UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

IANNI REGIA SCARCELLI

Psicologia social e políticas públicas:
Pontes e interfaces no campo da saúde

São Paulo
2016

IANNI REGIA SCARCELLI

Psicologia social e políticas públicas:
Pontes e interfaces no campo da saúde

(Versão original)

Tese de Livre-Docência apresentada
ao Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Professor Associado.

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Scarcelli, Ianni Regia.

Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde / Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2016.

212 f.

Tese (Livre-Docência – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia social 2. Políticas públicas 3. Pichon-Rivière, Enrique, 1907-1977 4. Saúde I. Título.

HM251

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Psicologia social e políticas públicas:
Pontes e interfaces no campo da saúde

Candidata: IANNI REGIA SCARCELLI

Tese de Livre-Docência apresentada ao
Instituto de Psicologia, Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Professor Associado.

COMISSÃO JULGADORA:

Ao pequeno e vivaz Guilherme,
com amor e alegria, pelo que oferece a cada descoberta.

Há muitas possibilidades na mente do principiante,
mas poucas na do perito.

Shunryu Suzuki

O mestre pode mostrar-lhe algo de que ele tinha ouvido falar muitas vezes, mas cuja realidade só agora fica tangível, em virtude de suas próprias experiências.

Para onde quer que o caminho escondido leve o discípulo, ele pode perder o mestre de vista, mas jamais esquecê-lo. Com uma gratidão disposta a qualquer sacrifício, gratidão que substitui a veneração incondicional do principiante e a fé salvadora do artista...

Eugen Herrigel

Para minhas mestras e mestres
Para meus alunos e alunas
Com gratidão por me ensinarem a aprender,
aprendendo a ensinar.

AGRADECIMENTOS

Qualquer produção, além de autobiográfica, é sempre coletiva. A escrita é uma atividade solitária apenas na aparência; ela resulta de um trabalho da memória atualizada em diálogos e cenários internos constituídos pela experiência que já não mais se limita no tempo e espaço. A começar pelos meus pais, Devanir e Elza (em Memória), sou grata a familiares, amigos, colegas de trabalho e de movimentos sociais, professores, usuários dos serviços de saúde, pessoas que compõem essa grande malha que sustenta e mobiliza qualquer criação. Agradeço nominalmente aqueles que estiveram presentes, no tempo-espaço circunscrito ao período desta escrita, e por eles estendo meu reconhecimento àqueles que fazem parte de mim e, portanto, desta produção.

À Marinalva Almeida Santos Gil, querida Nalva do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, faço um agradecimento especial pelo apoio material e afetivo constante, desde meu ingresso no mestrado em 1994. Sem sua presença, este trabalho não teria sido produzido neste momento. Rosangela Serikaku Segaki, Selma Rezzetti Loyola e Teresa Cristina de Oliveira Peres tiveram também presença fundamental.

Maria Inês Assumpção Fernandes, Eliane Silvia Costa, Marie Claire Sekkel, Tatiana Bichara, Gregorio Kazi, Allan Saffiotti, Rafael Moreno Castellani, Eduardo Caron, Mirna Yamazato Koda, Patricia Izar e Henriette Morato, pela disponibilidade de me lerem e dialogarem quando, as referências pareciam se perder.

Iná Cristina Scarcelli Lucianelli, Tatiana Aquino Mascarenhas e Arthur Boorne, por me orientarem a cuidar desta escrita e da tradução.

Doutorandos, mestrandos e graduandos que participam ou participaram das reuniões do “Grupo de Orientandos”, assim chamado carinhosamente, pela disposição de se enveredarem pelo caminho que desconstrói instituídos.

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e ao Instituto de Psicologia da USP, o instituído que permite a construção.

Duarte Brasil Lago Pacheco Pereira, mestre que lançou o desafio de enfrentar as formas simplificadas de ler a realidade, empobrecer a dialética e enaltecer as políticas públicas.

Fabio Belloni (em Memória) que “voou” em meio a esse processo e cuja presença se fez em outro plano.

Coen Roshi Sama e Diana Zentchu Silva, mestras da comunidade zen budista Taikozan Tenzuizenji por me abrirem o caminho, primeiro momento da concepção desta escrita.

Terezinha Vicente Ferreira, Vera Lucia de Barros, Simone Ramalho, Jaqueline Kalmus e Márcia Helena da Silva Melo Bertolla, pela retaguarda quando necessária e na torcida que incentiva.

E na morada que abriga o devaneio, entre pensamentos e lembranças, Rosa Maria da Silva, Gabriel Scarcelli Barbosa, Guilherme Paula Barbosa e Karina Paula foram a guarida do presente manifesto.

RESUMO

SCARCELLI, I. R. **Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde**. São Paulo, 2016, (212 f.). Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Este trabalho sistematiza um conjunto de problematizações que emergem na confluência entre a psicologia social e as políticas públicas, a partir de reflexões ligadas ao campo da saúde. O objetivo é identificar aspectos, discriminar dimensões, delimitar âmbitos que possam ser úteis na análise das políticas públicas e das práticas delas decorrentes, com base em uma leitura fundamentada na psicologia social postulada por Enrique Pichon-Rivière. Dimensões ontológicas, epistemológicas e metodológicas são consideradas na discussão de problemas que se expressam como questão social e produção de subjetividade. Considerando tal complexidade, os termos políticas públicas, psicologia social e saúde são inicialmente problematizados como campos específicos, por serem termos polissêmicos e passíveis de uso banalizado. Do mesmo modo, considerando a tendência de uso simplificado da técnica de grupo operativo criada por Pichon-Rivière, as categorias fundamentais do pensamento desse autor são sistematizadas. As pontes que se busca construir entre os dois campos se expressam a partir de reflexões sobre práticas desenvolvidas nos serviços públicos de saúde (assistência, educação permanente e gestão) e na instituição universitária (ensino, pesquisa e extensão). A partir do esquema conceitual pichoniano é desenvolvida uma leitura dos problemas sociais emergentes segundo uma perspectiva multidimensional, nos quais os aspectos subjetivos são inerentes, que se dá em três direções: psicossocial, sociodinâmica e institucional. Para delimitar dimensões e outros tipos de discernimento frente aos fenômenos estudados, é proposto um recurso metodológico que se delineia em quatro âmbitos (político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial) e subsidia a formulação de hipóteses interpretativas que consideram a dialética sujeito/contexto vincular (social) nos fenômenos relacionados aos grandes e pequenos grupos. Em síntese, as problematizações, reflexões e hipóteses tecidas no decorrer do trabalho trazem contribuições aos problemas ligados às políticas públicas e implementação de práticas, particularmente na área de saúde; evidenciam que os saberes das áreas *psi* podem ser ampliados ao estarem implicados nesses debates; ressaltam a produção da psicologia social como campo de conhecimento e não apenas como forma de exercer a profissão. No bojo dessa discussão, a formação, em sentido amplo, é eixo articulador a partir do qual foi destacada a importância do tripé ensino/pesquisa/extensão como princípio fundamental da universidade, devendo este ser estendido para o âmbito do trabalho em saúde no formato educação permanente / pesquisa em serviço / atenção à saúde. O conjunto de questões abordadas e hipóteses elaboradas é considerado um primeiro passo para dar continuidade aos estudos que indagam sobre os efeitos das políticas públicas na vida das pessoas.

Palavras-chave: Psicologia social. Políticas públicas. Pichon-Rivière, Enrique, 1907-1977. Saúde.

ABSTRACT

SCARCELLI, I. R. **Social psychology and public policies: bridges and interfaces in the health field.** São Paulo, 2016, (212 f.). Thesis (Livre Docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

This study systematizes a set of problems which emerge at the confluence of social psychology and public policies on the basis of reflections related to the health field. Its objective is to identify aspects, distinguish dimensions, delimit ambits which might be useful in the analysis of public policies and the practices arising from them, on the basis of a reading of the social psychology postulated by Enrique Pichon-Rivière. Ontological, epistemological and methodological dimensions are considered in the discussion of problems which are expressed as social questions and the production of subjectivity. In the light of such complexity, the terms public policies, social psychology and health are initially treated as specific fields, as they are polysemous terms, subject to banalized use. In the same way, in view of the tendency to the simplified use of the technique of the operative group created by Pichon-Rivière, the fundamental categories of the thought of this author are systematized. The bridges which one seeks to construct between the two fields are expressed on the basis of reflections on practices developed in the public health services (assistance, permanent education and management) and in the university institution (teaching, research, extension). On the basis of the pichonian conceptual scheme a reading of the emerging social problems is developed within a multidimensional perspective, in which the subjective aspects are inherent and which takes place in three directions: the psychosocial, the socio-dynamic and the institutional. For the delimitation of dimensions and other forms of discernment with regard to the phenomena studied, a methodological resource is proposed which is delineated in four ambits (the politico-juridical, the socio-cultural and the technical-assistential) and used in the formulation of interpretative hypotheses which consider the subject/context link (social) dialectic in the phenomena related to large and small groups. In brief, the presentation of the problems, reflections and hypotheses woven in the development of this study: made contributions to the problems related to public policies and the implementation of practices, especially in the health field: made it evident that knowledge in the psy- fields can be expanded by being involved in these debates, and brought out the production of social psychology as a field of knowledge and not just as the exercise of a profession. At the heart of this discussion, training - in a broad sense - appeared as an articulating axis on the basis of which the importance of the triad teaching/research/extension as the foundation principle of the university was emphasized and which should be extended to the ambit of work on health in the permanent education/in-service research/health assistance format. The set of questions touched on and the hypotheses elaborated are considered a first step to giving continuity to the studies which question the effects of public policies on people's lives.

Keywords: Social psychology. Public policies. Pichon-Rivière, Enrique, 1907-1977. Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
 CAPITULO 1	
PROBLEMATIZANDO CONCEITOS	4
A psicologia social	10
As políticas públicas	13
Saúde coletiva e saúde mental: campos emblemáticos	16
 CAPITULO 2	
CONSTRUINDO UM CAMINHO COM ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE	22
Os caminhos de Enrique Pichon-Rivière	34
A psicologia social, histórica e concreta	50
Concepção de sujeito e a abordagem dialética no pensamento pichoniano	58
Vínculo: objeto teórico e modalidade de interação	73
Grupo operativo: instrumento de investigação e técnica de intervenção	77
Os três sentidos da tarefa	86
Conceito de Porta-Voz	92
Instituição e suas dimensões	99
 CAPITULO 3	
PSICOLOGIA SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLETINDO SOBRE AS DIMENSÕES DE UMA PRÁXIS	110
Inconsciente/consciente e latente/manifesto: dimensões da loucura nas relações vinculares e institucional	111
A concepção operativa de grupo: um instrumental para investigação/ação	126
Três direções e quatro âmbitos: para uma análise da dimensão institucional	146

CAPITULO 4

FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO QUESTÃO EMBLEMÁTICA 175

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 191

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta sistematizações e reflexão de práticas que se iniciam antes de minha inserção como docente na Universidade de São Paulo, as quais têm trazido influências importantes na construção do percurso acadêmico aqui abordado.

É fruto da elaboração de questões suscitadas e construídas nos espaços coletivos⁸ das salas de aula e orientações de pesquisa junto com alunos de graduação e pós-graduação, nos grupos de trabalho com colegas docentes, nas reuniões de fóruns representativos da instituição universitária e movimentos sociais e entidades sindicais, nos encontros com profissionais das redes de saúde e afins.

Apresenta-se como conjunto de problematizações que estão no bojo de buscas por referenciais em diálogo com a psicologia social, que venho fazendo, para identificar dimensões de análise do que frequentemente se nomeia como políticas públicas – “o Estado implantando um projeto de governo, através de programas e ações voltados para setores específicos da sociedade” (HÖFLING, 2001, p.31) – e suas ressonâncias na vida das pessoas.

Quais os efeitos das políticas públicas sobre a vida pessoas? É possível identificar lacunas que surgem, entre o âmbito político-jurídico e técnico-assistencial, na implantação e implementação de planos ou programas? Olhar sobre as lacunas ou sobre ‘os distanciamentos’ entre esses âmbitos significa buscar mediações que, no nosso caso, tendo a psicologia social como referência, não deve perder de vista a dimensão do sujeito psíquico/social.

Assim, a intenção aqui é mais identificar aspectos que podem ser úteis na discriminação de dimensões e âmbitos de problemas quando estes dizem respeito ao campo social, e menos defender uma posição político-ideológica e teórica sobre esse assunto que suscita tantas divergências.

O interesse por buscar essas delimitações começou a se delinear no trabalho de dissertação de mestrado, voltado para estudar as formas de inserção do trabalhador em saúde mental na construção de modelos substitutivos ao do hospital psiquiátrico. Naquela ocasião, foi

---

⁸ Coletivo aqui entendido como plano de co-elaboração, invenção e criação, como dimensão que não se opõe ao individual como na falsa relação dicotômica indivíduo x sociedade. Cf. ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005).

constatado por parte desses profissionais, certo grau de indiscriminação na formulação de princípios que fundamentavam suas práticas e, também, nos princípios das diretrizes políticas que orientavam a implantação da rede substitutiva em saúde mental. Ou seja, eram aspectos presentes nos âmbitos macro-institucional e dos pequenos grupos de trabalhadores criadores das novas práticas (SCARCELLI, 1998).

Desde então, venho apresentando, em diferentes fóruns, a hipótese de que há no campo da atenção em saúde um distanciamento entre, de um lado, o âmbito de definição de diretrizes políticas e seus aspectos legais e formulação de programas (aqui nomeado como político-jurídico) e, de outro lado, os modos de ajustar tais diretrizes aos recursos disponíveis para a criação e desenvolvimento das práticas que, por sua vez, podem também desencadear processos de elaboração de novas leis e diretrizes (técnico-assistencial).

Em outros termos, há uma lacuna entre os níveis definidores de políticas e aqueles em produzem práticas voltadas para suprir necessidades dos segmentos populacionais para as quais essas práticas estão voltadas. Além disso, entre os âmbitos de definição política e o de implementação das práticas, há falta de referenciais consistentes e/ou excesso de conceitos e noções utilizados de forma indiscriminada (SCARCELLI, 2011).

Os debates sobre esse distanciamento e sobre seus efeitos no trabalho tem propiciado o contato com inúmeras experiências de profissionais. Estes, ao verem sentido nesse tipo de olhar, vêm buscando ressignificar o modo de compreender sua inserção nessas instituições. A manifestação, por parte desses profissionais, de sentimentos de indiscriminação no trabalho nas instituições de saúde tem sido frequente. Alguns deles, mobilizados na busca de decifrar a angústia diante dessa situação, se debruçaram para refletir sobre essa inserção e sistematizar a produção desse saber em dissertações e teses vinculados a programas de pós-graduação.

Assim, parece fazer sentido a tentativa de delimitar problemas para compreensão dessas políticas e práticas. E este trabalho é uma forma de apresentar e compartilhar parte dessas reflexões, de abri-las para um debate mais amplo, seja para polemizar a partir de olhares divergentes, seja para incluir aqueles que convergem, ou ainda desconstruí-las e abrir outros novos caminhos em um campo que articula psicologia social e políticas públicas.

Nessa perspectiva, este texto será organizado em quatro partes. No primeiro capítulo, *Problematizando conceitos*, são apresentadas indagações acerca de noções, concepções e conceitos que permeiam campos de práticas e saberes que envolvem a ‘psicologia social’, ‘políticas públicas’ e ‘saúde’. Tais áreas sobressaíram-se no caminho acadêmico aqui refletido

por serem um modo de manifestar preocupações que se ligam à questão social e à produção de subjetividade, também abordadas de forma crítica.

Construindo um caminho com Enrique Pichon-Rivière é o título do segundo capítulo, cujo objetivo é apresentar uma síntese da psicologia social, histórica e concreta, sendo destacados conceitos que considero importantes para a construção do diálogo aqui proposto. Considerando que toda produção teórica é também autobiográfica, passagens da vida de Pichon são relacionadas à produção de sua obra. Aspectos históricos e questões sobre a utilização dos grupos operativos nas práticas em saúde no Brasil introduzem a apresentação da vida e obra do autor.

No terceiro capítulo, *Psicologia Social e Políticas Públicas: dimensões para compreensão /ação no campo social*, são resgatadas questões levantadas nos dois primeiros capítulos sobre políticas públicas e conceitos da psicologia social da práxis, para serem sistematizadas refletidas no contexto das práticas de saúde, ensino e pesquisa. Às formulações de Pichon-Rivière são agregadas as contribuições de José Bleger por serem as duas principais referências na tessitura das reflexões e na condução das práticas referidas.

Formação em saúde como questão emblemática é o quarto e último capítulo. Na sistematização de ideias e indagações tecida nos capítulos antecedentes, a formação em seu sentido amplo constitui-se como eixo articulador da reflexão. Assim, são apresentadas problematizações acerca da formação agregando os ensinamentos de Paidéia, sublinhando a importância do tripé *ensino/pesquisa/extensão* como princípio fundamental da universidade e propondo estender os princípios desse tripé para o âmbito do trabalho em saúde como *educação permanente / pesquisa em serviço / atenção à saúde*.

1. PROBLEMATIZANDO CONCEITOS

‘Psicologia social’, ‘políticas públicas’ e ‘saúde’ são temáticas que se sobressaem nesse caminho percorrido, por serem entendidas como um modo de manifestar preocupações que se ligam a questão social e produção de subjetividade.

A *questão social* é tema fundamental e sempre presente na sociedade brasileira. Como discutida por Ianni (1989), é objeto de interpretações divergentes e até mesmo opostas. Dentre as várias formas de entendê-la, pode ser vista como desigualdades, antagonismos e luta de classes, produto e condição da sociedade de mercado e da ordem social burguesa. Numa outra perspectiva é apresentada como algo anacrônico e disfuncional em face à modernização alcançada em outras esferas da sociedade, por exemplo na economia e na organização do poder estatal, e expressa a dualidade de um Brasil ao mesmo tempo moderno e arcaico. Ou ainda como manifestações que ameaçam a ordem social vigente, a paz social e a harmonia entre o capital e o trabalho, como violência, caos e subversão.

Aspectos econômicos, políticos e sociais estão presentes no bojo dessa questão. E a complexidade da problemática é tal que suscita enfoques diferentes e contraditórios cujas expressões correntes são para uns

desemprego, subemprego, marginalidade, periferia, pobreza, miséria, menor abandonado, mortalidade infantil, desamparo, ignorância, analfabetismo, agitação, baderna, violência, caos, subversão. Outros dizem harmonizar trabalho e capital, conciliação de empregados e empregadores, paz social, pacto social. E ainda outros dizem movimento social, pauperismo, greve, protesto, toma de terra, ocupação de habitação, saque, expropriação, revolta, revolução. Essas são expressões correntes no pensamento e prática de uns e outros: cientistas sociais, jornalistas, políticos, membros da tecnocracia pública e privada, civil e militar e outros. Apanham aspectos básicos das desigualdades sociais que atravessam a sociedade brasileira. (IANNI, 1989, p.147).

Além dessas diferentes denominações, é possível constatar, segundo Ianni (1989), influências diversas na empreitada de autores que buscam descrever, resolver ou exorcizar as manifestações da questão social, tais como evolucionismo, darwinismo social, positivismo, arianismo, liberalismo, neoliberalismo, estruturalismo e marxismo, entre outras correntes.

De diferentes formas, ainda de acordo com o autor (IANNI, 1989), esse tema está na base dos movimentos da sociedade brasileira e é parte do cotidiano em diferentes lugares da sociedade nacional. Em vários momentos, o poder estatal brasileiro se defrontou com essa questão, como em momentos de ruptura política que ocorreram em 1922, 1930, 1937, 1945 e 1964. Na Nova República, a partir de 1985, a questão social e seus impasses se expressam em problemas que envolvem pacto social, reforma agrária, migrações internas, problema indígena, movimento negro, liberdade sindical, protesto popular, ocupação de habitações, legalidade ou ilegalidade dos movimentos sociais, etc.

No início do novo milênio, a questão social passa a se apresentar, predominantemente, como sinônimo de *exclusão social* e reduzida à pobreza. O desemprego diminuiu, no entanto, o processo de pauperização permaneceu inalterado e foi enfrentado, predominantemente, com políticas de assistência social em detrimento de políticas sociais universalizantes de combate à pobreza. (SANTOS, 2012).

O termo exclusão social, sob a perspectiva de políticas e práticas, vem sendo associado aos problemas já bem conhecidos na realidade brasileira: moradores de rua, exploração de crianças no trabalho, população que vive abaixo da linha da pobreza, sem-terra, portadores de deficiência, portadores de doenças, gênero, raça, impossibilidade de usufruir direitos políticos, civis e/ou sociais, desemprego, etc. Do ponto de vista teórico, a tentativa de compreender as modificações que ocorrem no mundo a partir do fenômeno da globalização, das transformações no mundo do trabalho, da ênfase nos princípios neoliberais desencadeados ainda na década de 1970, coloca em discussão o entendimento da emergência de uma nova questão social (SCARCELLI, 2011).

Estou de acordo com alguns estudiosos que não entendem essa emergência como algo novo e capaz de fazer surgir um novo paradigma. Há tentativa de transformar a questão social numa categoria que explique os males sociais de nosso tempo, e um dos aspectos que está presente nessa questão, e que tem sido alvo de nossa preocupação, é o problema da inclusão marginal (MARTINS, 1997).

No bojo desse debate, fazendo coro ao que afirma Demo (1998), na sociedade capitalista mudam-se conceitos e teorias, porém a pobreza continua mais ou menos a mesma e o novo desse debate diz respeito apenas a uma nova fase de capitalismo globalizado e competitivo.

Na atualidade, desemprego, miséria e desigualdades sociais continuam sendo as principais manifestações da questão social. Apesar das transformações que ocorrem diante das mudanças no decorrer dos tempos, sua gênese ainda é a mesma: a contradição inerente ao sistema capitalista de produção, cujos traços particulares vão depender das características históricas da

formação econômica e política de cada país e/ou região (PASTORINI, 2004; HEIDRICH, 2006).

Santos (2012) aponta como uma das particularidades da questão social no Brasil, a perversa associação entre superexploração do trabalho e passivização das lutas sociais que têm sido mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes.

Do ponto de vista do discurso e pensamento hegemônico, segundo Pastorini (2004), existe o empenho de mostrar uma imagem de harmonia e integração e de naturalizar as desigualdades e conflitos sociais na sociedade capitalista. Assim, o atendimento às manifestações da questão social deixa de se apresentar como parte da luta de classes e transforma-se em problemas de integração deficiente, não reconhecimento das diferenças, falta de solidariedade social, fragilidade do laço social, crise de valores, entre outras manifestações.

Tais problemas são os mencionados em torno do debate teórico da exclusão social. O destaque nessa discussão recai sobre ideias de crise do liame social, desqualificação social ou afrouxamento dos vínculos sociais que se manifestam nas esferas da vida como trabalho, família, vizinhança e escola (PAUGAM, 1999).

Nas tentativas de tornar a noção de exclusão social mais precisa, como paradigma que ampliaria os de desigualdade social e classe social, emergem a utilização de conceitos oriundos de diferentes matrizes sociológicas e psicológicas. Esse é caso de desqualificação social, como também é desfiliação proposto por Robert Castel, ou desinserção, por Vincent de Gaulejac e Isabel Taboada Léonetti, ou ainda apartação social, por Cristovam Buarque (SCARCELLI, 2011).

A emergência da angústia e do medo que parcelas da população têm de cair na espiral da precariedade, decorrentes do desmoronamento do mundo do trabalho, apresenta-se como uma questão que se sobressai nessa discussão. Seriam esses aspectos concernentes à produção de uma subjetividade associada ao que se propõe como nova questão social?

Seja de qual perspectiva for, ao se incluir a angústia e o medo diante do possível caos decorrente da retirada de grandes parcelas da população do mundo produtivo – no qual se investe no acúmulo tecnológico e na diminuição do tempo e dos postos de trabalho – entra-se numa discussão que sai do âmbito quase exclusivo da sociologia para um campo interdisciplinar que deve incluir outras áreas do conhecimento. A psicologia social é uma delas (SCARCELLI, 2011).

Essas são questões que permitem indagar sobre as subjetividades que estariam sendo produzidas na contemporaneidade e afirmar que a angustia emergente nesses momentos atuais deveria estar sempre presente das discussões que se voltam para a questão social. O medo de

perder o que garante a vida, os vínculos sociais, a identidade e, do mesmo modo, a angústia de ser desqualificado, de ser uma possível vítima da violência, não é nova, mas provavelmente não atingia a dimensão que hoje tomou. Nessa linha de pensamento, podemos dizer que novos modos de expressão de ‘subjetividades’ se apresentam.

Se vivemos à beira de um caos social, de uma precariedade que parece remontar ao momento do início do capitalismo com a expulsão do homem do campo para a cidade – hoje é o homem urbano que está sendo expulso/expropriado do emprego, o ‘bem’ que lhe restava –, alguma forma de proteção psíquica, os expulsos (‘excluídos’) precisam desenvolver. Diante desse caos, da perda daquilo que trazia a ilusão de segurança (o emprego), as angústias até então vividas solitariamente, individualmente, parecem explodir na realidade social pelo sentimento coletivo do medo. (SCARCELLI, 2011, p.46)

Isso nos conduz à outra questão inicialmente mencionada. *Produção de subjetividade* e conceitos afins, como subjetivação e sujeito, nos levam a indagações de ordem filosóficas, epistemológicas, teóricas e práticas, e nos permitem transitar entre diferentes disciplinas.

Questões sobre a subjetividade, no âmbito da teoria do conhecimento, tem uma trajetória na cultura ocidental que remontam à Antiguidade Clássica e atravessam a história do pensamento ocidental. Ao investigar seus domínios, René Descartes transformou-a em referencial central para o conhecimento e a verdade. A filosofia moderna construiu uma subjetividade na perspectiva do racionalismo, e nela mantém a busca da objetividade pela razão, tal qual as mesmas exigências e os mesmos objetivos do discurso de Platão. O homem se apresenta como uma espécie ou gênero e se estabelece uma perspectiva de racionalização do indivíduo. Subjetividade e consciência são identificadas e, como nos diz Brant (2001), o império da consciência sofrerá uma ruptura apenas com o surgimento do conceito freudiano do inconsciente, que provoca uma clivagem na teoria cartesiana da subjetividade.

Apesar de a subjetividade deixar de estar sob o domínio da razão e ser entendida como um todo unitário pela via da psicanálise, cuja originalidade se revela na ruptura dos alicerces do mundo moderno, essa área de conhecimento não deixa de ser legítima representante desse mesmo mundo e seria impensável longe dos conceitos de individualização, racionalismo, contrato, autonomia (BEZERRA, 1988).

Estamos no plano da reflexão. Mas é importante lembrar que a concepção de sujeito na sociedade moderna passa desse plano e de práticas restritas, a se impregnar progressivamente na cultura, a se tornar categoria central na esfera dos discursos e saberes e a servir de alavanca para a criação de instituições, práticas coletivas, representação sobre o papel da sociedade e do Estado (BEZERRA, 1988). Nesse sentido, a categoria sujeito e a questão da subjetividade são aspectos que se mostram importantes para o campo das políticas públicas.

No pensamento ocidental, produção de subjetividade ou ‘subjetivação’ é conceito relativamente novo, utilizado na filosofia contemporânea na reflexão sobre a sociedade atual e questões políticas que dela decorrem. É fruto da ideia de homem como produtor e produto da história e da sociedade e cuja genealogia requer lançar mão de pensadores como Marx, Freud, Nietzsche e Foucault (BILATE, 2011).

Na contemporaneidade, além de Foucault, outros autores como Gilles Deleuze e Félix Guattari produziram estudos sobre essas questões, abriram um amplo leque de possibilidades e ofereceram um campo conceitual (MANSANO, 2009), que tem sido intensamente debatido nas áreas *psi* e de políticas públicas de saúde.

Quando se fala em subjetividade e na perspectiva de pensá-la como produção, isso nos remete a compreendê-la como emergência histórica de processos ao invés de somente interioridade, como permanente processo de transformação e de pluralidade de constituição (FERREIRA NETO, 2004).

Na psicologia social, as contribuições de Enrique Pichon-Rivière também vão em direção semelhante. O homem é apresentado como sistema aberto e incompleto, cuja subjetividade é construída socialmente por seres contextualizados e históricos, constantemente imersos em uma trama vincular (OLIVEIRA, 2008). É um sujeito descentrado, intersubjetivo, que se produz no encontro e no desencontro com o outro. É sujeito histórico,

situado e sitiado no sentido de que sua subjetividade é configurada num espaço e num momento histórico social específicos que lhe outorgam todo um universo de possibilidades, mas que significa para ele, por sua vez, um certo estreitamento das possibilidades de representação simbólica (ADAMSON, 2000, p.4).

Fernandes (1994), partindo dessa mesma perspectiva teórica, mas em diálogo com a produção de Felix Guattari, afirmava, no início da década de 1990, que para tratar da temática da subjetividade, cuja constituição tem a experiência vincular (social) como papel nuclear e determinante, importa sair de categorizações e burlar certos limites quando estamos diante de problemáticas que nos impulsionam a repensar ‘antigas’ teorias. Dava como exemplo, a relação entre a crise do petróleo e os milhares de homens massacrados pela pirâmide social da força coletiva de trabalho. Como manter o entendimento de que considerar apenas o contexto, o implícito, seria suficiente para dar conta de situações dramáticas que sinalizavam ser consequências da crise econômica que se vivia naquele momento?

Com tendência ao desaparecimento dos Estados Nacionais, à fragmentação política e com o retorno de ódios étnicos e religiosos, a crise mundial sinalizava constantes interações entre o político, o social, o econômico, os mass media, o religioso, o cotidiano, etc. (FERNANDES,

1994). Como diante de situações assim não indagar sobre essas influências na produção de subjetividades?

Ora, os modos de produção, além do funcionamento no registro dos valores de troca, alcançariam um modo de controle sobre a subjetivação? Poderíamos então dizer que pelo eixo da sociedade capitalista passa uma tomada de poder sobre a subjetividade. A consequência dessa submissão é o estreitamento do campo simbólico. (FERNANDES, 1994, p.286).

Essas indagações são perspectivas de uma discussão possível. O propósito dos recortes que trataram da questão social e da produção de subjetividade foi um preambulo, um modo de introduzir os temas envolvidos neste trabalho que busca transitar entre a psicologia social, as políticas públicas e a saúde.

É um recorte que também permite assinalar a complexidade que está em cada um deles, na relação entre eles e, também, nas posições divergentes, nos conceitos e interpretações antagônicas, no conflito de interesses nas ações quando se está no campo social. É um modo de trazer as divergências e os antagonismos que se expressam entre o enfrentamento diante da luta de classes e o apaziguar no apagamento das diferenças que busca harmonizar capital e trabalho; entre abordagens teórico-conceituais que vão do positivismo ao marxismo, passando pelo darwinismo social, arianismo, estruturalismo, entre outros; em um campo de práticas em que atuam de cientistas a militares, jornalistas, políticos, tecnocratas, artistas, civis, etc.

Dimensões ontológicas, epistemológicas, metodológicas devem ser consideradas na discussão desses problemas que se expressam como questão social e produção de subjetividade. Este é o campo em que estamos metidos e que dizem respeito às três temáticas em evidência neste trabalho.

É preciso lembrar que políticas públicas, psicologia social e saúde, são termos polissêmicos, que também expressam sintonias, contradições, antagonismos e a diversidade dos grupos sociais que deles se apropriam de forma particular (ao ajustá-los aos seus esquemas conceituais, ou ao ressignificar esses esquemas, ou ao ajustar ressignificando / ressignificar apropriando-se) de acordo com suas histórias e experiências de vida, como diria Enrique Pichon-Rivière (PICHON-RIVIÈRE, 2005; LEMA, 2008).

Convocar aqui, mais uma vez, Pichon-Rivière é uma forma de explicitar que sua produção é o referencial teórico que escolhi, em caráter provisório, dentro do campo diverso e interdisciplinar que é a psicologia social. Referencial que tem sido o veículo para transitar *entre* e em *cada uma* das temáticas mencionadas, que têm sido diretriz de um caminho que estará sempre em construção.

A psicologia social

Sabemos que é um campo vasto, caracterizado pela pluralidade e multiplicidade de abordagens teóricas, e que, como disciplina, não tem delimitação de um único ou mesmo de vários objetos de estudo (FERREIRA, 2010). Assim, não é possível tratar a psicologia social de forma genérica, de maneira abstrata. Importa dizer em qual psicologia social estamos nos referenciando.

Dada a complexidade das questões que nos envolvem quando estamos nesse campo social, como já discutimos, não nos cabe buscar caminhos para compreensão dessas questões a partir de paradigmas que tratam homem e sociedade como figuras abstratas e descontextualizadas dos aspectos econômicos, políticos e sociais. Do mesmo modo, não é possível lidar com tais questões desconsiderando as diversas áreas do conhecimento com as quais podemos dialogar.

Mas uma empreitada assim, não é tarefa fácil, principalmente quando nos deparamos com uma formação acadêmica que, tradicionalmente, se dá de maneira fragmentada em disciplinas e forma pouco dialogada. Assim, estamos diante de um problema que precisamos enfrentar, devagar e sempre.

Sabemos que o modelo de produção de conhecimento predominante nas ciências sociais e humanas tem produzido resultados que parecem não dar conta da complexidade da vida humana. Esse assunto é frequentemente debatido nas ciências humanas, pois é uma modelo que resulta em conhecimentos que detêm na aparência e ocultam a essência do fenômeno que examina (PATTO, 1987).

Um outro aspecto importante para ser lembrado são os dilemas que encontramos na constituição das ciências sociais e humanas, particularmente na psicologia, diante da relação dualista que se instalou entre indivíduo e sociedade.

Uma discussão relevante, nesse sentido, é apresentada por Farr (1998) em seu trabalho que aborda as raízes da psicologia social moderna. Para ele, na constituição da psicologia social, cuja influência maior foi herdada do paradigma cartesiano, o individualismo se apresenta como raiz fundamental. Na história da psicologia, a ênfase recai sobre os indivíduos: seres sob domínio da razão, identificados como seres da consciência. Seres que são evidenciados e compreendidos a partir do legado de uma concepção cristalizada e herdada das ciências sociais e humanas. É o individualismo que desde o renascimento torna-se uma ideologia e passa a ser componente essencial na tradição intelectual do ocidente.

Individualismo, segundo Lalande (1999, p.554), como “toda teoria, toda tendência que vê no indivíduo ou no individual a forma mais essencial da realidade, e o mais elevado grau de

valor”. Como método para a interpretação de fenômenos sociais; teoria que procura a explicação dos fenômenos históricos e sociais na psicologia individual e, mais especialmente, nos efeitos resultantes da atividade consciente e interessada dos indivíduos.

Farr (1998) nos lembra que na virada do século XIX para o século XX, era frequente entre os principais expoentes da área de ciências humanas e sociais escrever tanto sobre o individual quanto sobre o coletivo. Wilhelm Wundt (1832-1920)⁹, por exemplo, concebeu projetos diferenciados para psicologia, pois, os limites entre a mente (consciência) e seu contexto social/cultural era algo difícil para se estabelecer.

Naquele momento, era possível conceber objetos de estudo separados, mas poucos autores conseguiam estabelecer o inter-relacionamento entre ambos os projetos. No caso de Wundt, ele concebe uma psicologia que estuda a consciência e uma outra psicologia que tem como objeto teórico a cultura. E esta foi uma das distinções mais radicais entre individual e coletivo (FARR, 1998).

Farr, (1998), ainda nos lembra que foram vários os estudiosos que colocaram antíteses, porém poucos propuseram síntese. Freud foi exceção ao desenvolver a crítica psicanalítica da cultura, cuja contribuição para as ciências sociais é indiscutível. Seu trabalho pode ser considerado revolucionário ao trazer contribuições que integram em um sistema mais amplo, uma série de antinomias até então consideradas irreduzíveis e fora da psicologia acadêmica (normal/patológico; consciente/ inconsciente; corpo/mente, por exemplo). Mas no âmbito da psicologia, a psicanálise ficou principalmente nas mãos dos clínicos, e não dos psicólogos sociais, por isso possui um viés a favor do indivíduo ao invés da cultura.

Contudo, outros autores no campo da psicologia, como Alexandre Luria, Lev Vygotsky, Kurt Lewin, desenvolveram seus estudos procurando ultrapassar o pensamento dicotômico em relação aos conceitos de indivíduo e sociedade (ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005).

Para além do campo da psicologia, na contemporaneidade, diversos outros autores apresentam formulações que também buscam superar a dicotomia presente nessa problemática relação indivíduo-sociedade. Alguns deles são lembrados por Escóssia & Kastrup (2005): Hannah Arendt, ao criticar o sentido atribuído ao político na modernidade e a oposição entre o privado e o social; Alain Touraine em sua crítica à modernidade; Eugène Enríquez, lembrando que as noções freudianas não estão circunscritas aos limites da psique individual; Norbert Elias, ao analisar a gênese dessa relação antitética e as condições em que esses conceitos são

---

⁹ Psicólogo alemão, também formado em medicina e filosofia, Wundt é considerado um dos fundadores da psicologia científica. Professor da Universidade de Leipzig, criou, em 1879, o primeiro laboratório de psicologia experimental depois de publicar, em 1913, os *Princípios de Psicologia Fisiológica*.

utilizados; Richard Sennett, ao fazer uma análise histórica e desnaturalizante desses conceitos; Jean-Pierre Vernant ao buscar a gênese do individualismo no movimento de privatização da existência e declínio da res pública identificada no Cristianismo.

Como já mencionado, a concepção de indivíduo e de sujeito na sociedade moderna passou do plano de reflexão para ser introduzida progressivamente na cultura. Assim, embora estejamos na sociedade contemporânea sob efeito da crise dos paradigmas da modernidade (SANTOS, 1994), a herança que nos foi deixada pelo modelo cartesiano de compreensão do mundo ainda pulsa com toda sua força.

Mesmo tão presente, podemos entender, tal como Bleger (1984), que a antinomia indivíduo/sociedade deixada nessa herança, da qual a psicologia está profundamente impregnada, é falsa. Supõe-se o indivíduo limitado, distorcido ou coagido pela organização social, pressupostos esses que tendem a ocultar o ingrediente irracional da organização social.

Com essa concepção, se salva superficialmente a contradição profunda, implícita na estrutura social, ao atribuir ao homem todos os desajustes de nossa organização. Não se trata, portanto, de saber como os indivíduos isolados tornam-se seres sociais, mas sim como de integrantes de uma cultura e de seres eminentemente sociais, chegam a produzir-se ou resultar em homens isolados. A psicologia estuda, ou deve estudar, seres humanos reais e concretos. Se a psicologia estuda o homem sempre se acha implícita nela uma determinada concepção sobre ele, pois, seus pressupostos não são meras especulações que surgem por si mesmas de uma atitude totalmente contemplativa e sim que se acham sempre vinculadas a características culturais e sociais de cada época. (BLEGER, 1984).

Em contraposição aos dualismos metafísicos, dos quais ainda está impregnado todo nosso conhecimento científico, Bleger (1984), do mesmo modo que seu mestre Pichon-Rivière (2005), segue os caminhos, ou conjunto de regras, que permitem chegar ao conhecimento científico pelo método materialista dialético.

Esse método, segundo Pichon-Rivière (2005), a partir do qual se desenvolve a espiral do conhecimento, implica um tipo de análise que desvende os princípios opostos, as tendências contraditórias, fontes configuradoras da dinâmica do processo relacionado à vida cotidiana.

E se estamos no campo social, faz sentido nos determos numa reflexão que reconheça a mútua determinação que se dá entre sujeito e estrutura social, a partir de um olhar cuidadoso sobre o que ocorre nos grupos/instituições que intermediam essa articulação considerando que todo e qualquer traço da vida psíquica somente poderá se constituir a partir da experiência, de relações concretas.

Ter a teoria pichoniana como referência significa a necessidade de debruçar-se sobre essas questões e de estabelecer o diálogo com outras contribuições teóricas. O postulado da epistemologia convergente explicita esse propósito, pois

as ciências do homem concernem a um objeto único: ‘o homem-em-situação’ suscetível de uma abordagem pluridimensional. Trata-se de uma interciência, com uma metodologia interdisciplinar que, funcionando como unidade operacional, permite um enriquecimento da compreensão do objeto do conhecimento e uma mútua realimentação de suas técnicas de abordagem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.7)

Enfim, no campo da psicologia social, essas referências têm me guiado e se mostrado profícua no diálogo com o que se refere às políticas públicas e a saúde, embora haja outros modos diversos e também potentes de buscar aproximação entre esses dois campos. E por isso mesmo, tais referências têm trazido possibilidade de diálogo com outras abordagens psicológicas e outros campos e disciplinas, e, portanto, formas diversas de buscar aproximação entre campos. E isso fica mais evidente quando nos aproximamos das políticas públicas.

As políticas públicas

O que podemos entender por elas? Será que os sentidos atribuídos a essa expressão que vêm de sujeitos e de grupos que ocupam diferentes lugares na estrutura social são equivalentes? Será que ‘políticas públicas’ não se tornou um jargão como tantos outros, por exemplo, exclusão e inclusão social, democracia, responsabilidade social, compromisso social?

Essas questões são um modo provocativo de indagar sobre termos e noções de forma a não serem naturalizadas; são um modo de interrogar sobre a concepção de política nas suas origens e, a partir dela, a um questionamento, aparentemente simples sobre o uso da expressão política pública, mas que pode ser útil no caminho de problematizar nossa aproximação a esse campo. Se política é um termo derivado do adjetivo originado de polis (polítikós) cujo significado está associado à cidade e, conseqüentemente, a urbano, civil, social (reunião de pessoas que constituem a cidade), ao estado (polis era a unidade estatal) (Bobbio, 2004), enfim ao público, como explicar a combinação de público com política?¹⁰

---

¹⁰ Essa pergunta me foi feita por Duarte Pereira, em 2007, em conversa informal quando eu buscava encontrar referências para conceituar políticas públicas. Pelo sentido que me fez, costumo refazer-la aos alunos de graduação e pós-graduação.

Se política está relacionada com poder e organização das cidades, isso já é público, portanto faz sentido a pergunta sobre o que faz juntar termos equivalentes em uma única expressão. É indagação que nos faz ir à raiz do problema.

Atualmente, na maioria das situações, política pública está associada a programas voltados para aperfeiçoar ou superar problemas dentro dessa sociedade. Muito do que se propõe e se faz se dá a partir de uma premissa não discutida de qual Estado e da qual sociedade se está falando. Falar em política pública nem sempre diz respeito ao que se pode fazer para ultrapassar os limites estruturais da nossa sociedade, se temos como horizonte uma sociedade mais justa, mas sim, quais formas, quais compensações podem ser feitas para amenizar os efeitos perversos da estrutura atual.

Dentre as diversas formas de discutir e conceituar essa expressão, podemos compreender políticas públicas como um fenômeno que nasce com a necessidade de concretizar os direitos sociais a partir do início do século XX. Esse tipo de necessidade passa a exigir uma atuação maior do Estado, que na grande maioria das vezes se absteve dessa função (BUCCI, 2006).

O Estado é frequentemente focalizado como agente central na promoção de políticas públicas, e isto pode ser percebido na forma como alguns autores as concebem. Por exemplo, Eros Grau as entende como conjunto de todas as atuações do Estado que cobrem todas as formas de intervenção do Poder Público na vida social; Maria Paula Dallari Bucci, como programas de ação governamental para a concretização dos direitos; Patrícia Arzabe, como “conjuntos de programas de ação governamental estáveis no tempo, racionalmente moldadas, implantadas e avaliadas, dirigidas à realização de direitos e redistribuição de bens” (GONÇALVES, 2006, p.75).

E o que pode significar o processo crescente de intervenção do Estado contemporâneo em diferentes setores da vida econômica e social representado por essas políticas?

Dependendo da via que certos países percorreram, varia de uma forte intervenção estatal em diferentes áreas às intervenções restritas quase que exclusivamente à tarefa de garantir a vida e a propriedade dos cidadãos, numa ótica que corresponde ao estado mínimo.

Independentemente das vias percorridas pelo processo de desenvolvimento capitalista em diferentes contextos, tornou-se crescente e clara a indispensabilidade da participação estatal ativa neste processo, que se realiza através do que se este passou a chamar mais tarde de políticas públicas. Nesse sentido, é possível dizer que as chamadas políticas públicas jogam um papel essencial no sentido da manutenção e reprodução do status-quo (OLIVEIRA, 1987).

No estado capitalista atual, em última instância no sentido da garantia das condições gerais de produção, isso não é feito através de uma ação global, mas como resposta a crises localizadas,

o que colabora para que as políticas públicas promovam o que pode ser chamado de uma fragmentação da realidade (por exemplo, a tradicional divisão entre política econômica e políticas sociais) (OLIVEIRA, 1987). Tais questões impõem uma discussão sobre o Estado, particularmente o Estado capitalista.

Nessa linha de raciocínio, algumas outras perguntas também parecem pertinentes ao indagarmos sobre o entendimento de políticas públicas.

Como é entendida essa sociedade e a desigualdade que a constitui?

Como já anunciado, esse entendimento, mesmo que não explicitado, sustenta as propostas que são lançadas para debelar o que se entende como problema ligado à questão social.

E o que se entende por debelar? É forma de amenizar os problemas ou de criar condições objetivas para transformação radical? Por quais caminhos são levados os projetos implementados? Para aperfeiçoar as formas de amenizar as desigualdades mais perversas ou para acumular forças na perspectiva de transformações sociais?

Estamos diante de uma discussão polêmica que dá possibilidade a longos debates e que nos leva ao campo das ciências políticas, da sociologia, da filosofia, entre outras áreas.

E assim, cada vez mais presente no mundo contemporâneo, nas falas de diversos atores sociais, as políticas públicas acabam se apresentando como desafio também para várias áreas do conhecimento.

Nesse sentido, política pública comparece como campo de conhecimento. Alguns estudiosos têm chamado atenção para necessidade de uma reflexão sobre como noções que envolvem política pública, política social ou política econômica têm sido incorporadas ao jargão acadêmico e a outras instituições, de caráter governamental ou não governamental, sem que haja um cuidado com seus significados e com sua densidade teórica. Política pública, por exemplo, muitas vezes se confunde com planejamento estatal (AUGUSTO, 1989).

Em 2003, a Revista Brasileira de Ciências Sociais publicou em uma de suas edições o *Dossiê Agenda de Pesquisas em Políticas Públicas*. Um conjunto de artigos discutia essa questão que sinteticamente foram assim apresentadas.

Em primeiro lugar é considerado que o crescente interesse por essa questão ou temática está diretamente relacionado às mudanças recentes da sociedade brasileira.

O intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais – resultado em grande parte da competição eleitoral, da autonomia dos governos locais, bem como dos programas de reforma do Estado –, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais – seja pelo acesso de segmentos tradicionalmente excluídos a cargos eletivos, seja por inúmeras novas modalidades de representação de interesses – despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre os “micro” mecanismos de funcionamento do Estado brasileiro,

como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo. Paradoxalmente, essas novas questões da agenda política brasileira constituem também um problema para o desenvolvimento da agenda de pesquisa em políticas públicas. (ARRETCHE, 2003, pp. 7-8)

Embora venha ocorrendo progressivo crescimento de estudos nessa área, segundo Arretche (2003) ao se referenciar a trabalho desenvolvido no âmbito da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais), a capacidade de acumulação de conhecimento ainda é baixa devido, provavelmente, à proliferação horizontal de estudos de caso, ao caráter recente e interdisciplinar desse campo e à ausência de uma agenda de pesquisa. Esta fica frequentemente subordinada a uma agenda política, ou seja,

o conteúdo da produção acadêmica (teses, artigos e pesquisas) tem sido, em boa medida, a avaliação dos resultados alcançados pelas políticas em voga ou a atualização da informação existente sobre programas já consolidados. Na verdade, a subordinação da agenda de pesquisa à agenda política é potencialmente maior na área de políticas públicas do que em outras áreas do conhecimento, devido à proximidade da disciplina com os órgãos governamentais (ARRETCHE, 2003, pp.8-9).

Do ponto de vista da pesquisa, há muito a ser feito no sentido de definir questões legítimas para estudo, procedimentos e técnicas aceitáveis para a constituição do objeto de investigação.

Discute-se, na revista referida, que essa “área ainda apresenta uso excessivo de narrativas pouco informadas por modelos ou tipos de políticas públicas, por teorias próximas do objeto de análise e por um possível excesso de leveza metodológica” (SOUZA, 2003, p.17). E adverte que ao se dedicar à política pública, o cientista social deve ter clareza “tanto em relação à perspectiva teórica em que está inserido seu trabalho, quanto em relação às discussões que confrontam essa perspectiva com outras, alternativas a ela” (REIS, 2003, p.12).

Para o propósito deste trabalho, importa assinalar que tais questões são também pertinentes às políticas na área de saúde que, como já anunciado, será considerada emblemática para discutir questões relativas às políticas públicas de maneira geral e ao diálogo que pode se estabelecer entre estas e a psicologia social.

Saúde coletiva e saúde mental: campos emblemáticos

A análise de políticas públicas de saúde e das práticas delas decorrentes tem trazido subsídios relevantes que permite, entre outros aspectos, transitarmos pelos setores de Educação, Assistência Social, Cultura, Combate às Desigualdades Raciais e demais setores sociais.

Uma forma de construir esse trânsito é fazer uma aproximação em direção a *saúde mental* e *saúde coletiva*, entendidas como campos de saber e práticas e que têm, como um dos aspectos essenciais, a saúde como fenômeno social e de interesse público. A partir de abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento, busca-se romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sociodinâmicos e institucionais (SCARCELLI & ALENCAR, 2009).

A expressão *saúde coletiva* é adotada no Brasil, ao final da década de 1970, durante o primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação que reunia os programas de medicina social, medicina preventiva, saúde comunitária e saúde pública. Nesse momento em que o país ainda atravessava os anos de chumbo iniciados com o golpe militar de 1964, movimentos pela redemocratização, como os de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, vinham se fortalecendo.

