humilhações, estigmatização, rejeição, entre outros. Contrariamente à violência física, a violência psicológica não deixa marcas ou traços visíveis no corpo, mas causa danos ao psiquismo da vítima, de forma que compromete seu bem-estar e prejudica sua autoimagem e suas relações sociais. Esse tipo de violência também decorre de uma relação de poder e/ou uso ilegítimo da autoridade (BRASIL, 2009; FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A violência sexual, por sua vez, caracteriza-se pela ação na qual uma pessoa, em relação de poder e através do uso da força física, intimidação ou coerção, obriga ou conduz outra a prática de ato sexual, contra a sua vontade, ou expondo-a a interações sexuais que causem danos ao sujeito, bem como sua possível vitimização e em que o agressor se sinta gratificado com a prática

realizada. Esse tipo de violência pode ocorrer de variadas formas, como: estupro, abuso sexual, incesto, atentado violento ao pudor, assédio sexual, exploração sexual, pedofilia, voyeurismo ou pornografia infantil (BRASIL, 2009; FALEIROS; FALEIROS, 2008; SILVA et al., 2009).

A negligência ou privação, por sua vez, decorre de um tipo de relação baseada na omissão, rejeição, descaso, indiferença, descompromisso ou desinteresse, do adulto em relação à criança ou ao adolescente, em suas necessidades básicas de saúde física e emocional. Muitas vezes, esse tipo de violência está expresso através da negação ou falta de compromisso com a responsabilidade familiar, social e comunitária, de proteção e cuidado para com a criança e/ou adolescente (BRASIL, 2009; FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A literatura científica tem demonstrado que todos os tipos de violência podem impactar a saúde da vítima. As implicações da violência na saúde podem ocorrer em curto e/ou longo prazos, nas esferas física, social, cognitiva, emocional e comportamental (HABIGZANG; CAMINHA, 2004; REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999; VECINA; CAIS, 2002). A gravidade do dano depende de diversos fatores, como a natureza da violência, a duração e frequência da agressão, o grau de segredo, a idade da vítima e do agressor, a relação estabelecida entre eles, a personalidade da vítima, a capacidade intelectual da criança e a ausência de figuras parentais de apoio social (FERRARI, 2002; FURNISS, 1993; REICHENHEIM et al., 1999). Com vistas à integração entre teoria e prática, serão analisados e discutidos dois casos baseados em histórias reais, de violência contra criança

e mulher, a fim de possibilitar uma reflexão sobre os aspectos que podem contribuir na superação da violência, promovendo a saúde.

Caso I

Bia, 29 anos, catadora de material reciclável, mãe de quatro filhos de três diferentes companheiros, teve uma infância de relações permeadas pela violência perpetrada pelos pais, que incluía violência física e psicológica. Ela e sua mãe eram alvo de violência física de seu pai, que era alcoolista. Seus três companheiros eram violentos nas suas relações. Bia, então com três filhos, conhece o seu terceiro companheiro, usuário de drogas ilícitas e álcool, pai de seu quarto filho. Ele fazia ameaças de morte constantes à Bia. Após uma situação de agressão física grave, Bia pediu ajuda na Estratégia de Saúde da Família, próxima à sua casa, sendo orientada a realizar uma ocorrência na Delegacia da Mulher. Ela chamou a polícia, prestou queixa na Delegacia da mulher contra o companheiro e fez exame de corpo delito. Além disso, ela pediu ajuda ao Conselho Tutelar, a fim de garantir a proteção dos direitos dos filhos. Bia, com a ajuda do Conselho Tutelar, vai com os filhos para a casa da irmã. No entanto, a irmã de Bia também vivia em condições precárias e tinha um esposo que não aceitava Bia e os filhos em sua casa. O agressor passou três meses na prisão e após receber liberdade condicional, ele contactou Bia. Sem emprego e morando de favor com a irmã, ela continuou mantendo contato com ele após a liberdade, e mesmo com os apelos dos filhos, Bia voltou a morar com o agressor.

Discussão do Caso I

A partir do breve caso apresentado, pode-se constatar que Bia conviveu com a violência desde a infância, praticada pelos familiares. Com relação à violência vivida pela mãe, Azevedo e Guerra (2000) afirmam que a violência contra a mulher se expressa nas dinâmicas de afeto e poder e denuncia a presença de relações de subordinação e dominação.

Observa-se, no caso de Bia, a multigeracionalidade. Bia foi vítima de violência por parte de seus pais e de seus companheiros. Ela se envolve com homens que apresentavam comportamentos violentos, agressividade e que eram usuários de drogas, tal como seu pai. A vivência de violência na infância e a repetição na adultez corroboram os estudos sobre a multigeracionalidade (ALMEIDA; SAFFIOTI, 1995; ARAÚJO, 1996; ARAÚJO, 2002; BAPTISTA, 2005; KOLLER, 2000). Além disso, a literatura tem demonstrado que a vivência de violência doméstica na família de origem e o uso de álcool e outras drogas são considerados fatores de risco para a ocorrência de violência doméstica (GADONI-COSTA, 2010; KOLLER, 2000; KOLLER; DE ANTONI, 2004).

Bia viveu as fases do ciclo de violência em todos os seus relacionamentos, desde os desentendimentos e agressões verbais, que no caso ocorrem com os dois primeiros companheiros, até a fase da agressão física do atual companheiro. Segundo Araújo, Martins e Santos (2004), as mulheres vítimas de violência doméstica vivem constantemente em um ciclo denominado ciclo da violência, sendo este representado por fases, que se repetem

ritualisticamente. Primeiros desentendimentos, que se seguem pelo uso de estratégias de ameaças (separação, impedimento de participação na vida dos filhos), sendo a agressão física a última fase do ciclo, precedendo, por sua vez, os momentos de promessas de mudanças, que em geral resultam na reconciliação e harmonia conjugal. Bia rompeu com este ciclo no momento em que fez a notificação às autoridades, contudo, após enfrentar dificuldades decorrentes da ausência do companheiro, decide voltar a morar com ele. A ausência de apoio social e afetivo, constatada na ausência de suporte advindo dos órgãos de defesa dos direitos, como Conselho Tutelar, e apoio familiar afetivo pobre, associados às suas precárias condições financeiras, motivam-na a perdoar o agressor. A rede de apoio social é considerada o conjunto de pessoas e instituições que compõe os elos de apoio percebidos e recebidos de um indivíduo (BRITO; KOLLER, 1999). A possibilidade de contar com esse auxílio consiste nos mecanismos de proteção e recursos, os quais o indivíduo dispõe em sua rede de apoio social e afetivo.

Por mais que se possa visualizar processos de resiliência no caso de Bia no momento em que ela decide deixá-lo e denunciá-lo, atravessamentos sociais e afetivos levaram-na a não manter sua posição. Sabe-se que, diante da violência, muitas pessoas podem enfrentá-la e superá-la através de processos de resiliência (KOLLER, 2000). Resiliência, segundo Tavares (2001), consiste no equilíbrio entre a tensão e a habilidade de lutar, de atingir outro nível de consciência, que traz uma mudança de comportamento e a capacidade de lidar com os obstáculos da vida.

Caso II

Marina, oito anos, é proveniente de uma família de ótimas condições socioeconômicas, constituída pela mãe (35 anos), padrasto (40 anos) e um irmão de três anos de idade. Marina é uma criança alegre que apresenta autoestima, autonomia e uma relação satisfatória com sua mãe, irmão, padrasto e amigos e um desenvolvimento psíquico compatível com sua idade. No entanto, Marina desde muito pequena teve de lidar com situações de violência.

Os três primeiros anos de vida de Marina foram marcados por brigas constantes dos pais, fazendo-se presente na relação destes agressões físicas e psicológicas. O pai de Marina era usuário de drogas e álcool e, quando estava sob o efeito das drogas, tornava-se agressivo com sua mãe.

Quando Marina completou três anos de idade, seus pais se separaram e um acordo judicial foi estabelecido. Marina ficou sob a guarda materna e o pai visitava-a quinzenalmente. Neste momento, a relação de Marina com o pai era afetuosa e sem conflitos. Mas aos seis anos de idade, Marina passou a visitar seu pai semanalmente em horários preestabelecidos pelo juiz, retornando para casa no final da tarde. A partir desse momento, Marina começou apresentar choro constante (aparentemente sem motivo), baixa autoestima e dificuldades escolares. Seis meses depois do início das visitas, Marina solicitou conversar com a professora. Nessa conversa, Marina contou para a educadora o que acontecia nas visitas na casa do pai e revelou as situações de violência sexual vivenciadas. Expôs que o pai ameaçava

matar sua mãe e seu irmão, caso ela contasse para alguém sobre a violência sexual. Contou que as situações não ocorriam sempre, apenas quando o pai fazia uso de drogas e álcool.