Muito ainda se discute e pouco consenso há em relação a definições do que vem a ser Saúde Coletiva, principalmente quando essa expressão está referida à Saúde Pública.

Do ponto de vista do saber, *saúde coletiva* é um campo que se constitui e procura operar a partir de abordagem ampla e complexa; articula-se a partir de um tripé interdisciplinar que inclui a epidemiologia crítica, a administração/planejamento e as ciências sociais da saúde.

De acordo com Souza (2014), é área do saber que não se restringe apenas a doenças, agravos ou riscos, mas que toma as necessidades sociais de saúde como seu objeto. O processo saúde-doença (ou situação de saúde) relaciona-se à estrutura da sociedade e concebe as ações de saúde como práticas que são, simultaneamente, técnicas e sociais.

Em relação às intervenções sanitárias, propõe que sejam superados os programas temáticos voltados a problemas ou grupos populacionais específicos, frequentemente baseados em abordagens normativas de planejamento e administração, fundamentadas na epidemiologia meramente descritiva. As intervenções previstas articulam promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devem ser baseadas em abordagem interdisciplinar (SOUZA, 2014).

Desde o momento em que foi assim nomeada, definições que possam dar um contorno ao que veio ser chamada de ‘saúde coletiva’ começam a ser elaboradas. Inicialmente, de acordo com Souza (2014), algumas delas assim se expressaram:

- Saúde está articulada à estrutura da sociedade, apresenta historicidade e é compreendida como estado vital, setor de produção e campo de saber.
- As ações de saúde são uma prática social.
- Seu objeto de estudo é construído nos limites do biológico e social.

- Seu campo de investigação compreende os determinantes sociais das doenças, os determinantes da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas.
- O conhecimento se produz pela compreensão das leis e comprometimento com a transformação da realidade.
- É um campo que envolve a crítica permanente dos projetos de redefinição das práticas de saúde.
- Participação é um conceito que se refere ao processo de democratização da vida social, portanto, transcende o âmbito do planejamento e da gestão da saúde.
- Ensino-aprendizagem é um processo que deve ser compreendido como prática de mudança; a prática pedagógica dialógica deve ser privilegiada.
- A prática deve ser concebida de forma ampliada contemplando as perspectivas técnica, teórica e política.

Contudo, apesar da perspectiva aberta para construção de um campo interdisciplinar, não é raro encontrarmos publicações e sites institucionais relacionados à saúde coletiva, escritos por estudiosos com produção significativa na área, que costumam destacar disciplinas consideradas importantes nessa construção, mas que não incluem aquelas de natureza *psi*.¹¹

É possível afirmar, assim, que esse campo interdisciplinar oscila, vez ou outra, entre uma tendência medicalizante e outra sociologizante. As questões relacionadas à subjetividade, embora sejam alvo de preocupação de vários autores¹², têm comparecido como suplementares e não constitutivas da integralidade que se procura construir numa concepção de saúde. Áreas *psi*, como por exemplo a psicologia social e a psicanálise, limitam-se a explicar processos psicológicos ou de dinâmicas institucionais em situações que possam esclarecer as dúvidas sobre questões enigmáticas para as outras áreas ligadas à saúde.

A saúde mental, por sua vez, ao desenvolver a crítica à razão iluminista e inclusão da desrazão na proposta de novo paradigma, recupera a questão da subjetividade como essencial

---

¹¹ Um exemplo, nesse sentido, encontra-se na definição de saúde coletiva apresentada no site do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), reconhecido centro de formação que busca desenvolver perspectiva inovadora de ensino na área de saúde coletiva, cujos docentes são também reconhecidos pesquisadores. O seguinte trecho foi extraído dessa definição: “Do ponto de vista do SABER, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas, entre outras”. (Acessível em http://www.isc.ufba.br/?page_id=225).

¹² Cf. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.6, n.1, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1413-812320010001&script=sci_issuetoc

para a construção de uma concepção de saúde mais abrangente. Não é raro, porém, nos depararmos com uma dicotomização entre essa área e a da saúde geral: ora por enfatizar e privilegiar a questão da subjetividade, beirando a psicologização, afasta-se do campo da saúde coletiva; ora por afastar-se desse campo por ser considerada excessivamente *psi*, apesar de trazer elementos fundamentais que, em geral, são subestimados por aqueles que atuam na área (SCARCELLI, 2002).

Em outros termos, o estabelecimento de interlocução sistemática entre esses dois campos, que poderia trazer avanço significativa para ambos, constitui-se ainda como um território muito pouco explorado (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006).

Sendo assim, frequentemente há uma distinção entre *saúde* e *saúde mental*. Contudo, não é nossa intenção aqui tratá-las dessa forma, já que saúde abarca mais aspectos do que ausência de doença orgânica ou mental. Isso nos coloca diante de mais uma complexidade e polissemia.

É rotineiro nos cursos que ministro, pedir aos estudantes de graduação e pós-graduação trazerem alguma conceituação de *saúde* e *saúde mental*. Várias definições aparecem. Quando o tema é *saúde mental*, esta é associada a doença mental, sofrimento psíquico, transtorno mental, ou seja, às várias formas de expressar a doença e de abordagem e tratamento para tais problemas; políticas públicas, formas assistenciais, modelos; movimentos sociais, reforma sanitária, reforma psiquiátrica, movimento de luta antimanicomial; problematizações sobre a concepção de loucura.

Desses aspectos ressaltam-se outros de extrema relevância para nossa discussão: direitos humanos, cidadania, cultura, educação e, evidentemente, atenção em saúde. Todos eles fazem parte do campo de conhecimentos e práticas da saúde/saúde mental. São aspectos que nos fazem exigências tanto na busca pelo conhecimento de outros horizontes para além da saúde, quanto na capacidade de refletir sobre diferentes âmbitos da realidade, quais sejam: cuidado e organização dos serviços; constituição histórica dos saberes e práticas considerando fundamentações teóricas e filosóficas acerca da construção desse saber; aspectos que contextualizem de que sociedade estamos falando, que relações são possíveis serem feitas sobre saúde-sociedade, indivíduo-estado e instituições do campo de saúde .

Como nos diz Amarante (1999) sobre o campo da saúde mental, e que proponho estender esse entendimento à saúde coletiva, ambos se referem a uma dimensão plural da existência humana, que transcende a dimensão puramente biológica e o âmbito técnico-científico. É um processo complexo que estamos procurando construir que é composto por muitos fatores inter-relacionados, complementares e em movimento.

E movimento aqui pode ser entendido como uma palavra fundamental porque exige estarmos atentos às mudanças do contexto e de nós mesmos, colocarmo-nos a observar, a nos auto-observarmos e termos tranquilidade para construção no coletivo apesar da angústia que isso tudo nos traz.

Essas são questões, como já assinaladas, que transcendem o âmbito da saúde e saúde mental, e por isso são aqui compreendidas com emblemáticas no processo de compreensão e análise das políticas públicas e de um diálogo possível com a psicologia social.

Mais algumas entre outras indagações

Para nos encaminharmos no sentido de finalizar este primeiro capítulo, retomemos a ideia de que o fenômeno das políticas públicas vem desafiando as várias áreas do conhecimento. Como já mencionado, há complexidade nas questões que se levantam para constituição desse campo de estudos e, paradoxalmente, muitas vezes são tratadas de forma simplificada e, até mesmo, banalizada com uso indiscriminado de certos termos e expressões. Assim, a problematização de noções, concepções e conceitos também está em pauta na discussão aqui proposta, embora não haja intenção no aprofundamento de cada uma delas.

No que diz respeito à *psicologia social*, outras indagações podem ser destacadas. Quais contribuições os saberes *psi* podem trazer a essas discussões sobre políticas públicas e implementação de práticas, e particularmente à área de saúde? Como esses nossos saberes podem ser ampliados a partir da participação nesse debate? Quais ressonâncias da e sobre a psicologia – como campo de conhecimento, formação e prática profissional?

Embora se fale muito sobre a vinculação da *psicologia* com as *políticas públicas* e setores específicos, particularmente o setor da saúde, venho constatando que pouco avançamos no sentido de uma real interlocução entre essas áreas de conhecimento e que ela, a psicologia tem comparecido de forma mais suplementar e menos estruturante na construção desses campos interdisciplinares.

Algumas hipóteses me levam a essa consideração. De um lado, é possível identificar a utilização indiscriminada de termos e conceitos quando se busca considerar problemas relacionados à questão social. O que se entende, por exemplo, como exclusão social, inclusão social, responsabilidade social, sociedade civil, cidadania, democracia? De outro lado, essa indiscriminação parece se estender ao campo da psicologia, e frequentemente corremos o risco de cair no âmbito do senso comum.

Consultas que envolvem temáticas de psicologia, políticas públicas e saúde, feitas em artigos, livros, reportagens, etc., permitem identificar pelo menos dois aspectos que, provisoriamente, confirmam a constatação da psicologia como área complementar:

(1) As discussões que se pretendem teóricas e as ações desenvolvidas têm, de modo frequente, caráter eminentemente assistencial e tendem para abordagem clínica em sentido restrito, sem problematizar conceitos e âmbitos envolvidos nas questões relacionadas com políticas de saúde. Por exemplo: a Psicologia é chamada para cuidar de aspectos que outras áreas, principalmente a médica, não dão conta.

(2) Quando há um olhar indagador e a intenção de se apropriar de assuntos que envolvem políticas públicas, parece haver um nó cego que impede o questionamento de programas que são considerados aparentemente bons. Não é incomum encontrarmos textos em que documentos governamentais aparecem como referencial teórico fundamentando trabalhos acadêmicos.

As contribuições de abordagens interdisciplinares para compreensão e construção de práticas na saúde e outros setores podem ser muitas. Identificar questões e delimitar dimensões envolvidas nesses problemas, pode ser uma delas. Ao lidarmos com problemas que envolvem definição de políticas e implementação de práticas, estamos diante de um contexto em que transitam diferentes níveis, planos e atores. Há de se levar em conta o plano político que define um conjunto de políticas públicas que deverão ser implementadas; o plano institucional que implica ajustar recursos, por exemplo, para a construção de novos dispositivos de saúde; e o plano dos sujeitos envolvidos que têm, nesta situação, novas exigências e funções psíquicas requeridas para a construção de novas ligações (WEYLER, 2004).

É um pouco a partir dessas referências e problematizações que venho buscando a aproximação da ‘psicologia social’ a esse campo denominado ‘políticas públicas’

Trabalhar no sentido de identificar questões, tecer hipóteses, produzir narrativas, tem sido uma aposta e parece ser um dos caminhos possíveis nessa construção.

2. CONSTRUINDO UM CAMINHO COM ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE

Há algum tempo, tem me chamado atenção o fato de artigos provenientes de pesquisas no campo da psicologia em diálogo com as políticas públicas, particularmente as políticas de saúde, buscarem subsídios de teorias psicológicas para compreensão dos problemas que estudam, mas não elegerem como parte dos procedimentos da investigação contribuições que venham da própria psicologia. A participação em bancas de mestrado e doutorado em diferentes programas de pós-graduação tem me permitido constatar o que inicialmente era apenas uma suspeita¹³.

Pergunto se esse não seria mais um dos aspectos que reforçam o entendimento de que a psicologia comparece no diálogo com a saúde coletiva, saúde mental e políticas públicas como área mais complementar do que estruturante desses campos de característica interdisciplinar.

Ao indagar sobre quais as contribuições os saberes *psi* podem trazer às políticas públicas, tendo a considerar que, entre elas, um método construído dentro do próprio campo possibilitaria a emergência de novas perspectivas na compreensão de um objeto de estudo na área social. Perspectivas essas que, mesmo sendo pequenas nuances ou filigranas, trariam *insights* e novos coloridos à compreensão, elaboração e ressignificação de fenômenos.

Esse entendimento é, na verdade, uma inquietação que vem de longa data. Desde a conclusão de minha graduação em psicologia no início dos anos 1980, quando ingressei nos estudos e trabalhos no âmbito da saúde pública, tenho percebido de modo crescente e cada vez

---

¹³ Tive participação em 117 bancas (qualificações e defesas de mestrado e doutorado). Dois aspectos foram observados com frequência e incluídos nas arguições:

(1) a utilização de documentos governamentais – que tratam de leis, políticas e programas – como referencial teórico ao invés de serem também objeto de análise;

(2) utilização de instrumentos e procedimentos em pesquisas de campo provenientes, principalmente, da sociologia e das pesquisas qualitativas em saúde. Referências à psicanálise e à psicologia social são frequentes também, como parte do método, mas geralmente utilizadas para interpretação de dados obtidos e organizados a partir de procedimentos e técnicas provenientes de outros campos. Grupos focais, análise de conteúdo e análise do discurso são amplamente utilizados principalmente nas pesquisas em saúde. Cf. BOMFIM, 2009.

mais apurado que o psicólogo é chamado para complementar práticas no trabalho desenvolvido por médicos e outros profissionais das equipes de saúde.

Observei em diversas ocasiões que os psicólogos, ao ingressarem como profissionais nas unidades de saúde, viam-se convocados a construir suas próprias referências para desenvolverem seu trabalho, considerando que os cursos de graduação em psicologia não incluíam – e muitos hoje ainda não incluem – conteúdos e práticas voltados para atuação em saúde pública. Essa falta acompanhada de sentimentos de ‘não saber’, entre outros aspectos próprios da novidade que o trabalho em saúde pública provoca, facilitou em várias situações o afastamento dos referenciais provenientes da área de formação, seguido da adesão a práticas/saberes aparentemente estabelecidos. Em outros momentos, a saída parecia se dar na recuperação de referenciais e estabelecimento de *settings* semelhantes aos da prática clínica tradicional desenvolvida em consultórios. Em ambos os casos – na primeira situação de adesão irrefletida ou na segunda, de isolamento deliberado – perde-se a possibilidade da produção de novos saberes que enriqueçam todos os campos envolvidos¹⁴.

É importante lembrar que a inserção crescente de psicólogos nos serviços públicos de saúde e saúde mental (ANDRADE E SIMON, 2009; MANTOVANI, 2013; PAULINE E LUZIO, 2009; PIRES E BRAGA, 2009) é fruto de um processo que vem se dando no Brasil, principalmente a partir da década de 1970, com a luta pela redemocratização do país no período da ditadura militar. Isso exigiu a mobilização de psicólogos, junto com outros profissionais e movimentos sociais, em processos que culminaram na promulgação da Constituição Brasileira,

---

¹⁴ É interessante observar que questões de natureza semelhantes podem ser discutidas em outras categorias profissionais não oriundas das ciências da saúde, como os assistentes sociais, que ingressaram no trabalho em saúde principalmente a partir do processo de redemocratização do país. Algumas análises apresentadas pelo Conselho Federal de Serviço Social na publicação *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* podem suscitar questões relevantes referidas à psicologia como profissão. A crítica ao projeto hegemônico da profissão do assistente social passa pela constatação do discurso cindido entre o estudo teórico e a intervenção. Discussão essa relacionada à descrença da possibilidade de existência de políticas públicas e à suposta e necessidade da construção de um saber específico na área. Tal construção caminhará para a negação da formação original em Serviço Social ou deslanchará para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. Em relação a essa oscilação, a publicação destaca que a primeira tendência “é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas” (p.26), denotando a falta de identidade com a profissão. “A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico” (p.26), decorrente de um movimento de grupo heterogeneo de assistentes sociais com formação especializada em abordagens clínicas diversas, e que reivindica o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional. Na terceira tendência, “percebe-se, gradativamente, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada” (p.27), que tem impulsionado a criação de associações de assistente sociais em diversas especialidades médicas. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

em 1988, e lançaram as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, ambos vigentes no território brasileiro (DIMENSTEIN, 1998; SCARCELLI & JUNQUEIRA, 2011; YAMAMOTO & FERNANDES, 2010).

Esse período de inserção do psicólogo é também de intensificação de ações grupais no âmbito das instituições de saúde, e não por coincidência. A busca pela viabilização de um sistema de atenção em saúde para todo o território brasileiro, com base em princípios de universalidade, igualdade (respeitadas as diferentes necessidades conforme a posição social, a equidade), integralidade, descentralização, hierarquização e controle social (pela participação popular) implicou, entre outros aspectos, novos rearranjos do modelo assistencial no caminho de superação da hegemonia da abordagem clínica centrada no cuidado individual e na assistência médica. Ou seja, um modelo de atenção que contemplasse as necessidades de saúde, que são, ao mesmo tempo, individuais e coletivas, expressando-se em múltiplas dimensões. Conforme Ciampone & Peduzzi (2000), isso exige mudanças na organização de serviços, na forma de atuação profissional e no objeto de intervenção que, ao ser ampliado para além do âmbito individual, requer a ação multiprofissional presente na proposta do *trabalho em equipe* e na modalidade de *atenção a grupos*.

O *trabalho em equipe* e o desenvolvimento de *práticas de grupos* para diferentes populações, de assistência ou educação em saúde, eram priorizados e ainda hoje são marcas da longa tradição na área de saúde, principalmente no âmbito da atenção básica¹⁵, que tem como principal estratégia a saúde das famílias.

Muitos foram os argumentos para utilização das práticas de grupos – como ser considerada a forma mais efetiva de promover saúde, melhorar a qualidade de vida, estimular mudanças, possibilitar a transformação de atitudes, agregar conhecimentos e habilidades para lidar com problemas de saúde e da vida em sociedade, entre tantos outros. Além da necessidade de uma análise sobre o que se pretende obter a partir dessas práticas, o fato de o grupo ser estratégia que reúne um número bem maior de pessoas do que ações de caráter individual traz outros argumentos que igualmente devem ser problematizados. Por exemplo, ter característica que permite a otimização do trabalho com a diminuição de consultas individuais, de racionalização de recursos e, conseqüentemente, de obtenção de vantagens econômicas.

---

¹⁵ Debates acerca das diferenças entre Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde são frequentes e, muitas vezes, tais expressões são utilizadas como sinônimos. Cf. MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009. É assim que atenção básica será utilizada aqui. No contexto deste trabalho, isso não se apresenta como um problema conceitual relevante.

Ação grupal, no contexto da atenção à saúde, refere-se igualmente ao *trabalho em equipe*. Sob esse prisma, o investimento em compor conjuntos de profissionais de formações diversas para atuar nos serviços de saúde teve também suas justificativas. Dentre elas, ser uma possibilidade de incrementar novas ações terapêuticas e educativas e, ao mesmo tempo, fortalecer o trabalho na perspectiva multidisciplinar e a relação do profissional de saúde com os usuários dos serviços e a comunidade.

A constituição de grupos como modalidade de atenção à saúde passou a ser, assim, cada vez mais frequente. Muitos deles tiveram como organizadores os critérios de doença (as doenças e agravos não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, as psicoses, as neuroses, a depressão), de ação preventiva (grupos de gestante, casais, pais e planejamento familiar), de idade (por exemplo, crianças em idade escolar, adolescentes, idosos), de gênero (principalmente com mulheres), entre outros.

No entanto, desde seu início, uma característica reconhecida por vários autores e que ainda tem grande ressonância é a falta ou a fragilidade de referências teóricas para orientar a instalação e coordenação de grupos no trabalho de atenção em saúde (SOARES & FERRAZ, 2007). Segundo Fernandes (1989), a área de trabalho e intervenção em grupos está marcada por um volumoso cartel de teorias sem consistência, sem fundamentação epistemológica e por um fazer prático totalmente anárquico. Muito do que se produziu por pesquisadores das relações grupais acabou por desembocar em uma circularidade entre teoria e prática de grupo, não atingindo estatuto de teoria porque se restringiu a ser generalização de uma prática.

Nesse cenário, no começo da década de 1970, ganham destaque os grupos operativos associados à técnica proposta por Enrique Pichon-Rivière, considerados como relevante ferramenta cujos conceitos e proposições apresentavam-se, aparentemente, com grande potencial de aplicabilidade no campo social e no trabalho de ações educativas. No entanto, grupos organizados com fundamentos na técnica operativa foram apropriados de forma descontextualizada da obra desse autor, particularmente da psicologia social por ele postulada¹⁶.

Durante os anos em que trabalhei diretamente ligada aos serviços de saúde, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo, desde meados da década de 1980 até a primeira metade dos anos 2000, fui testemunha da apropriação indevida da técnica quando esta era explicitada como ‘grupo operativo’ ou era reinventada pela aplicação dissociada dos aportes teóricos e de acordo com a compreensão que as equipes e/ou profissionais desenvolviam a partir

---

¹⁶ Essa questão será mais desenvolvida no decorrer deste trabalho. Pichon-Rivière é conhecido como o autor dos grupos operativos. O que pouco se fala é sobre a psicologia social que postula e que os grupos são parte do método de investigação que ele propõe.

da sua experiência na realidade local dos serviços em que atuavam¹⁷. Pude constatar, em vários casos, a utilização do que se nomeava ‘grupo operativo’ de forma meramente instrumental, redimensionada a partir do senso comum ou com objetivos de caráter exclusivamente educativos.

A partir dessas diferentes apropriações, os grupos chamados operativos pouco se aproximavam da proposta pichoniana, além do fato de serem estabelecidos a partir de um objetivo comum, denominado como *tarefa*. Pelo que pude acompanhar, esse importante conceito era frequentemente entendido como trabalho concreto a ser realizado. Pouco se considerava a indissociabilidade de aspectos afetivos e cognitivos nas relações intersubjetivas, sejam estas de convivência familiar, de dimensão mais privada, sejam as de laços estabelecidos nas relações de trabalho, de aprendizado formal e de criação.

As considerações de Castanho (2010) reafirmam o entendimento de que o conceito de *tarefa* em Pichon-Rivière é complexo, fruto de mal-entendidos, que levam as pessoas a considerar que se um grupo realizou a *tarefa* explicitamente colocada, então trabalhou de forma operativa e seu objetivo, como o de promover a saúde mental de seus membros, foi atingido. Somente haverá operatividade se houver elaboração psíquica concomitantemente ao que se denominou como tarefa explícita, pois a concepção de saúde fundamentada nos pressupostos pichonianos pressupõe uma ação humana em que figurem integradamente o sentir, o pensar e

---

¹⁷ Recentemente encontrei um roteiro para o trabalho em grupo na atenção primária em saúde (APS), produzido pela Fundação Estadual de Saúde da Família (FESFSUS), órgão público localizado na Bahia, que atua no SUS. O documento foi elaborado para apoiar a realização do trabalho de grupos, considerando que essa é uma alternativa para as práticas assistenciais individuais e que favorecem o aprimoramento pessoal e profissional das pessoas envolvidas pela valorização de saberes diversos e possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença. A diretriz proposta diz ter-se utilizado dos referenciais de ‘grupo operativo’ de Heloisa de Carvalho Torres, do conceito de grupo de Luiz Carlos Osório e dos pressupostos apresentados no método da roda por Gastão Wagner Souza Campos, como forma de construir as etapas de planejamento, dinâmica e avaliação de grupos na área assistencial. Sem entrar no mérito do Roteiro proposto e menos ainda das referências teóricas mencionadas, esse é um caso que exemplifica algumas das situações possíveis na perspectiva comentada. O grupo operativo é assim descrito, tal como mencionado no artigo da referida autora: “A técnica de grupos operativos pressupõe um sujeito ativo que, ao interagir com o meio ambiente, constrói o seu ritmo de vida e é, ao mesmo tempo, estimulado por este a reconstruir seu próprio estilo de vida, relacionado à sua doença” (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003, 1040). A experiência descrita denominada “jogos educativos em grupo operativo” é compreendida como abordagem construtivista interacionista. Os ‘grupos operativos’ na pesquisa descrita no artigo foram coordenados por um enfermeiro, com a participação de um endocrinologista, um nutricionista, um enfermeiro e um terapeuta ocupacional e, como convidado, um professor de educação física. Na descrição de como foram conduzidos os grupos não são encontradas relações com a técnica proposta por Pichon-Rivière, embora *O processo grupal* desse autor esteja citado nas referências. Ou seja, a autora criou uma forma própria de trabalhar com grupos, mas estes são indevidamente nomeados de operativos. Apesar da imprecisão teórica, o artigo foi publicado na conceituada e disputada revista *Revista Cadernos de Saúde Pública*, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (qualis A2). O Roteiro proposto pela FESFSUS, que agrega os três referenciais de grupo mencionados, está disponível em:

http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/protocolo_grupos.pdf.

o agir. O que pode ocorrer, mesmo quando um grupo parece estar realizando adequadamente a proposta apresentada, é uma ‘falsa tarefa’, ou seja, ‘um como se’ por se apresentar apenas na aparência, estando a elaboração psíquica ausente.

Chamava atenção, ainda nesses anos de trabalho que desenvolvi na saúde pública, a tentativa de buscar fundamentos para a prática a partir de abordagens aparentemente de fácil acesso aos trabalhadores. Na busca em que me pus para compreender o que era então chamado de ‘grupo operativo’, percebi que essa expressão era utilizada com diferentes compreensões, às vezes contraditórias, seja no nível das unidades de saúde, seja no nível de gestão.

Além disso, foi interessante perceber que isso não ocorria apenas no entendimento de uma técnica, mas também na utilização de noções e princípios importantes no contexto do SUS (cidadania, participação, exclusão/inclusão social, políticas públicas, políticas de saúde, saúde pública) que, em várias situações, eram adjetivados de formas distintas entre os membros de uma mesma equipe, mas utilizados como se todos eles estivessem dizendo a mesma coisa.

Intrigada com as versões díspares, paulatinamente foi crescendo a necessidade de compreender melhor noções e conceitos tão disseminados, com o intuito de buscar maior rigor na utilização de termos, na interpretação de teorias e na aplicação de técnicas. Com isso, tive ampliada a disposição de buscar formas de discriminar aspectos próprios do campo social que se manifestam nas (aparentemente) pequenas ações no âmbito dos serviços e nas (também aparentemente) grandes políticas públicas.

A vontade de me enfronhar nessa decifração a partir de um olhar orientado pela minha área de formação exigia a busca de referenciais teóricos para fazer jus ao rigor técnico/teórico/epistemológico necessário na discriminação de uma postura puramente ideológica de outra, fundamentada em princípios éticos/políticos. A teoria pichoniana me pareceu ser um bom começo, pois ela propunha uma técnica que vinha sendo preconizada naquele contexto de trabalho e, apesar das características próprias aqui já descritas, representava um saber sobre essa técnica e sobre a psicologia social que permitia ir mais além do que a compreensão das ações específicas realizadas na atenção em saúde.

Sobre a necessidade de rigor e discriminação de posições técnicas, políticas e ideológicas, esta parece ainda estar presente. Se voltarmos nosso foco mais uma vez para a questão das práticas grupais desenvolvidas nos serviços de saúde, considerada na linha do tempo, havemos de nos perguntar o quanto as coisas mudaram de lá para cá.

No que se refere especificamente à atuação do psicólogo, Rasera & Rocha (2010) reafirmam a escassez de estudos e discussões sobre práticas grupais em psicologia no contexto da saúde pública. Alguns desses estudos feitos na virada do milênio apontavam a falta de

familiaridade dos psicólogos com as técnicas grupais e reconheciam a grande utilização do recurso grupal como forma de intervenção nas instituições públicas. Esse recurso, no entanto, era visto com certo descaso pela maneira como o trabalho era realizado e pelas dificuldades na condução das ações grupais, também denominadas de ‘oficinas’, que consideravam a atuação para além do ‘fazer uma tarefa’ e da reintegração social no sentido de produção subjetiva promovida. Na atualidade, os autores consideram que persiste a dificuldade de implantar atendimentos em saúde pública na modalidade de grupos, apesar de sua necessidade ainda estar colocada.

Referenciados em levantamento feito com psicólogos de todo o Brasil no ano de 2006, os autores dão a dimensão do percentual de atendimentos realizados de acordo com as práticas desenvolvidas em saúde pública: 10,4% afirmaram realizar atendimento em grupo, 3,3%, oficinas e 42,1%, atendimentos individuais (RASERA & ROCHA, 2010).

Esses dados podem ter relação com questões já levantadas sobre a inserção do psicólogo, cuja formação predominante está associada à prática clínica descontextualizada e de cunho liberal no contexto da saúde pública. Características dessa natureza foram expressadas em estudo realizado por Goya e Resera (2007) sobre a atuação do psicólogo na atenção básica de saúde, que apontou falta de formação dos profissionais para o trabalho no serviço público, o predomínio de um discurso simplificado e estereotipado sobre saúde, desconhecimento dos profissionais sobre os princípios do SUS, ausência de atividades voltadas à promoção de saúde e prevenção e falta de identificação do psicólogo como um profissional de saúde.

Eu acrescentaria que, no momento de sua inserção no campo híbrido da saúde pública, a maior familiaridade dos psicólogos em relação às teorias e técnicas psicoterápicas que priorizam o atendimento individual associada a sua frágil identidade profissional parece resultar em desvalorização e visão distorcida das teorias e técnicas grupais, por sua vez, bem menos conhecidas, seja pela pouca presença nos cursos de graduação, seja pelos dilemas presentes nessa área de estudo. Representações que associam atendimento grupal a uma prática que propicia menos conhecimento acerca dos clientes e pouca profundidade de alcance na forma de cuidado não foram raras nesses meus anos de trabalho.

A desvalorização e até mesmo o descaso na forma de conduzir as atividades grupais, não se restringe aos psicólogos. Apesar de ser atividade preconizada e valorizada do ponto de vista das diretrizes e programas na atenção à saúde, a falta de conhecimento teórico e/ou de domínio de uma técnica parece levar ao desprovimento de sentido dessas ações para algo que vá além de atingir um maior número de pessoas, principalmente nas atividades de caráter educativo.

Silva et al (2003), em estudo sobre as atividades grupais em saúde coletiva, buscaram analisar as características dos atendimentos realizados em uma unidade básica de saúde e verificar a percepção dos coordenadores dos grupos acerca do alcance e das limitações dessas práticas, considerando a larga utilização desse tipo de atividade e o pouco domínio que os profissionais de saúde têm de técnicas para realizá-las. A motivação para o estudo ocorreu ao perceberem que os grupos são utilizados com uma estruturação pouco adequada, na qual nem sempre são observadas as necessidades dos usuários assistidos, e que a coordenação dessas práticas depende principalmente da disponibilidade do profissional para ser mais ou menos efetiva.

Os autores constataram que havia planejamento das reuniões dos grupos pela equipe multiprofissional da Unidade de Saúde, no entanto, a maior parte de estratégias utilizadas eram palestras, cujo padrão de abordagem e funcionamento de todos os grupos eram mantidos pelos coordenadores, independentemente da diferença dos participantes. Inexistia um enquadramento específico para cada grupo e a dinâmica grupal era pouco explorada. Assim, a prática era direcionada por erros e acertos que ocorriam no cotidiano do trabalho. Pouca disponibilidade dos profissionais para o trabalho nessa perspectiva, devido à grande demanda e exigências do serviço, foi observada (SILVA et al, 2003).

Um paradoxo chama atenção em relação à representação dos coordenadores dos grupos no estudo citado: as dificuldades em relação às atividades grupais são bastante enfatizadas, tanto no sentido da condução e da forma burocrática como são efetivadas quanto no pouco investimento, devido à condição e organização do trabalho; porém, esses trabalhadores/coordenadores afirmam que tais atividades grupais são instrumentos importantes para “a melhoria da qualidade de vida dos membros dos grupos, pois oferecem a possibilidade de um atendimento por uma equipe multidisciplinar que oferece melhores condições para que o próprio usuário aprenda a cuidar de sua saúde” (SILVA et al, p.23).

O distanciamento ou a falta de conexão entre diretrizes políticas e a implementação de práticas parece aqui se expressar como ‘ação recomendada nas ações da saúde, principalmente no âmbito da atenção básica e no cuidado às doenças e agravos não transmissíveis’ X ‘prática burocratizada e aparentemente descolada do que é reconhecido como demanda no cotidiano do trabalho’.

Apesar de contradições e paradoxos, os grupos, embora não sejam mais tão disseminados como operativos, continuam como ação privilegiada. As práticas grupais se utilizam de outras denominações, como as *oficinas* preconizadas nos campos da saúde mental e reabilitação psicossocial. As formas de conceituá-las e desenvolvê-las, no entanto, parecem repetir

fragilidades semelhantes às expostas até aqui a partir das origens dos movimentos de reformas sanitária e psiquiátrica, nos idos dos anos 1970.

Entre as novas denominações adotadas, as *oficinas*, segundo Galletti (2004), são dispositivos convocados, frequentemente, quando se fala em novas abordagens terapêuticas. Na clínica *psi*, o termo tem sido utilizado para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas, com formatos e composições diversos. Não se define por um modelo homogêneo de intervenção, expressa-se em uma multiplicidade de formas, processos e linguagens, sendo que suas ações foram se criando e se organizando nas formas de intervenção. Em relação à produção teórica, o conceito tem sido pouco explorado e a produção bibliográfica ainda é escassa¹⁸.

Considerada essa linha de discussão, as questões que vinham do final da década de 1970 parecem ainda continuar presentes. Algumas delas podem ser identificadas em sites voltados para atenção em saúde na perspectiva do SUS.

Em um deles, é possível acessar um texto-roteiro¹⁹ para o trabalho na atenção básica, que reconhece a importância das práticas de grupos a serem desenvolvidos pelas equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e incentiva a instalação de grupos compostos por usuários oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais de saúde, quais sejam, crianças, gestantes e portadores de doenças crônicas não transmissíveis, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, sala de espera e asma. Oficinas terapêuticas e grupos extramuros específicos (por exemplo, sobre enchente e doenças transmissíveis) são incluídos no rol das práticas grupais. Tais ações são entendidas como possibilidades de ampliar o “controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável”. E o texto complementa que todo esse processo é favorecido pela utilização da técnica de grupos operativos²⁰.

---

¹⁸ Desde 2004, o Ministério da Saúde definiu as oficinas terapêuticas, que podem ser expressivas, geradoras de renda de alfabetização, como uma das principais formas de tratamento nos serviços substitutivos de saúde mental (BRASIL, 2004). Em estudo sobre as oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica, realizado em um serviço substitutivo da rede de saúde mental, Cedraz & Dimeinstein (2005) observaram que esse dispositivo, para o trabalhador de saúde mental, pode, em várias situações, funcionar como oportunidade de reunir vários usuários em um mesmo lugar, sob a forma de um olhar cuidadoso, vigilante e desconfiado, como uma ‘economia do olhar’. E embora as oficinas sejam valorizadas pela sua relação com o social e o político, pela possibilidade de realização de ações extramuros, esse alcance muitas vezes não se concretiza e a ação fica circunscrita ao espaço interno da unidade de saúde. No estudo, puderam também ouvir a queixa dos técnicos em relação à ausência de capacitação continuada para coordenar as atividades que exigiriam uma certa especialização.

¹⁹ Disponível no site da Fundação Estadual de Saúde da Família (FESFSUS):

http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/protocolo_grupos.pdf

²⁰ Veja considerações sobre essa utilização na nota de rodapé 12.

As referências que subsidiaram a formulação do referido roteiro são provenientes, principalmente, da área de enfermagem que, considerando as diretrizes de planos e programas governamentais do setor saúde, tem publicado vários estudos que se referem a práticas grupais, grupo operativo e sua aplicação no trabalho de atenção básica e na capacitação dos profissionais para lidarem com esse tipo de intervenção²¹.

Soares & Ferraz (2007) abordam o problema das doenças crônico-degenerativas como alvo crescente das intervenções na área da saúde, devido à sua elevada prevalência, ou seja, mais de 40% da população atendida na atenção básica, segundo dados do Ministério da Saúde, é acometida por esse tipo de doença. E nesse contexto, afirmam as autoras, tem sido enfatizado o atendimento dessa clientela, tanto na abordagem individual quanto coletiva, com destaque para os grupos operativos. Informam ainda que, considerando esse quadro, foi criado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, objetivando “capacitar os profissionais de saúde que atuam na área da atenção básica, destacando-se nessa proposta a especificidade do trabalho com grupos operativos e a sua importância no acompanhamento e no controle do cliente” (SOARES & FERRAZ, 2007).

Estudo recente (LUCCHESE et al, 2014) buscou identificar como o grupo operativo tem sido utilizado na área de saúde, com base na seleção de artigos científicos publicados entre 2002 e 2014, tendo a análise integrativa²² como método de revisão de literatura. Além do resultado obtido com essa análise, as justificativas para a realização desse trabalho apresentam informações que nos ajudam a buscar respostas para essa indagação.

Parte-se do entendimento de que as atividades grupais podem constituir importantes aliadas para os profissionais de saúde, porque possibilitam “o uso do potencial de ajuda das pessoas que convivem com problemas ou situações semelhantes” (LUCCHESI et al, 2014, p. 824). E considerando as várias demandas colocadas para o setor saúde, essas atividades estão incluídas como parte das tecnologias previstas no Sistema Nacional de Saúde. (LUCCHESI et al, 2014)

---

²¹ O interesse crescente na enfermagem pela temática, segundo Cardoso et al (2009), ocorre pelo fato de o enfermeiro atuar como líder de equipe e assim frequentemente lançar mão desse dispositivo como estratégia de cuidado, ensino e pesquisa. A relevância do trabalho em grupo realizado pela enfermagem, segundo os autores, foi preconizada no Programa Pró-Saúde dos Ministérios da Saúde e Educação.

²² A revisão integrativa é um método de revisão de literatura, alicerce de uma abordagem chamada de Prática Baseada em Evidência que, sinteticamente, objetiva a melhoria da qualidade da assistência em saúde a partir da utilização de resultados de pesquisas nessas práticas. Em outros termos, “é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas” (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2014).

Segundo as autoras, o grupo operativo projetado na área de saúde mental e ampliado para outras áreas de atenção em saúde foi eleito para ser objeto de análise no estudo, porque é uma proposta que possibilita “a construção coletiva de projetos, fruto do diálogo e da escuta no espaço grupal, em busca da realização da tarefa comum entre os participantes” (LUCCHESI et al, 2014, p. 824).

O resultado da análise de 23 artigos, a maioria proveniente da área de enfermagem (12) e da saúde coletiva (5), identificou quatro categorias para uso do grupo operativo: na atenção à saúde das pessoas, principalmente no cuidado às doenças crônico-degenerativas; no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais; na gestão de serviços em saúde; na pesquisa em saúde. O destaque para a utilização desses grupos se deu na educação em saúde, com sua associação frequente a referenciais didático-pedagógicos em processos de ensino-aprendizagem (construtivismo e pedagogias ativas), mas apontando também ganhos terapêuticos, seja na educação e formação de profissionais, seja na atenção à saúde.

Focar as práticas grupais, particularmente o grupo operativo, segundo o recorte aqui delineado, é uma forma de abordar o contexto em que se inscreve o diálogo iniciado com a produção de Enrique Pichon Rivière, entendendo-a como muito mais ampla do que a criação de uma técnica. É uma forma de expressar a preocupação com a apropriação de recursos técnicos desarticulados de um contorno teórico e de uma reflexão sobre seu uso, necessária e muitas vezes ausente no cotidiano de trabalho repleto de demandas e urgências que não se dissipam.

O ‘grupo operativo’ assim parece ter sido apropriado além de, em muitos dos casos, ter-se tornado outra prática que restringiu a obra de seu autor a aspectos técnicos e de uso simplificado. Essa apropriação também pode ter servido como ingrediente para as equipes de saúde produzirem novas construções, parte do processo criativo, algo fundamental no trabalho em saúde. Mas essa é uma questão que mereceria ser melhor analisada e não é o propósito aqui. O que está em pauta é a interrogação sobre conceitos que podem potencializar a formulação e compreensão de problemas; a aposta na importância de referenciais consistentes, mesmo que provisórios, para iluminar o caminho profissional e a construção de equipes no contexto de trabalho – “nada é mais prático do que uma boa teoria”, como dizia Kurt Lewin (1892-1947) – e o entendimento de que a realidade complexa não pode ser apreendida por um único aporte teórico e muito menos por visões fragmentadas que se expressam em dicotomias herdadas da clássica divisão indivíduo x sociedade.

Desde minha primeira inserção no universo da saúde pública, no início de 1985, parecia fazer sentido uma abordagem teórica que se propusesse a complementar a investigação psicanalítica com uma investigação social orientada em tripla direção: psicossocial, sociodinâmica e institucional. Seria essa uma possibilidade de preservar os ganhos de uma formação específica quando se está no trabalho social de perspectiva interdisciplinar, mas ampliando-a para além de seu próprio campo?

As palavras de Pichon-Rivière pareciam trazer perspectivas no propósito de buscar o entendimento da complexidade que está posta em questões dessa natureza e também para avançar os estudos e as técnicas do campo de psicologia de modo não complementar. Eu tive a sorte de poder estudá-la ao longo de um processo de aprendizagem rigoroso e que se caracterizou como um contraponto forte diante de um universo onde predomina a escassez de referências teóricas e metodológicas que iluminem as ações profissionais²³. Mas devo registrar que, por mais sistemático e minucioso que seja o processo de apropriação de uma teoria, o resultado não deixa de ser uma leitura desse referencial que deve ser colocada à prova cotidianamente. A apropriação de um referencial teórico como guia de um trabalho pode manter os princípios básicos, a fonte, mas não é mais, necessariamente, a obra do autor que as enunciou. É uma reconstrução, parte de um processo criativo, maturada a partir da experiência singular de quem a enuncia. Desse modo, a perspectiva aqui trazida talvez já não seja mais aquela de Pichon-Rivière, mas sim o que, tendo ela por base, foi possível ser ressignificado na construção de um caminho.

A psicologia social de Pichon-Rivière, muitas vezes adjetivada de histórica, concreta ou operativa²⁴, tem sido meu guia no trabalho, seja no contexto do SUS, que inclui atenção em saúde, pesquisa em serviço e educação permanente, tripé da ação profissional²⁵, seja nas atividades de ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa e extensão universitária, tripé da

---

²³ Os estudos foram iniciados no curso de graduação em Psicologia do IPUSP, entre 1980 e 1984, nas disciplinas *Dinâmica de Grupo* e *Orientação Profissional*, sob responsabilidade da professora Maria Inês Assumpção Fernandes; já formada, os atendimentos individuais e em grupo realizados no âmbito do serviço público foram refletidos em espaço de supervisão; e os estudos se ampliaram a partir da fundação do LAPSO-IPUSP, Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social, em 1993.

²⁴ Essa forma de adjetivar a psicologia social pichoniana foi publicada em textos de Ana Quiroga, Fernando Fabris (2004), entre outros. No editorial do primeiro número da revista *Temas de Psicologia Social*, publicada em novembro de 1977, na Argentina, assim se refere: “Nasce assim uma concepção à que polemicamente denominamos psicologia social, histórica e concreta. Só a polêmica justifica esta adjetivação, já que desde nossa perspectiva, em psicologia só há um saber científico, objetivo; o saber que tome como ponto de partida ‘O homem em Situação’, a determinação social da natureza humana, e em consequência sua historicidade, abordando ao sujeito nas suas condições concretas de existência, na trama de relações que constituem sua cotidianidade”. Disponível em: http://www.ciegepr.org.br/modules/xt_conteudo/index.php?id=39

²⁵ Essa ideia de tripé da ação profissional está ligada ao entendimento que venho tendo sobre formação e será mais discutida no capítulo 4.

formação acadêmica. Tenho entendido que, para além da técnica, a teoria pichoniana oferece pistas no sentido de orientar o olhar diante das múltiplas dimensões que envolve o trabalho no âmbito público e na forma de planificar o trabalho cotidiano.

Foi considerando esses aspectos e questões que organizei uma síntese da teoria pichoniana, na qual são destacados conceitos e proposições que suscitam reflexões sobre uma práxis. Após a breve apresentação da psicologia social postulada por Pichon-Rivière, serão destacados os seguintes aspectos da teoria que parecem propiciar um diálogo frutífero com o trabalho realizado no campo social e problematização das políticas públicas: (1) concepção de sujeito e a abordagem dialética no pensamento pichoniano; (2) vínculo como objeto teórico e modalidade de interação; (3) grupo operativo como instrumento de investigação e técnica de intervenção; (4) os três sentidos de tarefa; (5) porta-voz; (6) instituição e suas dimensões.

Devo destacar, no entanto, meu acordo com o entendimento de Pichon de que toda produção é sempre autobiográfica. Se é assim, estão intimamente relacionadas as concepções teóricas de um autor e a vida que ele viveu (LEMA, 2008); e contar um pouco dessa história para esclarecer como se dá a construção de um esquema referencial pode ser um bom começo já que

o esquema de referência de um autor não só se estrutura como uma organização conceitual, mas se sustenta em alicerce motivacional, de experiências vividas. É através delas que o investigador construirá seu mundo interno, habitado por pessoas, lugares e vínculos que, articulando-se com um tempo próprio, num processo criador, irão configurar a estratégia da descoberta. (PICHON-RIVIÈRE, 2005 p. 1)

Os caminhos de Enrique Pichon-Rivière

*Não existe outro compromisso mais importante do que o que temos com a vida.
Enrique Pichon-Rivière*

Pichon-Rivière é mais conhecido e frequentemente adjetivado como criador dos grupos operativos. Muitos estudantes de graduação em psicologia, alunos de mestrado e doutorado que frequentam as disciplinas que ministrou no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do IPUSP e profissionais de saúde com quem manteve contato nesses anos de trabalho ficam positivamente surpreendidos ao tomarem conhecimento da psicologia social por ele postulada.

A densidade de seu trabalho, no entanto, é mais reconhecida em parte do meio psicanalítico, pelo lugar pioneiro ocupado por ele no desenvolvimento de uma psicanálise latino-americana. Velloso & Meireles (2007) consideram que depois de Pichon-Rivière a leitura dos principais autores da psicanálise passou a estar profundamente impregnada de suas

concepções, que fizeram com que o pensamento dos psicanalistas na américa-latina se desenvolvesse de forma inconfundivelmente diferente de outras correntes ou psicanálises do nosso tempo. Sua obra é pouco citada, reconhecem os autores, mas sua importância é indiscutível no desenvolvimento da psicanálise em nosso continente, onde foi responsável, também, por introduzir o pensamento de Lacan, seu amigo pessoal (VELLOSO & MEIRELES, 2007)

René Kaës (2004) admite essa importância, identifica-o como figura semelhante àquelas fundadoras da psicanálise e fala sobre a necessidade de re-situar o movimento das suas descobertas no contexto da fundação desse campo de conhecimento na América Latina.

Muito pode ser discorrido sobre seu papel e contribuições na psicanálise. Embora eu não tenha qualquer dúvida sobre sua relevância no desenvolvimento desse campo, vou ressaltar nessas breves considerações a importância que vejo de sua contribuição para a psicologia social, pois o próprio Pichon não se auto definia como psicanalista, e sim como psicólogo social, segundo as palavras de Ana Quiroga, com quem manteve parceria no trabalho e foi casado. Ela afirma que ele assim se identifica quando dá o salto qualitativo no seu pensamento ao entender que o sujeito, em última instância, constitui-se pelas relações sociais; “todo problema da subjetividade vem a ser um problema histórico-social e político” (IPRSP, 1986, p.45)²⁶.

Ao esclarecer aspectos de seu esquema referencial em seus escritos no *livro O processo grupal*, Pichon-Rivière assumiu sua vocação pelas *Ciências do Homem*, surgida da tentativa de resolver a obscuridade do conflito entre duas culturas marcadamente distintas que fizeram parte de sua experiência na infância:

Situado num contexto em que as relações causais eram encobertas pela ideia da arbitrariedade do destino, minha vocação analítica surge como necessidade de esclarecimento dos mistérios familiares e de questionamento dos motivos que dirigiam o comportamento dos grupos imediatos e mediatos. Os mistérios não esclarecidos no plano do imediato (a que Freud chama “romance familiar”), e a explicação mágica das relações entre o homem e a natureza determinaram em mim a curiosidade, ponto de partida para minha vocação para as Ciências do Homem (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.3)

Pichon pertencia a uma família culta proveniente do sul da França que foi viver no Chaco, Argentina, região dilacerada em disputas de terra, onde persistiam focos de resistência indígena. A família se dedicou ao cultivo de algodão e contratava a mão-de-obra da população indígena local (QUIROGA, 1985).

---

²⁶ A Professora Ana Quiroga faz essas afirmações no Seminário “O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière”, organizado pelo Instituto Pichon-Rivière de São Paulo. Na ocasião, ela e Paulo Freire respondiam as perguntas da plateia. Cf. IPRSP, 1985.

Em virtude da emigração de seus pais, desde os 4 anos ele foi testemunha e protagonista da inserção de um grupo minoritário europeu no estilo de vida das populações rurais influenciadas pela cultura guarani, na qual viveu até os dezoito anos. Incorporou, assim, dois modelos culturais quase opostos e de forma não inteiramente discriminada (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Nasceu em Genebra, em 1907, quando provavelmente sua família estava em processo de imigração para a Argentina; estar naquela cidade, segundo Pichon, foi meramente acidental. Guardou algumas lembranças dela, como a praça na qual costumava brincar – mesmo local que, anos antes, Lênin tinha o hábito de frequentar. Associa esta lembrança à vinculação ideológica com as ideias socialistas, presentes em sua vida desde a infância (LEMA, 2008).

Seu pai, na juventude, ao mesmo tempo em cultivava as ideias socialistas ingressou na academia militar; contradição que logo se explicitou ao ser expulso dessa instituição devido a sua ideologia radical. Sua mãe era mulher de personalidade forte e considerada progressista; pertencia a uma família da alta classe social francesa, gostava de teatro e recitava Racine (1639-1699) e Corneille (1606-1684) de memória. Era ainda irmã da primeira esposa de seu pai, que tivera com este cinco filhos. Pichon, único filho do casamento com essa cunhada, só foi saber dessa situação quando tinha entre 6 e 7 anos (VELLOSO & MEIRELES, 2007). Até então ele acreditava que todos os irmãos e irmãs fossem filhos da mesma mãe. Isso não trouxe problemas aparentes em família, mas sempre esteve presente como sombra, como parte do conflito familiar (LEMA, 2008).

Ainda ao relatar a história de sua família, refere-se aos deslocamentos e várias mudanças a que se submeteram, mas era pouca sua compreensão acerca dos reais motivos que os levavam a isso. Ao Chaco, chegaram depois que seu pai conseguiu uma concessão de terras do Estado argentino. Das lembranças desse lugar, recordava da postura aberta de seus pais na relação com a população local e indígena, e a atitude de respeito e simpatia que favoreceu a adaptação de seu grupo familiar naquela localidade. Em casa falavam francês, mas aprendeu o guarani fluentemente; a língua espanhola adquiriu apenas no processo de escolarização. Era uma vida de constante contato com a natureza, em que o imaginário popular estava povoado de mitos e lendas que reuniam elementos relacionados à fauna, à flora e à presença de aborígenes (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Ele, seus irmãos e seus pais viviam em uma casa simples, sempre extremamente limpa e muito acolhedora. Era feita de palha e existia o perigo de incêndio e dos ataques inesperados dos grupos indígenas (malones), deixando a família em permanente estado de tensão (LEMA, 2007). Esse clima de alerta, principalmente quando seu pai precisava ficar ausente por alguns

dias, mantinha-se pelos constantes boatos, nunca concretizados, relacionados aos malones que atacavam plantações, queimavam casas, estupravam mulheres e sequestravam crianças. Misto de realidade e fantasia mobilizadoras que lhe deixaram, como o próprio Pichon reconheceu, marcas profundas (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Riscos reais certamente existiam, seja pelas intempéries da natureza, seja pela presença dos animais selvagens, o que provavelmente permitiu em Pichon o desenvolvimento de uma importante atitude de presença e observação, mais tarde incorporada em suas técnicas de trabalho, a *observação não participante*, uma de suas primeiras aprendizagens sobre o funcionamento dos grupos humanos.

Dentre suas experiências no Chaco, em certa noite se deparou com uma onça. Diante dela e do brilho de seus olhos, ao mesmo tempo fascinado, temeroso e cheio de curiosidade, adotou postura imóvel, sem esboçar qualquer reação de defesa ou ataque. Período de tempo vivenciado como eternidade, mas que resultou na partida do bicho sem que nenhum mal lhe acontecesse (LEMA, 2008).

Essa atitude de presença ainda quando criança, de atenção plena no aqui-agora, repetiu-se em outros episódios (LEMA, 2008). Em sua juventude, Pichon manteve-se absolutamente imóvel, sem manifestar reação, quando uma peça de teatro encenada por anarquistas, em Buenos Aires, foi violentamente invadida pela polícia, que passou a agredir as pessoas. Ele passou despercebido e pôde sair do recinto como se nada tivesse acontecido. Mais tarde, quando já trabalhava como psiquiatra no Hospício de Las Mercedes, na mesma cidade, um paciente veio em sua direção com uma faca em posição de ataque. Ao permanecer na mesma atitude de quietude, o paciente soltou a arma.

São inúmeros os inusitados acontecimentos e histórias presentes na vida de Pichon nos seus primeiros dezoito anos de vida e não caberia relatar todos aqui. Apenas mais um deles vale ser destacado, devido à peculiar atitude de seu pai frente a situações improváveis na vida urbana, mas que, para aquela família, faziam parte das possibilidades e eram incorporadas de forma criativa. Um dia um enxame de gafanhotos comeu o teto de palha da casa em que viviam. Ao desaparecer o teto, seu pai, numa atitude surpreendente, exclamou diante do ocorrido: “¡Qué hermoso, qué azul es este cielo! ” (LEMA, 2008, p.16).

Para Quiroga (1985), a exigência de adaptação implicada na construção de uma identidade que pudesse integrar duas culturas tão díspares desenvolveu em Pichon um tipo de pensamento que tende a associar o dissociado, valorizar o contraste, o heterogêneo, o diferente; que permite descobrir nexos e relações onde aparentemente elas não existem. Foi a partir do poético com que se depara em ambas as culturas – o mito e a poesia na cultura guarani; os

movimentos estéticos de vanguarda dos ‘poetas malditos’ Isidore Ducasse (1846-1870), conhecido como Conde de Lautréamont, Arthur Rimbaud (1854-1891) e Charles Baudelaire (1821-1867), que Pichon integrou dentro de si os dois mundos diferentes. E pôde integrá-los porque seu grupo familiar se incluía “na terra guarani sem preconceito, com um profundo respeito por esses homens e essas mulheres que partilhavam com eles o trabalho da terra” (QUIROGA, 1985, p.20).

A internalização de uma cultura predominantemente de magia, carregada de culpa, morte, luto e loucura, em um universo dramático de experiências extraídas da convivência com a população do Chaco, pode ter sido também o que fez o menino ‘francesito’ (assim Pichon era chamado na localidade) manifestar sua expressividade poética desde cedo. Entre 16 e 17 anos, começou a escrever poemas em francês, embora, como ele mesmo dizia, fora capturado pela poesia quando ainda não estava preparado para ela. E assim quase todos os seus poemas foram por ele próprio rasgados (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

A vida do jovem Enrique, cujas mudanças de tempos em tempos seguiam a direção do Rio Paraná (Floencia, Bella Vista, Goya, Rosario), que perdeu seu pai aos quinze anos, construía-se também quando jogava futebol, praticava tênis e natação. Foi campeão de ciclismo e boxe e tinha a presença de um amigo que trabalhava como porteiro de um prostíbulo. Por causa dessa amizade, ouviu pela primeira vez falar em Sigmund Freud (1856-1939) e teve contato com escritos dele nas páginas de uma revista colecionada por esse amigo. Posteriormente, já tendo essa primeira referência, deparou-se com outros trabalhos do pai da psicanálise sobre a teoria da sexualidade, encontrados em um caixote de revistas atrás do palco onde ensaiava uma peça de teatro na sua escola. E a psicanálise, segundo o próprio Pichon, foi lhe abrindo muitos campos pelo modo de indagar o desconhecido pelo conhecido (LEMA, 2008).

Esse período de vida, de existência singular, deixou-lhe marcas profundas que se expressaram em seus vários traços de caráter, conforme bem expressam Velloso & Meireles (2007): o psicanalista, o surrealista, o transgressor, o boêmio, o socialista sem vínculo partidário²⁷, o curioso, o intrigado com o que está por trás do falado, o antropólogo, o arqueólogo, o psicólogo, o poeta, o depressivo, o Pichon triste...

A tristeza compareceu como marca distintiva de seu destino. Pichon afirmava que ela o acompanhara a vida toda, mas não se recordava de nenhuma em especial. A primeira delas teve

---

²⁷ Pichon foi um dos fundadores do Partido Socialista em Goya e candidato a deputado por esse partido. Chegando a Buenos Aires, por questões familiares, não deu continuidade a essa militância. Cf. Lema (2008).

origem na situação familiar relacionada às características do segundo casamento de seu pai e ao fato de ser meio irmão de seus irmãos (LEMA, 2008).

Estudar para revelar algo de seu próprio mistério foi se inscrevendo como marca singular no seu percurso. Pensou em estudar antropologia, sua primeira vocação científica, mas escolheu a psiquiatria porque queria entender o que denominou “mistério da tristeza”, e entendia essa área de estudos como um meio para essa busca a partir, também, da compreensão da loucura, uma das formas para combater o preconceito danoso à própria enfermidade.

Ele, no entanto, considerava o ensino de psiquiatria cheio de problemas. O material que manejavam no curso estava totalmente fora de seus propósitos de cura. A aprendizagem sobre cadáveres trazia uma contradição fundamental: era uma formação sobre os mortos para enfrentar os problemas da vida (LEMA, 2008).

Pelas características do jovem Enrique até aqui descritas, não é surpresa dizer que ele não se dedicou, na época, exclusivamente aos estudos da medicina, assim como nunca abandonou a poesia, cuja influência de Lautrèamont e Rimbaud foi sempre marcante. Seja na arte, seja na ciência, sempre esteve convencido de que sua busca era saber sobre o homem e, nele, saber sobre a tristeza que acreditava ser o fundo de todas as condutas especiais. Ciência e arte não são opostos, mas ao contrário, dois caminhos que, se transitados sem medo e com a devida profundidade e entrega, levam ao mesmo mistério (LEMA, 2008).

Nos estudos de medicina, com as críticas já assinaladas, chegou aos dezoito anos. Ingressou, por um período pequeno, em um curso na cidade de Rosário, onde logo adoeceu e voltou para casa de sua mãe em Goya. Recuperou-se e finalmente chegou, aos 19 anos, em Buenos Aires, cidade cosmopolita que definitivamente elegeu para viver.

Chegou para iniciar sua formação intelectual e acadêmica e lá encontrou o ambiente propício para conciliar a tradição intelectual europeia herdada de sua família e a transgressão boêmia e da vida noturna (VELLOSO & MEIRELES, 2007) que o excitavam e que fervilhavam naquele local e naquela época. Viveu no centro de Buenos Aires, conviveu e participou ativamente do movimento dos intelectuais vanguardistas. Na pensão em que foi morar, chamada “do Francês”, conheceu pessoas que marcaram suas vidas e teve seus primeiros vínculos de amizade nessa cidade – como aconteceu com o romancista, dramaturgo e jornalista Roberto Arlt (1900-1942), que se tornou seu grande amigo e protótipo de mestre (LEMA, 2008).

Nessa cidade, ele encontrou espaço para ampliar seus horizontes intelectuais, oportunidades que enriqueceram sua vida profissional, dentre elas trabalhar em um jornal e fazer incursões arqueológicas nos arredores da cidade. Todas essas inserções e opções profissionais – jornalismo, psiquiatria, psicanálise, arte e esportes – trouxeram marcas em

comum, cada qual a seu modo e, segundo Pichon, nelas ele “reencontrava o caminho da busca da verdade, seu modo particular de penetrar no esclarecimento da tristeza e da melancolia, do grande mistério da perda e da morte” (VELLOSO & MEIRELES, 200, p.71).

Na faculdade, apesar de crítico com o ensino deficiente, começou formalmente o aprendizado de psiquiatria. No entanto, por ter iniciado seus estudos como autodidata, quando a psiquiatria passou a fazer parte de seu mundo de trabalho, ele já tinha uma formação sólida e tecia diálogos consistentes de perspectiva interdisciplinar: por exemplo, tomava o aspecto psicológico da asma ou da hipertensão; abordava o paciente considerando suas questões orgânicas e psíquicas, buscando definitivamente romper a separação mente e corpo (LEMA, 2008).

Quiroga (1985), ao retomar o entendimento de que a experiência infantil de integração de duas culturas foi o que permitiu a Pichon o desenvolvimento de um pensamento aberto, não-dilemático, não-preconceituoso, não-autoritário ou etnocêntrico, destaca que isso tudo foi de grande importância para a compreensão que ele teve sobre a ‘doença mental’.

Com seus estudos, percebeu os loucos como seres que sofrem, marginalizados pela sociedade. Eram pessoas que acabavam sendo abandonadas em hospícios, um dos maiores problemas encontrados por ele no início de sua prática em instituições psiquiátricas. O outro grande problema foi a total incomunicabilidade entre essas pessoas internadas. Constatou que pelo menos 60% delas não recebiam nenhuma visita e que a falta de assistência era uma realidade concreta, geradora de angústia em quem trabalhava naquelas instituições. Dizia que não haveria outra opção para o médico a não ser a adoção de uma atitude dinâmica pela busca de transformação desse triste quadro. Mas alertava que essa é uma tarefa de todos e não algo possível de ser feito individualmente (LEMA, 2008).

A longa e intensa experiência de Pichon em instituições psiquiátricas, primeiro no Asilo de Torres (1932-1934) e depois no Hospício de Las Mercedes (1936-1948), articulada com suas várias inserções, possibilitaram a elaboração de questões importantes no que se refere ao campo da saúde e saúde mental²⁸. Ao transitar entre macro e microestruturas, considerar três direções de análise presentes na investigação social (psicossocial, sociodinâmica e institucional) e abordar o homem em uma só dimensão ao mesmo tempo que a pessoa é concebida como

---

²⁸ São questões atuais na sua radicalidade e que antecederam a crítica do movimento da antipsiquiatria, e nunca dialogaram sistematicamente com o campo da saúde mental e a luta antimanicomial no Brasil, como aconteceu com as importantes influências produzidas por Ronald Laing (1927-1989) e David Cooper (1931-1986); da psiquiatria democrática italiana, principalmente na figura de Franco Basaglia (1924-1980); das contribuições de Michel Foucault (1926-1984) e Irwing Goffman (1922-1982). As questões e proposições que foram construídas pós-segunda guerra, principalmente na Europa, já eram desenvolvidas por Pichon-Rivière na década de 1930, em plena América Latina em seus solos argentinos.

totalidade integrada por três dimensões (mente, corpo e mundo externo) (PICHON-RIVIÈRE, 1982), foi enfático sobre a existência do aparato de dominação em nossa sociedade, destinado, em última instância, a perpetuar as relações de produção, que são de exploração. A concepção de saúde e doença daí emergente legitima uma forma de relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo que é acrítica, ilusória e alienante.

O aparato de dominação inclui psiquiatras, psicólogos e outros trabalhadores de saúde, veiculadores de uma concepção hierárquica, autoritária e dilemática da conduta; eles se tornam líderes da resistência à mudança quando, a partir do ponto de vista racional, tratam pessoas que necessitam de cuidado como ‘equivocadas’, condicionando sua situação de cronicidade. Ao não incluírem uma problemática dialética no vínculo terapêutico, estabelecem relações reprodutoras do par dominador-dominado, não se comprometem como agentes sujeitos na tarefa do cuidado e não conseguem ir além de observadores do acontecer do paciente. Assim, a relação paciente-terapeuta não se estabelece como vínculo operativo, ou seja, como relação mutualmente modificante (LEMA, 2008).

Apesar dessa situação, e devido a ela, Pichon tinha convicção sobre a necessidade de profissionais ligados ao trabalho em saúde mental atenderem em hospitais psiquiátricos durante o tempo de formação. Estarem sob a orientação de um profissional mais experiente era um modo de terem maior implicação com a problemática do sofrimento das pessoas a serem cuidadas e poderem mudar sua própria percepção de mundo, no sentido de enfrentarem o medo da contaminação da loucura e de estarem mais abertos e comprometidos com as necessidades reais da população (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Sua prática psiquiátrica, iniciada ainda quando estudante no Asilo de Torres, trouxe aspectos interessantes na perspectiva dessas questões. Essa era uma instituição voltada ao tratamento de pessoas com deficiência mental e que abrigava, aproximadamente, 3500 internos. Na cidade não existiam médicos e os recursos eram escassos. Foi ali onde Pichon descobriu a dura condição a que eram submetidas essas pessoas e constatou a urgência de criar formas de tratamento e cuidado para elas (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Começou seu trabalho desenvolvendo atividades criativas. A primeira delas foi organizar com os internos uma equipe de futebol. O time formado sempre saía vitorioso, pois desenvolveu uma estratégia pouco comum nesse esporte, na qual todos deveriam estar sempre juntos seguindo a bola, enquanto ele ficava em posição estratégica na área do adversário apenas para receber o passe e fazer o gol. Envolveu-se em atividades assim, mas não desconsiderou a precariedade de recursos na instituição e na localidade (LEMA, 2008).

Encarregou-se de sua tarefa de médico sem descuidar jamais do time de futebol, tarefa prioritária. A importância que atribuiu ao futebol e às atividades esportivas de maneira geral foi incorporada nas suas referências para desenvolver a teoria de grupos.

Uma digressão merece ser feita. Pichon afirmava que o esporte sempre foi essencial em sua vida. Encontrou nele uma forma de adquirir forças através da experiência, pois sempre que vencias provas, seu valor não estava no prêmio, mas no reconhecimento que isso trazia junto com a certeza de estar no mundo cumprindo uma função concreta. O esporte se constituiu como esquema de sua tarefa criativa, assim como a arte e a psiquiatria; não havia diferença fundamental entre elas do ponto de vista criativo. E foi mais longe: essa possibilidade criativa está presente não só na arte e no esporte, mas também na ciência. Especificamente em relação ao esporte, entendeu que era uma das formas de combater a tristeza, tanto em quem o pratica quanto em quem é um mero espectador (LEMA, 2008).

Já no Hospício de Las Mercedes, instituição que abrigava cerca de 4.500 pessoas internadas, sua tarefa imediata foi formar grupos com o pessoal de enfermagem. Realizou essa atividade depois de perceber que os maus-tratos a que eram submetidos os internos vinham, principalmente, dos profissionais que não tinham conhecimento sobre os problemas de saúde e doença mental. Posteriormente fez esse mesmo tipo de formação com os próprios pacientes (LEMA, 2008).

Dois foram os principais problemas identificados, como ainda são hoje, com base em sua prática em asilos: um deles, o abandono das pessoas internadas pelos seus familiares e os maus tratos que recebiam na instituição. O outro envolvia a equipe de profissionais que ali prestava serviços. E percebeu algo em comum entre todos que ali se relacionavam – funcionários, pacientes e familiares –: o estranhamento que a loucura provocava.

Nos anos em que trabalhou no hospício em Buenos Aires, Pichon-Rivière consolidou sua reputação como profissional reconhecido e respeitado, tendo sua prática se tornado referência na psiquiatria e psicanálise argentinas. Muitos estudantes e profissionais já formados buscavam formação com ele, o que possibilitou a constituição de um grupo significativo de alunos e seguidores, alguns dos quais tornaram-se também reconhecidos profissionais nas áreas afins (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Nesses anos, como era próprio de seu modo de ser, dedicou-se ao trabalho no Hospício de Las Mercedes – onde recebia e agregava jovens psiquiatras e candidatos à formação psicanalítica para os quais oferecia supervisões clínicas, aulas teóricas e contato com pacientes – assim como a outras frentes. Em 1936, integrou-se à equipe clínica da Liga Argentina de Higiene Mental, em Buenos Aires, oferecendo atendimento especializado à população de baixa

renda; em 1942, participou da fundação da Associação Psicanalítica Argentina, filiada à IPA – International Psychoanalytical Association, onde contribuiu na formação de novos analistas oferecendo curso de duração anual sobre psiquiatria psicanalítica e incentivando o interesse pela psicologia social; trabalhou ainda na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, como chefe de trabalhos práticos na cátedra de psiquiatria.

Todas essas ações lhes possibilitaram dar prosseguimento ao seu trabalho – seja de investigação e ensino da psiquiatria e da psicanálise, seja de sua prática clínica, que estavam sempre estreitamente interligados – quando, por questões de ordem política frente ao quadro conturbado vivido pela Argentina, ele foi obrigado a se desligar do Hospício ao final da década de 1940.

Nesse processo de desligamento, fundou, em 1949, o Instituto Pichon-Rivière em seu consultório, que ficou conhecido como *Pequeña Salpêtrière*. Para lá atraiu muitos dos alunos com quem havia trabalhado no Hospício de Las Mercedes²⁹. E não só alunos se agregaram, mas também egressos do hospício. A pessoa que ficou encarregada da clínica era um ex-paciente e desempenhou papel curioso naquele local: fazia, por conta própria, diagnósticos das pessoas que lá chegavam, e Pichon, ao perceber que eram bastante acertados, os utilizava como uma primeira impressão daquelas pessoas. Na diversidade criativa desse pequeno espaço, correntes intelectuais se encontraram e iniciativas pioneiras foram desenvolvidas (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Essa nova fase na vida de Pichon, no decorrer dos anos 1950, coincidiu com um momento frutífero na Argentina e no cenário internacional, em que o desejo de experimentação e inovação fervilhavam. Apostavam-se em novas tentativas para melhorar as condições de vida das pessoas e da humanidade com o auxílio da ciência e com o uso da tecnologia. Foi também momento singular nas áreas das ciências humanas; a antropologia, sociologia, economia, política convergiam de forma criativa para o campo da psicologia social. Foi no contexto “deste caldo ideológico cultural que Pichon e seu grupo desenvolveram, na *Pequeña Salpêtrière*, suas inovadoras atividades no campo da saúde mental e da psicologia social” (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.130).

Nessa efervescência e sendo membro da APA, as relações de Pichon não se restringiram ao território argentino. Em 1951, viajou para Europa com sua primeira esposa, Arminda

---

²⁹ Alguns de seus alunos que se agregam na formação do Instituto: Alberto Tallaferró, Ana Kaplan, Aniceto Figueras, César Augusto Ottalagano, David Liberman, Edgardo Rolla, Elena Evelson, Fidias Cesio, Fortunato Ramirez, Heinrich Racker, Horacio Etchegoyen, Janine Puget, Joel Zac, Jorge Mom, José Bleger, Luiz G. de Álvarez de Toledo, Marcela Spira, Oscar Contreras, Salomón Resnik, José Remus Arcaico, Willy Baranger, Madeleine Baranger, entre outros. Cf. Velloso & Meireles (2007).

Aberastury (1910-1972), onde pôde se encontrar com Melanie Klein (1882-1960), cujo trabalho teórico já era referência para sua própria produção, e com outras importantes figuras da psicanálise inglesa da época.

A incursão de Pichon pela França o mobilizou a buscar mais informações para seu estudo sobre o sinistro e a vida do autor dos *Cantos de Maldoror*, Lautrèamont, o poeta uruguaio que viveu na França, precursor do surrealismo³⁰. Além disso, durante a viagem, conheceu também Jacques Lacan (1901-1981), que acabou se tornando um amigo e lhe propiciou, nessa mesma viagem, um surpreendente jantar em ambiente genuinamente surrealista.

Lacan foi médico particular de Pablo Picasso (1881-1973), amigo de Salvador Dalí (1904-1989) e André Breton (1896-1966) e escreveu em periódicos surrealistas. Além de Breton, esteve no jantar oferecido por aquele anfitrião, o precursor do dadaísmo, Tristan Tzara (1896-1963). Pichon imaginou que, nesses encontros, agregaria mais conhecimento aos estudos que fazia há anos sobre Ducasse, mas ao perceber o desconhecimento dos convidados sobre parte significativa da vida desse poeta, acabou por compartilhar seus próprios conhecimentos adquiridos durante os anos em que se dedicou à investigação. A conversa animada estabelecida nesse jantar continuou na noite seguinte em um café de Paris, rodeada de poetas, pintores e escritores do movimento surrealista. Pichon improvisou uma palestra sobre o poeta, o que durou várias horas:

Foi uma conferência rodeada de gente que amava Isidore Ducasse, totalmente informal quanto ao lugar, mas para mim mais significativa do que se houvesse dissertado na Academia de Ciências de Paris” (PICHON-RIVIÈRE apud VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.166).

Os laços de Pichon e Lacan se mantiveram a partir dali. Dizia ele que o encontro dos dois foi amor à primeira vista, e que o psicanalista francês o sentiu lacaniano do mesmo modo que ele o sentiu pichoniano: “Não somos nem um e nem o outro, mas Freud, o surrealismo e a cultura francesa foram as chaves de uma amizade imediata, que permanece inalterável no tempo. Assim se mostraram nossos sucessivos encontros”. (PICHON-RIVIÈRE, 1975)

---

³⁰ Segundo Velloso e Meireles (2007), Pichon leu os *Cantos de Maldoror* em sua adolescência, numa edição rara publicada em 1890, quando o surrealismo ainda não havia adquirido repercussão. No meio literário circulava uma superstição que associava Lautrèamont e seus *Cantos* a uma grande maldição, à loucura e ao suicídio, que cairiam também sobre aqueles que por ele se deixassem seduzir. Pichon identificou nesse conteúdo a presença do *sinistro*, tema que estave presente em sua vida desde cedo, devido a suas vivências no Chaco, e era alvo de interesse de Freud. Os autores ressaltam também a notável sensibilidade de Pichon, o que lhe permitiu identificar esse poeta como precursor do surrealismo, antes mesmo do reconhecimento desse importante movimento artístico e intelectual da cultura ocidental. Segundo Fabris (2009), esse interesse fez parte de um dos grandes eixos de seu pensamento: a relação entre o sinistro, o maravilhoso e o processo criativo que aparece pela primeira vez em 1946. O maravilhoso é entendido como a superação do sinistro, e se dá partir da vivência estética. Ideias essas abordadas a partir da vida e obra do Conde de Lautréamont.

Além dos encontros, durante a viagem, Pichon teve várias atuações no campo científico, como conferências, apresentação de trabalhos, aulas, cursos, e acabou por receber convites para continuar seu trabalho na Europa. Mas decidiu voltar a Buenos Aires, sua cidade mais querida; não se imaginava vivendo em outro lugar (LEMA, 2008).

Assim retornou e em 1953 fundou o Instituto Argentino de Estudos Sociais (IADES) e a Escola de Psiquiatria Dinâmica, que mais tarde seriam integrados na Escola de Psiquiatria Social. Nessa criação, é possível vislumbrar de forma mais clara a passagem que ele começara a fazer da psicanálise para a psicologia social. O uso do termo ‘social’ adjetivando a psiquiatria tinha um sentido distinto daquele nomeado no contexto pós-Segunda Guerra, e não foi mero reflexo do que ocorria na Europa: o propósito era ampliar a aplicação da psicanálise para outras áreas, ou ainda democratizar a psicanálise para se fazer mais útil para a sociedade. A perspectiva social é ressaltada, mas a partir do entendimento do psicológico, e novas perspectivas de intervenção serão vislumbradas nos âmbitos grupal, institucional e comunitário, com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Velloso e Meireles (2008) acreditam que a abertura de espaços independentes e criativos como esse, de ensino e reflexão, foi uma forma de Pichon, prevendo possíveis conflitos com a instituição psicanalítica a que pertencia – como veio a ocorrer posteriormente – não entrar em embate direto, podendo desenvolver seu próprio caminho, prescindindo de justificativas e esclarecimentos desnecessários diante das autoridades institucionais psicanalíticas.

Em 1954, Pichon criou, juntamente com parte de seus alunos e colaboradores³¹, a Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo. Ainda ativa, essa instituição constitui-se como lugar de intercâmbio de experiências e de produção teórica. Ao ser fundada, era local que possibilitava a reunião de psicanalistas progressistas para debaterem questões interdidas por suas instituições de origem, como funcionamento de grupos, conflitos de poder, dinâmica das instituições e seus embates ideológicos e políticos.

No que se refere especificamente a investigações e sistematização sobre grupos operativos, Pichon (2005) afirma que o ponto de partida proveio de um trabalho comunitário, ocorrido em um final de semana no ano de 1958, que ficou conhecido como *Experiência de Rosário* e se caracterizou como um laboratório social. Foi organizada pelo IADES, planejada e dirigida pelo próprio Pichon, com a colaboração da Faculdade de Ciências Econômicas, do Instituto de Estatística, da Faculdade de Filosofia e seu Departamento de Psicologia, da Faculdade de Medicina, entre outros. Envolveu trinta profissionais do grupo de Pichon e a

---

³¹ Madeleine Baranger, José Bleger, Marie Langer, Janine Puget, Gillou Garcia Reinoso, Emilio Rodríguez, Raul Usandivaras e Salomón Resnik.

participação de cerca de mil participantes; teve como propósito “a aplicação de uma didática interdisciplinar, de caráter acumulativo, que utiliza métodos de investigação da ação ou investigação operativa” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.122).

A *Experiência de Rosário* teve consequências maiores do que aquelas que seus protagonistas puderam dimensionar. Foi a marca mais precoce das experiências comunitárias explícitas; ato fundante da transmissão da teoria e técnica de grupos operativos; propiciou a sistematização da didática operativa, de núcleo básico, interdisciplinar e grupal, instrumental e operacional. Com essa experiência, a teoria e a técnica dos grupos operativos foram efetivamente consolidadas.

Os anos 1950-1960 foram intensos e produtivos para Pichon e, ao mesmo tempo, momento de acontecimentos dolorosos. Em 1956, Enrique e Arminda se separam, depois de um casamento de dezenove anos. Desde então, ele intensificou o consumo de bebidas alcoólicas, concomitantemente ao uso de medicações antidepressivas e de anfetaminas. Foi internado para processo de desintoxicação mais de uma vez; em uma delas, sua segunda esposa sofreu um acidente de carro ao ir visitá-lo e perdeu a vida.

Em 1965, Pichon conheceu Ana Quiroga, sua companheira dos últimos anos, incentivadora e colaboradora no seu trabalho. No ano seguinte, outro acontecimento o abalou profundamente: sua função de analista didata foi suspensa pela APA, apesar de ter sido um de seus fundadores e ser um psicanalista famoso e reconhecido.

O impacto desse episódio na sua vida pessoal foi drástico, como dizem Velloso e Meireles, (2007, p.181): “fragilizado pelo alcoolismo e uso excessivo de medicamentos, perdeu pacientes, sofrendo, além da humilhação moral e do golpe narcísico, sério abalo financeiro”. Daí a importância das estruturas paralelas à APA, criadas por Pichon, que possibilitaram seu contínuo trabalho com a independência que sempre buscou preservar nas suas produções.

Entre abril de 1966 e maio de 1967, artigos produzidos com Quiroga foram publicados no semanário argentino *Primera Plana*, fundado por Jacobo Timerman (1923-1999). Com a assinatura de Pichon, os artigos escritos a quatro mãos constituíram-se em um esboço do que posteriormente foi publicado no livro *Psicologia da Vida Cotidiana*, em 1970. Segundo Pichon-Rivière & Quiroga (2010), a própria realização dessa tarefa resultou em um aprendizado, em uma experiência de interação de dois esquemas referenciais que se complementavam no caminho de um objetivo comum voltado ao alcance da homogeneidade:

Vivimos nuestro trabajo periodístico como la exigencia de una indagación permanente del acontecer cotidiano, el que por ser cotidiano e inmediato, constituye, y de manera fundamental, un objeto de conocimiento científico. (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010, p.7).

As várias experiências e produções de Pichon confluíram, em 1967, com a colaboração de Ana Quiroga, na transformação da Escola de Psiquiatria Social na Primeira Escola Privada de Psicologia Social, instituição a qual Pichon dedica os últimos anos de sua vida.

Tratava-se de uma iniciativa pessoal, legitimada exclusivamente sobre o seu desejo de transmitir conhecimento, sem qualquer pretensão de se vincular, seja ao sistema oficial de ensino do Estado argentino, seja ao movimento psicanalítico. É como se dissesse: ‘aqui, ensino eu, saindo do mal-estar das ambiguidades que sofreu’. Era uma instituição de transmissão de conhecimento que rompia radicalmente com o modelo das instituições psicanalíticas clássicas. Os alunos, uma vez concluída sua formação, não se vinculavam à Escola. Não permaneciam ‘associados’ a ela, nem, sob qualquer forma, eram por ela ‘autorizados’, ‘certificados’, ‘regidos’ ou supervisionados. Em outros termos, uma proposta de ensino radicalmente insurgente e anárquica, absolutamente libertária, no estilo mais característico de Pichon. (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.200).

Esse foi um novo momento de síntese e de novas aberturas, período mais fecundo na produção de sua obra. *Psicologia da Vida Cotidiana*, em parceria com Ana Quiroga, foi a primeira delas. Em 1971, publicou *Da Psicanálise à Psicologia Social*, obra produzida em três volumes: *O processo grupal*, *A psiquiatria: uma nova problemática* e *O processo criador*. Em 1976, são publicadas as *Conversações com Enrique Pichon Riviére*, de Vicente Zito Lema, última de suas produções mais articuladas sobre seu esquema conceitual referencial operativo (ECRO). Um ano após sua morte, foi publicado *Teoria do Vínculo*, livro organizado por Fernando Taragano, um de seus seguidores, que reuniu um conjunto de aulas ministradas por Pichon na APA, entre outubro de 1956 e janeiro de 1957, sobre metodologia da entrevista.

Pichon-Riviére não se dedicou aos escritos da mesma forma que o fez na transmissão oral de suas elaborações, ideias e achados. Alguns dizem que ele havia escolhido pelo estilo socrático; os ensinamentos do homem é sua obra passada pelos seus discípulos. Diante desse modo de ser, Guilherme Vidal, um de seus discípulos, assim se refere à obra desse mestre: “heterogênea, sedutora, de limites imprecisos, rica em vislumbres geniais, nem sempre definida em sua originalidade conceitual, pela falta da congruência doutrinária que dá impulso aos grandes pensamentos” (apud VELLOSO & MEIRELES, 2007, P.134-135).

Por outro lado, o próprio Pichon, no prólogo de *O Processo Grupal*, pondera que, ao construir argumentos para a passagem da psicanálise para a psicologia social, foi necessária a ruptura com conceitos básicos dessa área de conhecimento, o que pode ter operado como obstáculo na sua própria produção:

Esta concepção de mundo interno e a substituição da noção de instinto pela de estrutura vincular (entendendo-se o vínculo como uma proto-aprendizagem, como o veículo das primeiras experiências sociais, constitutivas do sujeito como tal, com a negação do narcisismo primário) conduzem necessariamente à definição da

psicologia, num sentido estrito, como psicologia social. Mesmo que essas ponderações tenham surgido de uma práxis e estejam sugeridas, em parte, em alguns trabalhos de Freud (*Psicologia das massas e análise do ego*), sua formulação implicava romper com o pensamento psicanalítico ortodoxo, ao qual aderi durante os primeiros anos de minha tarefa, e para cuja difusão contribuí com meu esforço constante. Acredito que essa ruptura tenha significado um verdadeiro ‘obstáculo epistemológico’, uma crise profunda, em cuja superação levei muitos anos, e que, talvez, só hoje, com a publicação desses escritos, essa superação esteja sendo realmente conseguida. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.6)

Esse escrito é de 1971. No ano seguinte, em 1972, outras duas perdas importantes na vida de Pichon. Arminda Aberastury cometeu suicídio e José Bleger, um de seus principais discípulos, quem mais se dedicou a sistematizar o conhecimento produzido pelo mestre, sofreu enfarte fulminante aos quarenta e nove anos.

Bleger morreu jovem, no auge de uma carreira e muito ainda tinha para contribuir. Ele exerceu importante influência na formação dos psicólogos, foi o criador do primeiro curso de psicologia da Argentina, na cidade de Rosário. E teve destacado papel na sistematização e enriquecimento dos alicerces teóricos propostos por Pichon. Foi estudioso da obra de Karl Marx (1818-1883) e Vladimir Lenin (1870-1924) e membro do Partido Comunista Argentino (PCA), do qual foi expulso, acusado de irracionalismo pela sua vinculação à psicanálise. Psicanalista seriamente comprometido com sua formação e membro da APA, foi estudioso da psicanálise e de Georges Politzer, dispendendo um grande esforço para retomar a proposta de construir uma “Psicologia Concreta”.

Falar sobre Bleger mereceria um capítulo à parte, o que não é propósito nesta discussão. Mas lembrar dele faz sentido quando nos deparamos com o pouco conhecimento que se tem sobre Pichon-Rivière e sua obra. Apesar de muito conhecido, é um homem estranhamente desconhecido; um autor maldito, expresso na sua ligação com Lautrèamont, mas também, como dizem Velloso & Meireles (2007, p.218), “um Pichon mal dito, mal contado, mal referido, mal compreendido”.

A limitada divulgação da produção escrita de Pichon e a morte precoce de Bleger – investigador extremamente cuidadoso que organizou e avançou na construção da psicologia social formulada pelo seu mestre – somadas ao fato de ser uma obra de um pesquisador latino-americano em um continente que valoriza, e em alguns casos até mesmo enaltece, os estudos realizados no Hemisfério Norte, talvez sejam indícios sobre o pouco interesse e a restrição que essa produção ocupa em nossos círculos acadêmicos.

Questões de ordem política também devem ser consideradas. Estamos falando de países que sofreram duramente com regimes autoritários e ditatoriais. Nos últimos anos antes de Pichon morrer, a Argentina estava prestes a sofrer mais um golpe militar, que se concretizou

em 1976, sendo instalado o terrorismo de Estado, com a violação massiva dos direitos humanos e com milhares de desaparecidos.

Fabris & Galiñanes (2004) afirmam que a clínica pichoniana praticamente desapareceu dos âmbitos universitários argentinos desde a ditadura; ao final da década de 1970, o silêncio e ignorância recaíram sobre a obra desse autor, reconhecido como o mestre da psiquiatria argentina e latino-americana, profundamente respeitado por Lacan e chamado “grande irmão do Sul” por Henri Ey (1900-1977).

Vicente Zito Lema considera que é uma espécie de assassinato o que tem sido feito com Pichon, um dos fundadores da cultura argentina do século XX, no seu entender. Pichon-Rivière: uma pessoa, um escritor, um pensador, um filósofo, um psicanalista, um artista, uma das poucas pessoas que contribuíram para renovar paradigmas, desapareceu dos campos que realmente são relevantes; desaparecimento que se instituiu a partir do silêncio (LEMA, 2007).

No período de sombras, Pichon também sofreu ameaças, mesmo com sua saúde bastante prejudicada, que já vinha piorando desde 1974, e com sua péssima condição de vida aos 70 anos, pois, como muitos transgressores, chegou ao fim da vida pobre.

Num dia do mês de junho de 1977, poucas semanas antes de falecer, em comemoração aos seus 70 anos de vida, ele foi homenageado por psiquiatras, psicanalistas, psicodramatistas, psicólogos, comentaristas esportivos, historiadores, antropólogos, atores, dramaturgos, artistas plásticos, poetas do tango e músicos. Recebeu cartas de felicitações de todas as partes do mundo. Apesar da heterogeneidade, todos reconheciam em Enrique Pichon Rivière seu mestre (ADAMSON, 2000).

Morreu em 1977, no dia 16 de julho. Em seu funeral, pessoas muito próximas não puderam comparecer, por estarem sendo perseguidas, como Vicente Zito Lema, autor das *Conversações*, obra importante para compreender um pouco da genialidade desse instigante homem. Havemos de nos perguntar também o que foi possível preservar da memória de um país que sofreu toda espécie de violência, principalmente quando esta carrega um ideário que precisaria ser apagado no contexto de um sistema totalitário.

Como diz Janine Puget (apud VELLOSO & MEIRELES, 2007), Enrique foi um homem transgressor, como são os criadores. Se certas normas foram impedimentos para descobrir ou inovar, Pichon as ultrapassou. Isso aconteceu em algumas de suas inserções institucionais que se apresentavam cerceadoras na tentativa de tomar contato com aquilo que se ocultava por trás dessas normas. E transgrediu também na vida privada, sabia de seus limites, mas dormia de dia, muito pouco de noite, e assim seguia.

Os dilemas postos ao pequeno Enrique, frente a situações que implicavam articular dois universos tão distintos, continuaram complexos no decorrer de sua vida, o que colocou o adulto Pichon-Rivière – profissional e intelectual – frente a outros campos problemáticos. Mas o prazer de ganhar o jogo, porque isso traz o reconhecimento e a certeza de que se está no mundo cumprindo uma função concreta, parece ter permanecido presente nesse homem.

Como estudante de medicina, problematizou seu saber a partir das concepções sobre o psicossomático; estudando psiquiatria, nela incluiu todos os desafios da psiquiatria dinâmica; como psiquiatra, articulou todos os desenvolvimentos da psicanálise e como psicanalista, convidou seus colegas a trabalharem com a psicose no hospício, e assim por diante (ADAMSON, 2000).

Ele buscou mais que a articulação, o estabelecimento da interdependência entre áreas que pouco dialogam, manifestando seu interesse por diferentes facetas da realidade: arte e ciência, psicanálise e psiquiatria, associação de psicanálise e partido socialista, cultura aristocrática e povos étnicos. Transitou entre culturas distintas, entre diferentes áreas do conhecimento (antropologia, filosofia, psiquiatria, psicologia social), entre diferentes tipos de produção, entre posições políticas antagônicas (socialistas e burgueses). Desenvolveu práticas a partir de iniciativas diversas que variavam de intervenções técnicas oriundas da clínica e outras ligadas ao esporte, como o futebol. E enunciou seu modo de fazer essas ligações pelo que foi nomeado de esquema conceitual, referencial e operativo (ECRO), fundamentado pelo método dialético.

Essa produção está intimamente ligada com sua história, com o contexto de sua vida. E o que Pichon diz sobre sua própria vida?

“Que he estado em la tierra realizando una tarefa concreta. Esto há sido mi vida: una práxis permanente y en movimiento” (LEMA, 2008, 166).

A psicologia social, histórica e concreta

Toda investigação coincide com uma operação. No terreno das ciências sociais não há indagação que não promova mudança.
Enrique Pichon-Rivière

O pensamento de Enrique Pichon-Rivière está sistematizado em um conjunto de conceitos gerais e teóricos, referidos a um setor do real e a um determinado universo do discurso, que permite uma aproximação instrumental a um objeto particular concreto

(PICHON-RIVIÈRE, 2005). São conceitos que procuram cumprir, assim, a finalidade de dar conta de uma realidade para guiar uma ação sobre ela (QUIROGA, 2009a). Nomeado como *Esquema Conceitual, Referencial e Operativo*, esse conjunto é conhecido como ECRO e está fundamentado no método dialético³².

Para compreender o que expressa cada um desses termos, em primeiro lugar é necessário entender que *esquema* diz respeito a um conjunto articulado de conhecimentos; é produto de uma abstração, estrutura de um conhecimento. Embora possa ser dada a ele uma conotação rígida, dentro da perspectiva dialética é uma estrutura dinâmica, em contínuo movimento, uma Gestalt (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Quando o adjetivo *conceitual* é agregado, isso dá a dimensão de que o conjunto proposto é organizado de conceitos universais que permitem uma aproximação adequada a um objeto particular, a uma situação concreta a pesquisar ou resolver. Pichon diz que o esquema primeiro é conceitual, “inclui todos os conceitos que se têm em uma estrutura que possui um aspecto consciente e um aspecto inconsciente, que vai se modificando com o passar do tempo e com o caminho dos conhecimentos da experiência” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.120).

Em outros termos, o *esquema conceitual* é um sistema de ideias que alcançam uma vasta generalização; funciona como sínteses de proposições que estabelecem as condições segundo as quais se relacionam entre si os fenômenos empíricos. Esse conjunto de conhecimentos proporciona linhas de trabalho e investigação, e sempre deve ser passível de retificação ou ratificação.

O esquema é *referencial* no sentido de ser utilizado para discriminar algo em relação ao sistema anterior e, ao mesmo tempo, ao próprio esquema referencial; é a discriminação a respeito de um objeto de conhecimento e do esquema prévio com o qual foram feitas as considerações sobre o conhecimento atual; é o processo incessante da mente a respeito de qualquer problema (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

O aspecto *referencial* reporta-se, portanto, a um campo, a um segmento da realidade, sobre o qual se pensa e opera, e aos conhecimentos relacionados com esse campo ou fato concreto que será referido na operação (PICHON-RIVIÈRE, 2005; LEMA, 2007). Diz respeito

---

³² Pichon se refere ao método dialético baseado em Lenin e seus Cadernos Filosóficos: “a essência do método dialético está na divisão de um todo e o conhecimento de suas partes contraditórias”. A identidade de princípios antinômicos expressa uma lei do conhecimento e uma lei do mundo objetivo. A lei de identidade ou unidade dos contrários indica que em todos os fenômenos, em todos os processos da natureza, no pensamento e na sociedade, existem tendências contrárias que se excluem reciprocamente, enquanto se relacionam, o que permite a compreensão de sua autodinâmica e nos proporciona a chave dos processos de mudança (LEMA, 2008, P.107).

a determinados modelos de pensar, sentir e agir, de estar no mundo; a estrutura subjetiva com seus esquemas mental, corporal e de ação.

O termo *operativo* é aspecto fundamental nessa construção. O critério de *operatividade* representa o que em outros esquemas é critério tradicional de verdade, ou seja, a adequação entre pensado/enunciado e objeto. Na formulação proposta, o que menos importa é a interpretação exata entre ambos. Quando se está diante de uma situação social concreta, não interessa apenas que a interpretação seja exata, mas que haja uma adequação em termos de operação, adequação das hipóteses à realidade, que se expressa pela possibilidade de promover uma modificação criativa da realidade, segundo a concepção pichoniana de adaptação ativa.

Pichon é enfático ao afirmar que toda e qualquer investigação, principalmente no campo das ciências sociais, coincide com uma operação, pois não há qualquer indagação que não modifique a situação na qual emergiu.

Na abordagem de um campo de conhecimento, a construção de um *esquema conceitual, referencial e operativo* é importante no sentido de conduzir a uma atitude autocrítica, tanto do ponto de vista das retificações e ratificações, que se dão pelas sínteses de teoria e prática, quanto pela análise sistêmica e semântica do ECRO. Esses são aspectos que se aproximam de uma filosofia da ciência, já que estão presentes uma *epistemologia*, definição de conhecimento e critério de verdade (ou operatividade); uma *metodologia*, indagação dos métodos incluídos no ECRO; uma *sistemologia*, que é estudo do ECRO como sistema complexo de conceitos; é análise sistêmica, que pode ser intrasistêmica quando estuda sua articulação e sua coerência interna, ou intersistêmica quando é analisada sua relação com os outros ECRO. Essa construção inclui também os aspectos superestrutural e infraestrutural. O primeiro é dado pelos elementos conceituais; o segundo inclui elementos emocionais e motivacionais que dizem respeito à verticalidade do sujeito, à sua experiência de vida, e que determinam as modalidades de abordagem da realidade (LEMA, 2008).

O marco conceitual pichoniano, constituído como ECRO é denominado de *psicologia social*. Nessa construção, Pichon-Rivière lança mão de três grandes campos disciplinares que são seus sustentáculos: (1) as *ciências sociais*, que contribuem com concepções que refletem sobre a macroestrutura, sobre o sujeito situado na estrutura social e na cultura a que pertence, destacando-se as contribuições de Robert Merton (1910-2003), Charles Wright Mills (1916-1962) e Henri Lefebvre (1901-1991); (2) a *psicanálise*³³, que reflete sobre as identificações

---

³³ Os aportes da psicanálise na construção da psicologia social pichoniana são bem mais extensos e se fosse mencionar de forma mais detalhada essas implicações, seria necessária a escrita de um capítulo à parte. Uma reconstrução histórica da obra de Pichon pode ser acessada em textos produzidos por Fernando Fabris (autor do

inconscientes na constituição do esquema referencial subjetivo e sobre as vicissitudes subjetivas nos processos de mudança, além de fornecer os conceitos de inconsciente e desejo, sendo que este será transmutado em necessidade que se transforma a partir da prática social³⁴; (3) a *psicologia social*, que oferece noções importantes formuladas por George Mead (1863-1931) – como o conceito de *papel* e o *outro generalizado*, subsídios para a compreensão de processo social na constituição do mundo interno – e os aspectos teóricos-técnicos da dinâmica grupal de Kurt Lewin, cujos conceitos possibilitaram, entre outras, a compreensão dos processos de interação e dos fenômenos que nesses processos se suscitam³⁵ (ADAMSON, 2000).

E o que investiga a *psicologia social* pichoniana?

Como nos diz Quiroga (1998), trata-se de um objeto de grande complexidade que expressa a multiplicidade de processos e de relações que mutuamente se determinam e se afetam. Sua especificidade é investigar a relação dialética e fundante entre a ordem sócio-histórica e a subjetividade.

Nas palavras do próprio Pichon:

A psicologia social que postulamos tem como objeto o estudo do desenvolvimento e da transformação de uma realidade dialética entre formação ou estrutura social e a fantasia inconsciente do sujeito, sustentada sobre suas relações de necessidade. Em outras palavras, a relação entre estrutura social e configuração do mundo interno do sujeito, relação que é abordada a partir da noção de vínculo. O indivíduo humano é um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam. O sujeito não é somente um sujeito relacionado, é um sujeito produzido. Não há nada nele que não seja a resultante da interação entre indivíduos, grupos e classes (LEMA, 2008, pp.107-108, tradução nossa).

O objeto teórico da psicologia social é o *vínculo*, ou seja, a relação dialética entre estrutura social e fantasias inconscientes. O que permite definir a psicologia como social é o

---

livro Pichon Rivière, *um viajero de mil mundos: génesis y irrupción de un pesamiento nuevo*, publicado em 2007, pela editora Polemos, Buenos Aires), sendo que parte deles está acessível no site <http://www.espiraldialectica.com.ar/>.

A relação de Pichon com o pensamento psicanalítico, principalmente com a produção de Freud e depois com a de Melanie Klein, é de rupturas e continuidades. Fabris se reporta a um dos momentos de Pichon como um freudiano que via e conceitualizava essa teoria com olhos próprios, considerando principalmente sua prática nos hospitais psiquiátricos. As rupturas, entendidas sob a ótica do pensamento dialético, significaram negação do prévio, conservação de alguns aspectos e emergência do novo (a superação dialética). Assim, muitos aspectos da psiquiatria e da psicanálise foram conservados na passagem que faz Pichon para a psicologia social. Uma das heranças preservadas nesse marco conceitual se expressa na análise dos processos inconscientes.

³⁴ Como postula Marx em *As teses sobre Feuerbach* e a *Ideologia alemã*.

³⁵ As contribuições dos três campos, tal qual a nota anterior, estão apresentadas de forma bastante sintética. Uma sinopse da obra, evolução e contextos do pensamento de Pichon-Rivière foi produzida por Fernando Fabris e sistematizada graficamente. Trata-se da totalidade da obra pichoniana, com referência aos tempos e contextos da produção, fruto de dez anos de investigação, ainda em curso, cujo resultado será apresentado em obra futura. Está disponível no site: <http://www.espiraldialectica.com.ar/>.

desenvolvimento da concepção de *mundo interno* ou *grupo interno*, conceito básico que agrega o ECRO pichoniano (LEMA, 2008). O *grupo interno* se constitui a partir dos *vínculos internos* que se articulam progressivamente e estão em relação dialética – ou não – com os *vínculos externos/grupo externo*. Por sua vez essa correlação permite a construção das *matrizes de aprendizagem*; o interjogo dialético entre estes fenômenos/processos permitirá o advir do *ECRO primário*.