Diante da revelação, a professora, que acreditou no relato da criança, explicou para Marina a gravidade da situação e a importância de contar para mãe e buscar ajuda. Após a mãe ser informada acerca da situação, ela buscou ajuda do Conselho Tutelar da cidade. O Conselho Tutelar acompanhou Marina e sua mãe à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para a realização de um boletim de ocorrência. Além disso, o Conselho Tutelar encaminhou Marina e sua mãe para o atendimento psicossocial em um Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), tendo em vista que este é responsável pela coordenação e articulação da proteção social especial de média complexidade, ofertando atendimento às famílias e aos indivíduos em situação de suspeita ou violação de direitos. Marina foi acompanhada pela rede de proteção (Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, escola e CREAS) durante um ano. Marina e sua mãe seguiram as orientações dos órgãos competentes e sempre se fizeram presentes nos atendimentos agendados no CREAS. O pai de Marina foi afastado, julgado e condenado judicialmente pelo abuso sexual praticado contra a filha.

Discussão do Caso II

A partir do caso apresentado, pode-se observar que Marina foi exposta a situações de violência doméstica desde seus primeiros anos de vida. Primeiramente, Marina presenciava as

agressões físicas e psicológicas por parte do pai contra a mãe. E depois sofreu abuso sexual por parte do pai, o qual deveria protegê-la.

O caso de Marina retrata a história de muitas crianças e adolescentes que vivenciaram situações de abuso sexual no âmbito familiar. O estudo realizado por Assis et al. (2012), referente à notificação de violência no Brasil, mostrou que a violência mais notificada contra crianças entre 1 a 9 anos de idade é a sexual (41,7% das notificações). Outros estudos apontaram que a maioria dos casos de abuso sexual ocorre no contexto familiar, sendo o abusador geralmente uma pessoa que tem uma relação próxima com a criança/adolescente (CAMPOS; SCHOR, 2008; HABIGZANG et al., 2005; PELISOLI et al., 2010; JUSTINO et al., 2011).

Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, alguns fatores de risco podem estar implicados para a sua ocorrência, dentre eles o estresse familiar (saúde, relacionamento), problema de comunicação na família, alcoolismo e uso de drogas, práticas disciplinares punitivas, pais com história de abuso na infância e ausência de habilidades empáticas (KOLLER, 2000). No caso de Marina, fizeram-se presentes como fatores de risco principalmente a relação de poder e o uso de álcool e droga por parte do pai.

O abuso sexual, considerado uma das formas mais graves de violência, se diferencia das outras formas por ser agravada pelo que Furniss (1993) chama de síndrome de segredo e síndrome de adição. Para o autor, é o segredo que mantém o abuso sexual e faz com que este permaneça oculto. O segredo é estabe-

lecido pelo abusador através de ameaças ou benefícios. Assim, o segredo cumpre uma função central na manutenção dessa situação, não permitindo o rompimento da situação de violência. E a síndrome de adição está relacionada à dependência do abusar, de manter relações abusivas com uma criança e/ou adolescente. Essa síndrome é caracterizada pelo comportamento compulsivo de descontrole, de impulso diante do estímulo gerado pela criança; ou seja, o abusador, por não se controlar, usa a criança para obter excitação sexual, alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. A partir da análise do caso, pode-se identificar a presença dessas síndromes apontadas por Furniss (1993). As ameaças que Marina sofria contribuíram para que ela sofresse abuso sexual durante seis meses. No entanto, o fenômeno pôde ser interrompido, pois Marina conseguiu verbalizar na escola o que estava acontecendo. Considera-se que as características de Marina, em especial, o estabelecimentos de relações afetivas, contribuíram para que esta buscasse proteção, sendo capaz de mobilizar ajuda externa à família (SCHWANCK; SILVA, 2003). Nesse viés, Marina apresentou processos de resiliência.

Além disso, pode-se identificar que a professora de Marina estava disposta a escutá-la, acreditar no seu relato e informar a situação ao responsável pela criança. A importância de escutar a criança é fundamental para que esta consiga verbalizar o que acontece. De acordo com Faleiros (2003), inicialmente a revelação de uma situação de violência é privada, na medida em que a pessoa que sofre pode contar a situação para alguém em que confia na perspectiva de que essa revelação possibilite a saída da

situação. Em um segundo momento, a revelação pode se tornar pública através da notificação.

No caso de Marina, a revelação se tornou pública, pois a mãe comunicou o caso ao Conselho Tutelar e fez um registro na delegacia de polícia. A comunicação do caso de violência é preconizada pela legislação que trata sobre os direitos das crianças e adolescente – Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Além disso, através dessa comunicação a criança pôde ser protegida e atendida, a violência investigada e o abusador responsabilizado.

Para que o abuso sexual seja notificado, a criança precisa romper o silêncio. Isso implica a escuta de um adulto no qual a criança confia e aplicação de medidas necessárias à proteção da criança. Miranda e Yunes (2007) destacaram que o momento da revelação de uma situação de violência demanda ações que devem proteger a criança, dentre elas, a notificação legal do abuso, a qual possibilita que as relações familiares, assim como a situação psicológica e social de cada membro da família, sejam revisitos e acompanhados pela rede de proteção. Santos e Dell’Aglío (2010) apontaram a importância de intervenções precoces nos casos de abuso sexual para que as famílias não se sintam desamparadas, em especial, aquelas que possibilitam apoio e proteção no momento da revelação e notificação do abuso. Dessa forma, pode-se proferir que Mariana contou com uma rede de apoio social, pela qual pôde ser compreendida como os recursos formais (Escola, Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção à Criança ao Adolescente) e informais (família) (SCHWANCK; SILVA, 2003). Essa rede ajudou Marina a contar sobre a experiência de abuso sexual e enfrentar essa situação.

A revelação de abuso sexual realizada por Marina suscitou diferentes intervenções, que envolveram diferentes órgãos, instituições e profissionais, todos estavam implicados na proteção dos direitos da criança e na responsabilização do abusador. O que é de extrema importância em situação de violência envolvendo crianças e adolescentes. Santos e Dell’Aglío (2010, p. 334) apontaram que

lidar com essas situações exige um trabalho integrado, para que as ações possam ser pensadas e articuladas em conjunto, envolvendo o atendimento às vítimas, o encaminhamento dos processos e o fortalecimento da rede de apoio às famílias.

Outro aspecto identificado no caso de Marina refere-se ao encaminhamento da criança e sua mãe para o atendimento psicossocial em um serviço especializado. Analisa-se como uma medida necessária, a fim de possibilitar à criança a minimização dos sintomas decorrentes da situação (choro constante, baixa autoestima, dificuldades escolares) e a elaboração da situação vivenciada. Além disso, o atendimento aos cuidadores de crianças que vivenciaram situações de violência é importante, uma vez que estes poderão contribuir para a minimização dos danos causados pela violência, pois representam a rede de apoio afetivo e social da criança/adolescente (HAHENDORFF et al., 2012). Estudos apontam a importância do atendimento, em especial, psicológico, em grupo ou individual, à criança e ao adolescente em situação de violência e a sua família (DELL’AGLIO; MOURA; SANTOS, 2011; HABIGZANG et al., 2006; LUCÂNIA et al., 2009). O estudo de Habigzang et al. (2006) mostrou que o atendimento em grupo contribui, em especial, para a reestruturação de cren-

ças, reações emocionais e comportamentais disfuncionais. Além disso, o grupo é importante para o fortalecimento da rede de apoio social e afetiva das participantes e também para promover a qualidade de vida. Lucânia et al. (2009), a partir de um estudo sobre intervenção cognitiva comportamental em situações de violência, apontaram que o atendimento possibilita a redução das queixas iniciais, aquisição de novo repertório comportamental e um melhor funcionamento psicossocial, entre outros.

Assim, a partir do caso, é fundamental apontar a importância dos sistemas externos de apoio para a superação de violência. A rede de apoio (instituições, órgãos, família) possibilitou que Marina, apesar de ter sofrido uma violência sexual, continuasse com um desenvolvimento saudável na infância. Portanto, acredita-se que, após o afastamento do pai e atenção recebida de instituições e órgãos especializados e capacitados, as crianças podem superar a violência.