O mundo interno ou grupo interno define-se como conjunto de relações internalizadas que passam do que está fora (mundo externo ou grupo externo ou vínculos externos) para o mundo interno e se encontram em permanente interação. São relações sociais internalizadas que reproduzem, no âmbito do ‘eu’ (ou das “matrizes de aprendizado”), relações ecológicas (LEMA, 2008). É “um sistema, no qual interagem relações e objetos, numa mútua realimentação. Em síntese, a inter-relação intra-sistêmica é permanente, enquanto se mantém a interação com o meio” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.6). No processo de investigação busca-se compreender qual representação cada sujeito tem de seu próprio mundo interno; cada um constrói de maneira particular uma fantasia sobre ele (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Se essas relações se apresentam como objeto da psicologia social, o instrumento de investigação ou campo operacional privilegiado é o *grupo*. Com base nele se faz a investigação do interjogo entre grupo interno (dimensão psicossocial) e grupo externo (dimensão sociodinâmica); a “observação das formas de interação, dos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.238) ou das “formas de interação que nos conduzem a estabelecer hipóteses acerca de seus determinantes” (LEMA, 2008, p.107, tradução nossa).

Como disciplina, essa psicologia social é significativa, direcional e operativa; orienta-se para uma práxis da qual surge seu caráter instrumental.

Seu ponto de partida é uma prática. A experiência dessa prática, conceituada por uma crítica e uma autocrítica, realimenta e corrige a teoria por meio de mecanismos de retificação e ratificação, obtendo uma crescente objetividade. Configura-se uma marcha em espiral sintetizadora, para elaborar uma logística e construir uma estratégia, que através da tática e da técnica dê caráter operativo a planejamentos de tipos diversos para que se possa realizar a mudança aspirada – que consiste no pleno desenvolvimento da existência humana através da mútua modificação do homem e da natureza. Por que nossa valorização da práxis? Porque só ela introduz a inteligibilidade dialética nas relações sociais e restabelece a coincidência entre representações e realidade. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.239).

Outra característica importante da psicologia social é estar inscrita numa crítica da vida cotidiana por abordar o sujeito imerso em suas relações sociais, em suas condições concretas de existência. Pichon explicita a coincidência de seu ECRO com os estudos de Henri Lefèbvre,

para quem as ciências sociais encontram sua realidade na profundidade sem mistérios da vida cotidiana; e ressalta que nossa consciência dessas relações pode perder seu caráter trivial e mistificado, na medida em que o instrumento teórico e sua metodologia permitam investigar a gênese dos fatos sociais compreendidos como pluralidades fenomênicas multideterminadas (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Se é assim, a reflexão psicológica que se propõe a uma compreensão científica do sujeito na especificidade de seus processos psíquicos e como totalidade integrada nas suas três dimensões (mente, corpo e mundo exterior) deverá incluir indagações que permitam o acesso à complexidade de relações determinantes da emergência e do desenvolvimento da subjetividade como fenômeno social e histórico.

O aspecto essencial e imediato a ser considerado nessa análise são os sujeitos em suas condições concretas, ou seja, os modos como a existência material se produz e se reproduz, como se dá a inserção dos sujeitos no processo produtivo, a distribuição do que se produz e a relação entre o produzido e sua distribuição de acordo com as necessidades dos sujeitos que constituem uma organização social. Todos esses fatores são determinantes da cotidianidade:

Um pastor de cabras de Purmamarca, uma tecedora de tear de Santamaría, um trabalhador rural de La Pampa, um engenheiro de fábrica em um centro urbano, todos fazem parte de um mesmo povo, de uma mesma formação histórico-social. No entanto, sua interpretação do real é distinta, como são também suas emoções, sua posição frente à vida e morte, a saúde e a doença, seus estilos de aprendizagem, sua sexualidade, sua organização familiar, seu manejo do tempo. Essas diferenças surgem das diversas formas que envolvem suas vidas cotidianas, já que produzem e reproduzem sua vida com modalidades distintas de inserção no processo produtivo sob diferentes formas e relações de produção. (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010, p.10, tradução nossa)

Com esses fundamentos, Pichon compreende o sujeito como *emergente* produzido na complexa trama de vínculos e relações, é um sujeito em situação. Sujeito determinado, mas também produtor, ator e protagonista, configurando-se em uma atividade transformadora, em uma relação dialética, mutuamente modificadora com o mundo; relação que tem como motor a necessidade (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010).

A cotidianidade é entendida como a manifestação imediata em um tempo, em um ritmo e em um espaço das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza em função de suas necessidades, das complexas relações sociais que regulam suas vidas em uma época histórica determinada. A cada época e a cada organização social corresponde um tipo de vida cotidiana, considerando que essas diferenças de tempo e espaço são determinantes dos distintos tipos de relação dos homens com a natureza e com os outros homens (QUIROGA, 2009a).

A vida cotidiana é também conjunto multitudinário de fatos, atos, objetos, relações e atividades que se apresentam em forma dramática, como mundo-em-movimento, como ação. Ela se organiza em torno da experiência, da ação, do aqui do meu corpo e do agora do meu presente; mostra-nos o mundo subjetivo que o ‘eu’ experimenta; é também mundo intersubjetivo, social e compartilhado (meu mundo é um mundo onde vivo com os outros). São expressões da cotidianidade: “a família em que nascemos e aquela que constituímos, a revista que lemos, a televisão, o cinema, o teatro, a cozinha, as alternativas da moda, os meios de transporte, o trabalho, o esporte, o sexo, o tipo de consumo, a nossa economia, a música que escutamos, etc.” (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010, p.13, tradução nossa).

Enfim, a vida cotidiana é predominantemente experiência de ação, expressa uma organização espaço-temporal particular em que o modo de viver se transforma em um mecanismo irreflexivo, não consciente e de ação. Os fatos são aceitos de forma naturalizada, como partes de um todo conhecido e autoevidente, como algo que não cabe ser questionado e nem requer verificação já que constituiriam o real por excelência (QUIROGA, 2009a).

Essa valorização do cotidiano, como autoevidente e inquestionável, tem origem e fundamento em um sistema social de representações ou ideologias que encobre e distorce o cotidiano, que mistifica o cotidiano enquanto oculta sua essência segundo os interesses dos setores hegemônicos da sociedade, ou seja, oculta seu caráter de manifestação concreta das relações sociais, de organização social das relações entre necessidades dos homens e recursos disponíveis. “Esse encobrimento e essa distorção se dão através de um mecanismo peculiar, característico da ideologia dominante, pelo qual se ‘naturaliza’ o social, universaliza-se o particular e se a temporaliza o que é histórico” (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010, p.14, tradução nossa).

Diante dessas problematizações, Pichon e Quiroga (2010) alertam para o fato de que a vida cotidiana reivindica uma crítica, uma atitude analítica e científica que faça frente à consciência ingênua. Essa crítica pode ser realizada em dois momentos: experimentando e vivendo essa cotidianidade, já que a prática se constitui como primeiro momento de todo processo de conhecimento; estabelecendo uma ruptura com a familiaridade acrítica, com o mito do óbvio e do natural, com o sistema que mostra o real como autoevidente.

Na perspectiva da psicologia social, essa crítica implica o estudo das leis que regem, em cada formação social concreta, a emergência e decodificação das necessidades dos homens, a organização e as modalidades de resposta social, além de vincular essas necessidades a cada estrutura interacional. Em síntese, a psicologia social deve indagar as leis que regem a configuração do sujeito, a partir do interjogo entre ‘necessidades e satisfação’ e ‘sujeito e

contexto', já que é nele que se organizam o sistema perceptivo, o universo de conhecimento e as formas de acesso a essa ordem de significação que é histórico-social e simbólica (PICHON-RIVIÈRE & QUIROGA, 2010).

Com tudo que expõe Pichon-Rivière na constituição de seu ECRO, entendo a existência de uma condição transdisciplinar na *psicologia social, histórica e concreta* – ou da *psicologia da práxis*, como proposta por Kazi (2006). De acordo com o que bem expressou Adamson (2000), estamos diante de um sistema aberto ao diálogo com outras produções teóricas e, do mesmo modo, aberto à práxis.

Vários dos autores citados aqui, inclusive o próprio Pichon no prólogo de seu livro *O processo grupal*, tratam essa perspectiva de ECRO como interdisciplinar. Mas seu proponente foi mais longe se considerarmos que há um eixo organizador em seu pensamento quando concebe todas as ciências do homem convergindo em um objeto único, o *homem-em-situação*, suscetível de uma abordagem pluridimensional, uma interciência.

Se a matéria-prima dessa construção se constitui de vários tipos de saberes – e, no caso das disciplinas, a relação entre elas não é apenas de colaboração – estamos diante de um conhecimento que se constrói no *entre* e no *trans*. Talvez Pichon-Rivière não tenha se explicitado em termos de uma perspectiva *transdisciplinar* porque esse termo ainda não estava presente nos meios acadêmicos ou similares. Surgido ao final da década de 1960, praticamente de modo simultâneo nos trabalhos de pesquisadores tão diversos como Jean Piaget (1896-1980), Eric Jantsch (1929-1980) e Edgar Morin (1921), foi inventado para traduzir uma necessidade quase regozijante de transgredir as fronteiras entre disciplinas, especialmente no campo da educação, e superar o uso de termos como multi e interdisciplinaridade (NICOLESCU, 1996).

Uma *carta* que se tornou referência para discussão desse tema³⁶, produzida no *Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade*, em 1994, faz menção aos efeitos da fragmentação do saber, a partir da proliferação de disciplinas acadêmicas, que impediriam qualquer visão global do ser humano. Apresenta entre outros princípios: ser uma perspectiva totalmente aberta no diálogo entre campos que se reconciliam, como é o caso das ciências exatas com as ciências humanas, as artes, a poesia; reconhecer a existência de diferentes níveis de realidade que são regidos por lógicas diferentes.

Atualmente, muito tem-se discutido sobre transdisciplinaridade, pensamento complexo, epistemologia da complexidade, etc. Discussões que levam à construção de esquemas conceituais, metodologias e epistemologias diversos; que tratam, à sua maneira, de buscar

---

³⁶ *Carta da Transdisciplinaridade*. Disponível em: <https://blogmanamani.files.wordpress.com/2013/08/carta-da-transdisciplinaridade.pdf>

diálogo entre manifestações culturais e campos problemáticos distintos, até mesmo entre aqueles considerados inconciliáveis. São modos transgressores de desenvolver o pensamento, como fez Pichon ao ultrapassar as normas que impediam a descoberta; ao associar o dissociado; ao valorizar o contraste, o heterogêneo, o diferente; ao buscar nexos e relações onde aparentemente eles não existem e se esforçar na construção de uma epistemologia convergente, a partir de seu objetivo de superar antinomias científicas e a fragmentação nas práticas e ações do ser humano.

O entendimento de Armando Bauleo (1932-2008) acerca da construção pichoniana é elucidativo das questões que atravessam esse campo: a psicologia social surge dos esforços para entender as interinfluências entre o psiquismo e o mundo exterior; entre o sujeito e a sociedade; entre o mundo interno e o mundo externo; entre o homem e seu contexto; entre uma subjetividade individual e os fatores sociais; entre o que se considera psicológico e o social; entre o eu e o outro. Nesse sentido, pode-se dizer que a psicologia social se ocupa de todos esses *entre*, ou dessas vinculações que são difíceis de desemaranhar, pois não é possível identificar flechas que vão e vem de um polo ao outro, já que são intrincadas combinações de contatos, de reações e contrarreações, de complexas percepções, de organizações porosas, de estruturas que em alguns momentos são exteriores e outras, interiores. É possível dizer que a psicologia social emerge como uma psicologia no social e como o social que emerge em plena área psicológica.

E continua sua reflexão:

“Se não há outra psicologia que a Psicologia Social, isso não é apenas um duro golpe; não seria isso também a grande derrocada e o desaparecimento da concepção individualista de sujeito?” (BAULEO, 2006, p.9, tradução nossa).

Concepção de sujeito e a abordagem dialética no pensamento pichoniano

O homem é um ser de necessidades que se satisfazem apenas socialmente em relações que o determinam. Não há nada nele que não seja resultante da interação entre indivíduos, grupos e classes.

Enrique Pichon-Rivière

Ana Quiroga, ao abrir seu texto que discute a concepção de sujeito no pensamento de Enrique Pichon-Rivière, traz questões relevantes no contexto das discussões feitas até aqui. Ela

lembra que a toda reflexão científica, particularmente a reflexão psicológica, subjaz uma concepção de homem que se inscreve em uma *Weltanschauung*³⁷, sistema de representações latentes não necessariamente explicitadas em um discurso, mas mesmo assim presentes nas distintas práticas desenvolvidas no meio social (QUIROGA, 2009a).

A concepção de homem, bem como de natureza, da ordem social e histórica e das suas inter-relações constituem-se como lugar teórico explícito ou implícito, como sistema de representações a partir do qual se coloca o problema do sujeito e seu comportamento. É essa *Weltanschauung* que orienta a formulação desses problemas. E o que norteia a pertinência dessas perguntas é a prática contextualizada no interior de um sistema social de representações. É a prática que interroga os fatos e, no processamento dessa prática, emerge a teoria como resposta que tenta progressivamente dar conta da complexidade de suas relações e determinações.

Quiroga (2009a) ainda ressalta que, no campo dos processos psíquicos, aqueles que os investigam, indagam suas leis baseados em sua prática concreta – por exemplo, na experiência clínica quando ocorre a passagem à interpretação e à conceptualização dessa prática –, mas fazem isso fundamentados em sua concepção das ordens natural, social e histórica, que convergem na concepção de sujeito.

O uso de concepções no interior de uma *Weltanschauung*, muitas delas presentes de forma inconsciente, que opera como perspectiva de abordagem e compreensão de uma realidade e na elaboração de uma psicologia científica, conduz à discussão para as relações que se estabelecem entre ciência e ideologia.

Este problema foi, para Pichon e Quiroga, objeto de estudo sistemático ligado à reflexão epistemológica e esteve sempre presente no trabalho que realizavam. Segundo a autora (QUIROGA, 2009a), baseados nessa tarefa buscaram redefinir os termos do debate ‘ciência ou ideologia’, resgatando a presença de um terceiro fator fundante e muitas vezes escamoteado nessa discussão: a base social, os interesses sociais que expressam cada concepção de mundo, cada *Weltanschauung*, como reflexo das práticas dos homens articulados em uma sociedade determinada. É assim que procuraram evitar o falso dilema de natureza idealista que se expressa nessa interrogação e recolocaram essa relação em outros termos: (1) concepção de mundo, de

---

³⁷ *Weltanschauung* é um termo alemão, cujo sentido etimológico é ‘concepção do universo e da relação do ser humano com ele’, ‘visão de mundo’, ‘contemplação, concepção, ponto de vista, intuição, convicção’. Segundo Houaiss (2001), no sentido filosófico é “conjunto ordenado de valores, impressões, sentimentos e concepções de natureza intuitiva, anteriores à reflexão, a respeito da época ou do mundo em que se vive; cosmovisão, mundividência”

homem e de história; (2) base social objetiva, interesses sociais que essa concepção expressa; (3) conhecimento objetivo.

O processo de conhecimento humano tem seus fundamentos nas necessidades materiais que os homens resolvem nas relações sociais. Em consequência, a prática social, complexa e contraditória, opera como fator determinante no desenvolvimento do conhecimento. O complexo e o contraditório dessas relações, a diversidade de interesses operantes nessa estrutura, determinam, por sua vez, formas de pensamento, de representação, de conhecimento. Emergem daí diversas modalidades de interpretação do real. Todas as formas de ideologias são reflexo da existência social. Em uma sociedade dividida em classes, as ideologias também têm caráter de classe. Uma delas expressa os interesses de um setor dominante na sociedade, o compromisso de perpetuar uma determinada ordem social, consolidando uma organização, um sistema. (...) Então, seu discurso será por ‘naturalizar o social’, ‘eternizar o histórico’, ‘universalizar o particular’, fragmentar e dissociar o que constitui uma totalidade. No entanto, outras classes sociais, na luta com a visão dominante, firmaram compromisso com a descoberta, a desocultação das relações entre natureza, homem e sociedade. Seus interesses objetivos coincidem com o desenvolvimento do conhecimento científico. (QUIROGA, 2009a, pp.35-36, tradução nossa)

E conclui Quiroga (2009a) que a possibilidade de uma concepção de homem, por exemplo, operar como obstáculo epistemológico na elaboração de uma psicologia científica não depende de sua relação com um nível ideológico, de seu pertencimento a uma *Weltanschauung*, mas das características dos interesses sociais que expressa e do contexto social e histórico em que foi desenvolvida.

Introduzir questões dessa ordem no contexto de discussão que este trabalho propõe – refletir sobre caminhos que articulam psicologia social e políticas públicas – tem um duplo objetivo, e aqui farei uma digressão.

O **primeiro** deles é assinalar a importância de indagar acerca do caráter ontológico e epistemológico das concepções que fundamentam uma construção teórica e as práticas a ela associadas. A reflexão desenvolvida neste capítulo refere-se ao esquema conceitual pichoniano e à psicologia social que dele se expressa; mas pergunto se essas indagações, além de fazerem parte das preocupações da produção de conhecimentos científicos, não deveriam necessariamente ser também daqueles que se preocupam com as construções que originam as práticas sociais e são originadas pelas mesmas, como no caso das políticas públicas.

Como já referido³⁸, não tem sido incomum encontrar trabalhos acadêmicos, textos e pesquisas que se apropriam de documentos governamentais (cujo conteúdo descreve programas, políticas adotadas e leis) para serem tratados como referencial teórico, de forma

---

³⁸ Vide página 23, nota de rodapé número 8.

naturalizada, como se leis e tudo que delas decorre não fossem parte da construção social. De quais concepções de sujeito, de Estado, de sociedade, de direitos sociais, essas propostas políticas são portadoras?

Mencionei anteriormente a importância do Estado como agente na promoção das políticas que são implantadas frequentemente com base em um projeto de governo. O grau de intervenção do Estado na forma como se expressam os governos nas proposições, implantação e implementação de ações e programas é assunto que está sempre em debate nos diferentes âmbitos da vida social, inclusive naqueles da vida cotidiana.

Visões diferentes de sociedade, de Estado, de sujeito, geram projetos políticos e de intervenções diferentes. Se nos ativermos às duas visões clássicas sobre Estado – de *Bem-Estar Social* e *Liberal* – é possível ter um panorama do conjunto de questões que isso nos traz.

Uma delas é saber se há clareza sobre as concepções que constituem a abordagem que se toma como referência para definir certos conceitos, por exemplo, Estado. Como nos diz Höfling (2001), não é possível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social da sociedade. Se a perspectiva tomada é a de uma visão crítica, a partir de perspectivas marxistas, por exemplo, o Estado no contexto do capitalismo é entendido como Estado de uma sociedade de classes, que atua como regulador das relações sociais a serviço da manutenção das relações capitalistas em seu conjunto. Se a perspectiva estiver mais próxima da visão do liberalismo econômico, que se desenvolve a partir de Adam Smith (1723-1790), as funções do Estado estão voltadas essencialmente para a garantia dos direitos individuais (direito à propriedade privada como direito natural, à liberdade e aos bens necessários para conservar a vida), sem interferência nas esferas da vida pública e na esfera econômica da sociedade.

Segundo uma perspectiva crítica, posição que venho explicitando no decorrer desse trabalho, não é preciso ir muito fundo na análise das concepções que qualificam o Estado Liberal – principalmente na sua versão atual denominada Neoliberalismo³⁹ – para constatar que nele são ressaltados os fundamentos do *individualismo*.

Para ilustrar essa ideia, lanço mão da discussão feita por Höfling (2001) sobre Estado e políticas públicas na área da educação. A autora lembra que as teses neoliberais estão voltadas, fundamentalmente, à crítica das proposições de John Maynard Keynes (1883-1946), inspiradoras do Estado de Bem-Estar Social.

---

³⁹ Neoliberalismo é um termo do qual se depreende conceitos que sofreram variações no decorrer dos tempos. A partir da década de 1970, passou a ser associado às teorias dos economistas Friedrich Hayek (1899-1992), da Escola Austríaca, e Milton Friedman (1912-2006), da Escola de Chicago. A produção sobre esse tema é intensa e não faz parte do propósito deste trabalho uma discussão mais aprofundada sobre esse assunto.

Os neoliberais são defensores enfáticos das liberdades individuais, críticos severos da intervenção estatal e elogiosos das virtudes reguladoras do mercado. Para eles, as políticas sociais são consideradas como entrave ao desenvolvimento da acumulação capitalista e um dos fatores responsáveis pela crise que a sociedade atravessa. Guiados pela recomendação de ‘menos Estado e mais mercado’, entendem que a intervenção estatal inibe a livre iniciativa, a concorrência privada e se constitui como ameaça aos interesses e liberdades individuais. Ao contrário, o que deve equalizar as relações entre indivíduos e oportunidades disponíveis principalmente na estrutura ocupacional da sociedade é o *mercado*. Sendo assim, políticas universalizantes são totalmente rejeitadas, pois as possibilidades de escolha das famílias e pessoas, por exemplo no caso da educação, estariam comprometidas porque elas não viriam necessariamente ao encontro de suas expectativas. Para ampliar a oferta de orientações e modelos educacionais, possibilitar o direito de livre escolha, aliviar os setores da sociedade que não irão utilizar o sistema público, apesar de contribuírem com impostos para financiá-lo, e estimular a competição entre serviços oferecidos no mercado, a proposta é que o Estado transfira suas responsabilidades ao setor privado. Em outros termos, que desenvolva ações descentralizadas, articuladas com a iniciativa privada “a fim de preservar a possibilidade de cada um se colocar, de acordo com seus próprios méritos e possibilidades, em seu lugar adequado na estrutura social” (HÖFLING, 2001, p.38)⁴⁰.

O acento no individual, nas qualidades que diferenciam um indivíduo de outro com base em seus méritos pessoais, ressalta-se nessa perspectiva de viés economicista sobre Estado que tem presença no âmbito das políticas públicas da qual decorrem práticas – e nas quais profissionais de diversas áreas, com suas visões de mundo diversas e contraditórias atuam.

---

⁴⁰ Embora apresentando de forma muito sucinta essa discussão e estando ciente de que outros aspectos importantes devem ser considerados, arrisco dizer que esse tipo de concepção esteve presente na Reforma de Estado brasileira, conduzida pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), implantada em 1995, que tinha entre seus objetivos a redefinição e redistribuição das atividades estatais. Segundo Marilena Chauí, o plano e a implantação dessa Reforma visavam, em última instância, a adaptação do Estado brasileiro às exigências impostas pelo capital, que já não precisava mais ter o Estado como parceiro econômico e regulador da economia. Na redefinição e redistribuição das atividades estatais implicadas nessa Reforma, foi se constituindo um campo de serviços não exclusivos do Estado que podiam ser realizados por instituições não estatais. Sendo assim, saúde, educação e outros setores passavam à qualidade de serviços que o Estado apenas provê, sem executar uma política. Nesse contexto, o desenvolvimento de práticas ‘inclusivas’, desvinculadas de instâncias governamentais, começou a ser institucionalizado, normalizando-se assim a *desresponsabilização* dos níveis estatais e a *responsabilização* cada vez maior dos indivíduos e de suas famílias sobre seus próprios fracassos ou sucessos. (CHAUI, 1999). Vemos hoje cada vez mais presente as Organizações Sociais (OS) na gestão de serviços de saúde, educação e outras áreas sociais, conforme previsto no Plano da Reforma: “Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em Entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar a descentralização definida na reforma” (MARE, 1995). As OS não representam a iniciativa privada nos moldes acima referidos, mas, depois delas, o caminho parece ter se aberto para posições e ações dessa natureza.

Depreende-se dessa perspectiva liberal, uma concepção de sujeito que está no plano da reflexão, e também no plano das práticas; concepção que nos remete ao já mencionado dilema que opõe indivíduo e sociedade, e que se fez presente nos primórdios da constituição da psicologia científica que, de certa forma, acabou por aprofundar essa cisão.

No campo social, portanto, se a compreensão sobre o Estado que sustenta a tomada de decisão é fundamentada no pensamento liberal/neoliberal, os encaminhamentos de uma forma, pelo menos do ponto de vista oficial. Se essa compreensão está fundamentada numa perspectiva crítica ao modo de produção capitalista, os encaminhamentos serão outros. E essas compreensões não dizem respeito apenas a uma questão de abordagem, mas sim de concepções metodológicas e “implicam pressupostos, conceitos, posturas teóricas, sistematizações intelectuais, proposições políticas, enfim, concepções de mundo e sociedade diferentes” (HÖFLING, 2001, p.31).

Contudo, mesmo que haja uma compreensão crítica da sociedade preponderando na formulação de leis, diretrizes e programas no campo das políticas sociais, isso não significa que na implementação dessas ações seja mantida coerência em relação às concepções norteadoras de sua construção. O setor saúde oferece situações que evidenciam esse tipo de contradição. Ayres (2001), ao analisar a concepção prevalente de sujeito nas práticas de saúde no contexto do SUS, constata que a concepção predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os valores e pressupostos orientadores das principais propostas de renovação de conceitos e práticas de saúde na atualidade. São práticas que partem dos princípios de integralidade, equidade, participação e pressupõem o caráter relacional e reconstrutivo das identidades subjetivas, mas na sua operacionalização prevalece o caráter individualista, apriorístico e objetificado de sujeito.

Com essa breve discussão de um tema que é denso, complexo e que não cabe ser aqui discutido, não está em questão se uma escolha ou um posicionamento são melhores que outros, mas sim chamar atenção sobre a necessidade de sabermos de onde falamos quando tomamos uma posição e sobre o que guia nossa ação quando estamos no campo da prática.

Sobre o processo de escolha ou de construção de uma teoria, ele nos diz muito sobre um modo de estar no mundo – Pichon-Rivière com o caminho que trilhou parece ser testemunha disso. E não me parece que uma escolha teórica seja feita *a posteriori*, depois de serem conhecidas as concepções que constituem essa teoria. Tenho constatado em situações diversas, que ela é feita muito mais por identificação, porque a elaboração dessas concepções exprime em palavras um modo de ser, ainda insuficientemente ou não elaborado, do sujeito que a procura.

Essa afirmação precisaria ser mais investigada, mas independentemente disso ela traz um aspecto que pode ser importante quando relacionado aos problemas ligados à formação profissional, aspecto fundamental do trabalho no campo social. Quanto e como é possível em um processo de formação haver apropriações dessa ordem, ou seja, haver consciência dos processos internos no ato de conhecer que possibilite ir além de uma ilusão de conhecimento, que é, portanto, desconhecimento?

Bleger nos lembra o mito que é considerar um investigador se aproximando de seu objeto de estudo com a mente em branco e sem ideias preconcebidas (PICABEA, 2009). Penso que é um mito também esse tipo de aproximação nos estudos de qualquer teoria ou outro tipo de conhecimento.

Aqueles que trabalham no campo social e têm se apropriado de leis, planos e programas governamentais e não-governamentais de forma naturalizada carecem de um conjunto de indagações acerca das concepções de sujeito, organização social e Estado que estão na base das diretrizes políticas definidoras dessas proposições. Carecem também de indagações acerca de si mesmos, sobre sua *Weltanschauung*, sobre o que os faz se identificar com uma ou outra posição política, considerando essas concepções que estão na sua base.

Tais questões podem conjugar-se também com aspectos da formação nos cursos de graduação expressos nas estruturas curriculares e projetos políticos pedagógicos. O que vem sendo propiciado aos alunos acerca de compreender o que subjaz nos conhecimentos que lhes são oferecidos? O que lhes é proporcionado no sentido de desenvolverem um espírito crítico, um método de interrogação e elaboração que lhes permitam ingressar na vida profissional com potência criativa e agregadora?

O **segundo** objetivo que mobiliza o desenvolvimento da reflexão sobre o valor cognoscitivo das concepções de mundo na reflexão científica é apresentar, mesmo que sucintamente, como Pichon fundamenta a psicologia social, a partir da concepção de sujeito determinado social e historicamente e, ao mesmo tempo, explicitar alguns aspectos importantes e pouco discutidos de seu ECRO, e talvez por isso considerado polêmico.

Um deles refere-se ao diálogo estabelecido entre psicanálise, que se constituiu a partir de Freud, e o materialismo histórico e dialético, a partir de Marx e Friedrich Engels (1820-1895).

Pichon-Rivière é um pensador inscrito na corrente materialista dialética da psiquiatria e da psicologia de forma bastante original. Seu pensamento só pode ser entendido dentro dessa referência filosófica que é articuladora de todos os conceitos de seu ECRO. Influências do

pensamento marxista já estavam presentes em seus escritos na década de 1930, mas passaram a ser fundamento de sua teoria psicológica, principalmente, quando propôs os conceitos de vínculo e espiral dialética, na década de 1950 (FABRIS, 2004). Como já apontado, essas formulações implicaram o rompimento de Pichon com o pensamento psicanalítico ortodoxo.

Ao discorrer sobre as múltiplas relações possíveis entre psicanálise e marxismo, Bleger (1988) se refere como frequentes as superposições e confusões ocorridas em várias interpretações que passaram a circular sobre essa ligação. A teoria pichoniana foi até denominada, erroneamente, de pertencer a uma corrente freudo-marxista.

Esse autor entende que Freud, ao realizar sua sistematização teórica sem conhecer a dialética de forma explícita, precisou fazer um grande esforço para expressar seu percurso dialético, já que não tinha instrumento conceitual adequado, pois suas referências para essa construção eram a lógica formal, o mecanicismo e a metafísica. A psicanálise se constituiu integrada por três condições fundamentais e interdependentes – como procedimento de investigação, método terapêutico e um corpo de hipóteses e teorias – e estendeu seu campo de ação ao estudo psicológico do ser humano em todas as ordens da vida. Isso teria levado muitos a crerem na psicanálise como concepção total da vida e do mundo, como uma ideologia ou uma *Weltanschauung*, ao invés de compreendê-la como campo científico, produto e reflexo de um momento histórico. Se é um campo científico, como toda outra ciência, estaria limitada a se dedicar a estudos de fenômenos específicos (BLEGER, 1988).

O marxismo, por sua vez, é entendido por Bleger como uma concepção de mundo, natureza, vida e sociedade, que tem como proposta mudar as condições de vida da sociedade; seu instrumento ou método é o materialismo dialético, também produto de um acontecimento histórico social. Mas diferente da psicanálise, e de outros campos científicos, sustenta uma ideologia e um instrumento para esses campos, ao mesmo tempo em que se enriquece e se autoexamina com as contribuições e avanços científicos deles. E assim o autor sintetiza a relação entre psicanálise e marxismo: (1) se a psicanálise é um campo científico particular e o marxismo, uma concepção de mundo, não cabe comparação, conciliação, integração ou exclusão entre ambos; (2) o marxismo pode ser comparado, opor-se, contradizer-se ou se integrar somente com outra concepção de mundo e, assim, somente com concepção que fundamenta e com a qual se constrói a psicanálise; (3) não cabe comparação também, porque o marxismo, como concepção de mundo, pode estudar o desenvolvimento científico como resultado das forças sociais em jogo – essa é a sociologia do pensamento e da investigação. E conclui: não é possível colocar em pé de igualdade marxismo e psicanálise. É um erro, além disso, qualificar a abordagem pichoniana de freudo-marxismo, pois esta é uma posição de

conciliação quando busca demonstrar o caráter marxista da psicanálise ou salvar o marxismo com a ajuda da psicanálise (BLEGER, 1988).

A formulação “o homem como ser de necessidades que só se satisfazem socialmente em relações que o determinam” é aspecto importante para compreender como Pichon-Rivière fundamenta uma psicologia que coloca o social como uma nova problemática. Foi baseado em sua prática, como já bem ressaltado, e particularmente na prática clínica que, ao ser sistematizada, surgiu o problema do sujeito remetido à dialética entre mundo interno e mundo externo, entre sujeito e contexto vincular-social.

Nos últimos anos, ao uso instrumental da lógica formal acrescentou-se o da lógica dialética e o da noção de conflito, em que termos não se excluem, mas estabelecem uma continuidade genética com base em sínteses sucessivas. A operação corretora ou terapêutica é levada a termo seguindo o trajeto de um vínculo não linear, que se desenvolve na forma de espiral contínua, através da qual se resolvem as contradições entre as diferentes partes do mesmo sujeito. Inclui-se assim uma problemática dialética no processo corretivo ou no vínculo com o terapeuta, que funciona como enquadramento geral, permitindo investigar contradições que surgem no interior da operação e do contexto em que ela ocorre. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, P.10)

Na trajetória dessa construção, Pichon estabeleceu ligações entre dois elementos teóricos estreitamente relacionados, embora oriundos de níveis de generalização distintos: a *concepção de homem*, que considera as ordens histórico-social, simbólica e da cultura como o especificamente humano, e um *critério de saúde*, chamado também de adaptação ativa à realidade ou aprendizagem, meio de análise das formas de relação do sujeito com o mundo, da relação constitutiva da subjetividade.

“A concepção pichoniana de sujeito o define como *emergente* configurado num sistema vincular-social, a partir do interjogo fundante entre necessidade e satisfação, interjogo que remete, por sua vez, a uma dialética intersubjetiva” (QUIROGA, 2009a, p.39).

Aqui se expressa a dialética constitutiva do subjetivo que se desenvolve pela interpenetração dos pares contraditórios necessidade/satisfação e sujeito/contexto vincular-social, na qual a *necessidade* comparece como fundamento motivacional.

A necessidade é ‘motor’ dessa relação dialética, ‘abre o jogo’ entre sujeito e contexto e determina a primeira contradição experimentada pelo sujeito. “Para superá-la, este ‘sujeito da necessidade’ opera sobre a realidade, material e simbolicamente e se transforma, transformando também o contexto externo” (FERNANDES, 1989, p.43).

A contradição entre necessidade e seu oposto, a satisfação, se dá no interior do sujeito, mas a fonte de sua gratificação está no mundo externo. Em outros termos, a necessidade surge como aquela que nega a satisfação e, na relação dialética, ocorre a superação do par

contraditório, já que a necessidade não poderá mais ser satisfeita de acordo com a situação anterior, e sim no mundo externo. O momento do nascimento é bem ilustrativo desse movimento. Não há como retornar ao útero materno para que sejam satisfeitas as necessidades inscritas a partir do momento do parto. Ao contrário, a satisfação só poderá ocorrer no movimento para fora, na relação que se constitui com o objeto externo, no contexto vincular-social. Esse movimento constitui-se contínuo, como uma espiral na qual o sujeito estará sempre diante de novas solicitações que são inscritas como necessidades, e nela vai se modificando. A necessidade se apresenta, em princípio, como um elemento de ordem biológica, referida à base orgânica (material) do comportamento do sujeito e, desse modo, qualquer traço da vida psíquica só poderá se constituir a partir da experiência, nas relações concretas; o psiquismo não se desenvolve desvinculado de uma relação experiencial, social.

Importante lembrar que há nesse entendimento de ‘necessidades’, influências da tradição marxista⁴¹. A construção desse conceito representa uma das rupturas que Pichon faz com a psicanálise quando se distancia de concepções acerca de instintos inatos de ordem psíquica e o propõe como alternativo aos conceitos de pulsão e desejo.

No meu entender, os instintos de vida ou de morte são, de fato, uma experiência em forma de *comportamento* em que o social está incluído através de momentos gratificantes ou frustrantes, produzindo-se a inserção da criança no mundo social. Ela adquire através dessas frustrações e gratificações a capacidade de discriminar entre vários tipos de experiências como primeira manifestação de pensamento, construindo assim uma primeira escala de valores. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, P.18)

Ele lança mão da psicanálise de Melanie Klein para teorizar sobre o processo de constituição psíquica, mas abre mão das ideias de instinto de vida e instinto de morte, reafirmando o entendimento de que qualquer traço da vida psíquica só poderá constituir-se a partir da experiência, das relações concretas. As primeiras dessas experiências são vividas corporalmente. O momento do nascimento é registrado pelo bebê com rudimentares níveis de organização orgânica, e não psíquica; ela se inscreve como uma experiência excessivamente exigente em termos de adaptação, pois

significa uma perda maciça das condições prévias (respiração placentária, sensações, ausência de gravidade) e uma enorme demanda de adaptação às novas condições

⁴¹ Para Marx, o homem é um ser de necessidades e, no conjunto delas, estão as necessidades biológicas como comer, dormir, reproduzir-se; mas o que o diferencia dos animais é o fato de produzir instrumentos que agem como mediadores na satisfação de suas necessidades (MARX & ENGELS, 1998; MARX, 1983).

Segundo Fraga (2006), a dimensão ontológica e a força hermenêutica do conceito de necessidades humanas podem ser percebidas pela presença em variadas abordagens, áreas e linhas de pensamento, mesmo que seja de forma latente por não estarem explícitas de maneira formal nos escritos. O autor entende que as necessidades não são uma noção sem importância, mas uma determinação estruturante da existência humana. Elas estiveram presentes como preocupação nas tentativas dos autores que aproximaram marxismo e psicanálise, como Eric Fromm, Wilhelm Reich, Herbert Marcuse, entre outros.

vitais; consequentemente, nesse momento, parece-nos lógico o lugar preponderante do interjogo *Necessidade-Satisfação*, o registro de tensão de necessidade. (...) este registro de necessidade, talvez a primeira forma de registro do tempo, é também o ponto de partida de um processo de constituição da identidade. (QUIROGA, 209c, p.64, tradução nossa)

A situação de nascimento é compreendida como *emergente* do interjogo entre os ciclos vitais materno e fetal, do caráter interacional do processo de gravidez e parto; significa um salto de qualidade do qual o sujeito se constitui. É momento de descontinuidade, em contraposição à continuidade objetiva existente até o momento do parto; de passagem a uma nova organização vital (outro ritmo metabólico, hormonal, fisiológico, emocional), tanto para o bebê quanto para a mãe (QUIROGA, 2009c).

Essa é uma situação, portanto, de perda da adaptação prévia, do útero materno. É experiência caótica e confusional em virtude das vivências de *perda* (da situação conhecida, supostamente prazerosa, da vida intrauterina) e de *ataque* (vivido pelas estimulações externas, sensações novas, intensas e desagradáveis) que se seguem. O ritmo com que essas sensações se sucedem confunde o recém-nascido em face do novo que surge. Essa nova situação configura-se como fonte de ansiedades relacionadas a dois medos básicos: *medo da perda* de estruturas já estabelecidas (ansiedade depressiva) e *medo do ataque* pela falta de instrumental para lidar com a situação desconhecida (ansiedade paranoide).

A diminuição ou resolução da *tensão de necessidade* se dá primeiramente no contato corporal do bebê com sua mãe; o registro corporal é considerado o antecedente da dimensão intrasujeito, do mundo interno, do psiquismo que se constitui em processo contínuo e gradual: satisfação da necessidade, satisfação no contato com o meio, novas necessidades. Tem-se a inscrição do *vínculo* que nesse movimento dialético evolui para uma representação mental e consequentemente à mútua transformação do sujeito-objeto. Modalidade de interação, o vínculo, conceito que será discutido no próximo tópico, é entendido como

uma estrutura complexa de interação, não de forma linear, mas em espiral, fundamento do diálogo operativo, em que a cada giro há uma realimentação do ego e um esclarecimento do mundo. Quando essa estrutura se estanca pelo montante dos medos básicos, paralisam-se a comunicação e a aprendizagem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.27)

Aprendizagem e comunicação são aspectos fundamentais desse processo. A forma de comunicação que o bebê tem, inicialmente, de buscar satisfação no mundo externo se dá por uma atividade reflexa motora: o choro.

O choro é uma descarga motora da sensação ou tensão provocada pelo desprazer; é uma ação, uma *conduta* com uma intenção (no nível motor) de resolver a tensão interna. Essa conduta, o choro, emerge no contexto vincular-social e traz um significado.

A conduta revela um caráter essencialmente relacional. Fundamentada nas contribuições de Daniel Lagache (1903-1972), é entendida como o conjunto de respostas significativas pelas quais um ser vivo em situação integra as tensões que ameaçam a unidade e o equilíbrio do organismo; é conjunto de operações fisiológicas, motoras, verbais e mentais, pelas quais um organismo em situação reduz as tensões e realiza suas possibilidades (BLEGER, 1984). Segundo Pichon, é a expressão de um vínculo em termos daquilo que se vê; é a forma de a pessoa reagir, de se expressar de um modo particular diante de um acontecimento que está influenciando sobre um objeto, mesmo que este seja inanimado (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Na comunicação estabelecida entre mãe e bebê, o choro adquire um significado que vai além de descarga motora, leva a mãe a investigar o que faz o bebê chorar e adquire um significado social. Se decodificado como sinal de necessidade, a mãe levanta hipóteses acerca do que ocorre com seu bebê. Pode supor que seja fome, assim coloca o seio em sua boca e ele para de chorar. Ao entrar em contato com o seio da mãe, o bebê experimenta outra atividade motora, o sugar. O leite materno ingerido acalma a fome, e a suposta sensação boa contextualizada na cena será internalizada. Este ato é entendido como um objeto de aprendizagem, da mãe e do bebê, e instrumento material concreto do vínculo. Assim, o choro tem, ao mesmo tempo, as funções de descarga motora, modificação do mundo interno e do mundo externo.

O choro é, assim, uma ação concreta que desencadeia uma forma própria de relacionamento entre mãe e bebê. É uma ação do bebê que, ao ser significada, integra-se à relação vincular e será desencadeadora de uma nova situação em que a mãe, com base em suas experiências, fantasias e representações, dará um sentido e passará a ter um determinado tipo de conduta que, por sua vez, desencadeará novas atitudes no bebê.

Nesse caso, a mãe identificou a necessidade do bebê, que pode ter uma experiência gratificadora. Se isso não ocorre ou leva um período maior de tempo até a experiência de gratificação, outro tipo de registro entra em cena: a frustração ao invés da gratidão. Nos termos kleinianos, a experiência é de um objeto mau, aquele que frustra, em oposição àquele que gratifica, o objeto bom.

Mas o bebê não tem ainda uma maturação biológica suficiente para perceber e tolerar uma situação em que um mesmo objeto gratifica e frustra. A hipótese é a de que sentimentos de amor e ódio pelo mesmo objeto são extremamente aterrorizadores e desorganizadores; e a

forma de lidar com essa situação contraditória é utilizar, com rudimentares formas organizativas, as *técnicas operativas* que atuam no sentido de diminuir o sentimento aterrorizante. Elas são similares aos mecanismos de defesa definidos na teoria psicanalítica, mas não são assim chamadas porque têm um caráter instrumental que se processa no sentido de uma adaptação ativa à realidade, não estão identificadas com o processo de adoecer. Serão entendidas desse modo apenas se houver paralisação no processo de aprendizagem, que é *adaptação passiva à realidade*. Nesse caso, a posição instrumental, cujas técnicas principais são cisão e dissociação do objeto, introjeção, projeção e idealização, será nomeada como *posição esquizoparanoide*.

Na situação que envolve o bebê em relação com sua mãe, a cisão do objeto permite que ele vá se fortalecendo pela presença e internalização das sensações boas. É como se existisse um objeto extremamente bom, idealizado, que o protegesse. Ao ser internalizado, esse objeto possibilita discriminações e fortalecimento do ego do bebê. Por outro lado, um objeto experienciado como mau e aterrorizador é projetado para o mundo exterior. Objeto idealizado e objeto ameaçador mantêm-se separados até que haja predominância das experiências boas e que a maturação biológica seja suficiente para encaminhamento da superação dessa situação, isto é, que os aspectos opostos possam ser vistos no mesmo objeto. Nesse processo, o sentimento de frustração é entendido como parte da aprendizagem, do desenvolvimento, uma vez que sem ele não haveria tensão de necessidade e movimento no sentido da resolução, de interação com o mundo externo.

Contudo, esse momento em que se integram as características contraditórias no mesmo objeto será de tristeza, pois o objeto idealizado é perdido. Por outro lado, não há mais objeto perseguidor, e o medo de que o ódio possa destruir o objeto amado vai se arrefecendo. Surgem outras técnicas operativas ligadas à inibição dos impulsos destrutivos e à possibilidade de tolerar a frustração. Este momento é nomeado como *posição depressiva*: é momento integrador, em que a aprendizagem se concretiza a partir da relação e é processo de adaptação ativa à realidade.

Faz parte deste processo de constituição do sujeito, a alternância das *posições instrumental e depressiva*, que se expressa como movimento dialético de constituição da subjetividade e do processo de conhecimento.

Essa forma de compreensão da constituição psíquica está referenciada nos pressupostos da psicanálise, principalmente nas contribuições de Melanie Klein. Descrição e discussão mais detalhadas dos conceitos referentes a esse processo podem ser obtidas principalmente nos estudos de Ana Quiroga, particularmente no livro *Proceso del constitucion del mundo interno*.

A superação da forma distorcida de conhecer a realidade ou a maior coincidência entre representação interna e o mundo externo é sinal de saúde. A partir da herança advinda de sua prática em psiquiatria, Pichon inclui na sua construção teórica o par conceitual saúde e doença, que será definido como adaptação ativa ou passiva à realidade.

Com o termo adaptação, referimo-nos à adequação ou inadequação, coerência ou incoerência da resposta às exigências do meio, à conexão operativa e inoperante do sujeito com a realidade. Ou seja, os critérios de saúde e doença, de normalidade e anormalidade, não são absolutos, mas situacionais e relativos. Definida a conduta, a partir do estruturalismo genético⁴², como uma ‘tentativa de resposta coerente e significativa’, podemos enunciar o postulado básico de nossa teoria da doença mental: toda resposta ‘inadequada’, toda conduta ‘desviada’, resulta de uma leitura distorcida ou empobrecida da realidade. Ou seja, a doença implica uma perturbação do processo de aprendizagem da realidade, um déficit no circuito da comunicação, processos estes (aprendizagem e comunicação) que se realimentam mutuamente. Desse ponto de vista, entendemos que o sujeito é sadio na medida em que apreende a realidade numa perspectiva integradora, em sucessivas tentativas de totalização, e tem capacidade para transformá-la, modificando-se por sua vez a si próprio. O sujeito é sadio na medida em que mantém um interjogo dialético no meio, e não uma relação passiva, rígida e estereotipada. A saúde mental consiste, como dissemos, numa aprendizagem da realidade através do enfrentamento, manejo e solução integradora dos conflitos. Podemos dizer também que consiste numa relação, ou melhor, numa atitude sintetizadora e totalizante, na resolução das antinomias que surgem em sua relação com a realidade. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, pp.198-199)

No bojo dessa discussão, Pichon vai trabalhar com o entendimento de uma *doença única*. Ele toma a situação depressiva como fio condutor de todo o processo de adoecer e do processo de cura. A depressão é entendida como situação patogenética básica, na qual as ansiedades depressiva e paranoide manifestam-se pelo abandono do vínculo anterior (a partir da situação do nascimento) e pela insegurança social do novo vínculo. As demais estruturas patológicas são configuradas sobre a base de uma estereotipia das técnicas operativas, próprias da posição esquizoparanoide, que ocorre frente às tentativas fracassadas e inadequadas de cura (ou diminuição das ansiedades). Da inadequação, ou perturbação da leitura da realidade, deriva o caráter patológico dessas estruturas.

Esse entendimento está relacionado com o modo como Pichon buscou elaborar e compreender a tristeza. Para ele, sua origem sempre está relacionada a uma perda, que pode ser de natureza afetiva, derivada de uma crise econômica, de uma privação de liberdade ou outra causa. Por ser situação de perda, estará sempre ligada a um conflito, por isso a situação patogênica depressiva é ponto de partida de toda enfermidade mental: “a tristeza deve ser enfrentada porque a partir da depressão nascem todas as enfermidades mentais”. E essa situação

---

⁴² Pichon-Rivière está se referindo aqui às contribuições de Lucien Goldmann (1913-1970).

só poderá ser resolvida pela *recriação progressiva do objeto*, tarefa essencial para reconstruir o que foi destruído e que afeta a leitura da realidade (LEMA, 2008, pp.63-64).

Considera a depressão, ou a tristeza, como uma estrutura cujos princípios que intervêm na sua causação, seja essa estrutura patológica ou normal, são: (1) policausalidade que tem como parâmetros os fatores constitucional (aquilo que a criança traz ao nascer), disposicional (fixação criada durante o processo de desenvolvimento) e atual (privação ou perda que determina um ponto do desenvolvimento); (2) pluralidade fenomênica que considera as três dimensões fenomênicas da mente com suas respectivas projeções denominadas em termos de áreas (mente, corpo e mundo); (3) Continuidade genética sustentada na existência de um núcleo patogenético central (depressão básica); (4) mobilidade das estruturas; (5) papel, vínculo e porta-voz; (6) situação triangular (PICHON-RIVIÈRE, 2005; LEMA, 2008).

Em relação à situação depressiva, considera a existência de cinco formas características: *protodepressão* (que a criança vive ao abandonar o útero); *posição depressiva do desenvolvimento* (situação de luto, perda como no desmame, ambivalência, culpa); *depressão de começo ou desencadeante* (frustração ou perda, início da patologia); *depressão regressiva* (regressão aos pontos disposicionais anteriores à posição depressiva); *depressão iatrogênica* (a tarefa corretora que tenta a integração das partes do ego do paciente) (PICHON-RIVIÈRE, 2005; LEMA, 2008).

A depressão iatrogênica merece um destaque aqui por referir-se a uma tarefa terapêutica, na qual se tenta a condução da posição esquizoparanoide à posição depressiva, momento de integração do objeto, do ego e do vínculo. Para Pichon não há processo terapêutico sem sofrimento, pois obrigatoriamente se passa por essa depressão. Nesse processo adquire-se o *insight* e capacidade para elaborar um projeto no qual morte está incluída como situação concreta que permite encarar os problemas existenciais. Elaborar um projeto significa elaborar um futuro adequado de uma maneira dinâmica, por meio da adaptação ativa à realidade, com estilo próprio, ideologias próprias de vida e uma concepção própria de morte.

Critério de saúde, noção de conduta, concepção de homem e de sujeito são aspectos que possibilitam compreender a passagem que Pichon faz da psicanálise para a psicologia social. Como já apontado anteriormente, o que permite apresentar uma nova problemática para a psicologia, ou defini-la como social, é o desenvolvimento da concepção de mundo interno, constituído como processo de uma progressiva internalização dos objetos em interação.

Este mundo encontra-se em permanente interação, interna e com o mundo exterior. Através da diferenciação entre mundo externo e mundo interno, o sujeito adquire identidade e autonomia (sentimento de *mesmidade* ou vivência do self). A noção de mundo interno aparece como possibilidade de resolver o conflito entre o geral e o particular. Assim entramos no terreno da ecologia interna, que investiga os

mecanismos pelos quais se constrói um mundo interno em interação permanente com o externo através de processos de introjeção e projeção. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.75)

Das contribuições de Melanie Klein, Pichon lançou mão ainda de conceitos como relação de objeto e identificação projetiva, devido a suas necessidades práticas, mas elas logo se tornaram teóricas e filosóficas. Eis aqui o princípio do que veio a se configurar como noção de vínculo (FABRIS, 2007) e como um dos pontos de ruptura das concepções da teoria pichoniana com a psicanálise.

Vínculo: objeto teórico e modalidade de interação

*A relação entre estrutura social e configuração do mundo interno do sujeito é abordada através da noção de vínculo.
Enrique Pichon-Rivière*

Pichon-Rivière considera que a passagem da psicanálise à psicologia social foi possível depois de sua formulação do conceito de estrutura vincular, instrumento de análise da gênese e das formas de relação entre estruturas de personalidade e estrutura social. A descoberta da índole social do comportamento, a partir da investigação de sua estrutura, marca uma das rupturas de sua teoria com a psicanálise.

Quero esclarecer que a passagem não significa renegar as contribuições da teoria psicanalítica, pois é a partir delas, integradas às da teoria marxista e aos elementos elaborados por aqueles que trabalharam numa tentativa de totalização, que se pode fundamentar e construir a psicologia social. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.231)

Foi a indagação analítica do mundo interno que levou Pichon a ampliar o conceito de relação de objeto e a formular a teoria que entende vínculo como

uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem. Essas relações intersubjetivas são dirigidas e estabelecidas com base em necessidades, fundamento motivacional do vínculo. Tais necessidades têm um matiz e intensidades particulares, nos quais já intervêm as fantasias inconscientes. Todo vínculo, assim entendido, implica a existência de um emissor, de um receptor, uma codificação e uma decodificação da mensagem. Através desse processo comunicacional, torna-se manifesto o sentido da inclusão do objeto no vínculo, o compromisso do objeto numa relação não linear, mas dialética, com o sujeito. Por isso insistimos que em toda estrutura vincular (e com o termo estrutura já indicamos a interdependência dos elementos) o sujeito e o objeto interagem, realimentando-se mutuamente. Nessa interação ocorre a internalização dessa estrutura relacional, que adquire uma dimensão intra-subjetiva. A passagem ou internalização terá características determinadas pelo sentimento de gratificação ou frustração que acompanha a configuração inicial do vínculo, que será então um vínculo 'bom' ou um vínculo 'mau'. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.5).

Ao ampliar a concepção de relação de objeto para vínculo, Pichon está buscando uma noção que ofereça maior concretude à sua investigação. Considera a teoria de relação de objeto pobre quando comparada à teoria do vínculo, pois enquanto é desenvolvida em uma só direção, a do vínculo refere-se a múltiplas relações, ao desenvolvimento psicossocial das relações de objetos que faz compreensível a vida em grupo. O vínculo se configura em estrutura dinâmica em contínuo movimento, acionada por motivações psicológicas, resultando daí uma determinada conduta, que tende a se repetir tanto na relação interna como na relação externa com o objeto. Há dois campos psicológicos nos quais o vínculo se expressa: o interno, do qual a psicanálise se ocupa, e o externo, objeto que se estenda à psicologia social. É o vínculo interno que condiciona muitos dos aspectos externos e visíveis da conduta do sujeito, assim, o caráter desse sujeito torna-se mais compreensível à medida que os vínculos internos são descobertos (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Com essa formulação, Pichon dá um salto qualitativo de uma teoria predominantemente intrapsíquica para outra, que considera o indivíduo como resultado do interjogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos externos, em uma predominante relação de interação dialética, expressa através de certas condutas. Taragano (1982) lembra que Pichon sempre ressaltou a necessidade de se complementar a investigação psicanalítica com a investigação social orientada em uma tríplice direção – a psicossocial, a sociodinâmica e a institucional – que concebe o homem em uma só direção (a humana) e, ao mesmo tempo, como pessoa que integra uma totalidade em três dimensões (mente, corpo e mundo exterior). A tríplice direção da investigação permite três tipos de análise:

A investigação psicossocial analisa a parte do sujeito que se expressa para fora, que se dirige aos diferentes membros que o rodeiam, enquanto o estudo sociodinâmico analisa as diversas tensões existentes entre todos os membros que configuram a estrutura do grupo familiar dentro do qual o paciente está incluído. A análise institucional consiste na investigação dos grandes grupos: sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia, etc. O estudo da sociologia pode ser dividido em macrossociologia, que estuda as grandes instituições e os grandes grupos, e microssociologia, que estuda os grupos mais restritos ou pequenos, inclusive os grupos familiares. (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.27)

Não existe separação clara entre esses campos de investigação, que vão se integrando sucessivamente. A mesma preocupação deve estar presente nas três áreas de expressão do comportamento (ou três dimensões fenomênicas). Mas Pichon (1982) considera que, no desenvolvimento da psicanálise, pouca importância foi dada na explicitação de tais questões. A pouca consideração do corpo, mesmo sendo o estudo das conversões histéricas ponto de partida da psicanálise, é ilustrativa dessa situação. E acrescenta que, sem dúvida, essas questões estão

implícitas na obra de Freud, mas nela não está assinalada a sistemática de ver, de sentir e de explicar nas três áreas, seja no analista, seja no paciente.

As construções pichonianas aproximaram a investigação psicanalítica da investigação experimental e colocaram o psicanalista como observador comprometido na operação psicoterápica, que inclui variáveis no campo terapêutico influenciadoras também do paciente. O terapeuta não apenas observa com a finalidade de consignar, registrar e relacionar fatos, como também opera no campo de trabalho para provocar modificação que, em seguida, será igualmente alvo de operação, e assim sucessivamente. Paciente e terapeuta formam uma unidade dialética na qual um atua sobre o outro. “Este tipo de pensamento dialético que orienta constantemente o pensamento de Pichon Rivière, permite a ele eliminar uma multiplicidade de pares antinômicos. Por exemplo: inconsciente-consciente, irracional-racional, normal-patológico, constitucional-adquirido, etc.” (TARAGANO, 1982, p.12)

É um esforço esse que Pichon faz no sentido de integrar uma série de antinomias e saberes oriundos de áreas diversas no seu esquema referencial. Parte de uma síntese sobre a teoria do vínculo, feita por Taragano, na qual estão em relevo as noções de campos de interação e a conduta na construção dessa teoria, é ilustrativa dessa busca. Pichon-Rivière

destaca a importância do estudo do conceito de situação, porque conota as modificações nas quais o meio é o agente. O conceito de conduta inclui o da personalidade como agente modificador. O conceito de campo psicológico inclui o das interações entre o indivíduo e o meio.

Integra o behaviorismo com uma psicologia fenomenológica existencial, na medida em que considera impossível separar o aspecto exterior da conduta do aspecto interior da vivência, pois ambos formam um todo em situação em dado momento, no aqui- agora de qualquer situação. Desenvolve aqui sua teoria das três áreas – a área 1, ou psique; a área 2, ou corpo; e a área 3, ou mundo exterior –, teoria esta que utiliza como uma sistemática de ver, sentir e explicar.

Pichon-Rivière considera a interpretação como um lado operacional que age sobre o paciente, conseguindo, por seu intermédio, a síntese entre a teoria e a prática. Obtém a interpretação através da captação de indícios e do uso do ECRO, o esquema conceitual referencial e operacional. Desse modo, resolve a antinomia entre teoria e prática. Também resolve a antinomia entre normal e patológico, na medida em que considera as diferenças como sendo essencialmente quantitativas, transformando-se em qualitativas somente em certos momentos. Outra antinomia com que se defronta é a de conduta e consciência, recorrendo para tanto à Psicologia da Gestalt, particularmente as contribuições de Kurt Lewin. Também a dicotomia entre psique e soma; inconsciente e consciente; endógeno e exógeno, etc. Insistir na importância de trabalhar mais profundamente com uma teoria da conduta. Isto é o resultado da interação, e é compreensível, na medida em que incluímos o mundo interno e os vínculos com os objetos internos. (TARAGANO, 1982, pp.16-17)

Sobre o par indivíduo-sociedade, a divisão que se instalou está relacionada com uma visão mecânica, pois na construção que Pichon faz, a partir da concepção dialética, “a sociedade

está dentro e está fora, mas a sociedade que está dentro o está de uma forma particular para cada indivíduo (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.70).

Ao tratar dos pares dicotômicos constitucional-adquirido, endógeno-exógeno, ele lembra que são também herdeiros da divisão indivíduo-sociedade. Exemplifica com uma situação decorrente dessa visão fragmentada: quando aparece um emergente psicótico em uma pessoa que precisa de ajuda terapêutica, se não for possível compreender o que acontece no seu entorno, isso será qualificado como endógeno, termo atribuído, portanto, por pura ignorância. O mesmo acontece quando, de forma mecânica, situações sociais são consideradas como responsáveis pela produção de determinados efeitos e são associadas ao exógeno. Por trás desse entendimento, lembra Pichon (1982), existem ideologias.

Outros aspectos conceituais relevantes foram elaborados na perspectiva do vínculo, como a questão da temporalidade e da tarefa da interpretação na prática analítica. Além disso, chama atenção a ressignificação que fez Pichon de métodos psicológicos originários, constituídos quando a psicologia começou a se estabelecer como ciência, como é o caso da introspecção. Ao ter o conhecimento do mundo interno como fundamental na constituição da psicologia social, reconsidera o método da introspecção que, se voltado ao esclarecimento do objeto interno, adquire um sentido especial.

A introspecção, na realidade, é um diálogo interno com um objeto que tenta esclarecer não tanto o objeto em si, mas o vínculo particular que esse objeto estabelece com o eu do sujeito. Agora podemos dizer que a introspecção equivale à autoanálise, no sentido de que existe uma imagem interna com a qual o eu estabelece um determinado tipo de relação, do mesmo modo que a hetero-análise é análise da relação com um objeto externo. A autoanálise e a hetero-análise estão se equilibrando, alternando-se permanentemente.” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, pp.38-39)

Da psicanálise à psicologia social foram vários os saltos qualitativos necessários no processo de passagem. Do ponto de vista da investigação, as formulações avançaram considerando que a psicanálise, apesar de ser o método com possibilidades de investigação profunda, contribuiu pouco para o desenvolvimento de uma psiquiatria social ou psicologia social, por lhe faltar a verificação e a confrontação necessárias, que apenas um trabalho social poderia proporcionar. Mas se não é possível operacionalidade científica sem confrontação permanente, da mesma forma não é possível realizar um trabalho profundo prescindindo da psicanálise (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Como já mencionado mais de uma vez neste trabalho, o ponto de partida de toda a elaboração pichoniana foi a prática como médico psiquiatra nos asilos argentinos, como psicanalista e fundador da APA. As indagações formuladas por necessidades oriundas da prática rapidamente ganharam estatuto de questões filosóficas e epistemológicas. Suas

formulações foram ocupando assim lugares diferenciados no conjunto de seu trabalho e, de maneira similar à psicanálise, constituíram-se pelo desenvolvimento das três dimensões interdependentes: procedimento de investigação, método terapêutico e corpo de hipóteses e teorias.

Fernandes (1989) assinala que a obra de Freud teve quatro desdobramentos do ponto de vista epistemológico: (1) teoria geral da psique (mais especulativa, expressa-se pela tópica, dinâmica e economia psíquicas); (2) teoria da gênese e do desenvolvimento da psique (sucessão de fases libidinais, etc.); (3) teoria do funcionamento normal e patológico da psique (resolução possível de conflitos); (4) teoria do processo (como intervenção: transferência, resistência, interpretação, etc.). No campo da psicanálise, poucas escolas desenvolveram as quatro dimensões. A teoria pichoniana foi uma delas.

Sendo assim, embora Pichon não explicita claramente em seus escritos, parte dos conceitos desenvolvidos carregam aspectos cuja compreensão deve ser feita no contexto dessas dimensões. *Vínculo* se refere, em grande parte dos escritos pichonianos, à modalidade de interação que ocupa lugar no contexto de sua prática analítica: é estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, as reações do sujeito frente ao objeto, as reações do objeto frente ao sujeito e a relação estabelecida entre ambos, o que envolve atribuição e assunção de papéis. Considerando que de seu ECRO decorre a psicologia social, estamos diante de uma área de conhecimento que se debruça sobre um objeto teórico. E esse objeto é *vínculo*, ou seja, estuda o desenvolvimento e a transformação de uma relação dialética que se dá entre estrutura social e fantasias inconscientes do sujeito.

São duas dimensões de um mesmo conceito que dá conta da dialética entre sujeitos, privilegiando a interação, a experiência concreta com o objeto. Mas o estudo de um objeto teórico requer um instrumento de investigação e um método terapêutico, uma técnica operativa. O grupo operativo comparece como possível solução para essa dupla demanda.

Grupo operativo: instrumento de investigação e técnica de intervenção

*O grupo é o nosso instrumento para alcançar uma práxis.
Enrique Pichon-Rivière*

A psicologia social postulada por Pichon-Rivière tem como objeto teórico o *vínculo*; o lugar privilegiado de investigação é o *grupo*, definido como conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por uma mútua representação interna, que se propõe a uma tarefa, sua finalidade. A denominação *grupo operativo* se fundamenta, entre

outras justificativas, pelo fato de estar centrado na tarefa, diferentemente de outras modalidades de técnicas de grupo.

Em geral, observa Pichon (2005), os grupos se classificam segundo a técnica de abordagem que usam. Por exemplo, *grupos psicanalíticos* ou *de terapia* centram-se no indivíduo. Grupos inspirados nas ideias de Kurt Lewin geram técnicas de *grupo centrado no grupo*. Para ele, nenhuma dessas abordagens é satisfatória. No primeiro caso, a situação grupal não é compreendida como totalidade, a interpretação é dirigida ao sujeito que enuncia um problema, quase sempre considerado de ordem pessoal. No segundo caso, o grupo é tratado como totalidade, mas não estão incluídas as relações entre sujeito-grupo e horizontalidade (as relações sociais, a organização e o sistema social) / verticalidade (o indivíduo inserido nesse sistema).

Daí vem a proposição de grupos centrado na tarefa,

Nossa preocupação é abordar através do grupo, centrando-se na tarefa, os problemas da tarefa, da aprendizagem e problemas pessoais relacionados com a tarefa. O que procuramos realizar aqui é uma aprendizagem que tem caráter grupal. O grupo se propõe uma tarefa e a tarefa é aprendizagem. (...). Isso se realiza em grupo com as implicações pessoais que vão se incluindo no processo. Repetimos que há uma clara diferenciação entre grupos centrados no indivíduo, centrados no grupo e centrados na tarefa. O eixo da tarefa faz dessa técnica um instrumento útil a qualquer tipo de trabalho. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.272)

Ou seja, o grupo operativo é proposto como técnica que permite a abordagem de qualquer situação, podendo esta ser de aprendizagem, de cura, de grupos terapêuticos que podem ocorrer em comunidades ou com indivíduos internados. Pichon considera, assim, essencial haver clareza quanto à diferenciação entre tarefa, grupo e indivíduo. É fundamental que seja estabelecida a relação entre um grupo e seus membros com uma tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Esclarece Pichon (2005) que o grupo operativo começou a ser concebido em um ambiente de tarefa concreta, o Hospício de Las Mercedes (décadas de 1930-40). Com o trabalho comunitário, realizado na Experiência Rosário (1958), as investigações e sistematização foram definitivamente consolidadas.

A história dessa construção é esclarecedora e convidativa ao conhecimento: quando chegou ao Hospício de Las Mercedes, em 1936, a primeira e imediata tarefa que Pichon se propôs foi formar grupos com os técnicos de enfermagem, pois percebeu que eles não tinham o mínimo conhecimento sobre a enfermidade mental e eram os principais responsáveis pelos maus-tratos recebidos pelos internos naquela instituição. Sua proposta de começar o trabalho na sala de admissão dos pacientes foi aceita pelo diretor, embora tenha sido considerada exótica.

Entendendo que a ‘doença mental’ não é um mal ‘incurável’, a tarefa do grupo era o aprendizado de conhecimentos que pudessem ser transmitidos aos pacientes e seus familiares. A aprendizagem dos profissionais foi surpreendente, já que, após muitos anos trabalhando naquele hospício, eles tinham uma grande experiência acumulada. A grande dificuldade deles estava na impossibilidade de conceitualizarem essa experiência que, assim, acabava não tendo validade na execução do trabalho. Quando os trabalhadores puderam compreender a dinâmica da enfermidade mental, adquiriram uma lucidez muito maior, e a forma de tratar as pessoas internadas foi melhorando. Segundo o Pichon, essas pessoas passaram a ser vistas com outros olhos, já não eram mais tratadas como “uns pobres loucos” (LEMA, 2008, p.72).

Pichon chegou à instituição com uma visão extremamente inovadora para sua época, principalmente se considerarmos que o movimento da antipsiquiatria e de reformas de saúde mental só emergiu após o final da Segunda Grande Guerra Mundial, quando os esforços se voltaram para lidar com os efeitos devastadores do conflito na sociedade europeia.

Ainda sem essas referências, Pichon pôde inovar mesmo no delicado momento político que antecedia a Guerra, e em que a Argentina vivia sob a ditadura militar. Apesar das dificuldades de circulação de informações científicas impostas por esse momento político, ele conseguiu acesso a fontes diversas de conhecimento e a estudos em andamento, que o ajudaram a compor essa visão. Ele se informou sobre os experimentos de dinâmica dos grupos; os conceitos da Teoria da Gestalt aplicados à psicologia social (indivíduo e grupo se complementam como na relação figura e fundo); a pesquisa-ação, na qual o pesquisador de um grupo faz parte do próprio objeto que investiga; enfim, à produção de Kurt Lewin que estava em desenvolvimento. Informou-se também dos estudos de George Mead sobre papel, desenvolvimento da identidade pela introjeção da interação desses papéis existentes nos grupos nos quais se dão os processos de socialização e sobre o conceito de *outro generalizado*. Além disso, ele já bebia na fonte do pensamento francês de Gaston Bachelard (1884-1962), apropriando-se do conceito de obstáculo epistemológico, e de Henri Lefebvre (1901-1991), que desenvolveu a crítica da vida cotidiana e o conceito de mútua relação entre ecologias externas e internas, entre outras contribuições. Eram conhecimentos que compunham com os referenciais da psicanálise, principalmente a kleiniana, e foram todos fundamentais na elaboração do que se constituiu como grupo operativo.

Os acontecimentos que se desenrolaram em Las Mercedes propiciaram fatos novos que lhe trouxeram informações e *insights* importantes para essa construção. Um ano após sua chegada ao hospício, o Psiquiatra-Chefe do Serviço ao qual ele estava vinculado foi degolado por um paciente dentro do próprio hospital. Pichon ficou abalado, mas isso não o impediu de

assumir o posto no lugar de seu chefe e se dedicar à reorganização dos atendimentos. Enquanto fazia essas reformulações, conseguiu levantar o histórico da ocorrência de assassinato do médico, e descobriu que os pacientes se reuniam sistematicamente para organizarem um plano com esse objetivo.

Nas conversas que manteve com um paciente catatônico que integrava o grupo, Pichon pôde recuperar, na medida em que lhe foi possível, o *modus operandi* que os pacientes utilizaram para levar a cabo seu propósito. Esse paciente lhe relatou que trabalharam, durante todo o tempo, em grupo.

A maneira como se organizaram e executaram o assassinato do Dr. Lecube impressionou muito Pichon.

Realizaram um verdadeiro ritual grupal, organizando-se com todos os requintes de um complô. Conseguiram o cabo metálico de uma colher e o limaram até transformá-lo numa faca. Sentavam-se em círculo, num lugar ermo do hospital, de forma a não serem observados. O cabo da colher ia passando de um para outro, no trabalho de limar. Enquanto faziam isso, conversavam e elaboravam seu plano. Ao final, quando conseguiram terminar a fabricação da arma, sortearam entre eles quem deveria executar, em nome de todos, o ataque ao médico, como seu braço executor. O escolhido foi um cabeleireiro andaluz, habilidoso no manejo de navalhas, que agiu como verdadeiro toureiro.

Este paciente, de forma sorrateira, para não ser percebido, se aproximou por trás, entre outras árvores ali existentes, e atingiu-o com rapidez incrível, degolando-o. O Dr. Lecube permaneceu inerte, sentado em sua cadeira debaixo da árvore, em frente ao pavilhão da direção.

Diante do relato que lhe fez o paciente, Pichon se dedicou ao exame da dinâmica utilizada por eles no manejo dos papéis grupais.

O paciente catatônico, com o qual conseguiu estabelecer um bom vínculo, funcionou como o depositário das informações, o líder do silêncio, uma espécie de memória viva do grupo.

A circulação do cabo de metal entre os membros do grupo mostrava a mobilidade de papéis dentro de uma articulação de complementaridade em rede, na qual cada um executava por sua vez a função desejada por todo o grupo.

Da observação desse mecanismo, Pichon deduziu o processo de atribuição (adjudicação) e assunção de papéis, assim como as relações de complementaridade e suplementaridade que ele comporta: o grupo atribui a cada um de seus membros um papel. Cada membro pode ou não assumir o papel que lhe é conferido (adjudicado). Quando o aceita, ocorre a complementaridade na rede vincular que está sendo dramatizada pelo grupo. (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.88).

Para além das questões específicas da dinâmica de grupo, Pichon inferiu também sobre questões de ordem institucional e social. O episódio trágico originou-se do extremo autoritarismo com o qual o médico tratava os enfermos, ‘como se fossem peões de sua fazenda’. A forma de ser daquele psiquiatra simbolizava, de certa forma, o comportamento geral dos médicos nos hospícios e, nesse caso, a ideia de resposta violenta foi sendo tramada gradualmente. E conclui: todo ‘doente mental’, como qualquer pessoa, deve ser tratado com dignidade; não se pode rebaixar ou humilhar impunemente o outro; menos ainda quando quem o faz está exercendo um poder público (LEMA, 2008).

Outro acontecimento no hospital, que poderia ser destruturante do trabalho de Pichon, desencadeou, ao contrário, uma experiência na qual ele inferiu quase todos os conceitos que

foram incorporados à teoria e técnica dos grupos operativos. A ideia de iniciar essa experiência surgiu quando, devido a uma longa greve, ele se viu privado de contar com a equipe de enfermeiros que o auxiliava no trabalho. Diante dos transtornos que essa situação causou, resolveu selecionar os pacientes que se encontravam em melhores condições clínicas para participarem de um processo de aprendizagem realizado em grupo. Habilitá-los para exercerem funções de enfermagem, portanto, foi a saída encontrada. Assim relata Ana Quiroga:

Quando lhe retiraram os enfermeiros, em 1947, Pichon começa a trabalhar com os pacientes em melhor estado, para que eles pudessem assumir seus próprios cuidados e contenção, assim como o de seus companheiros de sala mais afetados. Enquanto esses pacientes puderam ter um papel mais positivo dentro do próprio campo do hospital psiquiátrico, deram um salto qualitativo em sua melhoria. (QUIROGA apud VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.90)

Os membros do grupo aprenderam a desenvolver papéis diferentes daqueles que já estavam habituados. Na relação estabelecida no grupo, eles aprendiam a circular pelos papéis, ou seja, eram estimulados a desempenhar o papel do enfermeiro e depois trocar de lugar, sendo pacientes. O resultado desse trabalho foi surpreendente, porque os pacientes melhoraram muito e foram os principais beneficiários desse treinamento. Ao ocuparem os postos para o funcionamento do serviço, eles desempenharam essa função até melhor do que os enfermeiros, já que eram os principais interessados na melhoria do atendimento e também porque com seu conhecimento de causa própria, eram muito mais adequados na forma com que lidavam com as situações de crise. Além disso eles se sentiam úteis e viam possibilidade de se reinserirem na sociedade (VELLOSO & MEIRELES, 2007).

Pichon relata que em uma semana pôde obter a continuidade do trabalho no Serviço de cuidado com adolescentes, também criado depois da reorganização do atendimento. No desenvolvimento da técnica que havia começado com os internos ocupando o papel de enfermeiros, encontrou duas dimensões fundamentais que lhe permitiram compreender a estrutura básica da interação: o aspecto *manifesto*, ou *explícito*, e o aspecto *latente*, ou *implícito* (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Isso aproximava a técnica operativa da psicanalítica de tornar o inconsciente, consciente. Com isso, no grupo operativo parte-se do explícito para descobrir o implícito e torná-lo explícito, em um movimento contínuo. Eis a tarefa do grupo que começava a ser formulado como técnica e teoria:

Ela consiste na abordagem do objeto de conhecimento, que tem um nível explícito ou manifesto da abordagem. Porém, nesse plano explícito da execução da tarefa ou tratamento do tema, surgem certos tipos de dificuldades, de lacuna, de corte na rede de comunicação, montantes de exigência que aparecem como sinais emergentes de

obstáculos epistemológicos. O essencial é isto: no explícito da execução da tarefa ou do tratamento do tema ocorre certo tipo de dificuldades (as dificuldades típicas ou lacunas, ou cortes na rede de comunicação) e graus de exigência que parecem como sinais, como emergentes do que nós denominamos *obstáculo epistemológico*. Em outras palavras, seria um obstáculo na visão de um conhecimento qualquer. Esse obstáculo ou dificuldade de abordagem denuncia uma atitude de resistência à mudança e estamos nos aproximando do âmago da questão: o obstáculo epistemológico centra as resistências à mudança e nossa tarefa é justamente promover uma *mudança* (num sentido grupal) *operativa* (mudança de uma situação para outra), em que o explícito que tomamos como manifesto é interpretado até que apareça algo novo, uma nova descoberta ou um novo aspecto da doença. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.274)

Esse obstáculo, posteriormente nomeado *obstáculo epistemofílico*, diz respeito ao estancamento da aprendizagem. E a tarefa do grupo é resolver essas situações que podem ser estancamento na doença, na aprendizagem ou em qualquer outro aspecto da vida, buscando tornar essa situação dialética. Para representar o que será entendido como operação corretiva, Pichon lança mão da imagem de uma espiral dialética representada na figura de um cone invertido.

Para compreender o que chamou de espiral dialética, alguns esclarecimentos são necessários. O núcleo central da paralisia, do estancamento no processo de aprendizagem, encontra-se na resistência à mudança, que se refere aos dois medos básicos (perda e ataque). No grupo estabelecido no hospital, os pacientes viviam o medo da perda do adquirido, no caso, as defesas neuróticas já estabelecidas; seria um não querer ‘se curar’. A operação desenvolvida por Pichon foi trabalhar sobre essa perda, e para isso havia necessidade de estudar por que a situação de mudança trazia essa significação. Constatou que o medo dizia respeito, fundamentalmente, à perda dos instrumentos utilizados como doença e com os quais aquelas pessoas conseguiram uma adaptação particular ao mundo. Haviam aprendido o ‘ofício’ de ser doente, o que lhes dava um sentimento de segurança; a possibilidade de ‘deixar a doença’ criava uma ansiedade muito grande. A primeira operação ocorreu na análise sistemática do medo da perda, dos sentimentos e temores de perder a situação previamente conquistada de doente. Com a nova situação do paciente frente a essa mudança, emergiu uma outra ansiedade, motivo de resistência à mudança. Era o medo do ataque proveniente do sentimento de não terem instrumentação para lidar com a nova situação. Estavam operantes nessa situação, portanto, o *medo da perda* e o *medo do ataque*, respectivamente *sentimentos de perder o que já possuíam* e *ficarem vulneráveis, indefesos, privados* de uma instrumentação que os protegeriam (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

O processo de esclarecimento visava romper com a situação dilemática, característica das situações que impedem o processo de mudança, e tornar o processo dialético. Para Pichon

(2005), tese, antítese e síntese podem levar à situação de movimento no interior do grupo, com a possibilidade da aprendizagem e sem o temor de perda. Operando com essa técnica, que busca o esclarecimento pela interpretação, o grupo caminharia em movimento de passagem do explícito para o implícito que se tornaria, por sua vez, em um novo explícito, e assim sucessivamente.

Para melhor compreensão dessa ideia, Pichon recorre ao esquema gráfico do cone invertido, cuja base está desenhada na parte superior da figura, e que representa os conteúdos emergentes, manifestos ou *explícitos*. No vértice, esquematizado na parte inferior da figura, encontram-se as situações básicas ou universais implícitas que são os medos básicos, o sentimento básico de insegurança, os processos de aprendizagem e comunicação, as fantasias básicas, entre outros; é a zona do inconsciente. A espiral representa o movimento dialético de indagação e esclarecimento que vai do explícito ao implícito, com objetivo de explicitá-lo; chega-se ao implícito pela análise dos elementos atuantes e das possibilidades de romper a estrutura rígida da situação que levaria a uma nova situação e uma nova formulação. Pela espiral atinge-se o núcleo central em que está localizado o medo da mudança como resistência.

O rompimento da dificuldade se dá pela *interpretação*, que faz surgir um novo emergente. Uma interpretação sucede outra até chegar ao ponto de urgência no qual há proximidade entre explícito e o que ainda se mantém implícito. Assim, em um determinado momento do grupo, ocorrerá a passagem da situação estancada ou dilemática a uma situação de movimento ou dialética. Nesse momento, formulam-se novos problemas, surgem novos aspectos que propiciam ao sujeito aprender com maior liberdade a partir da ruptura do estereótipo.

O cone invertido representa o esquema de toda tarefa de um grupo; esquematiza a *unidade de trabalho* no manejo da técnica pelos três vetores: *existente*, *interpretação* e *novo emergente*. O existente é a situação na qual se encontra o grupo; a interpretação é o assinalamento do coordenador em direção a um esclarecimento da dificuldade; o novo emergente é o que surge como resposta. Essa nova situação surge quando a interpretação é bem dirigida ou operativa, porque houve coincidência entre o assinalamento do coordenador e o existente do grupo; o coordenador acertou o ponto de urgência que abriu a possibilidade da mudança, e o movimento começa a acontecer no grupo. Com a ruptura do obstáculo epistemofílico, ligado à consciência de um sujeito, tem-se abertura para novos emergentes. O emergente aparece como sinal de um processo implícito e se manifesta por intermédio de um ou vários porta-vozes (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

O conceito de porta-voz pode ser considerado um dos pilares da teoria pichoniana. O porta-voz de um grupo é o membro que, em um momento, denuncia o acontecer grupal, que

revela as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo, em outros termos, as fantasias que movem esse grupo. Ele não fala só por si, mas por todos; e é nele que se conjugam o que se chama verticalidade (história pessoal) e horizontalidade (processo que se expressa no aqui-agora, na totalidade do grupo) e que permite a emergência dos aspectos que serão interpretados.

O movimento de tornar explícito o implícito deve ser compreendido como um processo móvel, um circuito sempre aberto. Por isso, Pichon substituiu o termo *Gestalt*, utilizado em termos de estrutura, por *Gestaltung* para expressar que é um processo realizado paulatinamente em uma direção, em um estruturando.

Outro aspecto interessante que merece ser assinalado é a relação que pode ser estabelecida entre processo de aprendizagem e prática terapêutica. Qualquer situação de aprendizagem implica, necessariamente, o abandono de formas de ver o mundo já adquiridas ou qualquer outra coisa que será vivida como perda. Assim, o grupo operativo pode ser tão terapêutico quanto qualquer outra técnica utilizada com esse objetivo. Abandonando as técnicas defensivas estabelecidas, “o sujeito pode aprender novos aspectos da realidade, que são a realidade concreta e que corrigem sua visão anterior do meio” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.277).

Pichon fundamenta essa ideia pelo entendimento de que toda ‘conduta desviada’ surge de um transtorno ou estancamento da aprendizagem. Na medida em que o grupo operativo permite *aprender a pensar*, a superar o estancamento, enriquecendo o conhecimento de si e do outro na tarefa, é terapêutico também. Como técnica, o grupo operativo coopera na resolução das dificuldades internas de cada sujeito, os estancamentos e pensamento dilemático, fazendo-o dialético através de uma práxis em que estão incluídos os esclarecimentos das resistências da aprendizagem. A resolução dialética instrumentaliza para o enfrentamento de uma nova situação (LEMA, 2008).

Esse método mobiliza os núcleos estereotipados,

surge da observação de que em algum momento do desenvolvimento encontramos uma série de dificuldades (estudadas pela teoria da aprendizagem) que se manifestam na vida comum, cotidiana e que precisam ser permanentemente re-vistas como técnicas que foram absorvidas num momento dado, mas que, diante de novas exigências, já não se revelam adequadas nem operativas.

Com a técnica grupal, contribuem para a tarefa todos os que estão comprometidos no grupo, cada um por sua experiência pessoal, por sua forma de ser e pela inter-relação que existe entre eles; num momento dado, vai ser conseguida uma passagem de uma situação estancada ou dilemática a uma situação de movimento ou dialética. O progresso é então possível e formulam-se novos problemas, novos aspectos, que levam o sujeito a poder aprender com maior liberdade mediante a ruptura do estereótipo, a poder dessa maneira estar num contínuo progresso. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.279)

O grupo operativo é instrumento para obter uma práxis; o propósito é conseguir uma mudança. Se como técnica torna possível a abordagem de qualquer situação, o grupo operativo pode ser considerado universal: originou-se de uma situação específica – uma situação grupal de pessoas internadas, alienadas, abandonadas, que rapidamente adquiriram condições para cuidarem de si e também de outros que estavam em piores condições –, mas logo pôde se estabelecer como uma técnica social.

A técnica operativa de grupo foi adotada por Pichon como instrumento primordial de trabalho, de tarefa e investigação, a partir da “hipótese de que o grupo é uma estrutura básica de interação, o que a transforma de fato uma unidade básica de trabalho e investigação” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.242). Assim, dessa técnica decorre uma teoria que permite compreensões de fenômenos que transcendem o *setting* específico no qual ocorre seu manejo.

De acordo com Quiroga (2009a), a elaboração conceitual de uma experiência ultrapassa o conhecimento empírico, interroga sua essência (o que transcende o empírico); contudo, suas raízes continuam na experiência concreta, lugar a partir do qual se constrói toda pergunta pertinente. Essa afirmação é parte de reflexão epistemológica que a autora faz sobre o itinerário do pensamento de Pichon; tem o sentido de evidenciar a concepção de conhecimento que fundamenta a elaboração teórica dele e reconstruir um caminho que tem como ponto de partida o fenomênico (a forma imediata de nossa experiência). Ela enfatiza que interrogar sobre a essência do grupal não é uma tarefa insignificante, trivial. Perguntar-se sobre o que define um grupo, qual sua estrutura, como se dá o processo interacional, significa indagar sobre a essência da situação que constitui o cenário ou o horizonte de toda experiência humana.

Nessa perspectiva, a temática do grupo leva necessariamente à problemática do sujeito que remete, por sua vez, à configuração desse cenário ou, mais especificamente, aos princípios que configuram a estrutura grupal. Na investigação pichoniana são identificados dois princípios internos. Um deles expressa-se pela tríade *necessidade-objetivo-tarefa*, considerando a tarefa como um conjunto de ações que permite chegar ao objetivo de satisfazer necessidades (fundamento motivacional).

A *mútua representação interna* é o outro princípio organizador que diz respeito à internalização recíproca ou incorporação feita por cada sujeito faz da trama vincular, que articula todos os membros do grupo.

Segundo Fernandes (1989), somente a partir do conhecimento dos organizadores internos é possível pensar a intervenção no nível das relações entre indivíduo (dimensão psicossocial), grupo (dimensão sócio-dinâmica) e instituição (dimensão institucional).

O grupo é estrutura básica de interação, ou seja, unidade organizada a partir dos conjuntos sociais, que pode ter característica de situação espontânea ou de interação regulada quando, por exemplo, são utilizadas técnicas para potencializar essa interação. Sendo assim, é também, segundo Fernandes (1989), objeto de estudo para a compreensão desse sujeito e da articulação entre suas determinações internas e as determinações externas. Assim, além de unidade de interação, o grupo é também unidade de análise.

A unidade de interação em que o sujeito emerge deve ser focalizada como objeto de reflexão quando se quer compreender esse sujeito e o interjogo entre mundo externo e mundo interno. Nesse sentido, a psicologia social postulada por Pichon-Rivière não é uma psicologia dos grupos, mas uma reflexão acerca do sujeito e seu comportamento. O grupal é o cenário e instrumento da constituição do sujeito (QUIROGA, 2009a).

Os três sentidos da tarefa

*A tarefa é o essencial do processo grupal.
Enrique Pichon-Rivière*

A psicologia social pichoniana, repito, tem como objeto teórico o vínculo; o grupo é lugar privilegiado de investigação, é estrutura de ação, no qual um conjunto restrito de pessoas se propõe, de forma explícita ou implícita, uma *tarefa* que constitui sua finalidade.

Nessa formulação, a importância da tarefa é tal que Pichon sustenta que não há vínculo, e, conseqüentemente, não há grupo sem tarefa. A ação até o outro, fundada na necessidade, coloca a ideia de relação direcional que surge com um objetivo ou tarefa, e poderá ou não ser explícita. Ou seja, a ação até o outro, como busca de objeto para obter satisfação ou evitar a privação, tem sempre uma finalidade (QUIROGA, 2009a).

É assim que, como rede vincular, o grupo se estrutura sobre a base de uma constelação de necessidades-objetivo-tarefa. A necessidade é o fundamento motivacional; o objetivo (ou o projeto) define-se a partir da necessidade e significa satisfação. A tarefa surge da necessidade e é a transformação dessa ausência (carência) naquilo que satisfaz (QUIROGA, 2009a).

Pichon tratou a tarefa como onipresente nos grupos e nos sujeitos, portanto, como a atividade, individual e coletiva, que se dirige de certas necessidades a certos objetivos (FABRIS, 2014).

Embora fundamental, esse conceito pode levar a muitos mal-entendidos que acabam por simplificar os processos envolvidos na situação de aprendizagem (adaptação ativa à realidade);

ou ainda, aproximar tarefa do conceito de trabalho sem o devido rigor, já que no uso corrente da língua *tarefa* e *trabalho* são sinônimos. Neste caso, ambos os conceitos acabam sendo utilizados sem a discriminação necessária, principalmente em situações de aplicação da técnica de grupo operativo.

Se buscarmos as influências da tradição marxista no pensamento de Pichon, tal como já mencionada na noção de necessidade, surge um conjunto de questões relevantes para refletir sobre tarefa e suas aproximações e distanciamentos em relação ao conceito de trabalho. De forma sintética, lembremos que para Marx o homem é um ser de necessidades e o que vai diferenciá-lo de outros seres vivos é o fato de criar instrumentos que operam como mediadores na superação dessa carência. Fabricar instrumentos requer um conjunto de atividades motoras, mentais e afetivas; é produção própria do humano, de sua constituição subjetiva de natureza social. O sujeito – como afirmou Marx (1983) na sua célebre comparação entre o trabalho do homem e da abelha: a arquitetura mais perfeita do trabalho realizada pelas abelhas em sua colmeia não pode superar a complexidade do ato de construir o mais rudimentar instrumento de trabalho do homem – antecipa as situações, planeja sem se dar conta que no mais simples de seus atos está implicado um conjunto de operações mentais e sociais mediatizadas por um conjunto de afetos, de energia psíquica intra e intersubjetiva (SCARCELLI, 2011).

Diferentemente do animal, cuja atividade vital e produção não vão além do que ele e sua prole necessitam para sobrevivência, o homem põe em prática a construção do mundo objetivo. O traço distintivo da humanidade, no pensamento de Marx, estaria no fato de o homem fazer de sua atividade vital um projeto de sua vontade e de sua consciência. E isso se faz por meio do trabalho, é o que lhe permite construir seu mundo objetivo e a si mesmo, buscando satisfação de suas necessidades. Assim, não há uma natureza pronta e imutável na base das ações humanas. Ao apropriar-se dos objetos em sua relação com o mundo, o homem cria suas esferas espirituais e materiais (SANTOS, 2013).

Esse entendimento de trabalho aproxima-se de uma visão filosófica da existência humana. É uma das perspectivas no extenso conjunto de problematizações nos estudos sobre o tema, dentre elas, as que indagam os efeitos perversos do trabalho alienado e as consequências das mudanças no mundo do trabalho produtivo. Nas condições atuais, próprias da era neoliberal, de desemprego, elevado grau de exigência nos postos de trabalho (prolongamento das jornadas de trabalho, ritmos estressantes), tem sido crescente a proliferação de quadros ligados ao sofrimento mental e notória a produção de um tipo de subjetividade fragmentada. O sentido do trabalho como um dos organizadores da existência humana fica evidente diante do efeito

contrário, desorganizador, que se manifesta pela fragmentação da subjetividade resultante das transformações ocorridas na instituição trabalho.

Pichon refere-se à noção *trabalho* tendo uma conotação ideológica “de ser feito por alguém, modificando algo”, cuja indeterminação levou diversas concepções filosóficas, teológicas e metafísicas a tratarem dela. O aspecto ideológico também está presente na noção de tarefa proposta na sua concepção psicossociológica, mas a finalidade, ao incluí-la, foi buscar a elaboração de situações práticas por meio de esquemas adequados. Sintetiza, esquematicamente, a noção de tarefa como “tudo o que implica modificação em dupla direção (a partir do sujeito e para o sujeito), envolvendo a constituição de um vínculo. Trata-se de estabelecer uma noção que englobe, ao examinar o sujeito, sua relação com os outros e com a situação” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.36).

Nessa conotação, trabalho e tarefa são conceitos que, conforme Fabris (2004), referem-se ao caráter estruturante das atividades e das práxis humanas, por meio das quais os sujeitos se apropriam do mundo e o transformam. Mas Pichon, ao insistir no sentido operacional e situacional na noção tarefa, tenta descartá-la das implicações relativas às concepções de homem e de mundo que colocam o trabalho como categoria central. Baseado no entendimento dessa tentativa de Pichon, o autor elenca algumas diferenças entre as duas noções no conjunto do pensamento pichoniano:

‘Tarefa’ é um conceito que compreende, na perspectiva disciplinar da psicologia social, da psicossociologia e da psicologia, um traço relevante das condutas individuais e coletivas. Seu sentido é diagnosticar situações práticas que permitem avaliar a significação de um segmento da vida social em um contexto determinado. (...). A noção de ‘trabalho’, por sua vez, refere-se a um aspecto determinante da organização social, em seu conjunto; embora o conceito de trabalho possa ser utilizado pela psicologia, pela psicologia social ou pela ciência política, as implicações mais determinantes dessa noção são abordadas principalmente pela antropologia, pela sociologia e, muitas vezes de modo reducionista, pela economia.

‘Tarefa’ remete a uma atividade baseada na satisfação de necessidades humanas. O ‘trabalho’, mesmo que também suponha a satisfação de necessidades humanas, remete igualmente a uma reprodução social que, em cada ciclo do capital, afirma e em geral aprofunda a desigualdade social que a fundamenta. A tarefa supõe resultados que não são de todo predeterminados ou predetermináveis, pois, os objetivos que ela busca admitem reconfigurações nas quais os sujeitos podem intervir ativamente. No trabalho, no entanto, os resultados são basicamente predeterminados e, em geral, condicionados por elementos externos: os objetivos devem ser cumpridos e são escassamente vinculados às decisões dos sujeitos.

A tarefa é por *definição* saudável, seu cumprimento reforça a identidade dos sujeitos. Ela permite a satisfação das necessidades de reconhecimento e aquelas de desenvolvimento e realização individual e social. Quando isso não ocorre, pode-se pensar que não se trata de uma verdadeira tarefa. Já o trabalho pode ser saudável ou não. Ele pode reforçar a identidade ou deteriorá-la. O reconhecimento, quando existe, ocorre sob *um aspecto* do sujeito ou do grupo (reforçando a unilateralidade das imagens e sua consequente alienação). Somente para uma pequena parte da população o trabalho constitui um espaço de desenvolvimento e realização pessoal e social, e não um simples meio de subsistência. (FABRIS, 2014, p.114-115)

E na conclusão de Fabris, de formas distintas, tarefa e trabalho estão no centro da teoria pichoniana: “tarefa, como instrumento conceitual que permite realizar um diagnóstico psicossocial; trabalho, como noção central da concepção do sujeito e do mundo, na qual se sustenta a obra desse autor” (FABRIS, 2014, p.116).

Entendo que a noção de tarefa sintetiza aspectos essenciais da teoria pichoniana. É o conjunto de atividades voltadas ao alcance de um objetivo, significa recorrer ao sistema de representações e ao esquema conceitual, referencial e operativo que instrumentaliza a transformação da ausência registrada como necessidade. Na transformação, o esquema referencial é reajustado e, necessariamente, ocorre a modificação da realidade externa e interna. Esse conjunto de ações integra aspectos fundamentais e requer atenção aos seus três sentidos.

Tarefa é *elaboração* que envolve *desocultação* e *movimento*. É elaboração, porque se refere à construção do esquema conceitual, referencial e operativo, o ECRO. Tarefa supõe a passagem por múltiplas contradições, simultâneas e sucessivas, e sua resolução; presume o trajeto dialético que implica os sujeitos e os grupos em um percurso que vai de necessidades prioritárias a objetivos específicos, mesmo que estes não sejam especificáveis logo de início (FABRIS, 2014).

No grupo, a elaboração do ECRO é condição básica para o estabelecimento da comunicação e implica processo de aprendizagem. Essa construção se dá a partir da reestruturação, do reajuste dos esquemas conceituais dos sujeitos envolvidos na relação, o que implica superação e, conseqüentemente, mudança da situação estabelecida.

A tarefa é atividade individual ou coletiva e direcional. Quando Pichon afirma que todo grupo se propõe de forma explícita ou implícita a uma tarefa, ele está se referindo às duas dimensões que devem ser consideradas também nessa noção e que assim foram nomeadas: *tarefa explícita* e *tarefa implícita*. A primeira diz respeito ao objetivo que articula o grupo, é fundamentalmente compreendida e comunicada no nível consciente e pode ser entendida como prescritiva. A tarefa implícita do grupo é a que se volta para a elaboração dos dois medos básicos emergentes nas situações de mudança, o medo da perda e o medo do ataque. Essas ansiedades, coexistentes e cooperantes, como já mencionado, configuram as atitudes de resistência à mudança que se manifestam pelo estereótipo, enquanto reprodução cristalizada de situações e papéis vividos pelos membros do grupo. É a partir do plano explícito, na execução da tarefa, no tratamento do tema pré-definido, que surgem as dificuldades, as lacunas, os cortes na rede de comunicação. São os sinais emergentes. Na análise do grupo, como bem nos lembra Fabris (2014), devem ser consideradas algumas dimensões:

os processos de comunicação, o ruído e o mal-entendido; as dimensões da aprendizagem e de obstáculo; os processos vinculares e grupais de afiliação e pertencimento (versus serialidade); as possibilidades de cooperação e a sabotagem; o telê positivo e negativo; as ideologias em jogo, em suas dimensões manifestadas e latentes; os contextos institucionais e sociais intervenientes (explícitos e implícitos); os acasos da incerteza e da ambivalência; as necessidades e motivações em jogo; os segredos grupais; os medos (ansiedades paranoides e depressivas) e os projetos de mudança; a natureza essencialmente problemática do objeto da tarefa e as condições de aproximação, de enfrentamento e de resolução das necessidades, dos objetivos e da tarefa. (FABRIS, 2014, p. 113).

Tais dimensões foram sistematizadas por Pichon como o esquema de toda a tarefa, ao serem constatadas a partir dos fenômenos grupais, das direções e das modalidades de interação que ocorrem no grupo operativo. Isso lhe permitiu construir uma escala de avaliação básica, fundada na observação dos modelos de comportamento grupal, que está representada em seis vetores na figura do cone invertido, assim denominados: *pertença* (sentimento de pertencer a um grupo determinado), *cooperação* (maneira como os membros de um grupo adquirem a mesma direção para sua tarefa), *pertinência* (eficácia com que se realizam as ações), *comunicação* (intercâmbio entre um emissor e um receptor com um processo de codificação e decodificação), *aprendizagem* (apoderar-se instrumentalmente de um conhecimento para poder operar com ele) e *telê* (disposição de cada um para trabalhar com outras pessoas, clima). Esse esquema, que é ponto de referência para a construção de interpretações, indica a situação espiralada na qual desembocará em um ponto que indica resistência à mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Se os medos e obstáculos que alimentam a resistência à mudança são vencidos, rompem-se as estereotipias que permitem o momento de aprendizagem e indicam a possibilidade de o grupo manter-se centrado em uma tarefa. Aqui, tarefa denota movimento e será compreendida na relação com o momento, a pré-tarefa, que a antecede e que a sucederá diante de um novo obstáculo. Ou seja, tarefa e pré-tarefa dizem respeito aos momentos de elaboração da tarefa em seu sentido amplo (de construção ou reajustes do ECRO), que comporta as dimensões implícita e explícita. São momentos que, ao se alternarem, dão a perspectiva do movimento em espiral, do movimento no qual ocorre a mudança. Se isso não ocorre, a espiral não dá a volta e há paralização no processo de aprendizagem, cristalização, que pode ser representada na figura de um círculo.