Considerações Finais

A violência doméstica é um tema complexo. Estudar esse fenômeno exige carga teórica e técnica relevantes. Os casos apresentados representam situações vividas por milhares de mulheres, adolescentes e crianças e apresentam elementos cruciais para se pensar a vivência da violência, a perpetuação do ciclo e a possibilidade de superação. O entendimento das variadas formas de manifestação da violência auxilia na sua prevenção e na proteção e preservação dos direitos que todos os indivíduos possuem. Somente a partir da promoção do bem-estar físico,

psíquico e social, será possível falar em saúde. Entretanto, é necessária e fundamental, muitas vezes, a intervenção da rede de apoio psicossocial para os casos em que a violência já se encontra instaurada, ou seja, quando o sujeito já teve seus direitos violados por algum agressor. Esses serviços estão disponíveis para auxiliar na superação da violência sofrida, bem como na quebra do ciclo de repetição da violência no qual muitas famílias encontram-se inseridas.

No primeiro caso apresentado, tem-se uma mulher jovem, com quatro filhos e com uma história marcada por violência na infância e na adultez. A multigeracionalidade da violência e o uso de álcool e drogas foram elementos presentes no caso de Bia e têm sido fatores apresentados na literatura como de risco para a violência doméstica.

Há abordagens teóricas que trabalham as estratégias de enfrentamento e também a capacidade de superação do indivíduo, de forma que se observam fatores de saúde na pessoa que foi vítima de violência. Cada indivíduo possui capacidade cognitiva e social de enfrentamento de diversas formas, de superação, sendo os fatores de proteção importantes para os processos de resiliência. A partir dos casos, pode-se inferir que a rede de apoio foi fundamental no processo de notificação. Os processos presentes nas relações de Bia e Marina com os órgãos de saúde, assistência social e sistema de justiça contribuíram para os processos de resiliência. Assim, destaca-se que os processos de resiliência não estão desvinculados das condições nas quais os indivíduos estão inseridos, como também não surgem do interior do indivíduo de forma mágica. Estes processos são fortemente apoiados nos

recursos protetivos encontrados nos seus contextos de vida, ou seja, nos contextos de interação face a face dos indivíduos. Dessa forma, ressalta-se a importância de que estes órgãos sociais de atenção à saúde e à defesa dos direitos estejam cientes do seu papel nesse processo, bem como capacitados para o acolhimento dessas vítimas e de suas histórias de violência.

Ainda que o sistema de justiça tenha evoluído significativamente, com a criação de delegacias específicas para atender a essa demanda, nota-se que as crianças, adolescentes e mulheres ainda estão desprotegidos, em especial, em decorrência da falta de responsabilização do agressor/abusador. Mesmo que atualmente a violência contra essa população seja considerada crime, não há uma segurança de que ela será totalmente protegida pelo Estado e que não terá mais contato com o agressor. A desproteção dos sistemas de justiça fatalmente leva a reincidência da violência.

A partir de leituras que versam sobre a temática, pôde-se perceber que a violência pode causar danos à saúde, mas se considera importante apontar que o fenômeno pode ser superado e enfrentado, principalmente através de uma rede de apoio social (família, escola, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, entre outros) efetiva que seja capaz de garantir a segurança da vítima e oferecer apoio a ela. Os processos de resiliência necessitam da colaboração de elementos concretos para se desenvolver, sendo tarefa da sociedade a garantia dessas condições. Somente com a ajuda de instituições e de seus familiares, o que aconteceu no caso de Marina, será possível superar a situação de abuso e buscar promover mudanças definitivas. O combate con-

tra a violência doméstica não cessa na notificação, visto que se necessitam políticas e programas direcionados a esta problemática para que as vítimas possam verdadeiramente superar o ciclo de violência. Políticas públicas direcionadas às crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e suas famílias devem ser ofertadas, para que se possa potencializar os recursos saudáveis desses sujeitos.

Referências

ALMEIDA, S.; SAFFIOTI, H. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

ARAÚJO, M. F. Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica. **Perfil**, v. 9, p. 07-17, 1996.

_____. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.

ARAÚJO, M. F.; MARTINS, E. J. S.; SANTOS, A. L. **Violência de gênero e violência contra a mulher**. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica contra crianças: uma questão de gênero? In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R.; JAEGER, F. P. (Org.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

AZEVEDO, V. N.; GUERRA, M. A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 2000.

BAPTISTA, M. N. **Desenvolvimento do inventário de percepção do suporte familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares**. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069/1990. Brasília, 1990.

_____. **Por uma cultura da paz, a promoção e a prevenção da violência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 115-129, 1999.

CAMPOS, M. A. M.; SCHOR, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 190-200, 2008.

CECCONELLO, A.; KOLLER, M. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003.

DELL'AGLIO, D. D.; MOURA, A.; SANTOS, S. S. Atendimento a mães de vítimas de abuso sexual e abusadores: considerações teóricas e práticas. **Psicol. clin.**, v. 23, n. 2, p. 53-73, 2011.

FALEIROS, E. S. (Org.). **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia**. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008.

FERRARI, D. C. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C.; VECINA, T. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, p. 23-56, 2002.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GADONI-COSTA, L. M. **Violência doméstica: vitimização e enfrentamento**. 2010. Dissertação de Mestrado Não Publicada (Mes-

trado em Psicologia) - Curso de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**: conceituação e intervenção clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.

HABIGZANG, L. F. et al. Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. **Psicol. clin.**, v. 18, n. 2, p. 163-182, 2006.

HAHENDORFF, J. V. et al. Abuso sexual contra meninos: uma revisão. In: HABIGZANG L. F.; KOLLER, S. H. (Org.). **Violência contra crianças e adolescentes**: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HUTZ, C.; KOLLER, S. H.; BANDEIRA, D. Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. **Coletâneas da ANPEPP**, v. 1, p. 79-86, 1996.

JESSOR, R. et al. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. **Developmental Psychology**, v. 31, p. 923-933, 1995.

JUSTINO L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 781-787, 2011.

KOLLER, S. H. Violência Doméstica: uma visão ecológica. **Violência doméstica**. Brasília: UNICEF, p. 32-42, 2000.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In: KOLLER, S. (Ed.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 293-310, 2004.

LUCÂNIA, E. R.; VALÉRIO, N. I.; BARISON, S. Z. P.; MIYAZAK, M. C. O. S. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. **Psicol. estud.**, v. 14, n. 4, p. 817-826, 2009.

LUTHAR, S. Social competence in the school setting: prospective cross-domain associations. **Child Development**, v. 66, p. 416-429, 1995.

LUTHAR, S. S.; ZIGLER, E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. **American Journal Orthopsychiatry**, v. 61, p. 6-22, 1991.

MASTEN, A. S.; GAMERZY, N. Risk, vulnerability, and protective in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Org.). **Advances in Clinical Child Psychology**. New York: Plenum Press, p. 1-52, 1985.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 07-18, 1994.

MIRANDA, A. T.; YUNES, M. A. M. O ato da denúncia de abuso sexual contra crianças e adolescentes no ambiente escolar. In: LEAL, M. L. P.; LEAL, M. F. P.; LIBÓRIO, R. M. C. (Org.). **Tráfico de pessoas e violência sexual**. Brasília: VIOLES/SER/Universidade de Brasília, p. 167-190, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 17, n. 36, p. 9-20, 2007.

PELISOLI, C. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 85-97, 2010.

PRADO, L. C. **Amor & violência nos casais e nas famílias**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 598-611, 1985.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal Orthopsychiatry**, v. 57, p. 316-331, 1987.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: ROLF, J.; MASTEN, A. S.; CICHETTI, D.; NUCHESTERLEIN, K. H.; WEINTRAUB, S. (Org.). **Risk and protective factors in the development of psychopathology**. New York: Cambridge University Press, p. 181-214, 1996.

SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, 2008.

_____. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 328-335, 2010.

SCHWANCK, R. H.; SILVA, M. R. S. Processos que sustentam o enfrentamento da experiência de abuso sexual na infância: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 380-388, 2003.

SELIGMAN, M.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, v. 55, p. 5-14, 2000.

SHELDON, K. M.; KING, L. Why positive psychology is necessary? **American Psychologist**, v. 56, p. 216-217, 2001.

SILVA, S. C.; MODEL, A. M.; RUSCHEL, A. E. Intervenção clínica com crianças e adolescentes e suas famílias: o olhar e o fazer de uma equipe de saúde nas situações de vulnerabilidade pela violência. In: SIQUEIRA, A. C.; JAEGER, F. P.; KRUEL, C. S. (Coord.). **Família e violência: conceitos, práticas e reflexões críticas**. Curitiba: Juruá, 2013.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, p. 43-75, 2001.