No momento de pré-tarefa, situam-se as técnicas defensivas que estruturam a resistência à mudança empregadas para postergar a elaboração dos medos básicos. Operam como obstáculo epistemofílico na leitura da realidade mantendo distância entre real e o fantasiado. Nas palavras de Pichon-Rivière:

o que chamamos de *pré-tarefa*, caracteriza-se pelo recurso a todos os mecanismos de cisão, com uma instrumentalização das técnicas da posição esquizoparanoide, dissociando o sentir, o pensar e a ação. É nesse momento que o coordenador ou terapeuta deverá conduzir o grupo à análise sistemática dos fatores que impedem a penetração no segundo período, que é o da elaboração da tarefa.

A *pré-tarefa*, com suas técnicas associativas, é um momento habitual no desenvolvimento do trabalho grupal. Porém, se vier a deter-se, se o estereótipo adquirir uma rigidez crescente, a produtividade do grupo será nula.

Poderíamos considerar como uma consequência da situação labiríntica ou caótica da posição depressiva básica a grave dificuldade que é manifestada diante do tratamento por aqueles que o procuram, ainda que possuindo um destacado grau de consciência da doença. Todos os recursos, mesmo os mais dramáticos, são postos a serviço desse evitar a tarefa de elaboração do núcleo depressivo. Os mecanismos da *pré-tarefa*, a impostura (*como se*) da tarefa, aparecem como dispositivos de segurança destinados a pôr o sujeito a salvo do sofrimento, da ambivalência e da culpa, e, ao mesmo tempo que o impedem de assumir sua identidade, o eximem do compromisso do projeto. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.148-149)

É no momento de tarefa que o objeto de conhecimento se tornará penetrável, e isso é possível pela ruptura da pauta dissociativa e estereotipada que funcionava como fator de estancamento da aprendizagem e da comunicação. Em outros termos, a tarefa consiste na emergência da posição depressiva básica, processo cuja significação central está em tornar consciente o inconsciente e no qual as diferentes áreas de expressão fenomênica coincidem; o que permite uma percepção global dos elementos que estão em jogo em uma determinada situação (PICHON-RIVIÈRE, 2005). Esse é momento de encontro e processo produtivo; os integrantes do grupo se percebem “transformando um objeto e se sentem transformados por ele e pela atividade na qual intervêm. Vivenciam estar em tarefa quando veem que ‘trabalham’ e ‘se trabalham’ e que uma relação transformadora e criativa se dá entre sujeitos e objetos (da tarefa).” (FABRIS, 2014, p.114)

E mais uma vez, na definição de seu propositositor:

A tarefa é o âmbito da elaboração dos quatro momentos da função operativa: a estratégia, a tática, a técnica e a logística. O sujeito pode orientar a ação (*projeto*, como emergente da tarefa) depois de ter elaborado a estratégia operativa no mundo interno, com base nesse planejamento.

A unidade básica operacional compreende a relação que há entre o *existente*, a *interpretação* e o *novo emergente*, sendo este último construído por fantasias inconscientes, motivações que tendem a explicitar-se de forma distorcida na situação psicoterapêutica, através do processo de adjudicação e assunção de papéis.

A partir de uma situação caracterizada pela estereotipia dos papéis, e através da tarefa, chega-se a configurar outra situação com lideranças funcionais, o que se expressa pela rotação. Na medida em que os sujeitos adquirem maior flexibilidade, podem assumir o papel de interpretadores, percebendo-se então um autocontrole, uma autoalimentação e uma autocondução do grupo (homeostase do grupo). (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.151)

Dois aspectos merecem ser assinalados no trecho acima. Um diz respeito à noção de papel. Na teoria pichoniana, em que aprendizagem e adaptação ativa à realidade estão

indissolúvelmente ligadas, a aprendizagem é sempre de papéis em situação. Nesse sentido, a noção do papel torna-se relevante, na medida em que busca expressar a mútua determinação entre relações sociais concretas e constituição da subjetividade. Essa ideia será mais desenvolvida no próximo tópico.

O outro aspecto refere-se ao sentido de *projeto*, que está associado a uma ‘ação orientada’, e que pode ser entendido como um dos momentos abrangidos pela noção de tarefa. Essa formulação tem influências dos escritores existencialistas, particularmente de Jean-Paul Sartre (1905-1980).

Em sentido amplo, *projeto* designa tudo aquilo pelo qual o indivíduo tende a modificar-se e a modificar o que o rodeia numa certa direção. Ao ser incluído na relação pré-tarefa-tarefa-projeto, refere-se a um momento em que os objetivos estão para além do *aqui e agora*, em que é possível ao sujeito elaborar estratégias e táticas, mediante as quais poderá intervir nas situações e provocar transformações. Estas, por sua vez, “modificarão a situação, que se tornará então nova para o sujeito, e assim o processo começa outra vez (modelo em espiral) (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.35).

Projeto pode ser entendido como um mecanismo criativo de elaborar um futuro de maneira dinâmica, com estilo próprio, com ideologias e concepções próprias sobre a vida e a morte. No que se refere ao processo grupal, “como todo mecanismo de criação, está destinado a superar a situação de morte ou perda que os membros vivenciam quando, através da realização da tarefa, percebem a possibilidade da separação ou finalização do grupo” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.181)

Conceito de Porta-Voz

O porta-voz é o membro que, por sua história pessoal, por suas características, pode expressar algo que permite decifrar o processo latente.
Enrique Pichon-Rivière

Já foi anunciado que o conceito de porta-voz pode ser considerado um dos pilares da teoria pichoniana. Foi assinalado também que processos de adaptação ativa à realidade e aprendizagem estão indissolúvelmente ligados e podem ser concebidos como a aprendizagem de papéis em situação. Os papéis apreendidos são traduzidos em atitudes que expressam o modo singular de um sujeito se vincular ao mundo; são atitudes que podem trazer novas qualidades às relações sociais estabelecidas.

Dentro de um campo de observação, em que os processos de interação são sempre considerados nas suas duas dimensões (manifesto/latente, explícito/implícito, consciente/inconsciente), essa qualidade nova se expressa pelo surgimento do emergente, das fantasias inconscientes manifestadas no processo de atribuição e assunção de papéis. O membro do grupo que denuncia o acontecer grupal é denominado *porta-voz*.

Essa elaboração, que inclui o conceito de emergente (a qualidade nova que aparece em um campo operacional), foi desencadeada pela prática terapêutica desenvolvida por Pichon nos atendimentos oferecidos na urgência psiquiátrica, local onde chegavam os pacientes em crise. Os familiares também estavam ali e, com isso, ele começou a perceber que a crise era também do grupo familiar. Segundo Quiroga (2009a), quando a situação de crise familiar chegava às enfermarias de emergência, os mecanismos de interação em jogo na dinâmica familiar do paciente revelavam-se de forma viva. A crise começou a ser compreendida por ele como um analisador que deixava à mostra tudo que está encoberto nas formas de comunicação, no sistema de fantasias que organiza a interação grupal, da adjudicação e assunção de papéis, nos modos de mútua representação interna, nas alianças, nos segredos grupais, nas projeções, nas depositações, no destino da necessidade dos membros do grupo (frequentemente negada ou frustrada). Pichon entende o paciente, que manifesta seus sintomas nessa rede de vinculações, como o portador do sinistro, de algo que deveria permanecer oculto e que agora é descoberto, e diz:

talvez tenha sido esta nossa maior contribuição à teoria dos grupos familiares, que o sujeito que adocece é o porta-voz da ansiedade, das dificuldades de seu grupo familiar. Em que sentido? O doente, o alienado, é ele, mas sua enfermidade, seu comportamento desviado, resulta da interação familiar, da forma alienante de relacionar-se existente entre os integrantes desse grupo; por essa razão emerge a doença de um deles como conduta desviada. Essa doença é um fato concreto que nos remete como sinal a um processo implícito, as relações familiares, as características alienantes da interação desse grupo, o montante de angústia que existe nesse grupo. Assim, a enfermidade emerge por intermédio do porta-voz, que pelo simples fato de adoecer denuncia que algo não anda bem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.258)

Para Pichon (2005), o porta-voz de um grupo é aquele que enuncia algo em um determinado momento, e esse algo, até então latente ou implícito, é o sinal do processo grupal que permanecia escondido da totalidade do grupo. O porta-voz não tem consciência de estar enunciando algo de significação grupal; ele enuncia ou faz algo como sendo apenas seu, mas na verdade é uma espécie de ‘alcaguete’ que denuncia um tipo de doença na família ou outros aspectos ocultados presentes em qualquer outro tipo de grupo. Ele é o emissário de uma situação dada. Com sua verticalidade, ou seja, sua história, suas experiências, suas circunstâncias pessoais, ele se articula com a horizontalidade grupal, com aquilo que é

compartilhado consciente ou inconscientemente por todos do grupo. A verticalidade é a posição ou atitude de um membro do grupo que trata o acontecer do grupo; “é constituída por aquilo que lhe permite captar a situação patológica e a põe em evidência, verticalidade no sentido direcional e no sentido direto” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.259).

A horizontalidade (modo como o grupo se exprime) e a verticalidade são unidades de trabalho quando operam de modo complementar, quando coincidem em momento dado pela soma dos elementos que constituem a unidade. Com sua verticalidade, o porta-voz formula um novo emergente que permite ao grupo trabalhar até chegar à horizontalidade sobre esse novo que emergiu.

O conceito de porta-voz é muito importante, diz Pichon, porque é o aspecto da situação grupal que não emerge por si só, mas através de um processo concreto que lhe dá possibilidade de trazer um fato novo. Nos grupos operativos, o processo é semelhante ao dos grupos familiares,

com a diferença de que aqui não se trata da doença, mas de uma modalidade qualquer de enfrentar a tarefa. Diante dessa tarefa ou diante do grupo como totalidade, os integrantes experimentam certos sinais de fantasias inconscientes que nesse momento são compartilhadas. O porta-voz é o membro que, por sua história pessoal, por suas características, pode expressar algo que permite decifrar o latente. O conceito de porta-voz é então fundamental porque permite descobrir quem é o denunciante dos aspectos latentes. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.258-259)

Tudo que acontece em um grupo, seja por informação direta, seja por identificação (interação subliminar), está manifestando que o conteúdo implícito da situação do grupo se dá por intermédio do emergente. Alguns fenômenos que se manifestam reiteradamente no acontecer do grupo – como o *segredo grupal*, que é perturbador da comunicação e está carregado de sentimentos de culpa, as *fantasias do adoecer, tratamento e cura* e a *situação triangular* – foram considerados por Pichon como *emergentes universais*.

A situação triangular, além de emergente universal, é compreendida como parte do ECRO pichoniano que sustenta a teoria do vínculo; ela está em operação desde a vida intrauterina (o feto em relação com o meio social por meio do vínculo com sua mãe), sendo um dos princípios que intervêm na causação de uma estrutura patológica ou normal. Segundo Pichon, esse conceito deve ser entendido como uma “situação bicorporal e tripessoal, já que como mecanismo de interação deve ser captado como uma *Gestalt* que inclui um terceiro, que na teoria da comunicação funciona como ruído e, na aprendizagem, como obstáculo epistemológico” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.177).

A qualidade nova, como já sublinhado, expressa-se pelo surgimento do emergente, em processo de adjudicação e assunção de papéis, no qual o porta-voz é o membro do grupo que

enuncia o problema. O grupo estrutura-se com base em um interjogo de papéis, assim os mecanismos de adjudicação e assunção de papéis desempenham uma função fundamental no acontecer grupal. A noção de papel traz uma contribuição importante para a teoria do vínculo, pois expressa a concretude das relações sociais internalizadas como cenas que estruturam os objetos externos e que são determinantes na constituição da subjetividade. O papel é a tentativa de apreender concretamente a relação que se dá entre as pessoas; tentativa de sair da determinação intrapsíquica, buscando as determinações de uma realidade objetiva que vai além da projeção de fantasias, e que é também determinante da constituição do mundo interno.

Esse mundo interno configura-se como um cenário no qual é possível reconhecer o fato dinâmico da internalização dos objetos e relações. Nesse cenário interior, tenta-se reconstruir a realidade exterior, porém os objetos e os vínculos aparecem com modalidades diferentes pela passagem fantasiada a partir do ‘fora’ para o âmbito intra-subjetivo, o ‘dentro’. É um processo comparável ao da representação teatral, no qual não se trata de uma repetição sempre idêntica do texto, mas onde cada ator recria, com uma modalidade particular, a obra e o personagem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.4-5)

Pichon recorre à figura do cenário e ao ato da representação teatral por considerar que há coincidências entre o modelo operativo e o modelo dramático. Ele buscou esse recurso outras vezes, e em uma delas para abordar o interjogo de papéis. Ao observar a relação porta-voz/grupo, por exemplo, sentiu-se mobilizado a fazer uma análise do modelo proposto pelo teatro grego, no qual entende que ocorre a *delegação expressiva* (“deposição de fantasias, ação, pensamento, emoção, em quem a tornará manifesta com uma ou outra modalidade de desocultação”) através da relação entre o *protagonista* (entendido como *porta-voz*) e o *coro* (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.155).

Lanço mão, também, dos aspectos da representação teatral para refletir sobre a noção de papel, mencionando as contribuições que Jacob Levy Moreno (1892-1974) trouxe à teoria do papel no campo da psicologia e na criação do psicodrama, quando procurava descrever os processos psíquicos que ocorriam neste método nascido do Teatro do Improviso. Nas definições de Moreno (1975), papel é unidade de experiência sintética na qual ligam-se elementos privados, sociais e culturais; é uma forma de funcionamento assumida pelo indivíduo no momento específico em que reage à uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos. Papel se apresenta, entre outras possibilidades, como: uma pessoa imaginária criada por um autor dramático; um caráter assumido por um ator (uma pessoa imaginária sendo animada por um ator); um personagem ou função assumida numa realidade social (professor, aluno, psicólogo, etc.); as características que o ‘eu’ adota (o chato, o inteligente, o líder, etc.).

A primeira observação clínica da dinâmica do papel, observada por Moreno, foi provocada pelo conflito que um ator legítimo encontra quando assume uma parte no palco. Quando um

ator vai representar um personagem, ele precisa reduzir-se enquanto pessoa privada de existência oficial. Mas a possibilidade desse ator substituir sua pessoa privada não é total. Por trás da máscara do personagem está a personalidade privada do ator. Instala-se um conflito papel-pessoa. No entanto, os conflitos vão além do estabelecido entre papel-pessoa, pois fazem parte da cena dramática outros papéis-pessoas que entraram em conflitos entre si.

Esta ideia colocada por Moreno é interessante por trazer a cena dramática como interação conflituosa entre diferentes atores (papel-pessoa) que só podem desempenhar bem sua tarefa se conseguirem representar seu personagem tal como foi concebido (prescrito), superando o dilema entre o papel e sua própria pessoa.

Mas como o ator poderá assumir esse papel dando uma interpretação baseada em sua própria identidade sem que haja abolição dela ou sobreposição ao personagem imaginário? O papel será desempenhado ou encarnado?

São questões que dizem respeito ao processo de criação, mas se consideramos que os papéis sociais são imperativamente impostos e, na maior parte das vezes, inconscientemente adotados, essas indagações se referem também ao desenvolvimento do acontecer grupal em seus processos de comunicação, aprendizagem e adaptação ativa à realidade; fazem-nos pensar sobre os tipos de função que podem ser estabelecidos, assumidos ou recusados, em uma realidade social.

De certa forma, é sobre isso que Moreno nos fala, quando incorpora a noção de papel na construção de uma teoria da personalidade e das relações com o outro. Para ele, o ego vai se constituindo enquanto tal, a partir da vivência de diversos papéis, e a personalidade vai se desenvolvendo pelos contatos intergrupais e interpessoais.

Se Moreno traz contribuições importantes para a psicologia, é George Mead quem vai desenvolver a noção de papel no âmbito da psicologia social e explicar muitos aspectos da vida social por meio do estudo dos papéis. Para ele, na mente de cada um de nós não só assumimos nosso papel, como fazemos isso também em relação ao papel do outro, assumindo o papel social de um grupo organizado. É assim que vai entender o que denominou o *outro generalizado*⁴³. Um jogo de futebol é ilustrativo para compreender essa ideia: o jogador que vai assumir um lugar no campo deve saber qual lugar ocupar e como deve atuar durante a partida. Mas para assumir esse papel ele precisa também saber sobre os lugares e funções dos outros colegas de seu time e, mais ainda, ter esse conhecimento sobre os papéis do time adversário. Sendo assim,

---

43 Conceito desenvolvido no livro *Mind, self and society*, publicado em 1934, após a morte de Mead.

é necessário, no processo de interação, ter uma dupla representação sobre o que está acontecendo fora e dentro de si mesmo.

É no estudo de Mead, que Pichon busca subsídios para a construção da sua teoria do vínculo, de sua psicologia social, histórica e concreta.

O conceito de papel, incorporado à psicologia social e desenvolvido por G. H. Mead, o grande precursor dessa disciplina, que baseou todo o seu desenvolvimento teórico no conceito de papel, de sua interação, o conceito de mim, de outro generalizado, que representaria o grupo interno como produto de uma internalização dos outros, padece, no entanto, de uma limitação que resolvemos incorporando a ideia de grupo interno ou mundo interno do sujeito a internalização chamada ecológica. Consideramos que a internalização do outro não se faz como a de um outro abstrato e isolado, mas inclui os objetos inanimados, o hábitat em sua totalidade, que alimenta intensamente a construção do esquema corporal. Defino este último como a representação tetra dimensional que cada um tem de si mesmo em forma de uma Gestalt-Gestaltung, estrutura cuja patologia compreende os aspectos da estrutura espaço-temporal da personalidade.

A noção popular de ‘querência’, ou ‘pago’, vai muito além das pessoas que a integram, e isso é observado nas reações das situações de migração: o medo da perda paralisa o migrante camponês no momento em que tem de assumir um papel urbano, provocando sua marginalização. (PICHON-RIVIERE, 2005, p.28)

A constituição do mundo interno se dá pela internalização de cenários nos quais se desenrolam o interjogo de papéis. No âmbito da técnica operativa, Pichon refere-se ao grupo estando povoado por papéis prescritos ou estabelecidos. Coordenador e observador, no manejo da técnica, são exemplos deles. O coordenador cumpre o papel prescritivo de ajudar os membros a pensarem, abordando o obstáculo epistemológico, operando no campo das dificuldades da tarefa e da rede de comunicação. O observador geralmente é não participante e tem a função de recolher o material que é expresso verbal ou pré-verbalmente no grupo e que servirá ao coordenador no reajuste das técnicas de condução. Coordenador, observador e membros do grupo articulados na tarefa, na dimensão explícita, seguem um *script*, as regras estabelecidas socialmente no modo de se relacionarem no grupo. No acontecer grupal, determinadas pessoas assumem, de acordo com suas características pessoais, os papéis que tendem a ter a função de provocar, na situação de tarefa, a ruptura do estereótipo. Dentre os papéis prescritos, alguns foram assim definidos devido à frequência com a qual são assumidos e, principalmente, pela importância que adquirem na vida do grupo, por não serem estereotipados, mas funcionais e rotativos. São eles: *porta-voz*, *bode expiatório* e *líder*.

No que se refere ao porta-voz, deve ser registrado e sempre lembrado que além de ser papel a ser observado no acontecer de um grupo (o membro que denuncia as fantasias, as ansiedades, as necessidades), ele é, principalmente, o conceito considerado pelo próprio Pichon como um dos pilares de sua teoria, e no qual se conjugam verticalidade e horizontalidade, que estão referidas ao sujeito e ao contexto social, ao indivíduo e a estrutura social.

Como papel, o sujeito porta-voz pode desempenhar essa função porque nele se dá a articulação entre sua fantasia inconsciente e o acontecer do grupo em que se insere. Através do problema enunciado pelo porta-voz em sua verticalidade, é possível exemplificar a situação de todos os membros do grupo no aqui e agora e na relação com a tarefa. Sobre esse processo de assunção e adjudicação de papéis, diz Pichon:

um membro de um grupo se faz depositário dos aspectos negativos, atemorizantes do grupo ou da tarefa, num acordo tácito no qual tanto ele como os outros componentes do grupo estão comprometidos. Aparecem então os mecanismos de segregação, configurando-se outra das situações significativas: a do bode expiatório. Outro membro, por outro lado, sempre pelo mesmo processo, pode fazer-se depositário de aspectos positivos do grupo, obtendo uma liderança, que estará centrada em uma ou várias das categorias já enunciadas (pertença, cooperação, etc.). No entanto, ambos os papéis, o de líder e o de bode expiatório, estão intimamente ligados, já que o papel de bode expiatório surge como preservação da liderança, através de um processo de dissociação ou *splitting*, necessário ao grupo em sua tarefa de discriminação. Acrescentamos a esses três papéis o de sabotador, que é habitualmente a liderança da resistência à mudança.

O princípio de *complementaridade* deve reger o interjogo de papéis no grupo; isto permite que sejam funcionais e operativos. Quando aparece a *suplementaridade*, o grupo é invadido por uma situação de competição que esteriliza a tarefa. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.180-181)

Um grupo estereotipado só vai adquirir flexibilidade e mobilidade quando os papéis se tornarem intercambiáveis. Isso se dá mediante a tarefa, na qual o sujeito pode adquirir ou recuperar um pensamento discriminativo social, aquele que possibilita ter consciência da própria identidade e da identidade dos outros. Para o coordenador de grupo operativo, a tarefa concentra-se na análise da funcionalidade desses papéis, ou seja, na plasticidade que possibilita a assunção de papéis complementares e suplementares. A interpretação é construída tendo como ponto de referência a escala de avaliação proposta por Pichon, que, como já mencionado, está representada graficamente no cone invertido. Assim, os papéis prescritos são definidos em termos de pertença, afiliação, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e telê.

Com isso, na unidade de trabalho no campo grupal com seus componentes *existente*-, *interpretação*- *novo emergente*, estão incluídos *emergente* e *porta-voz*, o que implica a análise das relações de adjudicação e assunção de papéis. Vertical do sujeito e horizontal do grupo articulam-se no papel, tornando compreensível a dialética indivíduo-grupo, pela expressão do porta-voz. Com isso, a construção de interpretações sobre as relações grupais leva em conta a verticalidade e a horizontalidade, abarcando, assim, o *individual* (vertical do porta-voz) e o *grupal* (horizontal do grupo), o *passado* (pela história pessoal e fantasias do porta-voz) e o *presente* (no aqui e agora do grupo).

Nessa construção, atenta-se, além do interjogo de papéis, às ideologias presentes no grupo, ao rompimento da comunicação, à estereotipia no processo de aprendizagem, aos momentos de

superação dos processos paralisantes. Ao considerar tais aspectos nas situações de grupo, podemos nos encaminhar para uma análise que nos permite ir, de forma mais sistematizada, dos pequenos para os grandes grupos, para a dimensão institucional que é inerente a todas as relações.

Instituição e suas dimensões

*A análise institucional consiste na investigação dos grandes grupos.
Enrique Pichon-Rivière*

A psicologia social postulada por Pichon-Rivière indaga a complexa relação existente entre a configuração do mundo interno do sujeito e a ordem social e histórica; as mediações, os processos e as esferas nas quais essa relação se concretiza também são interrogadas. No desenvolvimento dessa investigação são propostos três tipos de análise: a psicossocial, a sociodinâmica e a institucional.

Segundo Bauleo (1988), o delineamento desses âmbitos foi proposto por Pichon e Bleger como uma tentativa de sistematizar a observação do campo de trabalho clínico, como uma forma de compreensão das influências recíprocas que se dão entre indivíduo, grupo e instituição, buscando, com isso, compreensões e explicações acerca de certos fenômenos e manifestações.

Tal delimitação está associada ao desenvolvimento do conceito de conduta, como explica Bleger (1984). Considerando os subsídios das contribuições de Kurt Lewin, a conduta está sempre referida a um campo que é uma delimitação no tempo e no espaço do fenômeno que se estuda, e no qual é possível distinguir subestruturas e delimitações em função da amplitude do acontecimento humano que está sob análise. Sendo assim, o campo se refere à totalidade dos elementos em interação em um tempo e espaço, mas a amplitude dessa totalidade permite reconhecer diferentes âmbitos envolvidos. Para o autor:

Todos os fenômenos e objetos existentes na natureza estão sempre em relação, como uma totalidade única; nela, um conjunto de elementos pode ser tomado para o estudo com uma amplitude variável. Esta é uma das características fundamentais do âmbito, que tem ainda outra particularidade: ele não se refere e nem abarca todos elementos e fenômenos, mas se refere à amplitude dos acontecimentos e vínculos humanos. Um indivíduo pode ser estudado de forma isolada, mas o estudo pode igualmente recair sobre conjuntos de indivíduos ou sobre fenômenos ainda mais amplos como as condutas, normas e pautas, consideradas como instituições sociais. (BLEGER, 1982, p.59-60, tradução nossa)

Diante da extensão ou amplitude em que um fenômeno é estudado, três tipos de âmbitos podem ser reconhecidos:

Âmbito psicossocial: analisa a parte do sujeito que se dirige aos diferentes membros que o rodeiam. É o estudo do indivíduo através de todos os seus vínculos ou relações interpessoais; a totalidade na qual o sujeito se constitui é considerada, mas a análise se centra no indivíduo.

Âmbito sociodinâmico: analisa o grupo como estrutura. É o estudo centrado sobre o grupo, tomado como unidade e não sobre cada um dos indivíduos que o integram.

Âmbito institucional: analisa a relação dos grupos entre si e as instituições que os regem.

Bleger (1982) enfatiza que os três âmbitos não são excludentes. Ao contrário, todo estudo deve abarcá-los em sua unidade e em seu interjogo, pois rigorosamente trata-se de um único âmbito, no qual o estudo pode se concentrar sobre o indivíduo, o grupo ou as instituições.

A menção a eles – ora denominados níveis, ora dimensões – é feita em diferentes passagens dos escritos de Pichon. Ao discorrer sobre o tratamento de grupos familiares, ele aborda de forma um pouco mais detalhada os aspectos dessa análise polidimensional:

1. Do ponto de vista psicológico ou psicossocial. Os problemas típicos a serem estudados seriam os seguintes: a conduta do indivíduo em função de seu próprio meio familiar, as reações de agressão e submissão em relação aos diferentes tipos de autoridade familiar, o impacto que significa para ele o ingresso de novos membros na família, suas crenças e atitudes como resultado da educação e experiências familiares. Os problemas desse tipo devem ser investigados através do estudo do campo psicológico do indivíduo, quer dizer, esclarecendo as noções e ideias sobre sua família em conjunto e sobre cada membro em particular (grupo interno).

2. Do ponto de vista da dinâmica de grupo ou do ponto de vista sociodinâmico. Investigam-se os problemas referentes a determinadas famílias segundo determinadas circunstâncias. Por exemplo: perigos externos que ameaçam a felicidade da família, morte ou admissão de novos membros na família que acarretam mudanças nas relações de autoridade, prestígio, etc. Desse ponto de vista, é importante medir os *índices de rigidez ou de maleabilidade* do grupo familiar.

3. Do ponto de vista institucional, os problemas típicos são os da estrutura da família nas diversas classes sociais (meio urbano, rural, classes abastadas, pobres); as transformações da instituição familiar devidas a crises econômicas, guerras, mudanças de costumes.

O estudo desses problemas baseia-se, por um lado, na busca de correlações entre os índices da estrutura da família e da força do patrimônio familiar, e, por outro, nos diferentes índices da situação econômica, meio geográfico, casamentos, nascimentos, etc. Esses três níveis complementam-se e estão numa relação de dependência recíproca, sendo impossível interpretar os dados recolhidos em um nível sem apelar para aqueles que foram obtidos nos outros. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.64-65)

Através do estudo psicossocial, sociodinâmico e institucional, é possível ter um conjunto de informações coletadas no exterior que dizem respeito também ao interior do sujeito. Essas informações permitem, ao mesmo tempo, detectar, por exemplo, as causas que provocaram a ruptura do equilíbrio psicológico do sujeito que estava em uma situação razoavelmente estável no contexto familiar e social. Geralmente a perda de prestígio do líder da família leva também

à perda da estabilidade grupal e, com ela, surgem condições para o aparecimento de sintomas em algum de seus membros (emergente), como a psicose. Aos poucos, essa pessoa em estado psicótico vai se transformando em líder, no sentido de que ela acaba por se encarregar da doença mental de todo o grupo familiar. O delírio será compreendido como tentativa de resolução de um conflito, de uma tentativa de reconstrução do mundo individual e do grupo familiar do sujeito porta-voz e, também, reconstrução ligada ao grupo social. Isso significa que para compreender um delírio é necessário que seja investigado o conjunto de forças que atuam no meio familiar em que emerge a doença mental. O indivíduo não deve ser compreendido ou estudado como um ser isolado, mas deve estar incluído dentro de um grupo (o familiar), em uma investigação *psicossocial* e *sociodinâmica*. E ao mesmo tempo é necessário averiguar a inclusão e significação que esse grupo tem na sociedade a qual pertence, ou seja, realizar a investigação institucional (TARAGANO, 1982).

Mas em que consiste a investigação institucional? Como ela se desenvolve? Quais suas ressonâncias nos diferentes tipos de prática?

Nos tópicos anteriores deste capítulo, questões ligadas ao âmbito institucional foram mencionadas, mas não desenvolvidas suficientemente se considerarmos que a discussão e apresentação de conceitos ligados às concepções de sujeito, vínculo, grupo operativo e porta-voz privilegiam o olhar para as dimensões psicossocial e sociodinâmica, ou seja, para o sujeito e o grupo. Embora não haja possibilidade de desconsiderar um ou outro âmbito, como já assinalado, o fato de haver uma apropriação maior de conceitos que permitem um olhar mais detalhado sobre cada um deles, pode funcionar de modo a fragmentar o olhar, o pensamento e, conseqüentemente, a ação; e esta corre o risco de se constituir com características fundamentalmente ideológicas. Devemos lembrar ainda algo já muito debatido para além deste trabalho: no campo da psicologia, a familiaridade e os afetos dos profissionais *psi* tendem na direção do indivíduo.

Havemos de nos perguntar sobre as ressonâncias de uma psicologia social para a práxis, se houver uma ênfase maior nos estudos e nas indagações em um ou outro desses âmbitos, sem o devido rigor, principalmente quando estamos no campo operacional, da intervenção, das práticas. Pichon levantou uma importante questão quando se refere às dimensões da temporalidade e ao sentido do emergente na prática clínica, a qual vou me reportar para lançar uma outra interrogação que se liga a essas e que me parece pertinente no contexto da discussão sobre esses âmbitos propostos no campo da psicologia social.

As direções temporais (passado, presente e futuro) necessárias no trabalho de interpretação sofreram modificações no decorrer do desenvolvimento histórico da psicanálise. Pichon se refere à Freud e seu uso da investigação histórica; Carl Gustav Jung (1875-1961) e os psicanalistas existenciais orientaram-se pela dimensão de futuro; já o olhar sobre o presente estabeleceu-se sob influência da psicologia da estrutura (Kurt Lewin e Teoria da Gestalt), a partir das noções de campo psicológico e de interação. Com influências da psicologia da estrutura, na proposta de Pichon, por meio da análise do emergente, investiga-se os condicionantes da atitude e da conduta de um sujeito no momento em que algo acontece. Se houver referência a um outro momento que não diz respeito ao *aqui e agora*, esse autor diz que será feita história, reconstrução, e não a investigação das motivações que poderiam atuar na modificação do campo psicológico operacional, já que isso só pode ocorrer quando se atua no contexto direto do paciente. Atuando-se desse modo, fazendo história, corre-se o risco de se fazer uma psicanálise selvagem, diz Pichon (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

Mas corre-se o risco também, acrescento, de serem incluídos aspectos ideológicos de quem interpreta, algo frequente no campo das práticas no âmbito público, principalmente, quando se tem como guia a promoção de saúde focada em trabalhos educativos e/ou uma posição político-ideológica ligada a tendências e movimentos que podem não fazer sentido às pessoas em atendimento.

De qualquer forma, Pichon-Rivière se refere sobre a reconstrução como algo válido no sentido de fundamentar uma teoria da doença; mas se o que interessa no momento da operação é possibilitar a modificação do campo operacional da pessoa atendida, esse fazer história é ação secundária diante daquele sujeito. O autor está se referindo à necessidade de o terapeuta construir interpretações acerca das fantasias inconscientes em relação à tarefa e ao grupo, o que deve incluir uma análise dos três âmbitos.

Sendo assim, diante da hipótese de haver a tendência de profissionais *psi* privilegiarem principalmente o âmbito psicossocial e depois o sociodinâmico, não se repetiria aqui também uma tendência para um viés acentuadamente ideológico na construção de interpretações, mesmo se estas considerarem as fantasias inconscientes que emergem no *aqui-agora-comigo*?

Se considerarmos o caso anteriormente referido – perda de prestígio do líder da família e da estabilidade grupal, sintoma psicótico emergente, tentativa de resolução do conflito –, em que o delírio, para ser compreendido, deve ser investigado no conjunto das forças que atuam naquele grupo familiar e na significação que a família tem na sociedade a qual pertence, quais aspectos e informações são necessários para que o profissional/pesquisador possa construir sua hipóteses interpretativas sem cair nesse viés?

Nesse caso específico, não seria necessário aos profissionais/pesquisadores terem uma compreensão fundamentada sobre as questões que envolvem a loucura, seja no nível dos medos básicos, seja em relação àqueles alimentados e que alimentam as ideologias mantenedoras das relações de exploração das sociedades modernas?

Quiroga (1987) afirma que para fazer psicologia social há necessidade de apropriação de um grande conjunto de conhecimentos, considerando-se a complexidade que se apresenta nesse campo. Há necessidade de conhecer as relações sociais, as instituições, as relações que expressam essas instituições, as ideologias (que também dão conta dessas relações), as normas, as formas de organização dos sujeitos dessa ordem social concreta. Tendo esses conhecimentos, investiga-se os mecanismos pelos quais esses aspectos incidem na configuração e desenvolvimento de cada sujeito. Mas a autora lembra ainda que cada um de nós é também produtor dessa ordem vincular, institucional, familiar e social. Considerando isso tudo, apenas na análise dessa complexíssima realidade seria possível conhecer como os sujeitos sustentam, desenvolvem ou transformam um sistema social, e como operam os mecanismos psíquicos em atuação.

Considero importante sublinhar ainda que os obstáculos epistemológicos e epistemofílicos no processo de aprendizagem, marcados pelas ansiedades básicas que definem a resistência à mudança, podem fazer com que os profissionais se tornem líderes da resistência à mudança, como Pichon apontou várias vezes em relação ao psiquiatra que não inclui a problemática dialética no vínculo terapêutico. Ou seja, a questão que parece se colocar é que não basta ao profissional apenas se apropriar de um referencial teórico e/ou de uma técnica, mesmo que estes sejam sólidos. A disposição e consciência de estar em processo de formação contínua, que permita uma leitura menos ideológica e fragmentada da realidade e a superação dos próprios obstáculos que estancam a aprendizagem, parece ser uma necessidade que se impõe em pelo menos duas direções: estudando saberes que ultrapassem os demarcados limites das disciplinas e realizando um permanente trabalho de autoanálise⁴⁴.

O lançamento dessas problematizações está relacionado à proposição dos três âmbitos propostos por Pichon e Bleger, considerando que eles têm se apresentado como um recorte metodológico relevante no campo de investigação/ação da psicologia social. Contudo, há aspectos que precisam ser mais bem examinados, principalmente no que se refere ao âmbito institucional. Como foi dito, a menção feita a esse âmbito – ou dimensão, ou direção, ou nível – está em diferentes passagens dos escritos de Pichon e de seus seguidores ou discípulos; mas

---

⁴⁴ Essa autoanálise não significa necessariamente que aconteça pelos aportes psicanalíticos.

parece que essas definições ora se restringem às instâncias das instituições/organização, ora se ampliam para toda a macroestrutura social.

Em *Psicologia do Vínculo*, Pichon (1982) apresenta a dimensão institucional como a “investigação dos grandes grupos; sua estrutura, origem, composição, história, economia política, ideologia, etc.” (p.27); ou ainda como aquela que toma “todo um grupo, toda uma instituição ou todo um país como objeto de investigação” (p.24). Em *O processo Grupal*, o nível institucional está referido à “abordagem da família como instituição através do estudo da história familiar, de sua estrutura socioeconômica e de suas relações intergrupais e ecológicas: com outras famílias, a vizinhança, o bairro, o clube, a igreja, etc.” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.69).

Bauleo (1988) afirma que Bleger e Pichon, nos finais da década de 1950, desenvolveram essas concepções sobre os *âmbitos* como forma de se manterem coerentes com a ideia freudiana de *sobredeterminação*⁴⁵, mas buscando estendê-la ao campo social. O autor, ao trabalhar com essa sistematização, com esse pensamento que permite passagens entre micro à macro e vice-versa, desenvolveu estudos e intervenções institucionais que se atêm às questões de grupo interno e formação de esquemas referenciais de terapeutas e buscou iluminar a problemática da passagem entre extremos do micro e macro, ou seja, entre o íntimo e o social, o que o levou a refletir sobre questões da gênese dos processos de adoecer e dos possíveis processos terapêuticos, entre outras problemáticas.

As interrogações lançadas sobre o âmbito institucional serão um pouco mais desenvolvidas no próximo capítulo. Mas é importante destacar que esse aspecto da teoria pichoniana traz questões que mobilizam indagações sobre aspectos problemáticos da própria teoria, sobre as instituições e suas definições e, no que se refere ao objetivo deste trabalho, sobre as práticas e diretrizes políticas no campo das políticas públicas.

Algumas considerações merecem ser feitas em relação ao conceito de *instituição* no âmbito dos campos *psi*. Para isso, vou me ater às contribuições de Bleger, porque ele recupera a dimensão institucional e política nos processos grupais e principalmente por ser referência constante na sustentação dos caminhos que venho trilhando no campo das políticas públicas.

De acordo com Guirado (1987), Bleger é aquele que pensa a intervenção do psicólogo na instituição sempre numa perspectiva política, perspectiva que diz respeito às relações de poder

---

⁴⁵ Sobredeterminação, superdeterminação ou determinação múltipla refere-se, segundo Laplanche & Pontalis (1988), ao fato de uma formação inconsciente (sintoma, sonho, etc.) estar remetida a uma pluralidade de fatores determinantes. Há dois sentidos no entendimento dessa formação: ser resultante de diversas causas; ou remeter a elementos inconscientes múltiplos.

que crivam a vida dos grupos e das classes sociais. Ele argumenta que, se a dimensão psicológica está presente em qualquer situação na qual o humano intervém, a psicologia deve estar inserida na realidade social por meio do estudo de grupos, instituições e comunidades. Junto com seu esforço de pensar a intervenção, ele sempre buscou desenvolver um trabalho que pudesse também ser compreendido como uma forma de fazer ciência.

Na teoria pichoniana, a instituição é pensada a partir dos papéis possíveis de serem vividos (ocupados) na própria instituição, podendo ser investigada principalmente a partir do jogo de papéis estabelecido nos grupos. Ou seja, a instituição pode ser compreendida com base em “uma problemática intergrupar, portanto, passível de ser investigada a partir do plano grupar, seja no nível prático, seja no nível teórico-metodológico” (FERNANDES, 1989, p. 25).

Mas a instituição também pode ser pensada como fato psíquico. Formulações teóricas de autores como Bleger, Enriquez e Kaës colocam em evidência a “ordem própria da realidade psíquica mobilizada pelo fato institucional: mobilizada, trabalhada ou paralisada, e deve-se dizer também, apoiada na instituição” (KAËS, 1991, p.XVI).

As instituições fazem parte da personalidade do indivíduo, diz Bleger.

E, como tal, tem tamanha importância que a identidade é sempre - total ou parcialmente - grupal ou institucional, isto é: pelo menos uma parte da identidade é sempre configurada pela pertinência a um grupo, uma instituição, uma ideologia, um partido, etc. Fenichel⁴⁶ escreveu: Não há dúvida nenhuma de que as estruturas individuais criadas pelas instituições ajudam a conservar essas mesmas instituições’. Mas, além dessa interação indivíduos-instituições, as instituições funcionam sempre (em graus variáveis) como limites do esquema corporal e núcleo básico da identidade. (BLEGER, 1988, p.313)

Ele compreende que o termo instituição leva a dois tipos de acepção: é conjunto de normas, regras e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais; é organização que se define como uma disposição hierárquica de funções que se efetuam numa área delimitada (BLEGER, 1989, 1991).

Bleger compara a instituição ao enquadramento da situação analítica, quando constata que o enquadre funciona como uma instituição; ele define-se por um conjunto de constantes (tempo, espaço, tarefa, etc.), podendo ser entendido como *não-processo* dentro do qual se desenvolvem os fenômenos, os comportamentos da relação terapêutica: o *processo* é analisável e interpretável. Na relação *processo* e *não-processo*, ele considera que “o enquadramento é ‘mudo’, mas nem por isso inexistente, formando o não-ego do paciente, à base do qual

---

⁴⁶ Otto Fenichel (1897-1946), psicanalista da chamada segunda geração, nasceu em Viena, viveu em Berlim e depois emigrou para os Estados Unidos. Segundo Roudinesco & Plom (1998), foi considerado um grande freudiano, hostil a todos os dogmatismos e aberto para a questão social. Sempre se opôs a políticas conservadoras dentro da psicanálise.

configura-se o ego. Esse não-ego é o mundo fantasma do paciente, que se deposita justamente no enquadramento e representa uma meta-conduta” (BLEGER, 1988, p.325).

O *não-ego* é entendido como a parte indiferenciada da personalidade, não resolvida e caracterizada por vínculos simbióticos primitivos. Considerando essa característica de indiscriminação, o não-ego é entendido como um núcleo aglutinado e também como a parte psicótica da personalidade; é a parte que fica depositada no enquadramento.

Bleger está partindo da hipótese de indiferenciação entre o eu e o outro no momento do nascimento, que é o ponto de partida do desenvolvimento; entende que o indivíduo não nasce isolado para depois desenvolver gradualmente uma sociabilidade. Esse tipo de afirmação que considera o homem quando nasce um ente isolado, cuja natureza social só será desenvolvida posteriormente, é para ele a quintessência do individualismo:

Em substituição a tal hipótese, fui levado a conceber um estado de indiferenciação primitiva como ponto de partida do desenvolvimento humano. Isto significa – entre outras coisas – que já não temos que buscar ou investigar o modo pelo qual a criança, no curso do seu desenvolvimento, vai se conectando com o mundo externo, e sim como vai se modificando um tipo de relação (indiferenciado), para que a criança venha a atingir, no melhor dos casos, um desenvolvimento de sua identidade e do sentido de realidade. G. B. Shaw⁴⁷ disse uma vez, com razão, que a ‘independência é um preconceito da classe média’; mas isso nos levaria ao campo da sociologia do conhecimento científico. (BLEGER, 1988, p.10)

O que Bleger está propondo é uma nova formulação sobre a existência de uma posição que seria anterior às posições esquizoparanoide e depressiva, tal como configuradas por Melanie Klein. Seria a *posição gliscrocária*, que é definida pela vivência de ansiedade catastrófica, pelas defesas de cisão e projeção maciças e pela relação com um objeto aglutinado e viscoso (vínculo simbiótico).

Esta indiferenciação primitiva tampouco é, a rigor, um *estado* de indiferenciação, mas uma *estrutura* ou organização diversa que inclui sempre o sujeito e seu meio, ainda que não como identidades diferenciadas. O remanescente de núcleos dessa indiferenciação primitiva em uma personalidade ‘madura’ é o responsável pela persistência da simbiose e, como tal, denominei-o de núcleo aglutinado. Manifesta-se tanto no desenvolvimento normal (adolescência, período de crises ou mudanças) como na patologia (epilepsia, melancolia, etc.). Se a totalidade ou grande parte da personalidade estruturam-se sobre alguma das modalidades de indiferenciação primitiva, encontramos-nos frente à personalidade ambígua, ou com traços de caráter ambíguo. Por outro lado, essa indiferenciação primitiva, com os dois fenômenos mais proeminentes (simbiose e ambiguidade), são normais, não apenas por seu grau, mas, além disso, por sua dinâmica; razão pela qual podemos também significar ou implicar quadros patológicos ou momentos patológicos, alguns deles, inclusive, *necessários* para a evolução normal da personalidade. (BLEGER, 1988, p.11)

---

⁴⁷ George Bernard Shaw (1856-1950), dramaturgo, romancista, contista, ensaísta e jornalista irlandês.

Uma outra hipótese de Bleger vai na direção do abandono da crença de que o fenômeno psicológico é originariamente mental; para ele não faz sentido a ideia de que se, inicialmente, o mental não se manifesta como mental, é porque ele existe ou preexiste de modo inconsciente. Sua postulação é de que o fenômeno mental é uma modalidade de conduta.

Desse modo, originalmente o vínculo se constituiria por vias corporais e pré-verbais. Mais tarde, quando a palavra passa a ser um modo presente de comunicação, a permanência da indiferenciação e indiscriminação será verificada pelo uso da linguagem como um valor factual e não simbólico; ou seja, a palavra mobilizará comportamentos e ações no interlocutor, mas não símbolos (GUIRADO, 1987).

Essas hipóteses são importantes para compreender a concepção de instituição formulada por Bleger, e sua ideia de que tanto o enquadramento psicanalítico quanto as instituições e as organizações são depositárias da parte psicótica da personalidade. Se o enquadre é uma instituição, podemos supor então que o conjunto de normas, regras e a disposição hierárquica de funções, que caracterizam as instituições e organizações, funcionariam também como enquadre, como o conjunto de constantes do não-processo. Sendo assim, a dissolução ou tentativa de mudança dessas instâncias, dessas instituições, pode produzir diretamente uma desagregação da personalidade, já que a organização e o grupo são considerados a personalidade de seus membros; “o ser humano antes de ser uma pessoa é sempre um grupo, não no sentido de pertencer a um grupo, mas no sentido de que a sua personalidade é um grupo” (BLEGER, 1991, p.51).

As hipóteses formuladas por Bleger acrescentam novos entendimentos à concepção de um grupo, agora relacionado à estruturação da personalidade e entendido como resultante da possibilidade de se *vincular*, como *sociabilidade sincrética* (relação simbiótica, não-relação), e se *relacionar* em uma modalidade nomeada de *sociabilidade por interação*, ou seja, com um certo grau de organização, amplitude e integração de um conjunto de manifestações (verbalização, motricidade, ação, julgamento, raciocínio, pensamento, etc.).

O grupo é, assim, considerado uma instituição sempre muito complexa, um conjunto de instituições que têm, ao mesmo tempo, uma tendência a se estabelecer como uma organização com regras fixas. Além de ser um conjunto de pessoas que entram em relação entre si é, fundamentalmente, uma sociabilidade estabelecida sobre um fundo de indiferenciação ou de sincretismo. Nesse sentido, em todo grupo há um tipo de relação que, paradoxalmente, é uma não-relação. Essa não-relação (sociabilidade sincrética), clivada da relação (sociabilidade por interação) e da parte organizada da personalidade (ego), fica depositada nas estruturas institucionais. Segundo Bleger,

o nível da interação se organiza de uma maneira fixa e estável, mas a fixidez e a estereotipia da organização, por sua vez, se baseiam também e, fundamentalmente, no estabelecimento do controle sobre a clivagem entre esses dois níveis, de tal forma que a sociabilidade sincrética se torna imóvel. (BLEGER, 1991, p.49)

A necessidade de manter clivados esses dois níveis de sociabilidade, sincrética e por interação, pode explicar uma tendência à burocracia e de resistência à mudança nos grupos e organizações. Burocracia entendida quando os meios se transformam em fins e quando se deixa de lado o fato de se ter recorrido a determinados meios para atingir os fins perseguidos.

Se é assim, essa tendência à burocratização está presente também nas organizações e instituições governamentais e não governamentais e nas suas ações, ou seja, na implantação e implementação de novos projetos, no desenvolvimento de práticas e, inclusive, nos atendimentos realizados nas unidades de saúde ou consultórios particulares:

Qualquer organização tem tendência a manter a mesma estrutura do problema que ela tenta enfrentar e pelo qual foi criada. Assim, um hospital acaba tendo, enquanto organização, as mesmas características que os próprios doentes (isolamento, privação sensorial, déficit das comunicações, etc.)

Nossas organizações psiquiátricas, nossas terapias, nossas teorias e nossas técnicas também têm a mesma estrutura do fenômeno que tentamos enfrentar. Elas se tornaram e não são outra coisa senão organizações; por essa razão elas desempenham a mesma função de manutenção e de controle da clivagem: uma tendência à burocratização.