VECINA, T. C.; CAIS, A. C. Infância e adolescência: uma realidade que precisa de intervenção. In: FERRARI, D. C.; VECINA T. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Agora, p. 57-72, 2002.

WERNER, E. E.; SMITH, R. **Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood**. New York: Cornell University Press, 1992.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, p. 13-4, 2001.

YUNES, M. A. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8 (especial), p. 75-84, 2003.

ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. Resilience research: implications for schools and policy. **Social Policy Report**, v. 8, p. 1-18, 1994.

Estágios de vivência no SUS: outras linhas de subjetivação na formação em saúde¹

Gisele Santin

Betina Hillesheim

A proposta de educação permanente em saúde iniciou ainda na década de 1980, através dos trabalhos desenvolvidos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a qual disseminou esse conceito em diversos países das Américas. A educação permanente em saúde desenvolve-se através do vínculo entre as dimensões do trabalho e educação. No Brasil, as mudanças na formação profissional em saúde vêm sendo discutidas desde o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Na Constituição de 1988, quando também foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), já está colocado que cabe ao SUS a formação e ordenação dos recursos humanos para a área da saúde (BRASIL, 1988). A partir dessa prerrogativa, muitas iniciativas vêm sendo tomadas, principalmente pelo Ministério da Saúde, para que se consiga garantir a formação de trabalhadores da saúde de acordo com os princípios do SUS, ou seja, que a formação esteja comprometida com as necessidades da população e não com as demandas de mercado.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), criou, no ano de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em

¹ Este texto deriva da dissertação "Educação permanente em saúde e os estágios de vivência no SUS: traçando linhas de subjetivação" (UNISC), realizada por Gisele Santin, sob orientação de Betina Hillesheim.

Saúde (PNEPS), fazendo com que a educação permanente adquirisse *status* de política pública na área da saúde. Para o Ministério da Saúde,

a proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2005, p. 14).

Assim, trata-se de compreender a educação permanente em saúde para além da atualização técnico-científica, abarcando aspectos de produção de subjetividade, competências técnicas e conhecimento do SUS (BRASIL, 2004). Portanto, o foco central da educação permanente não são as ações formais institucionalizadas através de programas e projetos, ou mesmo expressas em uma política pública, mas sua potência micropolítica, a qual transversaliza todas as ações em saúde, acontecendo em ato no cotidiano do trabalho vivo, na relação da equipe, na relação com o usuário e nos processos de gestão. Ou como fala Ceccim,

é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é a sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional. (CECCIM, 2005, p. 162).

Antes mesmo da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Movimento Estudantil da Área

da Saúde já lutava por dispositivos que pudessem aproximar a formação em saúde das necessidades do SUS. Assim, foram criados os Estágios de Vivência no SUS, os quais tiveram início no Rio Grande do Sul, sendo chamados de Escola de Verão e VER-SUS/RS. Esses estágios iniciaram através da mobilização do Movimento Estudantil da Área da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP-RS). No ano de 2003, os estágios de vivência no SUS foram incorporados como política de formação pelo governo federal, a partir da criação do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde em parceria com as representações estudantis de 14 cursos da saúde (TORRES, 2005), junto às Instituições de Ensino Superior e prefeituras municipais que aderiram ao projeto. O VER-SUS, portanto, é produto da mobilização de estudantes de diversos cursos da saúde, preocupados com uma formação voltada para as demandas sociais e comprometida com os princípios do SUS. Essa vivência nos serviços de saúde visa instigar e promover o pensamento crítico dos acadêmicos acerca do sistema público de saúde e da formação oferecida pelas instituições de ensino.

Em função de troca de gestão no interior do Ministério da Saúde, os projetos VER-SUS ficaram por, aproximadamente, três anos sem receber incentivo para sua execução. No entanto, aconteceram algumas edições isoladas em alguns locais do país. Devido à potência desse projeto, no que concerne a ele ser reconhecido pelos estudantes e instituições de ensino como uma

grande possibilidade de conhecer a realidade do SUS, inúmeras reivindicações foram feitas junto às instâncias responsáveis pelo planejamento e execução das ações de educação permanente em saúde e, no final do ano de 2011, os projetos VER-SUS passaram a novamente receber incentivo financeiro do Governo Federal.

Assinala-se que é preciso considerar que, quando o Estado toma o trabalhador da saúde como foco de uma política pública, esta população (os trabalhadores da saúde) passa a ser alvo de práticas de governo, pelas quais é constituída e subjetivada. Práticas de governo estão aqui relacionadas à função do governo em operar de modo que se produza o máximo de riquezas possíveis, fornecendo às pessoas o máximo de substâncias possíveis (FOUCAULT, 2003), de maneira que todo o corpo social seja passível de se tornar objeto de governamento, ou seja, é uma governamentalidade biopolítica, governa-se através dos fenômenos da vida (da saúde, da educação e do trabalho). Assim, o poder aqui é visto, na sua positividade, como algo que produz modos de ser, como algo que governa e também produz resistência, pois “lá onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo), esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (FOUCAULT, 2005, p. 91).

Deste modo, o presente capítulo propõe discutir o VER-SUS como um campo de produção de subjetividades, entendendo que a formação profissional, ao mesmo tempo em que opera no governo das condutas dos sujeitos aos quais se destina, também produz resistência, linhas de fuga que permitem a emergência de novas formas de existência e modos de subjetivação. Para subsidiar essa discussão, utilizam-se os dados pro-

duzidos em uma pesquisa cartográfica sobre o projeto VER-SUS na Universidade de Santa Cruz do Sul². Nesta edição participaram vinte e dois estudantes dos seguintes cursos de graduação: Direito, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia, oriundos de diferentes Instituições de Ensino Superior. Para realizar essa discussão, problematizam-se o VER-SUS e o constante tensionamento entre governamento e práticas de liberdade, de forma a relacionar esses elementos ao material produzido no campo de pesquisa.

**A escolha tem algo de nós,
somos especialistas de nós mesmos**

Desde seu surgimento, foram muitas as experiências de VER-SUS/Brasil, sendo o formato das vivências basicamente igual em todo o país: durante as férias escolares, por um período de duas semanas, um grupo de, aproximadamente, vinte estudantes de cursos da saúde, visita as diversas instâncias do SUS de uma determinada localidade (geralmente na mesma cidade onde se localiza o campus da universidade ou os serviços que organizam a vivência). A vivência inclui visitas aos serviços de saúde do SUS, próprios e conveniados, às instâncias de controle social e aos movimentos sociais. À noite, os estudantes se reúnem para fazer o relato das visitas e discutir suas impressões.

A educação permanente em saúde e o VER-SUS têm como característica a mudança de estratégia e organização do

² Esta edição recebeu o nome de VER-SUS/Brasil CIES 13 e foi organizada pelo Projeto de Extensão Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (GETESC) e Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Ao longo do texto, utiliza-se apenas o nome VER-SUS.

exercício da formação e de atenção em saúde, com o objetivo de qualificar o trabalhador para alcançar o cuidado em saúde de acordo com os princípios do SUS e tendo-o como agente ativo nas mudanças pretendidas no sistema. Isso evidencia um modo de agenciamento de produção subjetiva que leva em conta o trabalhador enquanto um sujeito ético e político frente à sua formação e ao seu trabalho.

Dessa forma, percebe-se a articulação de dois campos de investimento em termos de políticas públicas: a saúde e a educação. Conforme Dimenstein (2010), as políticas públicas são respostas aos problemas sociais, sendo, também, estratégias de regulação das relações sociais. Assim, podemos pensar na educação permanente e no VER-SUS, enquanto política pública, como uma máquina que governa e produz modos de ser, o que não ocorre através de mecanismos coercitivos, mas sim através da liberdade dos indivíduos. Partindo desse pressuposto, seguem alguns recortes do Diário de Campo³:

Estive pensando em como foi a construção do VER-SUS: estudantes que, no exercício do seu protagonismo, vão em busca de outras possibilidades de formação que preenchem as lacunas da academia. Como dizer que esses estudantes estão sendo governados se eles estão fazendo isso por sua própria vontade, fazendo suas escolhas livremente? Que liberdade é essa que pode ser governada? Lembro-me de algumas aulas em que foi dito algo como: a melhor prova da eficiência de um governo é quando o pastor já está dentro de nós. Assim, já não é mais necessário que alguém nos obrigue a fazer de-

³ O Diário de Campo foi a ferramenta utilizada para o registro do material produzido na pesquisa.

terminadas coisas, nós já introjetamos este dever e o exercemos enquanto sujeitos livres (Diário de Campo, 10 de fevereiro de 2012).