A função iatrogênica e de confirmação das doenças desempenhadas pelos nossos hospitais psiquiátricos não precisa ser comentada aqui, já é conhecida por todos e já que constitui um aspecto sobre o qual se insiste muito hoje em dia. (BLEGER, 1991, p.49-50)

São, repito, questões importantes a serem também consideradas nas políticas de saúde, nas políticas sociais de forma geral, e nas suas estratégias de implementação, já que quando isso acontece, a burocratização, os objetivos explícitos pelos quais as organizações foram criadas,

correm o risco de passar para o segundo plano, colocando em primeiro plano a perpetuação da organização enquanto tal. E isso acontece não somente para proteger a estereotipia dos níveis de interação, mas, fundamentalmente, para salvaguardar e assegurar a clivagem, o depósito e a imobilização da sociabilidade sincrética (ou parte psicótica do grupo). (BLEGER, 1991, p.49)

Diante de mudanças, de quebra de enquadres, de desorganização da instituição, as ansiedades básicas frente ao medo da perda e do ataque se manifestam. Mas para Bleger, elas não dizem respeito apenas ao medo do desconhecido ou da novidade. A reação do grupo diante de uma experiência nova diz respeito tanto ao medo do que é desconhecido (a novidade) quanto ao medo do desconhecido que existe no interior daquilo que é conhecido. O medo se produz diante do desconhecido que cada pessoa traz em si mesma sob forma de não pessoa e de não-identidade (ou de Eu sincrético). Em outras palavras,

é o medo de não continuar a reagir com as regras estabelecidas que se deve assimilar enquanto pessoa; é o medo do encontro com uma sociabilidade que nos aniquila, enquanto pessoa e nos transforma num único meio homogêneo, sincrético, no qual cada um não poderá emergir do fundo enquanto figura (como pessoa), mas, ao contrário, permanece submerso nesse fundo, o que implica uma dissolução da identidade estruturada pelos níveis mais integrados do Eu, do self ou da personalidade. (BLEGER, 1991, p.46)

Medo de não mais ter as regras e normas que garantem a manutenção da clivagem entre as sociabilidades (sincrética e por interação); manutenção que é também do estabelecido, da burocracia iatrogênica, e a possível salvação diante da dissolução da identidade, de fundição a uma massa homogênea quando os limites entre o diferenciado e o indiferenciado se rompem. Desse modo:

A sociedade tende a instalar uma clivagem entre o que se considera como sadio e como doente, como normal e como anormal. Assim, se estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade 'sadia') e todos aqueles que, como os loucos, os delinquentes e as prostitutas acabam produzindo desvios e doenças que, supõe-se, não têm nada a ver com a estrutura social. A sociedade se autodefende, não dos loucos, dos delinquentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria delinquência, de sua própria prostituição; dessa maneira, ela os coloca fora de si mesma, ela os ignora e os trata como se lhe fossem estranhos e não lhe pertencessem. Isso se dá através de uma profunda clivagem. Essa segregação e essa clivagem são transmitidas pelos nossos instrumentos e pelos nossos conhecimentos. (BLEGER, 1991, p.50)

Nossos conhecimentos e instrumentos também jogam pela manutenção de segregações, estereótipias, burocracias iatrogênicas, sejam elas quais forem, nas instituições/organizações, no cotidiano da vida e mesmo no trabalho de produzir e se apropriar de conhecimentos. A banalização de uma teoria, de um pensamento, de conceitos, é parte do jogo pela manutenção dessas clivagens.

**

O objetivo neste capítulo foi produzir uma sistematização das categorias fundamentais do pensamento de Enrique Pichon-Rivière, da psicologia social da práxis que foi desenvolvida por esse autor e seus seguidores; foi apresentar um conjunto de reflexões elaboradas a partir do viés de uma teoria que tem se mostrado potente na constituição de um caminho de práticas, e por isso está sendo compartilhada. As relações mais estreitas entre esses dois caminhos serão refletidas no próximo capítulo.

3. PSICOLOGIA SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLETINDO SOBRE AS DIMENSÕES DE UMA PRÁXIS

Neste capítulo, pretendo resgatar questões sobre políticas públicas e conceitos da psicologia social, histórica e concreta, sistematizando as elaborações que venho tecendo no contexto das práticas que envolvem ensino, pesquisa e extensão (particularmente a atenção em saúde).

No que se refere à psicologia, as formulações de Pichon-Rivière, enriquecidas pelas contribuições de Bleger, são as principais referências na organização dessas ideias e, do mesmo modo, contribuíram na constituição das práticas que venho desenvolvendo nos últimos anos. Essas práticas, por sua vez, suscitaram modos de entendimento que não estão explicitados ou sequer foram indicados como possibilidade nos textos produzidos por esses autores. Por isso mesmo, entendo a relevância de apresentar a tessitura desse pensamento e das ações desenvolvidas; para serem alvo de debate e de abertura em outras perspectivas que indiquem possíveis caminhos em direção à retificação, ratificação ou mesmo superação do que até aqui foi construído.

Em outros termos, trata-se de uma forma de apresentar uma leitura das formulações pichonianas, a partir do aprendizado que se deu em experiências de estudo e de práticas iniciadas como psicóloga, ainda recém-formada, que procurava construir uma identidade profissional a partir do campo de formação *psi*, embora atuando num território não tradicional de inserção dos psicólogos.

A partir do esquema conceitual pichoniano, é possível desenvolver um tipo de leitura dos problemas sociais emergentes no processo de trabalho, considerando seus aspectos subjetivos, baseando-se em uma perspectiva multidimensional. As três direções propostas por Pichon-Rivière em sua análise de grupo – psicossocial, sociodinâmica e institucional –, se consideradas como recorte metodológico, possibilitam um olhar sobre essas dimensões que se

intercomunicam e se expandem para outras dimensões; e, parafraseando Fernandes (1989), acabam por exigir a necessidade de burlar limites e sair de categorizações.

Bauleo (1988) justifica o ‘corte’ entre essas direções como metodológico, porque cada manifestação de um indivíduo, de um grupo, de uma instituição ou de uma comunidade, são expressão de uma dimensão que leva consigo todas as outras. Isso seria como efetuar um ‘zoom fotográfico’, é “um ir e vir do micro ao macro, e vice-versa, que captaria diferentes fatores inter-atuantes na estrutura genética do fenômeno (emergente, sintoma), possibilitando uma intervenção mais orgânica sobre aquilo que está acontecendo” (BAULEO, 1988, p.106). O autor nomeia essa proposta de sistematizar a observação do campo de trabalho clínico, estipulada por Pichon-Rivière e Bleger, como *psicologia dos âmbitos*.

A tentativa que faço neste trabalho é de não restringir essas observações ao campo do trabalho clínico. Tenho entendido que, para além dele, a teoria pichoniana oferece pistas que orientam o olhar diante das múltiplas dimensões envolvidas na inserção no âmbito público e na forma de planificar esse trabalho no cotidiano.

Mas a empreitada dessa tarefa foi mobilizada, principalmente, pelo interesse que alunos de graduação, pós-graduação e profissionais de saúde têm demonstrado em conhecer de forma mais sistematizada essa perspectiva de psicologia social; em construir um estilo de trabalho e estabelecer ligações com práticas frequentemente oriundas de programas estabelecidos como diretrizes políticas de governos. Entendo esse interesse ligado à construção de um esquema referencial cuja tarefa exige um momento de projeto, de elaboração de situações concretas, como a morte, e leva, ao se defrontar com problemas existenciais, à criação de um estilo de vida e à clareza das próprias ideologias.

E assim, inspirada principalmente nos conceitos de tarefa e enquadre, como discutiu Bleger (1988, 1989), e dedicando especial atenção à dimensão institucional, que integra as três direções de análise do grupo operativo, organizei este capítulo, incluindo considerações sobre a atualidade das questões levantadas por Pichon, as quais, além de explicitarem parte da construção de seu ECRO, estão ligadas ao campo que atualmente denominamos *saúde mental*.

Inconsciente/consciente e latente/manifesto: dimensões da loucura nas relações vinculares e institucional

Retomo a experiência de Pichon-Rivière nas décadas de 1930 e 1940, no Hospício de Las Mercedes, Buenos Aires. Essa inserção institucional pode ser entendida como um dos fatores

determinantes da passagem que ele fez da psicanálise à psicologia social. E ela adquire importância, seja pelas questões que ganharam *status* de interrogações filosófica e epistemológica, seja pelas formulações teóricas e técnicas que foram sistematizadas em um corpo teórico; ou ainda pelos aspectos ligados à formação/capacitação, às problematizações da loucura e do normal/patológico.

Lembremos que, ao chegar àquela instituição superlotada de pessoas internadas, Pichon encontrou um quadro de desassistência e de péssimas condições de trabalho. Diante de tantas demandas, do número excessivo de internos, constatou que um dos grandes problemas estava no tratamento que os profissionais da enfermagem ofereciam aos pacientes. Apesar de trabalharem naquela instituição há muitos anos, faltavam-lhes informações sobre o processo de adoecer, sobre como lidar com aquelas pessoas e, portanto, ficava evidente a incompetência para responderem às demandas com as quais se confrontavam. Nesse contexto, sua primeira ação foi um trabalho de capacitação do corpo de enfermagem, inicialmente reunindo um grupo de enfermeiros para discutir sobre os casos que estavam sob a responsabilidade deles. Com isso, Pichon procurava esclarecer, no grupo, os aspectos psiquiátricos daqueles casos, a partir dos relatos das relações entre profissionais e pacientes. No entanto, naqueles encontros, observou situações em que surgiam comportamentos estereotipados e que paralisavam a produção do grupo. Inspirado nas ideias de Bachelard, ele compreendeu essas situações como *estancamento da aprendizagem*, constituídas de forma similar a um *obstáculo epistemológico* que acontece quando um conhecimento previamente adquirido impede seu próprio progresso.

Para Bachelard (1996), o problema do conhecimento científico deve ser posto em termos de obstáculos. Os preconceitos que impedem e bloqueiam o surgimento de novas ideias são entendidos como obstáculos epistemológicos. Eles representam um imobilismo da ciência, impedindo seu próprio progresso. Todo conhecimento, à medida que se desenvolve e se estrutura, constitui-se em obstáculo para seu próprio prosseguimento. A continuidade do desenvolvimento só pode, então, se dar pela ruptura desse estado de coisa, que foi denominado de *corte epistemológico*.

Pautado nessas ideias, Pichon entende que seria necessário realizar esse mesmo corte no grupo, com o objetivo de que o processo de aprendizagem estancado pudesse fluir e, para isso, deveria investigar quais seriam esses obstáculos. Nos encontros – cuja tarefa pode ser entendida como aprender sobre a ‘loucura’, que era também objeto de trabalho daquela instituição –, Pichon observa que os momentos de paralisia estavam relacionados com a emergência do medo da loucura, que se referia às fantasias básicas subjacentes no processo de aprendizagem, que vinha carregado de conteúdos emocionais e afetivos.

A investigação mais aprofundada sobre essas fantasias, que se manifestavam pelo medo da loucura, foi fundamentada pelos aportes da psicanálise de Melanie Klein. Baseado nessa contribuição, Pichon levantou a hipótese de haver uma dupla conotação atribuída ao objeto de conhecimento, qual seja, ser objeto desejado e objeto temido. Frente a isso, no grupo “às vezes, sentiam-se ameaçados, como se o próprio conhecimento fosse perigoso e invasivo; outras vezes, era como se, diante do novo conhecimento, sentissem medo de uma desorganização geral dos conteúdos da experiência que já possuíam” (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.84).

Os conceitos para a compreensão do funcionamento psíquico infantil, como discutido no capítulo anterior, trouxeram subsídios para Pichon trabalhar os mecanismos de projeção e introjeção nos grupos e explicar o processo de cisão (objeto desejado e objeto persecutório) relacionado à tarefa e, portanto, como característica da dinâmica dos grupos. O autor entendeu como parte dessa dinâmica o duplo movimento emocional frente ao objeto da tarefa pela mobilização do medo da perda e do ataque, os dois medos básicos.

O primeiro, medo do ataque, decorre do movimento projetivo do grupo sobre o objeto da tarefa. Neste processo, há uma descarga agressiva sobre o objeto, necessária para a sua análise e para o processo de discriminação dos conteúdos que o compõem. Essa projeção resulta de um mecanismo de reversão, um verdadeiro bumerangue da agressividade projetada, o que faz o grupo, na sua fantasia inconsciente, temer o contra-ataque da parte do objeto agredido. Em termos kleinianos, este psicodinamismo faz parte da posição paranoide e é denominado de processo de *identificação projetiva*, ou seja, o mecanismo persecutório de reintrojeção da agressividade inicialmente projetada.

O segundo, o medo da perda, decorre da introjeção do ataque fantasiado do objeto, com consequente destruição que poderia realizar sobre os conteúdos internos, tidos como ‘bons’, pelo grupo. Surge, então, uma tentativa de protegê-los desse ataque, através de um processo de paralisia, que Pichon descreveu como estancamento da aprendizagem. Em razão desse mecanismo psicodinâmico, o grupo passa a trabalhar o conteúdo da aprendizagem de uma forma estereotipada, como se só admitisse os conteúdos do conhecimento antigo, sem qualquer abertura para a incorporação de elementos novos em seu campo. (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.85)

Pichon descreve esses momentos de estancamento da aprendizagem, que são carregados de alto montante de ansiedade, denominados também de pré-tarefa, e os entende como condição necessária do acontecer grupal; e, mais uma vez inspirado em Bachelard, nomeou essa dificuldade de *obstáculo epistemofílico*⁴⁸. A explicitação das fantasias inconscientes referidas aos medos de perda e ataque foi entendida como possibilidade de superação desse obstáculo, do estancamento da aprendizagem. Essa explicitação opera de forma a “permitir ao grupo a rearticulação de seu processo e a superação das contradições dilemáticas para permitir a

---

⁴⁸ Obstáculos epistemológicos dizem respeito às noções de disposição ou de carência de estruturas cognitivas e conceituais necessárias; obstáculos epistemofílicos estão ligados às resistências à mudança, resultantes dos medos básicos (FABRIS, 2014)

dialetização dos contrários e a realização de um salto dialético que permite a continuidade da tarefa” (VELLOSO & MEIRELES, 2007, p.85).

Essa primeira experiência de grupo, relatada por Pichon, teve ressonâncias na inserção daqueles profissionais que por muitos anos ficaram sem saber o que dizer às pessoas que atendiam, que desconheciam os aspectos envolvidos no processo de adoecimento e, muito menos, de cura.

Se fôssemos descrever essa construção operativa numa linguagem que procura relatar as ressonâncias visíveis, poderíamos dizer que o grupo adquiriu potência, manifestada pela descoberta de conhecimentos específicos e não específicos referidos aos modos de conviver no grupo, à relação com a chefia, à própria instituição.

Essa forma de descrição, restrita às características manifestas, que não inclui os aspectos infraestruturais da interação, é frequentemente encontrada em relatos, reflexões ou avaliações de experiências consideradas ‘exitosas’ no campo das políticas públicas. Ao serem assim expressadas, parecem desconsiderar aspectos latentes, cujos sinais certamente denunciariam as situações de dificuldades encontradas no processo. O estancamento da aprendizagem nem sempre se manifesta claramente como estereótipos, e quando estes não são considerados, principalmente em situações que se apresentam ‘como se’ tudo estivesse fluindo bem, pode ser mais um dos modos de criar novas práticas que mantêm velhas estruturas.

Essa pequena digressão é um modo de ressaltar que se uma experiência trouxe ganhos para os envolvidos, não significa que o ‘bom encontro’ e a postura provavelmente democrática de seu coordenador tenham propiciado um processo de construção liso, fácil e sem angústias. Ao contrário, se situações de indiscriminação, como aquelas observadas entre os enfermeiros, são carregadas de ansiedade, o processo de esclarecimento também não deixa de ser.

Compreender a infraestrutura dessas relações é parte da abordagem dialética que permite acompanhar o movimento na totalidade dos fenômenos. A desconsideração desses aspectos parece ter um efeito similar àquela situação, tal como discutida por Pichon (2005), em que o psiquiatra, ao entrar no jogo do grupo familiar que segrega quem ocupa o lugar de ‘doente mental’, o paciente (porta-voz da ansiedade grupal), assume o papel de condicionante da evolução no tratamento dessa pessoa. Nesses casos, como já mencionado, o psiquiatra trata a pessoa como ‘equivocada’ e se transforma no líder da resistência à mudança em nível comunitário. Ele faz uso instrumental da lógica formal, deixando de lado a noção de conflito em que os termos não se excluem e deixa de investigar as contradições que surgem no interior da operação e do contexto em que ela ocorre.

Pensando por essa perspectiva, a indagação de questões sobre o acontecer inconsciente e aspectos latentes traz contribuições em outras situações de mudança, como aquelas em que se dá a implantação de novos programas e diretrizes políticas.

Estreitamente ligados a esses aspectos, estão outros que não merecem ser desdenhados. Velloso e Meireles (2007) lembram que a visão de Pichon foi, para a época, revolucionária e de rupturas com os padrões tradicionais da psiquiatria. Ele abordou processos psicodinâmicos de caráter grupal em atendimentos que se desenrolavam na sala de admissão de um hospício com uma carga de dramaticidade intensa. Mas acrescento, ele também não deixou escapar que os problemas da saúde, do normal e patológico e das formas de adaptação, levam a um terreno ambíguo, cheio de indefinições ou de definições contraditórias (LEMA, 2008).

Contudo, afirma Pichon (LEMA, 2008), essas ambiguidades devem ser entendidas apenas como aparência, porque na realidade tratam da ocultação ideológica das características de um problema que escamoteia as condições de produção, os critérios de saúde e doença mental (normalidade/anormalidade) e a função que o ‘aparato’ ou as organizações de saúde cumprem em uma sociedade de classes. A análise dos critérios e definições da saúde e das formas de organização e assistência nos remete às suas condições de produção, que são históricas, econômicas e políticas.

Afirma ainda que os critérios que permitem estabelecer se a conduta de um sujeito é adaptada, normal ou patológica, estão vinculados a um sistema de representações, a uma infraestrutura de relações sociais e de produção, legitimadas por sua vez nesse sistema de representações que orienta as expectativas sociais e as enquadra. Critérios de saúde, normas jurídicas, entre outras formas que definem o modo ‘adaptado’ de ser, são úteis ao sistema de relações sociais. O critério de saúde vigente, por exemplo, é o da competência social, e acaba por condensar as ideias de uma classe dominante. Como condensação de uma ideologia dominante, adquire um caráter ocultante e mistificador que confere a essa ideologia um papel na luta de classes. Desse modo, quem rompe com algumas dessas normas (a jurídica, o critério de saúde ou mesmo as estéticas) se faz merecedor do mesmo tipo de sanção: marginalização e desqualificação sistemática de seus atos e pensamentos. A reclusão no hospício é uma forma concreta que assume essa penalidade. E conclui Pichon:

Podemos afirmar que existem hoje duas formas de lei: a escrita, codificada, que constitui a ordem jurídica e expressa a vontade de uma classe que está no poder; e outra forma de lei, coerente com a anterior, que implica o critério de normalidade a partir da qual se julga – qualificando ou desqualificando – a conduta dos sujeitos. Essa lei não escrita é também expressão dos interesses de classe. (LEMA, 2008, p.79, tradução nossa)

Consciente/inconsciente nas relações vinculares, manifesto/latente nas relações institucionais, são dimensões constituintes de um mesmo problema. Às vezes buscamos discriminá-las, temos até a “sensação de que algo vem do social (que poderá estar organizado como instituição) atravessa o sujeito, onde aloja transitoriamente, para logo voltar ao social” (BAULEO, 1988, p.48), mas não é possível estabelecer limites, fronteiras que permitam distingui-las claramente. Embora tal questão possa nos levar a um longo debate, principalmente no campo da psicanálise, e com grau de complexidade que não permite simplificações, a intenção ao mencioná-la é sublinhar a relevância da dimensão do implícito nas manifestações do sujeito, das interações grupais e na produção das instituições.

Sobre o medo da loucura que emergiu no pequeno grupo, pode ser entendido como expressão de fantasias próprias da constituição subjetiva, mas elas são alimentadas e alimentam as ideologias sustentadora das relações discriminatórias e violentas.

Muito já foi dito acerca da loucura e os medos subjacentes que circulam no meio social. Outro tanto, sobre o caráter ocultante das ideologias, também foi. Mas no contexto dessa discussão, outras questões merecem ser registradas. O que dizer sobre o medo que o conhecimento pode trazer? Que relações são possíveis estabelecer entre o não-saber da loucura e a experiência do esclarecimento, que pode se expressar como vertigem?

Na visão pichoniana, o medo comparece como uma condição ontológica do sujeito; como intrínseco aos constantes processos de mudança; como parte do motor que alimenta a espiral dialética ou o movimento pelo qual o sujeito se constitui no processo de aprendizagem, de adaptação ativa à realidade, de comunicação.

Se o medo pode ser considerado ontológico do sujeito, as características pelas quais ele se manifesta no meio social parecem não ser. Pichon & Quiroga (2010) esclarecem um pouco mais essa ideia, quando afirmam que todos os medos têm origem e caráter irracional e podem ser resumidos a dois tipos, o medo da perda e do ataque. Mas ambos são alimentados em um ‘clima socioeconômico’ das sociedades industriais modernas, cujo denominador comum seria a insegurança básica vinculada à incerteza dos meios de subsistência; incertezas que se referem às limitadas oportunidades de emprego, à baixa renda, à possibilidade de adoecer e ao processo de envelhecimento. Essa ansiedade, quando vivida no grupo, adquire características de temor da morte e de desintegração familiar.

No caso dos grupos que lidam com a loucura, o medo é alimentado também pelas características que a instituição psiquiátrica adquiriu em nossa sociedade e pelos processos que lhe deram origem; está igualmente relacionado às particularidades do hospício, criado para

enclausurar os desarrazoados. Sendo assim, não há possibilidade de separar a ansiedade, o medo, dos significados institucionais e sociais estabelecidos em relações concretas.

Essa é mais uma das questões a serem consideradas na construção de práticas e projetos políticos; mesmo aqueles que se inscrevem em paradigmas contra-hegemônicos, como é o caso do movimento antimanicomial.

Para refletir sobre a relevância dessas questões nos dias de hoje, proponho a mudança do solo argentino para o brasileiro e um salto no tempo, saindo década de 1930 e aportando em 1992. Naquele ano, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo implementou um programa de formação permanente para trabalhadores em saúde mental, instalando trinta e seis grupos de supervisão clínico-institucional, ofertados para cerca de oitocentos profissionais de formação diversa e com inserção em diferentes serviços de saúde⁴⁹. Eram trabalhadores implantando na cidade a rede de atenção em saúde mental que se propunha substitutiva aos manicômios, iniciada no ano de 1989⁵⁰.

O contexto da formação proposta a esses profissionais é bem diferente daquele que se configurou no Hospício de Las Mercedes. Muitos leitos psiquiátricos tinham sido desativados na cidade de São Paulo, e a motivação dos trabalhadores era grande no sentido de criar atendimentos, práticas e serviços que superassem as estruturas manicomiais. Apesar disso, as angústias eram muitas e pediam leituras para além de demandas concretas (problemas de infraestrutura ou condições para realização do trabalho).

Essa implantação, que previa a abolição da internação manicomial, trazia possibilidade de diferentes formas de atuação e de intervenção; demandava também a ampliação dos espaços tradicionalmente considerados terapêuticos para outras formas que transcendessem os limites da instituição psiquiátrica (oficinas, passeios, atividades artísticas, atividades laborais, etc.). Diante da nova situação – que exigia o abandono da concepção psiquiátrica tradicional, explicitava a falta de saberes que oferecessem alguma segurança na constituição de um novo modelo de atenção em saúde e se apresentava indefinida em relação aos limites do que constituir

⁴⁹ Mais informações, Cf. SCARCELLI, 1999a

⁵⁰ Em relação à implantação da rede de atenção em saúde substitutiva aos hospitais, foram visíveis seus impactos quando comparada aos serviços existentes até o ano de 1988. A criação de novos equipamentos como os hospitais-dia (HD), centro de convivência e cooperativas (CECCO) e a implantação das equipes multiprofissionais em todos os serviços da rede (unidades básicas, unidades especializadas e hospitais gerais e especializados) propiciaram um aumento significativo de atendimentos anuais na rede extra-hospitalar municipal (cerca de 116.000, em 1992, contra 20.000, em 1988). Foram desativados, até o final de 1992, sete dos vinte e dois hospitais psiquiátricos e 2.032 dos 4685 leitos existentes no início da gestão. Nesse sentido, o número de internações diminuiu de, aproximadamente, 23.000 para 15.000 ao ano, o que significou uma queda percentual de 30,44%. Essa queda se mostrou muito significativa quando comparada à ocorrida na mesma época no Estado de São Paulo e no Brasil, respectivamente, 9,40% e 8,27% (SCARCELLI, 1999a). Mais informações sobre a experiência paulistana podem ser encontradas em Scarcelli (1998 e 1999a) e Vieira, Vicentin e Fernandes (1999).

como práticas e espaços terapêuticos, isso tudo somado ao desconhecimento dos profissionais sobre como lidar com pacientes ‘psicóticos’ – emergia uma grande ansiedade naqueles grupos (SCARCELLI, 1999b).

Trechos das falas dos profissionais (SCARCELLI, 1998) que participaram das supervisões dão um panorama dos problemas que se colocavam.

A gente nunca sabe direito qual o objetivo do tratamento, eu acho que é o objetivo de cura .... Que tipo de melhora eu posso esperar do psicótico? ... O que esperar num lugar desse (num hospital dia) ...

Os riscos que a pessoa se coloca sem conhecer um psicótico pode desencadear reações.... Tendo conhecimento e sabendo lidar com a coisa o resultado é maior. Eu fico preocupado com soltar um psicótico e em como ele vai reagir. Acho que alguém mais especializado trabalharia melhor com isso. Dá angústia, muitos psiquiatras sofreram agressões.

Acho que o que assusta muito é o delírio .... E se o psiquiatra entra na loucura do paciente e não sabe como lidar com isso?

Num hospital psiquiátrico tinha uma mulher, uma enfermeira, que só apanhava, mas também ela pedia isso. Acho que não é preciso ter uma formação médica específica para se trabalhar com os psicóticos.

...é preciso saber os limites. Não é entrar na loucura, é uma incursão nela. O limite é tirado no momento. O terapeuta pode se misturar com o louco e enlouquecer junto. O louco é de maneira geral mal recepcionado. Muitos dos casos de agressão ocorrem pela má recepção. Tem que ter um *feeling* para perceber o que está acontecendo com o cara.

...o modelo médico me salva de vez em quando .... Eu estou muito identificada com eles (psicóticos) ... Eu percebi que o modelo médico não abarcava a situação.

O medicamento só não resolve. É isso o que se percebe.... É difícil conter a ansiedade, não só do grupo, mas também de quem medica.

Eu fico muito angustiada porque falta muito para saber como ele (o psicótico) é.

Sabe, eu trabalho há dezessete anos na rede e ainda hoje eu tenho uma angústia, tenho até vergonha de falar, mas até hoje eu não sei o que é uma criança psicótica. Será que eu nunca achei uma criança psicótica ou será que eu nunca consegui discriminar, é falta no meu trabalho?

Eu me sinto profundamente identificada. A gente não sabe como trabalhar o psicótico.... Fiquei pensando quem são esses psicóticos, quem trabalha com eles; mas entre as pessoas aqui parece que nós não temos essa prática.

A gente roda, roda, roda ... que modelo de hospital-dia é esse e para quem é indicado...

Tudo tem limite, nós também; é um grande ataque à autoestima... O paciente muitas vezes não se sente atendido; ele se assusta ao chegar num grupo de trinta, trinta e cinco pessoas.... Tem uma questão ética também, questão do público e do individual... A gente tem que partir de alguns princípios básicos, por exemplo o limite de pessoas, a afinidade com o trabalho.... Existem algumas características que a gente tem que definir para a equipe não mergulhar na loucura com as pessoas.

Nesse contexto, o medo da loucura continua presente, agora associado à indiscriminação emergente na falta de delimitação sobre o que vem a ser a ‘doença mental/loucura’ e sobre as formas de intervenção no sofrimento por ela causado. O medo também é de identificação com a loucura e associa-se, simultaneamente, ao medo da perda da identidade profissional. O desconhecimento em lidar com pacientes ‘psicóticos’, as dúvidas relacionadas à delimitação do espaço terapêutico e à própria formação do profissional, os sentimentos contraditórios gerados por essa situação, emergem como fontes de ansiedade.

A ansiedade diz respeito também à falta de noção de limite. E essa definição é aspecto fundamental para a constituição e estruturação da subjetividade, para convivência coletiva, se analisado do ponto de vista da organização psíquica. Na indiscriminação vigente nesse contexto de práticas, trabalhadores e pacientes acabam por se misturar, o que permite a identificação desses trabalhadores com seus pacientes, ‘doentes mentais’ (SCARCELLI, 1999a). Os trechos abaixo são elucidativos.

A. - Não seria melhor a gente ver a parte teórica sobre o que é o psicótico?

Supervisor - Tudo bem, o que vocês acham que é um psicótico?

(Silêncio muito grande)

F. - A ideia que eu tenho de psicótico é uma pessoa que está fora da realidade, não consegue ter limites, e se ele não tem limites, ele acaba se perdendo.

W.- E o que quer dizer psicótico? A palavra em si...

M. - Psicose, bom, ‘ose’ é doença, não é? Acho que é doença da cabeça. Doença da psique.

Vários membros do grupo expressam não ter entendido a ideia.

I.- Ai, gente, que horror. Eu não estou entendendo nada. Acho que todo mundo aqui é psicótico. Que horror! Não estou entendendo mais nada, viu?

X.- É diferente rótulo de diagnóstico, gente.

A. - O atendimento é o modo como você vai utilizar o diagnóstico.

Z.- Acho que a grande coisa é você localizar a atenção no atendimento

(...)

F.- Queria falar uma coisa. Falar sobre psicose é uma questão básica. Falar de psicose e de inconsciente é super complicado, porque mexe com a gente.

I. “Mexe com a gente porque a gente está falando sobre o que é normal e o que não é normal.

(...)

A. “Acho que é o grupo que está psicótico.

Pichon-Rivière (2005), a partir de grupos de aprendizagem que desenvolveu ao longo de sua experiência de investigação/intervenção como psiquiatra e psicanalista, pôde observar o medo da loucura como uma das mais importantes fontes de resistência à aprendizagem da psiquiatria, cuja manifestação se dá como temor estritamente fóbico. Diante do objeto de conhecimento, mesclam-se ansiedades paranoides e depressivas.

Os alunos percebem, de forma muito clara e dramática, que a aprendizagem significa, no fundo, identificar-se com o objeto de conhecimento, penetrar literalmente nele. As ansiedades paranoides aparecem como fantasias de ficar preso dentro do objeto, com nítida conotação claustrofóbica, acompanhadas de temores hipocondríacos da

contaminação e do contágio. A análise precoce e sistemática dessas ansiedades específicas encurta o caminho e torna possível a obtenção da finalidade proposta, a limpeza do campo operacional da aprendizagem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.108)

Esse tipo de temor não está distante da situação na qual se encontram trabalhadores de saúde convocados para criar práticas no contexto de novos paradigmas. Entendo que esse contexto é também de contínua formação, em seu sentido amplo; é momento de apropriação e recriação de novos instrumentos, um modo de preencher o vazio que se instala ao se abandonar os velhos conhecidos instrumentos, que já não se adequam mais ao novo momento. Além disso, como bem lembra Pichon-Rivière, uma situação nova sempre provocará ansiedade; e o medo também tem níveis conscientes e inconscientes. Nessas situações, “desconfiamos de nossas forças, o desafio é constante, o medo de fracasso é constante, nos sentimos débeis, e pouco adianta saber que em uma situação anterior tivemos êxito, porque a atual terá semelhanças, mas não deixará de ser outra”. (LEMA, 2008, p.151-152)

O medo do fracasso é também o medo de *não saber*, que se expressa como medo da convivência, medo da exposição, medo de não corresponder ao que se imagina e se espera de um profissional:

A contaminação da loucura do outro, no sentido de dó, de pena, é muito grande ... E porque daí bate a coisa do que eu posso fazer com ele ... essa coisa da inutilidade.

Não foi coisa escolhida trabalhar com psicótico, porque tenho um caso parecido na família. Sou ousada, me meto, desafio. O que eu sinto é que a gente não consegue, me sinto constrangida no meio de tanta gente que analisa, estou tremendo por dentro. Me sinto estranha no ninho.

Como será que a equipe vai me ver ... Dizer pros outros como é que eu vejo a loucura .... Eu tenho medo de falar para você do que eu acho da loucura. Como é que vão avaliar o meu trabalho...

De novo a gente cai na culpa. É preciso ter em mente o limite; a responsabilidade não é só nossa, é também de toda uma situação.

Quando um grupo é antigo, a gente se sente mais à vontade no trabalho... A gente tem mais base para ousar; agora, quando é novo, existe muito medo nisso.... Há uma insegurança no novo, no montar o grupo, na mudança, instabilidade da equipe.

A exposição do *não saber* é um modo de denunciar as diferenças e as dificuldades no trato com tais pacientes. Se existe um ‘jeito certo de ser’, um jeito que corresponderia à normalidade de ação, ‘desviar-se’ dessa normalidade parece significar a identificação com o ‘psicótico’: o trabalhador, do mesmo modo que seus ‘pacientes’, estaria agindo fora da normalidade, a qual ele desconhece, mas supõe que exista e imagina ser a esperada pela instituição (SCARCELLI, 1998)

Estamos diante de contradições, ambiguidades, angústias, de manifestações que dizem respeito às relações de grupos no cotidiano do trabalho de quem lida com a loucura contextualizada em um campo denominado *saúde mental*. Representam as dicotomias do pensamento, as lacunas entre instituição, ideias e práticas, que transformam a convivência num mundo de indiscriminação e paralisia. Mas são, ao mesmo tempo, as consequências de um novo momento da reestruturação e superação da assistência psiquiátrica tradicional que aqueles trabalhadores buscavam enfrentar (SCARCELLI, 1998).

Se, de um lado, as novas práticas trazem benefícios concretos, muitas vezes mudando o percurso de vida de seus beneficiários, por outro, a inserção do trabalhador na instituição, caracterizada pela constante luta contra formas instituídas, é repleta de angústias e dificuldades de entrosamento, o que impede a apropriação e sistematização do saber por parte desses criadores dos novos conhecimentos.

No transcorrer dos anos, mudam-se contextos e, aparentemente, mudam-se as práticas; contudo, as ambiguidades, contradições e angústias decorrentes da insegurança diante do novo, parecem permanecer.

Avançando um pouco mais no tempo, chegamos a 2015, momento em que outras condições se colocaram aos trabalhadores da cidade de São Paulo. A política nacional de saúde mental em vigor no território nacional, que está apoiada na Lei 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica)⁵¹, busca, segundo sites oficiais⁵², consolidar um modelo de atenção aberto, de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Em 2011, com a publicação da Portaria no. 3.088⁵³, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do (SUS), mais conhecida como RAPS. Com ela, são estabelecidos pontos de atenção para o atendimento de serviços variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura (CECO), as Unidade de Acolhimento (UA) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, e a Estratégia dos Consultórios de Rua, para qualificar a atenção à saúde da população em situação de rua.

---

⁵¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

⁵² Ministério da Saúde: <http://www.blog.saude.gov.br/35528-politica-nacional-de-saude-mental-um-modelo-de-atencao-a-saude-mental-aberto-e-de-base-comunitaria.html>; Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>.

⁵³ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos pelo Portaria 366/2002⁵⁴, são definidos como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, articuladores da rede e da política de saúde mental em um determinado território. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária para evitar as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Profissionais que trabalham nesses CAPS, em diferentes pontos da cidade, expressam algumas de suas angústias⁵⁵.

... é um serviço que, infelizmente, está muito marginalizado, muito preconceito.

Aí vem uma norma nova e você diz: 'Mas isso aqui se encaixa? Aqui onde a gente está? Da pra seguir?' A gente se questionou de algumas coisas e acho que tem isso, que essa marginalização da saúde mental é quase uma sobra, sabe o mexidão? Você fez um grande banquete e o que sobra você faz um mexidão e come no outro dia. Saúde mental, às vezes, pra mim ... não é só aqui, é em São Paulo, posso dizer de São Paulo, é um grande mexidão. Então o que sobra, vão lá. E dentro da saúde mental ainda tem a questão do álcool e drogas. A gente ainda está aqui, nas grandes síndromes, e tem hoje investimento na questão do crack, de tudo...

Porque a saúde, às vezes, aqui no centro (da cidade), ela é voltada para a solução de todos problemas. Você não tem ação da segurança, da moradia, da assistência social... e você tem que ter uma ação com a saúde. E aí entra a saúde mental nisso, ou é uma dependência química, ou a pessoa está considerada como surtada – cada um classifica de um jeito - e aí coloca-se na saúde meio a solução de todos os problemas. Só que você não consegue articular. Você tem um paciente medicado que precisa de leito no albergue, você não consegue vaga. Você não tem a questão da segurança. Às vezes a saúde, se a gente pensa em estratégia, em consultório na rua, entra em lugares que ninguém mais entra. O agente comunitário, a equipe de consultório na rua da Atenção Básica... Ele entra em lugares de tráfico, de violência, de prostituição, que ninguém mais entra. Então a saúde, ela é colocada indiretamente no lugar como o cara que vai resolver todos os problemas. (...). Porque se o cara de rua... e ele não está sempre no mesmo local da rua, a rua também ela é separada por consultórios na rua. Então: essas ruas, esses consultórios.... Se o cara hoje dorme aqui outro dia aqui [apontando lugares diferentes], você não sabe de qual dos dois consultórios ele é.

Trabalhadores com uma sensação de retrocesso, de que assim, embora na teoria se diga que o trabalho é psicossocial, para ir pra fora, mas no fundo cada vez mais a gente fica ancorado aqui... e mesmo no serviço que é feito aqui ele acaba ficando muito só no clínico mesmo, então assim, no trabalho pequeno: é consulta médica, é consulta com alguns dos profissionais nos grupos que aqui estão... muito difícil de se fazer essa busca ativa e até de se trabalhar com qualidade com aqueles que estão aqui, mais do que a gente fala em ambiência, porque o tempo é curtíssimo. É curtíssimo! (...) se eu estou passando no corredor, correndo entre uma atividade e outra, entre um relatório e uma ligação, e algum paciente de repente fala assim: Olha, deixa eu falar uma coisa. Não, não tem tempo. Porque não tem esses cinco minutos para eu parar. Porque de repente você tem uma lista de coisas tão grandes pelo excesso de pacientes e pelo excesso de burocracia, que tem a sua função, mas assim, não tem. Não tem tempo.

⁵⁴ Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

⁵⁵ Esses trechos são parte da pesquisa desenvolvida nos CAPS de São Paulo, sob coordenação de Allan Saffioti, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP.

Então, a sensação que dá é que... é meio caranguejo... de estar voltando para os primórdios, de voltar àquela estrutura que... assim, que precisa fazer? Garantir o remédio, garantir que esteja aqui, garantir que saiu da crise... então tá bom! Porque você não consegue fazer muito mais.

F: - Então é muito difícil você conseguir estar num lugar e trabalhar para serviços que pensam diferente, de formas diferentes e dividir o mesmo lugar. Você tem de um lado quem quer que internar, e tem a gente na outra linha, que quer um atendimento que a pessoa continue ainda... na sociedade normal, e outra forma de cuidado, e é bem difícil... é uma ambiguidade, né? E aí a gente fica com isso, e aí tem as chefias todas nesses lugares, então é bem difícil fazer as articulações.

B: - Acho que o mais difícil são as diferentes concepções de cada profissional que tem nesse território, porque assim... alguns acreditam que é melhor mesmo que se interne, que tire esse sujeito um tempo... do convívio com os demais... outros acreditam que tem que partir de perspectiva de uma redução de danos... E aí esse choque acaba... às vezes é construtivo, pode ser construtivo, mas é normalmente complicado, porque gera uma série de discussões... É bem difícil, às vezes, lidar com... essa intersetorialidade, vamos dizer assim, e esse pensamento diferente em demasia até, né, e de princípios de como você vê o sujeito, a pessoa, como você entende ela, né? Eu diria que é quase... cada um tem uma visão de objeto diferente...

... eu acho que o tempo faz a gente ir mudando. A gente vai mudando conforme os anos vão passando... Então eu já penso muito em... o que eu vou falar, se eu falo ou não, se adianta.... Porque a gente vê as construções repetindo. A gente vê muito... tudo se repetindo. Repete muito! E aí no final você está cansado já de avisar que aquilo não vai dar certo, e vai fazer de novo! [Risos do grupo] e aí você fala: Deixa, deixa repetir! Aí você deixa repetir que aí aprende e muda, né? Mas é assim, diária a construção.

Mas eu acho que lidar com o usuário em crise... é estar em crise, também, às vezes junto. Isso é.... bem complicado, porque, fica nessas de discutir sempre, mesmo porque... a gente inventa a roda junto. Isso é bem forte no nosso cotidiano.

Eu avalio o quanto a rede está melhor. Eu percebo que aqui, para mim, a gente conseguiu fazer com que a rede funcionasse melhor, a rede de cuidados, de atenção, ela acaba funcionando melhor. Pode estar muito vinculada ainda no pessoal, porque ainda a rede é frágil. Mas eu vejo que a gente consegue, com isso tudo, fazer com que os outros espaços saibam que a gente existe e encaminhem com mais cuidado... com mais...

Os tempos são outros; alguns hospitais psiquiátricos nos moldes dos velhos hospícios ainda persistem, apesar das leis terem mudado e das diretrizes governamentais serem explícitas para a formulação de programas que minimizam as internações psiquiátricas. Foram instalados novos serviços e preconizadas ações que permitiram a saída de muitas pessoas do hospício e que tentam evitar novas internações. Do ponto de vista da organização desses serviços, os CAPS, pelo caráter centralizador que ocupam (além de todas as atividades voltadas para reinserção, devem dar suporte para as unidades de saúde da rede), acabam por exigir dos profissionais um conjunto de tarefas que ultrapassam os limites viáveis do que seria possível se o conjunto de serviços e ações da rede de atenção psicossocial estivesse plenamente implementado. Sem desconsiderar a relevância dessas práticas e serviços, havemos de nos perguntar sobre as questões infraestruturais, no sentido pichoniano, dessa construção: tem sido possível a abertura para compreensão dos aspectos irracionais (implícitos, inconscientes)

próprios das relações vinculares que, em momentos de mudança, agem como obstáculos epistemofílicos, estancamento da aprendizagem?

As falas dos trabalhadores, transcritas anteriormente, carregadas de ansiedade e de sentimentos de indiscriminação, contrastam com as descrições que procuram evidenciar o êxito dos programas de saúde mental implantados, registrados em relatos de experiências apresentados em congressos científicos na área de saúde, em avaliações governamentais e de segmentos dos movimentos sociais. Essas experiências são, em parte, exitosas, avançaram muito se comparadas àquelas dos velhos hospícios. No entanto, o sofrimento dos trabalhadores no contexto do trabalho em saúde ainda se sobressai, tem sido alvo de atenção de governantes e se destacado nas queixas desses profissionais. No conjunto de dificuldades relacionadas à infraestrutura material (falta de recursos, excesso de demanda), à organização do trabalho (ritmo, divisão de tarefas, conteúdo do trabalho, hierarquia), à situação política (instabilidade dos programas devido à troca de governos, disputa de projetos), uma análise das situações conflituosas emergentes nos grupos implicados com esse trabalho de saúde pode indicar caminhos menos penosos.

O medo da loucura não apenas é uma das fontes de resistência à aprendizagem da psiquiatria, mas também da saúde mental, como podemos inferir pelas experiências até aqui relatadas. Se em épocas não tão remotas, o medo da loucura e a marginalidade estavam vinculados à figura do louco, do doente mental, do psicótico, que deveria ser enclausurado, hoje, na vivência desses profissionais, esse medo parece ter se deslocado em direção aos limites estendidos das novas áreas de ação, conforme propõe a *saúde mental* em seu sentido polissêmico. O sentimento de indiscriminação, relacionado ao medo, estendeu-se para o espaço da cidade; e os serviços que cuidam dessa problemática ocupam agora o lugar de marginalidade. Na ampliação dos limites, o irracional – também alimentado pelo clima de insegurança socioeconômica – manifesta-se como a ‘sobra’, o ‘mexidão’. Ganham destaque como figuras perigosas, os usuários de substâncias psicoativas, principalmente aqueles que consomem crack, associados também ao clima de violência. São esses os loucos que hoje amedrontam e que parte da sociedade clama para que sejam enclausurados. E os profissionais lidam com problemas da saúde/saúde mental ainda vinculados à questão do normal e patológico, a um sistema de representações repleto de ambiguidades e indefinições aparentes.

Lembremos que o contexto de trabalho, no qual se relacionam tarefa e grupo, constitui uma equação da qual surgem fantasias inconscientes. Algumas delas funcionam como obstáculo na abordagem do conhecimento, deformando a leitura da realidade, mas outras atuam como incentivo do trabalho grupal. Podemos entender que, nesse processo, os trabalhadores de

saúde desenvolvem estratégias para sobreviverem no contexto institucional, que podem ser compreendidas nos movimentos do grupo, particularmente a posição instrumental ou paranoide, com seus mecanismos defensivos. Ao mesmo tempo em que esses mecanismos representam impeditivos para a construção de novas práticas, podem representar também formas de ‘adaptação ativa à realidade’ e se configurar como possibilidades de os trabalhadores resistirem às adversidades que são desafiados a enfrentar. À medida que o sujeito apreende esse objeto de conhecimento e o transforma, ele modifica a si mesmo, entrando assim em um interjogo dialético com o mundo. Configura-se assim o processo de adaptação ativa à realidade (SCARCELLI, 1999a).

Essa é uma árdua tarefa, quase militante, tal qual a experiência de Pichon como psiquiatra em instituições dessa natureza. Ele diz que aquela foi uma tarefa à qual se dedicou com muito entusiasmo; mas era uma dedicação que consumia todo seu tempo e se deu às custas de suas próprias condições financeiras. Assim mesmo, teve respostas de outra natureza, como quando pôde contar com vinte e cinco médicos voluntários em seu serviço, que trabalhavam nas novas experiências e investigações, enquanto outros setores não tinham mais do que dois profissionais com essa formação. Seu trabalho lhe permitiu confrontar o abandono, o isolamento, a total falta de comunicação em que se encontravam os pacientes. No entanto, aquela situação não mudou significativamente, como não mudaram também as difíceis condições de trabalho, como a falta de profissionais, o baixíssimo orçamento destinado ao serviço, as péssimas condições ambientais da vida cotidiana daqueles enfermos. Mas Pichon chama atenção ao fato de que isso tudo não são condições isoladas, e sim parte de uma concepção e de uma ideologia, e seu trabalho acabou criando grande resistência em grupos políticos poderosos e conservadores, o que tornou insustentável sua permanência ali. Depois de doze anos, viu-se obrigado a se retirar e, assim, terminou seu trabalho de luta dentro do Hospício de Las Mercedes (LEMA, 2008).

E aqui está um paradoxo diante do qual os trabalhadores se encontram nas instituições: são agentes dessas instituições, mas precisam se colocar numa posição de ruptura e superação do papel que lhes foi delegado para produzirem práticas contra-hegemônicas, que nem sempre serão mantidas no local onde foram constituídas, mas que podem se expandir para outros contextos. A indagação constante e, simultaneamente, a construção de ‘verdades provisórias’ parecem ser atividades fundamentais no sentido de preservar sua sanidade e, no âmbito institucional, romper com as modalidades cristalizadas da cultura manicomial.

A concepção operativa de grupo: um instrumental para investigação/ação

A apresentação das três situações, no tópico anterior, permitiu a discussão de aspectos implícitos e latentes nas relações vinculares e institucionais, mas teve também o propósito de levar adiante uma reflexão acerca da amplitude que a concepção operativa de grupo pode ter, particularmente no campo das políticas públicas.

Além das diferenças de tempo, espaço, contexto político e condições concretas, merecem ser destacados os modos como os grupos foram constituídos em cada situação e como o referencial pichoniano compareceu na reflexão de cada uma delas.

Em relação ao trabalho dos grupos, na primeira situação, que envolveu enfermeiros do hospital psiquiátrico, Pichon-Rivière fez a condução a partir da técnica de grupo operativo, na qual o coordenador facilita a tarefa grupal, a partir de interpretações das fantasias subjacentes, que atuam como obstáculo epistemofílico e estancam o processo de aprendizagem.

Na segunda situação, a formação para os trabalhadores de saúde mental que implantavam uma rede substitutiva de saúde mental, foram organizados grupos compostos por profissionais de formação diversa (psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros) e oriundos de diferentes serviços (hospitais-dia, centros de convivência e cooperativa, unidades básicas de saúde, pronto-socorros e hospitais gerais). Cada grupo tinha encontros em periodicidade quinzenal, com dia e horário fixos, em estabelecimentos localizados no mesmo território onde se encontravam os serviços de saúde no qual trabalhavam os profissionais. A condução ficou sob responsabilidade de profissionais *psi* vindos de instituições formadoras (universidades, institutos de pesquisa, centros de formação), que atuavam como supervisores clínico-institucionais a partir de diferentes abordagens (psicanalítica, fenomenologia-existencial, psicologia institucional, psicodrama, entre outras). Em parte dos grupos, foram incluídos observadores que eram estudantes de graduação em psicologia. A eles coube fazer anotações do diálogo estabelecido entre trabalhadores e destes com o supervisor. Após o término de cada encontro, eles teciam comentários sobre o desenvolvimento do encontro (pontualidade, temática explícita e implícita que permearam as discussões) e suas impressões.

A terceira situação, refere-se a procedimentos de campo em uma pesquisa que reflete sobre os CAPS no contexto da política atual de saúde mental. Cinco grupos foram compostos por trabalhadores (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, psiquiatra, técnico de farmácia e auxiliar administrativo) de quatro CAPS, em diferentes regiões. Foram realizados dois encontros por grupo, que aconteciam no próprio local

de trabalho, em dias e horários previamente agendados. A condução foi feita por um pesquisador e uma observadora (aluna de graduação que participou em grande parte dos encontros), utilizando-se a técnica de grupo operativo.

Como pode ser constatado, são três situações distintas, nas quais duas privilegiaram a técnica operativa, sendo que a primeira delas deu origem a esse tipo de dispositivo e teve caráter de intervenção em uma instituição; a terceira refere-se à condução de uma pesquisa científica, embora tenha trazido ressonâncias também no âmbito da prática. A segunda situação refere-se a um programa governamental de educação permanente, cuja leitura dos resultados foi feita a partir da teoria decorrente dessa técnica, que está sendo entendida como uma abordagem operativa de grupo.

Em relação à técnica, é importante lembrar que, embora tenha sido iniciada como experiência no Hospício de Las Mercedes, o desenvolvimento das investigações e a forma como o grupo operativo é concebido hoje foram desencadeados pela Experiência Rosário, laboratório social realizado em 1958, que teve como propósito a aplicação de uma didática interdisciplinar que utiliza métodos de investigação operativa.