Protagonismo, autonomia, autogestão, liberdade: palavras que começaram a ser tensionadas quando do encontro com o poder, já que o poder costuma ser compreendido como o domínio de uns sobre os outros. Aqui a obra de Foucault apresenta uma desconstrução, pois o poder só se exerce sobre sujeitos livres que têm diante de si um campo de possibilidades. Só há relações de poder quando o poder pode se deslocar e até escapar: não há confronto entre poder e liberdade, mas um jogo complexo no qual a liberdade é a condição de existência do poder (FOUCAULT, 1995). Para Foucault,

agora só se pode governar bem se, efetivamente, a liberdade ou certo número de formas de liberdade forem respeitados. Não respeitar a liberdade é não apenas exercer abusos de direito em relação à lei, mas é principalmente não saber governar como se deve. A integração das liberdades e dos limites próprios a essa liberdade no interior do campo da prática governamental tornou-se agora um imperativo. (2008, p. 475).

Esta razão governamental é produtora de subjetividade e modos de ser: modos de ser estudante, modos de ser trabalhador. A governamentalidade biopolítica, ao investir na vida da população, também produz subjetividades, formas de ser e viver. Não basta fornecer os meios para que a população seja saudável, não basta fornecer os meios para que a população tenha acesso à educação e qualificação profissional permanente, é preciso que cada indivíduo deseje a boa saúde, deseje a qualificação permanente: é necessário produzir subjetividades desejantes.

No Diário de Campo, muitos foram os registros que convergem para esta problemática: *o trabalho em saúde é pedagógico, todos têm de estar sempre aprendendo e se readaptando* (Encontro sobre EPS, Diário de Campo, 05 de outubro de 2011); *a formação faz a diferença; essa é uma geração que tem de se movimentar* (Estudante, Diário de Campo, 19 de novembro de 2011) e, ainda, *“o interesse pelo VER-SUS vem da incessante busca por aperfeiçoamento, não ficar obsoleto, melhorar a formação; por vezes, parece um processo automático”* (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Assim, pode-se perceber como a educação é também um dispositivo de governo que introduz nos sujeitos o desejo pela busca incessante de aperfeiçoamento. Deleuze (1992) fala sobre essa sutileza e virtualidade nos mecanismos de governo. Para ele, se está vivendo no que denomina como sociedades de controle, as quais não funcionam mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação simultânea. Ainda conforme Deleuze (1992),

o que está sendo implantado, às cegas, são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento. Os hospitais abertos, o atendimento a domicílio, etc., já surgiram há muito tempo. Pode-se prever que a educação será cada vez menos um meio fechado, distinto do meio profissional – um outro meio fechado –, mas que os dois aparecerão em nome de uma terrível formação permanente, de um controle contínuo se exercendo sobre o operário aluno ou o executivo universitário. [...] Num regime de controle nunca se termina nada. (p. 216).

Desta forma, sempre há mais por fazer – um curso, um projeto, uma especialização, um mestrado. Nunca se está pronto, mas em permanente formação, o que gera, conforme Deleuze

(1992), uma sensação de endividamento: “o homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado” (p. 224). Ou ainda, como relatado por um estudante, *estar sempre em atualização é cansativo, assim como a gente muda, o mundo também muda. Essa instabilidade gera desestabilização, é quase um sofrimento quando há mudanças grandes de paradigmas* (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Pode-se dissertar que vivemos em um tempo em que a educação é vista também como mercadoria, como algo a ser consumido permanentemente. Peters (2010) acredita que o melhor exemplo da extensão do mercado a novas áreas da vida social é o campo da educação. Ao que Gadelha (2009) complementa,

determinados valores econômicos, à medida que migraram da economia para outros domínios da vida social, disseminando-se socialmente, ganharam um forte poder normativo, instituindo processos e políticas de subjetivação que vêm transformando sujeitos de direitos em indivíduos microempresas – empreendedores. (p. 144).

O autor ainda afirma que esta exigência do novo capitalismo de mobilizar em seu favor a potência de individuação de cada um é uma das expressões da governamentalidade neoliberal, remetendo a uma noção de processos e políticas de subjetivação e, mais precisamente, a uma determinada forma de governo neoliberal, de forma que os sujeitos são “proativos, inovadores, inventivos, flexíveis, com senso de oportunidade, com notável capacidade de provocar mudanças” (p. 156). Para esse autor, a cultura do empreendedorismo acaba fragmentando os indivíduos em mônadas, de modo que cada um é responsável apenas por si

mesmo, o que torna as relações de sociabilidade frágeis e regidas pela concorrência, impedindo a invenção de novas formas de existência e levando à passividade política.

No entanto, os processos de subjetivação que emergiram do campo de pesquisa também apontaram para outras possibilidades de existência, além das subjetividades assujeitadas e da cultura do empreendedorismo, transitando na tensão entre governo e práticas de liberdade. Entendendo que liberdade e resistência são também produzidas nas redes de poder, pode-se pensar que são elas que possibilitam novos modos de existência frente ao poder; ou, como diz Foucault (1999), as forças que resistem se apoiam sobre aquilo mesmo que o poder investe, ou seja, a própria vida.

Ao escrever sobre Foucault, Deleuze (1992) aponta que, em toda a sua obra, o filósofo invocou focos de resistência, mas foram em seus últimos escritos que começa a apontar de onde vem essa resistência. A resposta estaria no sujeito, mas não no sujeito enquanto forma ou identidade, mas sim enquanto modos de subjetivação, ou seja, de uma relação de força consigo, já que o poder se tratava de relação de força com outras forças. Assim, é o sujeito quem dobra a força sobre si e cria novos modos de existência. A subjetivação e a relação consigo mesmo se constituem em regras facultativas que produzem estilos de vida e a existência como obra de arte, sendo que tais regras são éticas e estéticas.

A subjetivação não foi para Foucault um retorno teórico ao sujeito, mas sim uma recusa à forma sujeito enquanto identidade estática: “se existe sujeito, é um sujeito sem identidade. A subjetivação como processo é uma individuação, pessoal ou co-

letiva, de um ou de vários” (DELEUZE, 1992, p. 143). A subjetivação, enquanto processo, nos remete à busca de outra estética da existência. A subjetivação é ética, ela se distingue dos códigos morais, já que a moral se relaciona ao poder e ao saber.

Como resistir ao poder, como dobrar a força sobre nós? Foucault (1995) conclui que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não é tentar libertar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos libertarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. “Temos de promover novas formas de subjetividade através da recusa desse tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos” (FOUCAULT, 1995, p. 239). Deleuze (1991) também questiona quais nossos modos atuais de relação conosco, quais as nossas dobras, já que o poder investe cada vez mais na nossa vida, em todos os aspectos, na nossa interioridade e individualidade.

Pode-se utilizar algumas provocações deleuzeanas para pensar nos modos de subjetivação contemporâneos: onde será que aparecem os germes de um novo modo de existência, comunitário ou individual? Onde e como se produzem novas subjetividades? Como produzir uma existência artística? Qual é a nossa ética? (DELEUZE, 1992). Essas provocações reportam a outros modos de subjetivação que emergiram no campo de pesquisa, tomando o VER-SUS também como um dispositivo que permite resistência e práticas de liberdade, como um espaço de potência, onde os sujeitos podem agir criativamente, dobrando a força sobre si.

Nessa perspectiva, Ceccim e Bilibio (2004) afirmam que, a respeito do VER-SUS:

trata-se do período em que garotos e garotas estão significativamente abertos a novos valores, sedentos por objetivos justos e buscando uma estética para a própria existência. Essas tendências aliadas ao conhecimento das diferentes realidades, necessidades, oportunidades, demandas, urgências, potencialidades, dificuldades, possibilidades, desafios, enfim, alegrias e tristezas do sistema de saúde brasileiro podem representar um verdadeiro fluxo de força na direção de uma significativa qualificação profissional das pessoas que trabalham no SUS. (p. 21).

Este potencial criativo foi registrado no Diário de Campo:

Na dinâmica de apresentação no primeiro dia de vivência, as facilitadoras propuseram que cada um desenhasse no corpo de outro colega uma marca, simbolizando a sua marca na vivência. Achei muito interessante a marca de um estudante, um chifre, que, conforme ele explicou, representava o desvio, o não segmento da norma e, ainda falou que o que o atrai na profissão (psicologia) é o contato com as pessoas que pensam e são diferentes e que, no SUS, as pessoas cuidam de si e do outro de uma maneira diferente. Fiquei pensando nesse cuidar diferente no SUS, nos princípios das políticas públicas de saúde, em como o cuidado é agenciado dentro do sistema, como política de potência (Diário de Campo, 29 de janeiro de 2012).

O recorte acima faz refletir sobre como os atravessamentos da educação permanente em saúde possibilitam modos de relacionamento, cuidado e ética dos sujeitos consigo mesmos e com aqueles que estão a sua volta no cotidiano do seu trabalho. Desse modo, a educação permanente em saúde é um dispositivo que permite uma existência ética dos sujeitos e essa ética, no caso do trabalhador da saúde, passa pelo cuidado de si e cuidado do outro.

Em suas últimas obras, Foucault afirma estar fazendo “uma genealogia da ética. A genealogia do sujeito como um sujeito de ações éticas” (1995, p. 265). O autor define a ética como o tipo de relação que se deve ter consigo mesmo “e que determina a maneira pela qual o indivíduo deve se constituir como o sujeito moral de suas próprias ações” (p. 307).

Através da forma da ética individual – decorrente de uma ação realizada pelo indivíduo sobre si mesmo, pela qual se constitui como sujeito – o que passa a estar em questão não é o ajustamento a uma norma à qual o sujeito se submete, mas a criação de uma forma de existência. Nesta perspectiva, dizendo respeito a uma forma que o indivíduo dá a si mesmo e à sua vida, a ética é entendida como uma estética da existência. [...] Gerada num intenso desejo de liberdade, a forma da existência passa a delinear-se através das práticas e das técnicas de condução da vida – as tecnologias do eu – que dão origem a comportamentos através dos quais se define um estilo de existência. Ao dar a si mesmo uma determinada forma, o eu atribui à sua existência um traçado artístico. Assim sendo, a ética, cujo espaço é o da formação e o da transformação do sujeito, não se afirma como uma hermenêutica, mas como um gesto de constituição do eu, como uma atitude através da qual o indivíduo faz da sua vida uma obra de arte. A liberdade afigura-se, então, como a condição ontológica da ética. (VILELA, 2006, p. 122-123).

Ao empenhar-se nesta genealogia da ética, Foucault pesquisa a ética grega na qual encontra a noção de cuidado de si, ou seja, o fato de os sujeitos ocuparem-se e preocuparem-se consigo mesmos. É importante destacar que a noção de cuidado de si não está relacionada somente a uma atitude de consciência ou forma de atenção sobre si mesmo, mas também “uma ocupação regulada, um trabalho com prosseguimentos e objetivos” (FOUCAULT, 1997, p. 121). Para ele, o cuidado de si é uma espécie de agulhão “que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui como um princípio de agita-

ção, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (2004a, p. 11).

No decorrer do VER-SUS, o cuidado de si apareceu com bastante força: *os estudantes avaliaram que o grupo está bem integrado, que a convivência está sendo muito boa, porém, algumas vezes, precisam se afastar do grupo, precisam ficar um tempo sozinhos. Alguns moram sozinhos e sentem dificuldade em passar vinte e quatro horas com um monte de gente* (Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012). Ou, na fala de uma estudante: *às vezes tem de se recolher para ter energia para outro dia, isso também tem relação com o SUS. Às vezes tem de largar para saber se volta, isso se reproduz na relação com o paciente* (Estudante, Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

As falas acima demonstram a importância de cada um olhar para si e para suas necessidades. Para Foucault (2004a), o cuidado de si implica uma forma de atenção, de converter o olhar para si, uma certa maneira de estar atento ao que se pensa. Ainda,

ocupar-se consigo mesmo será ocupar-se consigo enquanto se é ‘sujeito de’, em certas situações, tais como sujeito de ação instrumental, sujeito de relações com o outro, sujeito de comportamentos e de atitudes em geral, sujeito também da relação consigo mesmo. É sendo este sujeito que se serve, que tem esta atitude, este tipo de relações, que se deve estar atento a si mesmo. (p. 71).

Outros recortes do Diário de Campo vão em direção a esta prática ética do cuidado de si: *o SUS fez sentido a partir desta vivência, a vivência é autoconhecimento. Consigo pensar nos meus desejos, na minha postura profissional. A vivência propicia ascender, fazer escolhas, entender de uma forma*

mais clara, ter autonomia e protagonismo, aprender a ceder, aceitar o que o outro fala. Ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a serem trabalhadores da saúde, uma das respostas foi: *a escolha tem algo de nós, somos especialistas de nós mesmos* (Estudantes, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Tem-se, portanto, um sujeito que dobra a força sobre si, sendo que o investimento em si é também o investimento no outro. A busca pela educação permanente ultrapassa as barreiras do investimento em qualificação profissional, constituindo-se como um exercício ético e político de trabalho e cuidado em saúde. A autonomia e o protagonismo são vistas como formas de resistência e “a resistência invoca o poder da vida” (PELBART, 2000, p. 13), entendendo-se que o poder da vida resiste à captura das subjetividades e cria novas estéticas da existência.

É interessante notar que surgiram discussões relacionadas à dificuldade de exercer o cuidado de si e também o cuidado de si como possibilidade de potência dos trabalhadores. O trabalho nos serviços públicos de saúde é de uma complexidade imensa e as dificuldades também são múltiplas, pois ainda não se pode dizer que temos um sistema público de saúde efetivamente implantado. Isso foi assinalado pelos estudantes como um fator que gera adoecimento nos trabalhadores da saúde, afirmando também estratégias para driblar as dificuldades do sistema e o possível adoecimento. Conforme os estudantes, *uma saída para o adoecimento é fazer de qualquer jeito, pois o sistema é assim e não tem como mudar, é como um mecanismo de defesa do trabalhador. Existe um momento que a gente para de*

lutar contra a maré, não tem mais fôlego para buscar linhas de fuga (Estudante, Diário de Campo, 01 de fevereiro de 2012).

Por outro lado, os estudantes também apontaram possibilidades de exercício ético do cuidado de si: *as coisas sempre tem solução, depois de ter desistido eu volto a pensar. Às vezes tem de desistir para poder ver outras possibilidades, tentar fazer movimentos, lembrar que existe uma equipe para a gente trabalhar e, se essa equipe é integrada, de algumas coisas ela consegue dar conta. Se o trabalho é transdisciplinar, a equipe pode dar apoio* (Estudante, Diário de Campo, 01 de fevereiro de 2012).

Aqui, a possibilidade de cuidado de si apareceu através do trabalho em equipe transdisciplinar, ou seja, no encontro entre sujeitos que são diferentes e que na diferença criam outros modos de ser. Para Barros (2007),

o desafio a que se propõe a transdisciplinaridade é a construção de um outro objeto que, ao se construir, constrói outras formas de subjetivação. Isso passa pela reinvenção permanente de linhas que se atravessam, uma espécie de transversalidade entre ciência, arte, política, subjetividade, trabalho etc. (p. 225).

Ao dissertar sobre cuidado de si, Foucault (2004b) também discute sobre o cuidado com o outro. Segundo o autor, a ética do cuidado de si implica relações complexas com o outro. Durante a vivência, a questão da ética, como relação consigo e com o outro, apareceu em diversas conversas sobre cuidado em saúde: *além de pensar na prática, temos que pensar que saúde queremos, para quem estamos fazendo, é a dimensão ética do cuidado. Penso que deveríamos ter a ética como prática, refle-*

tir sobre o desejo da população, sobre o meu desejo enquanto profissional da saúde e pessoa (Estudante, Diário de Campo 09 de fevereiro de 2012).

Para Foucault (2004a), o outro é indispensável na prática de si; assim, questiona qual é a ação do outro que é necessária para a constituição do sujeito por ele mesmo. Algumas falas registradas no Diário de Campo indicam algumas possibilidades para pensarmos como, no caso do VER-SUS, a ação do outro é constituinte dos sujeitos:

O VER-SUS é um exercício constante de aprender a ceder (aqui e no serviço), aceitar a opinião do outro, é auto-conhecimento, processo de mudança; começo a perceber coisas que não via e que o outro me mostrou. Causa uma grande angústia ouvir o outro que é diferente de mim. A primeira tentativa é tentar mostrar para o outro que eu estou certa, é um fluxo diferente de forças, fluxo em muitos sentidos, que se encontram e se desencontram (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Dessa maneira, a experiência de educação permanente em saúde, mediante a vivência no VER-SUS, pode ser compreendida como um exercício de criação de si, a partir da qual se modificam as formas de ver o outro, tanto na formação profissional em saúde quanto no próprio trabalho, aproximando-se de uma postura ética enquanto sujeitos do cuidado em saúde. *A riqueza da educação permanente em saúde é colocar em um mesmo espaço de discussão pessoas com diferentes níveis de formação. Mas como cada um aprende e é afetado por este outro que é diferente de mim?* (Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

Desse modo, o encontro com o outro proporciona a potência do agir em saúde: o outro aparece como possibilidade de ação ética dos estudantes, como exercício de alteridade.

Trata-se aqui de afetos, de encontros que criam o novo, de encontros que são potência. Deleuze (2002), em uma leitura de Spinoza, relata que um bom encontro acontece quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso e sua potência aumenta a nossa. Assim, cada indivíduo é um grau de potência que corresponde a certo poder de ser afetado que, por sua vez, apresenta-se como potência para agir.

A educação permanente e o VER-SUS estreitam as relações entre os trabalhadores da saúde e os usuário dos serviços de saúde, visto que uma das principais ferramentas de trabalho não são as técnicas e procedimentos, mas o vínculo. A partir do vínculo, é possível trabalhar com a diferença sem aniquilá-la. Bernardes e Quinhones (2009) apontam que uma possibilidade de reação diante da provocação do “outro-diferente-de-mim” seria a “sensibilidade como abertura para receber impressões do outro, mas ao mesmo tempo como condição de possibilidade de estabelecer uma relação ética com o outro, responsabilizando-se por ele” (p. 158). No entanto, os autores salientam que a área da saúde, mesmo estando estreitamente vinculada com o tema do cuidado e da ética, tem sua prática ainda marcada por aspectos totalizadores do mundo ocidental que acabam por aniquilar o outro enquanto diferença. Por outro lado, os Estágios de Vivência no SUS, enquanto um dispositivo de subjetivação que permite aos sujeitos dobrarem a força sobre si, produzem potência, podendo-se considerar, como apontam Bernardes e Hillesheim

(2012), ao discutirem sobre as políticas públicas de saúde, “que seu potencial de invenção reside justamente na persistência de linhas de fuga, as quais são forças plásticas que se desterritorializam” (p. 366).

A educação permanente em saúde como política pública, ao mesmo tempo em que está circunscrita em um determinado território, permite também a criação de linhas de fuga, de devires-minoritários. É importante apontar que o VER-SUS surgiu da força de devires-minoritários de estudantes que construíram, para si, linhas de fuga diante de uma educação maior. Assim, mesmo que essas forças tenham sido *capturadas* pelo poder do Estado ao se tornarem uma política pública, pode-se pensar que ainda será força, potência, visto que há algo que escapa ao poder, deixando espaço para criação, na medida em que não há poder que possa prever o que será criado. Um devir é sempre minoritário, assim como a luta pelo SUS ainda é minoritária, *é uma aposta, apostar naquilo que tem potência, na saúde* (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012). A busca por uma formação em saúde aliada aos princípios do SUS é uma minoração das formas dominantes de fazer saúde, uma recusa ao modelo ainda hegemônico de educação e trabalho em saúde, o qual prioriza a técnica e o lucro, ao invés do cuidado.

Para Dimenstein (2010),

o SUS demanda mutações subjetivas e outros modos de ser trabalhador; pede uma formação contextualizada, um conhecimento interdisciplinar e a produção de práticas multiprofissionais voltadas às necessidades da população. Isso implica em estar alerta aos especialismos, às naturalizações e dicotomias entre formação e atuação e em um esforço permanente de ruptura com a lógica que persegue verdades inquestionáveis, uma realidade dada, modelos padronizados e estereotipados. (p. 163-164).

Algumas considerações

A partir desse texto, busca-se tensionar a relação entre Estado e Sociedade Civil, compreendendo-se que as políticas públicas, além de serem respostas do Estado aos problemas sociais, também são estratégias de regulação das relações sociais e, assim, funcionam como dispositivo de gerência da vida (DIMENSTEIN, 2010). Assim, coloca-se em evidência que o surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde só foi possível em função das rupturas nos modos de poder sobre a vida, de modo que todo o corpo social é passível de se tornar objeto de governmentação, lembrando que

governar não é determinar fisicamente a conduta de objetos passivos. Envolve oferecer razões pelas quais os governados deveriam fazer o que lhes é dito, e isto significa que eles podem também questionar estas razões. (OKSALA, 2011, p. 108).

E é dessa brecha que emerge a resistência, de forma que os sujeitos podem criar para si novos modos de subjetivação.

Apostar na saúde como potência é apostar na vida. Na vida que não se curva aos processos de subjetivação que, como pontua Gadelha (2009), fragmentam os indivíduos em mônadas através da cultura do individualismo e da concorrência. É apostar nos sujeitos enquanto força criativa, *é não se paralisar, mas poder criar* (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Essa potência política da vida é possível ao considerar-se não uma grande recusa a certas formas de subjetivação, mas uma minoração/singularização dessas próprias formas. As políticas públicas como forças biopolíticas provocam e são provocadas

por potências políticas da vida. A vida, como objeto da biopolítica, amplia-se de seu agenciamento biológico para um potencial desejante e afetivo. A potência reside justamente nesta condição desejante e afetiva: um corpo-sem-órgãos. (BERNARDES, HILLESHEIM, 2012, p. 369).

Apostar na potência política dos estudantes e trabalhadores da saúde é apostar no devir-revolucionário, compreendendo, com Deleuze (1992), que é nesse que reside a única chance dos homens para responder ao intolerável. Devir-revolucionário que faz resistir, que faz criar.

O campo da saúde coletiva, no qual emerge a educação permanente em saúde, é um campo de lutas por um trabalho em saúde que leve em conta não somente a cura de doenças, mas também a complexidade da vida dos sujeitos, ou seja, a dimensão subjetiva da educação e do cuidado em saúde. Assim, pode-se pensar que, apesar dos esforços de alguns segmentos da sociedade que insistem em mercantilizar a educação e a saúde, ainda existem linhas de fuga e forças que resistem. Ainda existem devires-revolucionários, estudantes e trabalhadores que minoram a hegemonia da educação biologicista, que acreditam na ética enquanto prática, que buscam construir para si subjetividades não assujeitadas ao modelo predominante, a fim de criar outros modos de ver e pensar o trabalho em saúde.

Referências

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, p. 153-161, abr./jun., 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5743/4527>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BERNARDES, A. G.; HILLESHEIM, B. Insistência em minorar: reflexões sobre políticas públicas e saúde. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colômbia), v. 30, n. 2, p. 365-376, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Caderno de Textos, Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília - DF, p. 6-25, 2004.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **Spinoza: filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002.

DIMENSTEIN, M. Introdução. In: NEUZA, G. et al. **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde.** Porto Alegre: Edipucrs, p. 159-166, 2010.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Resumo dos Cursos do Collège de France.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Ditos e escritos IV:** estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004a.

_____. **Ditos e escritos V:** ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

_____. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. 16. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

_____. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação:** introduções e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

OKSALA, J. **Como ler Foucault.** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PELBART, P. P. **A vertigem por um fio:** políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: FAPESP/Iluminuras, 2000.

PETERS, M. Governamentalidade Neoliberal e Educação. In.: SILVA, T. T. (Org.). **O sujeito da educação:** estudos foucaultianos. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

TORRES, O. M. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde:** das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2005.

VILELA, E. Resistência e acontecimento. As palavras sem centro. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. **Foucault 80 anos.** Belo Horizonte: Autêntica, p. 107-127, 2006.

SOBRE OS AUTORES

Aline Cardoso Siqueira

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (2003), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006) e Doutora em Psicologia pela mesma instituição (2009), com participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (CNPq) em School of Social Work - University Of Connecticut (2007/2008). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Psicologia Social e Comunitária, atuando principalmente nos seguintes temas: institucionalização, adolescência, rede de apoio social e afetivo, família, políticas públicas e reinserção familiar. Atualmente, atua como docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria/RS e executa pesquisa na área de Psicologia Social e do Desenvolvimento Humano em populações em situação de risco.

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Médico, concluiu o Doutorado em Sociologia na Université de Paris VII - Denis Diderot em 1996. Atualmente, é Professor Associado IV da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atua na Faculdade de Medicina, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da mesma instituição e é Professor Médico-assistente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Serviço de Medicina Ocupacional/Ambulatório de Doenças do Trabalho. Publicou 43 artigos em periódicos especializados, 47 capítulos de livros e 8 livros. Orientou 26 disser-

tações de mestrado e 1 tese de doutorado. Atualmente, orienta 5 estudantes de doutorado e 2 de mestrado. Atua na área de Psicologia, com ênfase em Psicodinâmica e Clínica do Trabalho e na área da Medicina, com ênfase em Medicina do Trabalho. Coordena o projeto Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde, demandado pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, com apoio do Fundo Nacional de Saúde. Vice-coordenador do GT ANPPEP Psicodinâmica e Clínica do Trabalho. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFRGS.

Ana Paula Ramos de Souza

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria (1987), Mestre em Linguística e Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1991) e Doutora em Linguística e Letras pela mesma instituição (1996). Pós-doutora em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ministrou aulas nos cursos de graduação em Fonoaudiologia do Instituto Metodista de Porto Alegre (IMEC) e na Universidade Luterana do Brasil, no Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná e no curso de Graduação e Mestrado em Letras da Universidade de Passo Fundo, no tema de psicolinguística na graduação e análise do texto falado no mestrado. Atualmente, é professora do quadro efetivo do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria, ministrando disciplinas da área de linguagem e do campo comunitário nos cursos de graduação em

Fonoaudiologia e no Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana. É docente colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da mesma instituição.

Betina Hillesheim

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, 1989), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS (2001) e Doutora em Psicologia pela mesma instituição (2006). Atualmente, é professora adjunta e pesquisadora do departamento de Psicologia e do Mestrado em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, atuando principalmente nos seguintes temas: infância, políticas públicas, inclusão, território, nomadismo, literatura infantil.

Cristina Saling Kruel

Psicóloga, Especialista em Psicomotricidade pela Universidade de Santa Cruz do Sul, Especialista em Psicologia Clínica – Infância e família pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Mestre em Psicologia pela mesma instituição. Atualmente, realiza o Curso de Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria e é Professora no Centro Universitário Franciscano. Tem experiência na área de Psicologia, atuando principalmente em temas do desenvolvimento emocional primitivo, relações familiares, parentalidade, relação pais-bebê, detecção de risco psíquico e estimulação precoce.

Fernanda Pires Jaeger

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2001) e Mestre em Psicologia pela mesma instituição (2003). Atualmente, é professora titular do Centro Universitário Franciscano. Tem experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia social, psicologia comunitária, estudos de gênero, políticas públicas, violência contra a criança e adolescente.

Gisele Santin

Mestre em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), na linha de pesquisa Identidade e Diferença na Educação, bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Graduada em Psicologia pela UNISC. Tem interesse nas Políticas Públicas de Saúde, especialmente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Saúde Mental.

Gustavo Zambenedetti

Professor Assistente A do Departamento de Psicologia – Universidade Estadual do Centro-Oeste/Campus Irati-PR. Doutor e Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Concluiu a Especialização na modalidade Residência Integrada em Saúde, Ênfase em Dermatologia Sanitária em Saúde Coletiva, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social/Institucional e Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes

temas: saúde mental, saúde coletiva, reforma psiquiátrica, redes de atenção em saúde, processos de estigmatização e atenção em HIV-AIDS, Estratégia Saúde da Família.

Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Psicóloga com Mestrado em Educação (1995) e Doutorado em Psicologia (2002) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Atualmente, é professora e pesquisadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia dessa Universidade, na qual coordena o Grupo de Pesquisa Psicologia e Políticas Sociais – memória, história e produção do presente. Nesse Grupo, desenvolve projetos nas linhas de pesquisa Construção da Psicologia no Rio Grande do Sul: das práticas sociais à produção de conhecimentos através de múltiplas metodologias e Políticas Sociais e Psicologia: espaços de experiências e horizontes de expectativas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, dedicando-se a fazer pesquisas e orientar teses e dissertações com os seguintes temas: História da Psicologia, Psicologia Comunitária e Políticas Sociais. Integra a Rede Ibero-americana de Pesquisadores da História da Psicologia e o Grupo de Trabalho de História da Psicologia da ANPEPP.

Henrique Caetano Nardi

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1990). Possui residência em Medicina Social (1993), Mestrado (1996) e Doutorado (2002) em Sociologia pela mesma instituição e Pós-doutorado na EHESS de Paris (2008).

Atualmente, é Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) do Instituto de Psicologia da UFRGS e pesquisador associado do Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRISEHESS). Tem experiência na área de Psicologia, Sociologia e Saúde Coletiva, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos seguintes temas: subjetividade, sexualidade, diversidade sexual, relações de gênero, trabalho, saúde do trabalhador, políticas públicas e ética.

Juliano Beck Scott

Psicólogo, Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (2011). Graduado e Licenciado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em Formação de Professores para a Educação Profissional (2013). Bolsista CAPES e Mestrando em Psicologia do PPGP da UFSM (2014 - 2016). Principais temáticas de pesquisa: violência, violência contra crianças e adolescentes, direitos das crianças e adolescentes, acolhimento institucional, entre outros.

Lutiane de Lara

Graduada em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2006) e Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2009). Atualmente, realiza Doutorado (Bolsa CAPES) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Atua como Pesqui-

dora no Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação do Núcleo e-politics - Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação - Coordenado pela Prof^a. Dr^a. Neuza M. de F. Guareschi. Tem experiência na área da Psicologia, Saúde Coletiva e Políticas Públicas com ênfase em Psicologia Social. Pesquisa, principalmente, dentro das áreas que envolvem os seguintes temas: neoliberalismo, governamentalidade, políticas públicas, processos de subjetivação e formação em psicologia.

Marcos Adegas de Azambuja

Graduado (2003), Mestre (2006) e Doutor (2012) em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com período de doutorado sanduíche na London School of Economics (LSE). Atualmente, é professor adjunto do Centro Universitário Franciscano e tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Líder do grupo de pesquisa Subjetividade e Saúde. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos seguintes temas: produção da subjetividade, psicologia, neurociências, saúde mental, educação e corpo.

Michele da Rocha Cervo

Professora Assistente A do Departamento de Psicologia (DEPSI) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus Irapati-Paraná. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela mesma instituição (2010). Concluiu a Residência Multiprofissio-

nal em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) – ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva (2008) e R3 (terceiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde) – ênfase em Gestão e Formação em Saúde Mental Coletiva (2009). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (2005). Atua nas áreas de: psicologia social, políticas públicas, saúde coletiva, saúde mental, infância e adolescência.

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1979), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela mesma instituição (1991) e Doutora em Educação - University of Wisconsin-Madison (1998). Atualmente, é professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordena o grupo de pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação e o Núcleo e-politics - Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação. Desenvolve estudos na linha de pesquisa políticas públicas, trabalho, saúde e produção de subjetividade. O Projeto Guarda-chuva, dos quais derivam suas orientações de teses, dissertações e iniciação científica, tem como título: Psicologia Social, Políticas Públicas e o Governo das Populações. Tesoureira da ANPEPP 2006 a 2008 e Presidente de 2008 a 2010. Presidente do Conselho Regional de Psicologia RS de 2004 a 2007, presidente da ABRAPSO de 2001 a 2003 e 2011 a 2013. Coordenadora do comitê de avaliação área 13 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS, de 2007 a 2009; 2011 a 2013; Editora da Revista Psico de 2006 a 2009; Editora associada da Revista Psicologia e Sociedade de

2007 a 2011; Membro da Comissão Editorial da Revista Psicologia Ciência e Profissão de 2011 a 2014. Atual Editora da Revista Polis e Psique.

Simone Maria Hüning

Professora Adjunta III do Curso de Psicologia e docente pesquisadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Graduada em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2000), Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com período de doutorado sanduíche na London School of Economics (LSE). Pós-doutoranda no Brazil Institute, Kings College London. Tem seu trabalho voltado ao campo da Psicologia Social, desenvolvendo atividades de docência, pesquisa e extensão na graduação e pós-graduação. Seus principais temas de interesse são os estudos foucaultianos, processos de subjetivação, cultura, governamentalidade, produção de conhecimento, ética e pesquisa em psicologia. É líder do grupo de pesquisa Processos Culturais, Políticas e Modos de Subjetivação.

Suane Faraj Pastoriza

Graduada em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil Campus Santa Maria (2007) e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (2014). Possui Pós-graduação *lato sensu*, na modalidade a distância, em Especialização em MBA em Gestão de Recursos Humanos junto a FATEC Internacional (2008) e Pós-graduação em Criança e Adolescente em Situação de Risco junto ao Centro Universitário Franciscano (2011).