A didática interdisciplinar baseia-se na preexistência, em cada um de nós, de um esquema referencial (conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e age) que adquire unidade através do trabalho em grupo; ela promove, por sua vez, nesse grupo ou comunidade, um esquema referencial operativo sustentado pelo denominador comum dos esquemas prévios. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.127)

Nos grupos se estruturam mecanismos de auto-regulação que são postos em funcionamento por um coordenador, cuja finalidade é obter uma comunicação que se mantenha ativa e criadora. O coordenador assume uma função de *co-pensor*, ou seja, de pensar junto com o grupo e, ao mesmo tempo, integrar os elementos do pensamento grupal. A função consiste em criar, manter e fomentar a comunicação, de modo a tomar forma de uma espiral na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade. Na investigação operativa, a tarefa é esclarecer as operações que acontecem e têm vigência no âmbito do grupo. Os sistemas referenciais são investigados tanto em sua estrutura interna (análise intrasistêmica) quanto na relação desses sistemas com aqueles de outros grupos (análise intersistêmica). Podem ser identificados sistemas fechados (estereotipados), sistemas abertos ou com fechamentos transitórios, em função do grau de ansiedade neles presentes; dependendo desse montante, podem se transformar em sistemas rígidos, ou círculos viciosos. Sendo assim, a tarefa do coordenador é cooperar na resolução de discussões frontais que ocasionam o fechamento dos sistemas. (PICHON-RIVIÈRE, 2005)

Deve ser lembrado que, como a estrutura interacional do grupo estimula a emergência de fantasias inconscientes, o campo grupal é repleto de múltiplas transferências, assim,

as fantasias transferenciais emergem tanto em relação aos integrantes do grupo, como em relação à tarefa e ao contexto em que se desenvolve a operação grupal. As fantasias expressam-se por meio de um ou vários porta-vozes que dão indícios que permitem ao coordenador a decodificação da adjudicação de papéis, a confrontação do grupo com a realidade concreta. A explicitação do implícito é a explicitação de ‘como se’, já que o implícito se relaciona ao passado.

Interpretar é iluminar o caráter transferencial dos conteúdos que se manifestam como condutas inadequadas. É confrontar dois tempos: o arcaico das fantasias e o aqui e agora, o presente da situação do grupo. Essa confrontação temporal e a desocultação do ‘como se’ transferencial acompanhada da assinalação das ansiedades operantes permite, a partir do *insight*, a modificação da atitude reprodutora pela criatividade da aprendizagem, da leitura operativa da realidade. (PICHON-RIVIÈRE, 2015, p.225-226).

Do ponto de vista prático, o grupo operativo reúne um conjunto restrito de pessoas, em espaço e tempo pré-determinados, articuladas por uma tarefa, cuja dimensão explícita é anunciada como objetivo. A formação do grupo pode ser mais ou menos heterogênea, mas a heterogeneidade é preferível em tarefas concretas, pois, “diante de uma máxima heterogeneidade dos componentes, pode-se obter uma máxima homogeneidade na tarefa” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.129).

Faz parte da tarefa implícita que investiga as atitudes e o ECRO, a análise das ideologias.

As ideologias (Schilder)⁵⁶ são sistemas de ideias e conotações de que os homens dispõem para melhorar e orientar sua ação. São pensamentos mais ou menos conscientes ou inconscientes, com grande carga emocional, considerados por seus portadores como resultado de um puro raciocínio, mas que frequentemente não diferem muito das crenças religiosas, com as quais compartilham um algo grau de evidência interna, em contraste com uma escassez de provas empíricas. As ideologias são um fator fundamental na organização da vida. Podem ser transmitidas de pais e professores para filhos e alunos por processos variados de identificação. Na maioria das vezes, o próprio sujeito ignora sua existência; não estão explicitadas, mas são sempre operantes. A ideologia, tal como aparece em seu conteúdo manifesto, pode ser compreensível ou não; mas o que se faz necessário é analisar a infraestrutura inconsciente. As ideologias são formuladas em palavras; portanto, a análise das palavras ou da linguagem, análise semântico-semantística, constitui, além da análise sistêmica, uma parte fundamental na investigação das ideologias. Estas não costumam formar um núcleo coerente, e até pelo contrário, via de regra, coexistem várias ideologias de sinal contrário, que determinam diferentes graus de ambiguidade (índice de ambiguidade). Essa ambiguidade manifesta-se sob a forma de contradição, e é por isso que a análise sistêmica das contradições (análise dialética) constitui uma tarefa essencial ao grupo. O grupo deve configurar um esquema conceitual, referencial e operativo de caráter dialético, no qual as principais contradições que se referem ao campo de trabalho devem ser resolvidas durante a própria tarefa do grupo. Todo ato de conhecimento enriquece o esquema conceitual, referencial e operativo, que se realimenta e se mantém flexível ou plástico (não estereotipado). Esse aspecto é

⁵⁶ Paul Schilder (1886-1940) foi colaborador de Freud em Viena e professor pesquisador da New York University. Foi pioneiro na utilização de procedimentos psicanalíticos em hospitais psiquiátricos e conduzia grupos com base nesses princípios. Escreveu sobre a análise das ideologias e enfatizava que o terapeuta deveria ter disposição para revelar e justificar a própria ideologia perante o grupo (SILVA FILHO, 2011).

observado através de processos de ratificação de condutas ou de retificação de atitudes estereotipadas (ou distorcidas), mantidas em vigência como guardiãs de determinadas ideologias ou instituições. Ao funcionar de uma maneira mais ou menos inconsciente, essas ideologias constituem barreiras que impedem a irrupção de soluções novas (soluções estas que aparecem sob a forma de emergentes com características de descobertas ou invenções). (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.130-131)

Segundo Pichon (2005), teoria e prática integram-se em uma práxis concreta, e o esquema conceitual e referencial operativo (ECRO) transforma-se no instrumento de trabalho de cada indivíduo em sua interação grupal orientada. Nesse sentido, Bleger (1989) lembra que o objetivo na condução dessa técnica é o enriquecimento do ser humano na tarefa, o que vai diferenciar o grupo operativo de outras práticas como o *brainstorming*, nas quais a atenção é colocada na obtenção de novas ideias e não no benefício que isso pode trazer à relação interpessoal e aos seres humanos. Sendo assim, a técnica do grupo operativo só pode ser aprendida através da experiência pessoal, a partir de um processo de autoconhecimento.

Em relação ao modo de funcionamento dos grupos como técnica, os encontros devem ter um tempo limitado (de preferência período maior que uma hora), com datas previstas e de frequência regular. A participação de observador, compondo uma dupla ou equipe de coordenação, é também prevista. O observador registra tudo a partir de um enfoque panorâmico, em atenção flutuante, observando os sentimentos que os acontecimentos do grupo lhe provocaram. Essas observações são relevantes na compreensão da dinâmica grupal e trazem mais subsídios ao coordenador na construção de hipóteses interpretativas que somente devem ser enunciadas no momento em que emergem as fantasias inconscientes, no aqui-agora-comigo.

Há uma situação que ilustra esse lugar silencioso do observador não participante, mas cuja presença é componente de relevância incontestável na compreensão da dinâmica grupal. Aconteceu em um grupo de elaboração de aprendizagem que compunha um curso sobre a técnica de grupo operativo para profissionais de saúde, desenvolvido na Universidade de São Paulo. Sempre após a aula teórica, a turma dividia-se em três subgrupos para elaboração da aprendizagem, conduzidos por uma coordenadora e uma observadora. Em um dos grupos, os profissionais estabeleceram uma ligação extremamente amistosa com a coordenadora e expressavam o quanto estavam satisfeitos com o curso, com as aulas, com as reuniões do grupo e com a coordenadora. A observadora era ignorada, como se não estivesse presente. Em um determinado encontro houve um momento em que a observadora não conseguia mais ouvir e ver o que se passava no grupo; seus pensamentos se voltaram para o filho pequeno que estava em casa com uma babá. Começou a ficar atemorizada com a possibilidade de o bebê ser sequestrado e foi tomada pelo sentimento de ser uma péssima mãe que abandonava o filho. Esse

sentimento a ocupou alguns minutos no desenrolar do grupo, que continuava em aparente lua de mel com a coordenadora.

A observadora descreveu essa vivência à coordenadora em encontro que acontecia sempre após a finalização do grupo. Os sentimentos ambivalentes de amor e ódio frente à dupla conotação atribuída ao objeto de conhecimento (objeto bom/desejado x mau/temido), quando o grupo se encontrava em momento de pré-tarefa, manifestaram-se na figura das coordenadoras. Os sentimentos destrutivos, frente à ameaça que o novo significa, foram projetados na figura silenciosa que não os denunciaria e que, na relação de amor com a coordenadora, manteria a salvo o objeto idealizado que era o conhecimento e o que a ele se relacionava: o curso e tudo o que aquela universidade “tão conceituada” propiciava. Os medos básicos foram também alimentados pela ideologia de sucesso/merecimento x fracasso/incompetência que circulam socialmente e que se acentuam no contexto de uma universidade bastante valorizada e em que o ingresso é muito concorrido. A fantasia da observadora, relacionada à sua história pessoal, emergiu no jogo transferencial daquele grupo e permitiu que fossem levantadas hipóteses acerca dos obstáculos que estancavam a aprendizagem no grupo que se desenrolava ‘como se’ tudo fluísse muito bem. Como a participação da observadora era silenciosa, de posse dessas hipóteses, a coordenadora ficou atenta nos encontros seguintes, e pôde fazer assinalamentos nos momentos em que esse tipo de fantasia emergia.

Sobre a utilização da técnica de grupo operativo em diferentes contextos, o relato de algumas experiências desenvolvidas no setor público de saúde, que fazem parte da trajetória refletida neste trabalho, pode ser elucidativo sobre modos de aplicação da técnica e de sua problematização. Foram experiências desenvolvidas no atendimento em unidades básicas de saúde; na implementação de um projeto em hospital público; na capacitação de equipes de saúde para implantação de uma política municipal de humanização dos hospitais. Tais experiências podem trazer, também, indagações acerca do trabalho no âmbito da saúde pública. Os aspectos específicos da dinâmica grupal não serão relatados, já que são experiências realizadas há muitos anos, e esse tipo de informação não foi devidamente registrado.

Os grupos em unidades básicas de saúde (UBS) foram realizados na zona sudeste da cidade de São Paulo, durante seis anos, sendo metade deles em meados da década de 1980 e o restante, no final da década de 1990. No primeiro período, época que antecede a promulgação da Lei do SUS, psicólogos foram contratados em locais que nunca tiveram profissionais de saúde mental. A chegada deles às unidades de saúde mobilizou um conjunto de demandas, principalmente de crianças em idade escolar. A lista de pessoas que procuravam atendimento foi ficando cada vez maior, e o tempo de espera era longo. Muitas delas ao serem convocadas,

não retornavam. Outras iniciavam o tratamento – geralmente psicoterapia ou psicodiagnóstico, atividade mais familiar ao psicólogo que não tinha formação para trabalhar nesse tipo de serviço – e logo abandonavam ou faltavam com frequência às sessões. Em reuniões e supervisões com profissionais das unidades daquela região, era comum serem levantados esses problemas de falta de resposta ao chamado, abandono e absenteísmo no tratamento; quando se tratava de atendimento em grupo, esses problemas se aprofundavam.

Considerando as características do grupo operativo, tal como descritas aqui, houve uma iniciativa, em duas UBS daquela região, de realizar triagem em grupo orientada por essa técnica, para que todas as pessoas da lista pudessem ser chamadas para participar de encontros, cujo objetivo era falarem sobre os motivos que as fizeram procurar atendimento. Cada grupo de triagem foi realizado em dois encontros, com horário e tempo delimitado. Poucos inscritos deixaram de comparecer. Em parte dos casos, a queixa, registrada no momento em que procuraram a UBS pela primeira vez, era aparente; era um motivo que julgavam ser justificável para poderem ser atendidos. No entanto, ao serem examinadas mais detidamente essas queixas, durante os encontros, muitas delas se referiam a dúvidas sobre o comportamento dos filhos ou necessidade de saberem a opinião dos psicólogos em relação a isso; por exemplo, se brincar com armas de brinquedo era prejudicial para o desenvolvimento dos filhos, se atitudes agressivas das crianças pré-indicavam atitudes violentas na maturidade. Mesmo no caso de adultos, principalmente as mulheres, maioria nas UBS depois das crianças em idade escolar, muitas dúvidas e pedidos também se referiam à educação dos filhos. Sobre as crianças em idade escolar, algumas das queixas apresentadas eram assim enunciadas: “a professora mandou procurar a psicóloga porque o filho é diferente dos outros alunos, é agitado”; “procura de atendimento ao filho de oito anos desde que ele tinha quatro, porque é meio atrapalhado”; “a filha ameaça a mãe quando seus desejos não são satisfeitos por ela”; “ia bem na escola até que o rendimento começou a cair”⁵⁷.

Da participação comprometida das pessoas no *grupo de triagem* e da tentativa de abolir a prática da *lista de espera*, pelo menos nos moldes em que vinha ocorrendo, três outras iniciativas, também recorrendo à técnica do grupo operativo, se materializaram naquelas UBS: grupo com crianças, nomeado de *grupo diagnóstico* (nos termos de conhecer um pouco mais sobre o que afligia aquelas crianças), *grupo de orientação* de pais e mães (nos termos de elaborarem suas angústias que não diziam respeito apenas à educação dos filhos, pois este era o motivo aparente) e *grupo terapêutico*, que na prática se configurou como um grupo de

---

⁵⁷ Queixas registradas em caderno de campo que complementavam as informações das fichas e prontuários da Unidade Básica de Saúde na região Sudeste, no ano de 1988.

mulheres. Nas três iniciativas, foram estabelecidos oito encontros, de uma hora e meia cada no caso dos adultos e de uma hora com as crianças. Geralmente, ao final dos oito encontros, havia necessidade de dar continuidade às elaborações do grupo; e assim outro contrato de mais oito encontros era estabelecido. No caso da maior parte das crianças, dezesseis encontros foram suficientes. No caso das mulheres, a cada oito encontros o contrato era refeito; algumas saíam satisfeitas ao final desse período, o que abria possibilidade para novos participantes. O resultado dessa iniciativa foi surpreendente por pelo menos três motivos: (a) as queixas que chegam até UBS são variadas, nem sempre estão relacionadas com a expressão de sintomas de doença ou de transtornos psíquicos; os pedidos eram de diversas ordens, isso porque, em bairros periféricos, essas Unidades costumam ser o único local público em que as pessoas podem procurar ajuda, mesmo que sejam um modo de distração ou de justificativa para circularem pelo bairro (como no caso de idosos que iam medir pressão arterial, buscar medicamentos ou tentar alguma consulta); (b) abandonos do atendimento, problema frequente relatado nos atendimentos em grupo, não aconteceram, e novas demandas para esse tipo de atendimento surgiram, principalmente pela passagem de informação boca a boca na comunidade local, feita pelos usuários que frequentavam a UBS; (c) essas iniciativas constituíram-se como forma de organizar o atendimento psicológico, considerando que ainda não havia equipes de saúde mental e nem trabalho sistematizado da equipe multiprofissional naquelas UBS. Atendimentos individuais continuavam a ser oferecidos e a abordagem operativa sustentava também os atendimentos psicoterapêuticos.

Essa experiência serviu de referência para o trabalho em uma outra UBS, em um outro contexto e momento, no final da década de 1990, quando ocorria o desmonte da rede substitutiva de saúde mental implantada na cidade, entre 1989-1992, devido à mudança de governo⁵⁸. Essa foi a única UBS, em um conjunto de centenas, que permaneceu sob a gestão do município; as demais eram gerenciadas de forma terceirizada, em modelo de cooperativas. A UBS contava com três psicólogas e uma fonoaudióloga para o atendimento em saúde mental. A singularidade na realização dos grupos, se comparados ao período anterior, foi marcada pelo diálogo estabelecido por essas profissionais para conduzirem juntas o trabalho, que incluía a realização dos grupos de *triagem* ou de *diagnóstico*. Como os referenciais teóricos com as quais as profissionais trabalhavam e o tipo de formação que tiveram eram muito diferentes, a necessidade do diálogo se impôs. A construção de um referencial comum, que considerasse essa diversidade de perspectivas, era a possibilidade para condução dos grupos e atendimentos.

---

⁵⁸ Paulo Maluf assumiu o governo em 1993-1996 e Celso Pitta, em 1997-2000, período em que foi implantado o PAS (Plano de Atendimento à Saúde), durante o qual a cidade de São Paulo ficou descredenciada do SUS.

A outra situação na qual foi introduzida a técnica de grupo operativo constituiu-se na implementação de um projeto denominado *Hospital Aberto*, pertencente a um distrito de saúde municipal, também localizado na região sudeste da cidade. Esse projeto começou a ser implementado em 1990, na ocasião de reestruturação de um hospital geral que, por conta da infraestrutura que colocava o edifício em risco, teve que mudar de endereço. Na mudança, a direção ousou estabelecer novas regras de funcionamento do hospital, entre elas, permitir a entrada de acompanhantes das pessoas internadas nas enfermarias ou nas salas de observação no pronto-socorro e a participação deles em todos os atendimentos. Essa resolução causou conflitos e resistências, tanto na instituição quanto fora dela, pois foi considerada uma afronta ao trabalho dos médicos e, por extensão, ao dos demais profissionais. Os argumentos manifestos contra a iniciativa iam do “risco de infecção hospitalar” aos transtornos que seriam causados pela “ignorância das pessoas que utilizam o serviço”. Os argumentos da direção se firmavam no entendimento de que essa era uma forma de promover a democratização do espaço hospitalar, de garantir o direito de cidadania dos pacientes em tratamento e amenizar seu sofrimento com a presença de um familiar ou pessoa de confiança que pudesse apoiá-lo.

A implantação foi orientada e fundamentada, principalmente, nos princípios de: (1) garantia da entrada de *acompanhantes-participantes*, considerando que isso propiciaria maior tranquilidade e conforto tanto às pessoas em tratamento quanto aos seus familiares; seria uma forma de educação popular, na medida em que o acompanhante teria mais entendimento sobre o estado de saúde, os motivos da doença e formas de tratá-la e preveni-la, conhecimentos até então exclusivos dos profissionais de saúde; (2) interdisciplinaridade das ações, promovendo a articulação da equipe do hospital – dos porteiros e profissionais de nível médio aos profissionais de nível universitário de diversas áreas, todos eram considerados parte da equipe – para que se alcançasse um entendimento comum do objeto e do processo de trabalho; (3) referência e contrarreferência, desenvolvendo ações com outros serviços e instituições do território no qual se encontrava o hospital, com objetivo de diminuir as internações desnecessárias e o tempo médio de internação, referindo os pacientes às UBS, colaborando em tratamentos domiciliares (terapêuticas e cuidados paliativos) e sendo referência para essas unidades (SCARCELLI, 1992).

Era uma proposta, portanto, de *abrir* o hospital para a comunidade; de se *abrir* revendo posturas organicistas, medicalizantes e preconceituosas cristalizadas no decorrer dos tempos; *abrir* o diálogo com o território, a partir de uma nova forma de comunicação. Era um projeto que bebia na fonte dos conhecimentos produzidos pelos movimentos de antipsiquiatria e de luta antimanicomial e das experiências internacionais de abertura das enfermarias pediátricas.

A direção do hospital tinha ciência de que a entrada dos acompanhantes traria conflitos e resistências, e que eles deveriam ser cuidados cotidianamente. Por parte dos acompanhantes, aconteceram várias situações dessa natureza, por exemplo, a tentativa de agressão aos funcionários por um acompanhante que tinha acabado de ver um familiar ir à óbito. Foi observado que situações desse tipo ocorriam, principalmente, pela falta de informação dos acompanhantes sobre o estado de saúde da pessoa internada, sobre os procedimentos realizados e sobre a forma de organização do espaço hospitalar.

Por parte dos funcionários, houve a tentativa de barrar os acompanhantes nas enfermarias, justificando que eles furtavam o material do hospital, desconheciam o processo de trabalho e essa ignorância interferia negativamente no tratamento, causavam constrangimentos ao paciente que internado na mesma enfermaria, contribuía no aumento da infecção hospitalar, entre outras. Essas explicações eram próximas de representações correntes acerca da população das camadas de baixa renda, que as adjetivam pejorativamente como promíscuas, ignorantes, sem higiene ou sem informações suficientes para frequentarem o ambiente asséptico dos hospitais. A ignorância em relação aos procedimentos hospitalares não era compreendida pelos funcionários como algo de possível superação se lhes fossem oferecidas informações; não associavam, também, que essa falta de conhecimento não era exclusiva da população de baixa renda, mas dizia respeito ao desconhecimento da população em geral sobre a lógica do ambiente hospitalar.

Todos esses conflitos e resistências relacionavam-se, principalmente, à falta de instrumental dos profissionais para lidarem com o novo em uma proposta que desestruturava a organização institucional estabelecida.

É o novo chocando-se com o rotineiro. Embora a rotina institucional tenha um papel salutar na organização do trabalho, na segurança que dá ao profissional no desempenho de seu papel, ao se cristalizar, acaba alienando-o, não permitindo ou dificultando que encontre novas formas de atuação ao se deparar com o novo, o inusitado.

Isso pode acontecer devido ao fato de que o novo não é previsto na rotina, de modo que para lidar com a nova situação se faz necessário um processo de discussão e questionamento visando repensar antigos referenciais, tanto profissionais quanto pessoais. Trata-se de repensar a rotina e a prática pessoal de modo a descobrir outras formas de intervenção na nova realidade que se apresenta. Esse processo gera medo frente à mudança e à sensação de fragilidade, impotência no lidar com o novo no trabalho. (PENTEADO et al, 1992, p.35)

Os conflitos eram decorrentes também das dificuldades de comunicação dentro da instituição hospitalar, entre funcionários e chefia, entre funcionários e a equipe de direção, entre funcionários, entre chefias, etc. Os funcionários, principalmente da enfermagem, pediam

reuniões sistemáticas para refletirem sobre o trabalho. As chefias dos setores queixavam-se da falta de preparo deles e da necessidade de que fossem sensibilizados e ‘treinados’ para que as resistências fossem diminuídas.

Diante dessa demanda e das várias situações de conflito que denotavam explicitamente a resistência dos funcionários e de algumas chefias, as reuniões sistemáticas foram instituídas e organizadas a partir da técnica de grupo operativo. Foram estabelecidos local (sala de conforto médico), periodicidade (semanal, sempre no mesmo dia da semana e horário), duração de cada encontro (uma hora e meia) e tarefa do grupo (discutir o papel do acompanhante no hospital). Duas psicólogas⁵⁹, que faziam parte da assessoria técnica do Distrito de Saúde ao qual o hospital pertencia, foram designadas como coordenadoras da reunião e se dirigiam à sala toda semana. A participação era livre e aberta a todos os funcionários do hospital, e o grupo só começava a trabalhar se tivesse três pessoas presentes. O papel da coordenação foi dividido de forma que uma das coordenadoras abria e fechava o grupo, considerando o horário estipulado, e a outra tinha a função de observadora, anotando conteúdo e dinâmica dos encontros e fazendo assinalamentos/interpretações quando as fantasias emergiam. O horário e dia da semana escolhido permitiam que todos os funcionários participassem, mesmo que não fosse com periodicidade semanal (havia funcionários diaristas, plantonistas, jornada de 12/36 horas).

Inicialmente participaram do grupo apenas funcionários de nível médio. Posteriormente, alguns profissionais de nível universitário se agregaram, pois ficaram intrigados com mudanças que estavam ocorrendo com os funcionários que frequentavam o grupo, o que se refletia nos setores onde trabalhavam. Em uma determinada reunião vieram vários enfermeiros e médicos para entenderem o que estava acontecendo naqueles encontros.

Neles, estavam sendo explicitados aspectos da organização do trabalho que se manifestavam, por exemplo, no tipo de relação que se construía entre o paciente e seu acompanhante. Esta relação estabelecida no âmbito das enfermarias rompia a visão estereotipada que o pessoal de enfermagem havia construído para poderem conduzir o trabalho com menos sofrimento. Até então, “o paciente era identificado pelo número de leito”, era “material humano” que podia ser manipulado (SCARCELLI, 1992). Assim tratado, afastava-se a emergência de sentimentos que remetiam a aspectos da finitude do humano e de suas manifestações socialmente reprimidas (sexualidade, por exemplo). A ausência ou presença do acompanhante, a forma como ele se relacionava com o paciente e se apropriava do espaço, diziam sobre afetos e também sobre a condição social daquelas pessoas.

---

⁵⁹ Eu era uma das psicólogas; a outra, Edna Fernandes Longui.

“Por que o acompanhante de um paciente se dedica também a cuidar dos outros que estão sempre sós? Por que alguns deles são tão disponíveis no apoio ao trabalho do corpo de enfermagem? Por que alguns pacientes tinham acompanhantes e outros não? ”. Eram perguntas que retiravam a condição daquelas pessoas de serem simples matéria representada por números e devolviam-lhes a condição de humanidade; condição que se remetia também aos próprios funcionários. Mas dar conta da própria humanidade em um ambiente onde ela precisa ser negada, é ter que se haver com o medo de perder a identidade até então mantida por processos estereotipados: “Se eu me emocionar ou chorar, não vai prejudicar a cura dos doentes? Será que o acompanhante vai querer me substituir? ”

As fantasias subjacentes aos medos básicos, como já apontada mais de uma vez, alimentam e são alimentadas por ideologias que, naquele caso, diziam respeito também às ideologias e dinâmica daquela instituição hospitalar. Lidar com questões dessa natureza foi uma tarefa difícil, mas ao término do trabalho desse grupo, após alguns meses de encontros, os procedimentos e regras da implantação também puderam ser reformulados, tendo como referência o fruto desse intenso processo de elaborações.

A experiência do Hospital Aberto se estendeu para além daquele hospital. Foi apresentada como proposta nas Conferências Municipais de Saúde realizadas em São Paulo, nos anos de 1990 e 1991, quando tiveram seus princípios aprovados. O governo municipal⁶⁰ se encarregou de levá-la adiante; para isso, foi criado um Grupo de Trabalho com o objetivo de fazer o estudo que permitiu a implantação do projeto nos quinze hospitais municipais existentes naquele momento. Em cada hospital foram constituídos coordenadores de implantação que, de acordo com as características locais e o acúmulo de discussão sobre o assunto, expressavam o grau de investimento institucional no alcance dos objetivos da proposta. Alguns coordenadores faziam parte da equipe distrital de saúde, outros pertenciam à equipe de direção do hospital, outros à chefia de enfermarias ou ainda eram profissionais engajados no trabalho hospitalar que foram convidados a ocupar esse lugar; a diversidade se manifestava também no tipo de formação: médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, auxiliar de administração, fisioterapeuta, entre outros.

O Grupo de Trabalho, a partir do estudo realizado, identificou que o principal problema colocado pelas equipes dos hospitais para implantar o projeto dizia respeito à resistência dos funcionários e sua falta de preparo para esse tipo de trabalho. Os pedidos dessas instituições hospitalares eram por treinamentos e capacitação, tanto para os trabalhadores em geral, quanto

---

⁶⁰ A cidade foi governada, entre 1989 e 1992, por Luiza Erundina de Sousa. O secretário da saúde, na ocasião da implantação era Carlos Alberto Pletz Neder.

para as chefias e direções. Mas considerando que a proposta era muito nova e que não havia ninguém ainda com acúmulo suficiente a respeito, o Grupo de Trabalho, do mesmo modo que a do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR), avaliou que não havia justificativa para o oferecimento de cursos e treinamentos nos moldes tradicionais de transmissão de conteúdos e apresentação de fórmulas no desenvolvimento das práticas. Uma possível saída seria apoiar os coordenadores do Hospital Aberto para que pudessem encontrar soluções de suprir essa demanda no conjunto da própria equipe do hospital. A proposta consolidou-se no formato de um curso de capacitação para os coordenadores do projeto, cujo objetivo era criar um espaço de troca entre os coordenadores do Hospital Aberto e que possibilitasse o aprendizado do trabalho em equipe em perspectiva interdisciplinar. Essa era também uma forma de rever o projeto e avançar na concepção e modos de intervenção no espaço hospitalar.

Na organização do curso, mais uma vez, recorreu-se à técnica de grupo operativo, mas agora como parte das ações de implementação de um projeto de governo destinado a todo município de São Paulo. E tendo essa magnitude, houve a necessidade de celebrar um convênio de cooperação entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Universidade de São Paulo⁶¹.

O curso teve duração de cinco meses, com frequência semanal de quatro horas. As duas primeiras delas eram dedicadas à apresentação de temas que suscitavam discussões pertinentes ao trabalho, tais como: processo de trabalho em saúde; história, nascimento e organização dos hospitais; as relações psicossociais no equipamento hospitalar; os grupos na instituição; o grupo operativo como instrumento para organização e atendimento no hospital; a questão da psicossomática; o hospital no SUS. Nas duas horas finais, os profissionais eram divididos em dois grupos de elaboração da aprendizagem, conduzidos por um coordenador e um observador, cuja tarefa era refletir sobre o processo de implantação do Hospital Aberto. Além dos coordenadores do projeto no hospital, participaram também os coordenadores do curso que representavam a secretaria de saúde (PENTEADO, 1992).

Os participantes esperavam encontrar um curso nos moldes formais, “um prato feito que pudesse ser digerido”. Inicialmente a insatisfação foi manifestada no grupo, diante da constatação de que não havia nada pronto: “como vou explicar no Hospital onde trabalho que aqui não estão me dando o que estão esperando lá?” Ao longo do curso, emergiam sentimentos contraditórios de insatisfação/satisfação, impotência/onipotência, não-saber/saber. Em momentos de estancamento, o saber ficava projetado fora do grupo, nas instâncias superiores

---

⁶¹ O curso foi coordenado pelo Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR – da Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia.

da secretaria de saúde e da universidade, onde haveria pessoas que supostamente sabem o que e como fazer nas diversas situações do dia a dia. No processo de elaboração, a insatisfação de não receber informações prontas e fechadas se transformou na satisfação pelo desafio de poder pensar e perceber a possibilidade de “construir juntos” um saber a partir da prática de cada um. Ao final do processo, o grupo construiu um estande, com a história do Hospital Aberto (montagem de fotos, textos, cartilhas produzidas pelas equipes de cada hospital) na Feira de Saúde da III Conferência Municipal de Saúde de São Paulo. Mais uma vez, houve a surpresa com o fato de não ter ocorrido nenhuma desistência no processo, considerando que é comum a evasão nos cursos institucionais. Ao contrário, o curso começou com trinta participantes e terminou com trinta e dois. As falas dos profissionais expressavam a constatação de que eles já não eram mais os mesmos:

O relato das atividades desencadeadas nos Hospitais; a profundidade e maturidade que se percebia na discussão e troca frente às dificuldades que ainda existiam, transparecia em crescimento do grupo. Não só representava um processo de apropriação de seu saber como esse saber já circulava, era compartilhado a partir da troca de cada um. O processo do grupo não foi tranquilo. Houve momentos de confrontos, discussões acirradas e grande emoção, mas o que parecia desagregador transformou-se em força de coesão do grupo gerando inclusive planos de continuidade através de encontros, produções de textos e troca de vivências. Do confronto vivido entre a impotência e a onipotência, pode-se aproximar mais do reconhecimento da potência para transformar, pensar e intervir sobre as dificuldades criadas e manifestadas institucionalmente, possibilitando ações transformadoras.

O Curso pode contribuir para perceber a instituição e os trabalhos desenvolvidos como um campo de contradições. Reconhecer e elaborar essas contradições não significa que ‘a paz se instala’. Novas contradições e desafios aparecem, exigindo serem igualmente percebidos e elaborados. E é justamente esse fato que traz o desenvolvimento, a criação de um saber. (PENTEADO et al, 1992, p.37-38)

As experiências nas UBS, no hospital e na secretaria de saúde tiveram em comum a utilização da técnica de grupo operativo para tratar de questões conflituosas e de sofrimento dos usuários dos serviços e de trabalhadores, mas também foram recursos para lidar com questões de ordem institucional ligadas à organização dos serviços e às mudanças decorrentes da implementação de novas políticas. A presença de gestores como membros dos grupos operativos, por exemplo, possibilitou a emergência dos conflitos ligados à hierarquia institucional que também precisavam ser manejados e elaborados por todos os envolvidos.

Considerando que a técnica de grupo operativo é instrumento de trabalho e investigação, sendo o grupo estrutura básica de interação, e a unidade de interação sendo objeto de reflexão, podemos fazer aqui uma passagem do âmbito específico da técnica para o campo de uma psicologia social que não se restringe à psicologia de grupos, mas que tem o grupo como cenário

e instrumento da constituição do sujeito, e no qual se busca compreender esse sujeito e a articulação entre suas determinações internas e determinações externas.

O grupo é lugar em que as afetividades se expressam e as relações se concretizam; assim, é lugar privilegiado para investigar esses fenômenos. Segundo Bauleo (1988), o grupo é o *lugar transitório*, de mediação, imprescindível para investigar a relação indivíduo-sociedade. A vinculação entre o social e o individual pode ser estabelecida a partir desse recorte.

A tarefa daqueles que trabalham nesse campo, de acordo com Pichon (2005), volta-se também à tentativa de descobrir certos tipos de interações que entorpecem o desenvolvimento pleno da existência humana.

Isso nos encaminha a refletir sobre o espírito investigativo necessário na planificação das ações que, sejam elas quais forem, sempre se efetuam no campo social; a buscar a compreensão dos fenômenos para além dos limites de uma técnica, pois ter o grupo operativo como instrumento de investigação não significa constituir um grupo assim formalizado ou investigar um grupo constituído a partir do que propõe a técnica. Em outros termos, do grupo operativo decorre um conjunto de conceitos que orientam nosso olhar quando examinamos situações de maneira geral.

Assim se justifica a análise feita sobre o programa de formação dos profissionais que implantavam a rede substitutiva de saúde mental na cidade de São Paulo. As anotações da dinâmica dos grupos de supervisão clínica-institucional foi o material analisado como parte dos resultados de pesquisa que investigava o tipo de atuação/inserção dos trabalhadores no processo de implantação da rede⁶². Tanto a observação dos grupos de supervisão quanto a análise dos protocolos foram orientadas pelos pressupostos da psicologia social operativa e concreta. De posse desses protocolos, foi possível formular hipóteses e atribuir significados acerca do funcionamento grupal, procurando decodificar o sentido do emergente em cada sessão, em cada grupo e na totalidade dos grupos de supervisão.

Deve-se notar, no entanto, que o emergente diz respeito ao momento presente, no qual as fantasias inconscientes expressam-se por meio de porta-vozes, em um jogo de adjudicação e assunção de papéis que pode ser decodificado pelo coordenador do grupo ao confrontar passado e presente, no aqui-agora-comigo. A interpretação pode permitir no grupo, o *insight*, a modificação de atitudes estereotipadas em outras que possibilitam a leitura operativa da realidade. Como diz Pichon (1982), por meio da análise do emergente, investiga-se aquilo que condiciona a atitude e a conduta do sujeito nesse momento.

---

⁶² Cf. Scarcelli, 1988.

No caso da decodificação do emergente a partir de protocolos, o presente é passado, e quem os analisa o faz pela formulação de hipóteses que não serão mais retificadas ou ratificadas pelo grupo no qual as fantasias emergiram. Essas hipóteses organizadas como uma possível perspectiva do fenômeno que se investiga, poderão ser ratificadas como conhecimento produzido se fizerem sentido na condução de outras práticas, se puderem fazer parte de novas problematizações.

Bleger (1984) se ocupou dessa questão ao refletir sobre a aplicação do referencial psicanalítico em âmbitos que transcendem os limites da prática clínica. A investigação em psicanálise é inseparável da prática clínica, mas esse autor lembra que o valor social da psicanálise como terapia é bastante limitado pelo número de pessoas que consegue atingir:

a nenhuma técnica de investigação (do método clínico ou do método experimental), em nenhuma disciplina científica, se lhe exige que resolva um problema sobre o plano social. O único que se espera é que contribua com conhecimentos sobre os quais possa se basear uma planificação científica de alcance e extensão social. Reconhecer as limitações sociais de um procedimento de laboratório não é nenhum desmérito para nenhuma técnica, porque, justamente, seria questionar as condições básicas nas quais resulta factível levar a cabo uma investigação de laboratório. (BLEGER, 1984, p.112)

E continua:

A transcendência social da psicanálise reside fundamentalmente em sua capacidade de ser um método de investigação dos fenômenos psicológicos que, como tal, contribui com conhecimentos valiosos sobre as leis psicológicas que regem a dinâmica tanto da saúde como da doença e nos permite também compreender e valorizar os efeitos de determinados acontecimentos sobre a formação e evolução da personalidade. (BLEGER, 1984, p.111)

Reflexão similar pode ser feita em relação à psicologia social pichoniana e compreender, de acordo com Bleger, que não é possível ser investigador se os problemas não puderem ser extraídos da prática e da realidade social que está sendo vivida em um dado momento.

Assim, o grupo operativo pode ser aplicado ao ensino, na constituição de grupos de elaboração de aprendizagem, mas pode também oferecer subsídios valiosos para práticas de natureza diversas. A compreensão da dinâmica em sala de aula a partir desse referencial possibilita trazer elementos relevantes ao professor na condução de sua prática docente e aos ajustes de suas expectativas em relação às expectativas dos alunos. Trata-se de desenvolver um modo de olhar, não lhe cabendo fazer interpretações nos mesmos moldes do enquadre estabelecido quando se coordena um grupo com a técnica operativa; e muito menos observar o que se passa em uma sala de aula, desconsiderando que ele, o professor, está tão implicado na dinâmica do grupo quanto o conjunto de alunos – a diferença entre professor e aluno deve ser

considerada no tipo de papel que eles ocupam na instituição, que é expressão da dimensão institucional.

Para esclarecer essa ideia, recorro a mais uma situação: um fato ocorrido em uma disciplina de psicologia ministrada a alunos do terceiro ano do curso de ciências contábeis. O referencial pichoniano fazia parte do programa para discutir questões ligadas à liderança e comportamento humano. Aquela era uma turma bastante dispersa durante as aulas expositivas. Embora a participação dos alunos estivesse colocada como princípio didático, eles conversavam muito entre si e pouco diálogo estabeleciam em relação ao conteúdo e aos problemas que o tema poderia despertar. Eu era a professora, e cheguei ao ponto de não mais saber o que fazer, porque já tinha apontado a dispersão, pedido para pararem as conversas paralelas, falado mais alto, paralisado a aula, e acabei por me ‘conformar’, acreditando que não havia mais o que fazer. Obviamente que uma situação como essa não é nada agradável e coloca dúvidas de várias ordens – inclusive acerca da validade do que está sendo ensinado, da adequação em relação a como um professor deve proceder em uma disciplina; ela desperta sentimentos de desânimo e de insatisfação com os alunos.

Durante uma aula, na qual estavam sendo apresentados os princípios da dialética para que os alunos pudessem compreender melhor a teoria pichoniana, em meio a muito burburinho, um dos estudantes, jogador de rúgbi e com traços bastante masculinos, comentou com o colega: “nessas aulas eu me sinto menos macho”. Por sorte ouvi a fala, que me permitiu levantar a hipótese de que aquele aluno poderia ser o porta-voz das dificuldades que a turma tinha com uma disciplina que abria perspectivas não normativas. Eles esperavam aprender técnicas para aplicar em seus futuros locais de trabalho, o que não era objetivo daquela disciplina. Medo de perder as referências, medo de, ao perdê-las, não ter instrumental para lidar com a nova realidade que parecia não compor com o que esperavam e já conheciam. A ansiedade do grupo se manifestava a partir da singularidade e história pessoal de um porta-voz, pela fantasia de perder a masculinidade, mas que dizia respeito ao medo da perda da própria identidade. “Ser menos macho” é fantasia ligada à história do rapaz, mas não só dele, pois está sustentada em ideologias que associam força e masculinidade à competência, que alimentam e são alimentadas também pela cultura machista, tão arraigada em nossa sociedade, e se expressam em ambientes diversos. Conteúdos ligados à força/masculinidade, fragilidade/feminilidade emergiam também, e frequentemente, nos grupos operativos realizados com as crianças em idade escolar, nas UBS já referidas.

Na sala de aula, ao me dar conta das ansiedades que mobilizavam aquela turma, fiz referências a elas no contexto do conteúdo tratado no dia. Mencionei que havia conteúdos muito

difíceis de serem trabalhados em aula, porque se tivéssemos que aprendê-los, vinha o sentimento de ter que abandonar um jeito de ser, poderíamos até nos sentir menos machos. A classe toda riu e imediatamente ficou em silêncio para compreender onde eu queria chegar. A hipótese de que o aluno era porta-voz da ansiedade do grupo, que estava agindo como alcaguete das fantasias inconscientes, enunciando esse sentimento como se fosse exclusivamente seu, parecia fazer sentido. A aula correu de forma fluida naquele dia e no restante do semestre também.

Sobre os efeitos que teve no grupo a explicitação dessas fantasias, não é preciso mais discorrer em detalhes e diz respeito ao movimento em espiral dialética, no qual sucedem momentos de pré-tarefa e tarefa, já bastante discutidos aqui. Mas merece registro as ressonâncias dessa experiência na reflexão sobre a docência e as expectativas que são geradas sobre o que é ser um bom ou mau professor. Muitos conflitos têm sido relatados por professores em relação aos seus alunos universitários e vice-versa. São falas que remetem ao conflito de gerações, à cultura dos novos tempos que não permitem aos jovens terem a maturidade que poderiam ter se vivessem em outros tempos, ao caráter autoritário dos professores, às características opressoras da instituição, etc; são argumentos que, em grande parte das vezes, se detêm na aparência, são formulados como ideologias enrijecidas e fonte de muito sofrimento.

Nem sempre é possível ter *insights* como esse descrito em situações nas quais estamos implicados; mas esse é um tipo de compreensão possível para compor o universo simbólico no âmbito das instituições, que podem abrir brechas para reflexões e diálogos promissores.

Enfim, o grupo operativo pode ser aplicado no ensino como técnica, nos moldes de grupo de elaboração de aprendizagem, mas pode também oferecer subsídios valiosos para além dela. Podemos supor que se em relação ao ensino e à área da saúde as concepções da técnica operativa e da psicologia social são úteis, elas também podem trazer subsídios a outras frentes de trabalho decorrentes das políticas públicas de maneira geral, particularmente das políticas sociais.

Mas há ainda uma terceira frente de ação que, tanto quanto no ensino e nas ações de assistência e atenção em saúde, merece ser mencionada: o campo de pesquisa e investigação científica. Uma das situações apresentadas no início deste capítulo diz respeito à técnica de grupo operativo utilizada como procedimento de pesquisa. O mesmo tipo de relação estabelecido acima pode ser feito aqui. A técnica de grupo operativo é utilizada como procedimento, mas ela está referida a uma teoria que a sustenta; assim, podemos considerar esse conjunto – teoria e técnica – como instrumento de investigação válido na condução de pesquisas no campo social.

Pichon-Rivière, em 1960, afirmava que a investigação social vinha adquirindo grande importância, devido à multiplicidade de fatos incorporados a seu campo de estudos e também pelo progresso de seus métodos e técnicas; que os resultados obtidos vinham contribuindo, decididamente, tanto para o conhecimento da sociedade quanto para a solução de problemas agudos (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Essas afirmações parecem-me apropriadas no contexto das ideias aqui apresentadas. O ponto de partida das investigações sobre os grupos operativos se deu, como o próprio Pichon (2005) relata, em uma experiência de trabalho na comunidade, que se efetivou pelo emprego de certas técnicas, com o propósito da aplicação de uma didática interdisciplinar e utilização de métodos de investigação da ação. Essa compreensão nos propicia avançar os limites, muitas vezes rígidos, que definem procedimentos e aplicação de técnicas em pesquisa científica.

Assim, entendo que ter o grupo operativo como instrumento de investigação não significa que haja necessidade de se constituir um grupo formalizado ou que a investigação se processe sobre um grupo formado segundo a técnica *grupo operativo*.

Reafirmando essa posição, já apresentada em outros momentos deste trabalho, ter o grupo operativo como instrumento de investigação significa lançar mão de um conjunto de conceitos que orienta o olhar do investigador quando este examina situações que não se restringem a um campo específico. Agregando a discussão desenvolvida por Bleger (1989), quando se debruça sobre o grupo como instituição e o grupo na instituição, é possível entender toda uma instituição como um grupo; por exemplo, o clube de futebol é um grupo e não apenas os onze jogadores que entram em campo e seus reservas; o par entrevistador-entrevistado também se constitui como grupo. Uma entrevista pode ser conduzida a partir da concepção operativa de grupo, e mais uma vez Bleger traz subsídios que fundamentam essa discussão, quando discorre sobre a entrevista psicológica como método clínico e, ao mesmo tempo, técnica de investigação científica em psicologia. Entendo que as entrevistas podem ser organizadas a partir de uma questão que melhor traduza o objetivo de uma pesquisa, e que na condução pode representar a tarefa explícita do par que se constitui como grupo.

Do mesmo modo, as observações (seja participante ou silenciosa) podem ser feitas tendo esse referencial como guia. Nelas, os conceitos de *emergente* e *porta-voz* podem sustentar o trabalho de pesquisa e de formulação de hipóteses a respeito das situações observadas, sempre tendo como referência que os processos intersubjetivos não podem se dar sem a análise do mundo interno e, do mesmo modo, essa dimensão intrasujeito ser compreendida se isolada do contexto vincular.

Entendo, assim, que para conduzir uma investigação nesses termos, para formular hipóteses acerca daquilo que se processa no sujeito e nos rearranjos dos grupos, faz-se necessário nos deixarmos penetrar pelos diferentes trajetos que incidem nesse percurso. E deixarmo-nos levar significa não perder de vista nosso objetivo-tarefa. O ‘deixar levar’, por exemplo, consiste em aceitar as sugestões de sujeitos porta-vozes de grupos-instituições sobre quem entrevistar; aceitar convites não previstos, que podem nos dar pistas para compreensão de significados e de aspectos reveladores da realidade que se quer conhecer. Podemos lançar mão de diferentes instrumentos (observação, pesquisa a documentos, entrevistas individuais ou grupais, com ou sem gravador, que podem mais se aproximar de uma conversa do que de um ‘interrogatório’, registro de imagens, visitas) de acordo com o que emerge em uma situação (SCARCELLI, 2002).

Esclarecendo um pouco mais, em uma pesquisa sobre desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos no processo de volta à cidade (SCARCELLI, 2002, 2011), foi marcada uma entrevista com a enfermeira-chefe de um setor do hospital psiquiátrico, a partir do qual esse tipo de trabalho vinha sendo realizado. Ao chegar no local, a enfermeira não pôde me receber, mas sugeriu que eu participasse de uma assembleia de moradores da vila existente dentro do hospital. Ao final da reunião, fui solicitada a explicar o objetivo da pesquisa e como os participantes da reunião poderiam colaborar. Esclarecidos os objetivos, moradores daquele local se propuseram a mostrar suas casas e a dar entrevistas, que começaram a ser realizadas de acordo com a disponibilidade deles. Em cada local, esse encontro se processava de um modo, e o campo de entrevista e observação ia se configurando de formas variadas. Durante a estada em uma casa ou em uma visita, caso chegasse o morador de outra casa ou um profissional que também se dispusesse a falar, a mostrar sua casa ou trabalho, o convite era aceito. Em outros momentos, percebendo disponibilidade ou abertura de algum morador em me receber, colocava-me disponível para ouvir, ver, conversar. Fui convidada por um morador egresso do hospital psiquiátrico, que agora morava no centro da cidade, para ir com ele ao banco; moradores de uma outra casa me convidaram para ir ao supermercado; outro ainda me convidou para acompanhá-lo ao longo de seu caminho de volta do trabalho para casa.

Nesse processo de idas e vindas, trilhando os caminhos que vão se abrindo, as duas dimensões de fenômenos – o observável (explícito) e as fantasias inconscientes (implícito) – sempre estão presentes. Os processos implícitos manifestam-se sempre dentro do campo de observação, pelo surgimento de uma qualidade nova nesse campo (emergente); e o eixo que organiza esse ‘deixar-se levar’ pode ser mantido pela *tarefa*.

O objetivo de um trabalho pode ser considerado a tarefa explícita, é o eixo que permite a circulação do pensamento, o ir em direção a concepções, racionalidades e lugares diversos e contraditórios, e voltar ao ponto de partida, o objetivo, que pode ser transformado nesses movimentos de idas e vindas. Há um trabalho implícito nessa construção, um metatrabalho, que pode ser entendido como a tarefa implícita de elaboração das ansiedades básicas que estancam o processo de criação.

Ao discriminar tarefa explícita de tarefa implícita, Pichon traz alguns recursos que permitem lidar com a realidade concreta, identificar as operações que parecem estar na base das construções dualistas que conduziram à fragmentação da realidade, às visões abstratas que separaram indivíduo e sociedade, corpo e mente, consciente e inconsciente, normal e patológico, que hierarquizaram o racional sobre o irracional.

Assim, a tarefa pode ter uma função de enquadre em situações nas quais não há outras constantes que permitam lidar com muitas variáveis, em situações abertas, em que não há, por exemplo, possibilidades do estabelecimento de dias e horários fixos, de espaço físico, ou de outras delimitações que permitam observar um processo – como no caso da pesquisa relatada acima ou em trabalhos comunitários em que as demandas estão sendo exploradas. No caso da investigação científica, merece ser lembrado, é um processo de criação que desperta ansiedade como qualquer outra situação. Para desenvolver esse trabalho, é necessário ter um método e lançar mão de um conjunto de procedimentos e instrumentos. Contudo, há de se ajustar também (elaborar) as ansiedades que entram em cena diante dos obstáculos colocados. A ausência de ansiedades, se ocorrer, pode estar ligada a um modo estereotipado de produção e, portanto, ausente de criação. As fantasias subjacentes a esse trabalho frequentemente são similares às aquelas emergentes em grupos de elaboração de aprendizagem.

Tarefa é uma noção que sintetiza aspectos da teoria pichoniana, os quais podem orientar a condução de práticas, sejam elas quais forem. Esses aspectos podem ser identificados na tarefa, considerando sua tríplice condição. Como mencionado anteriormente, a tarefa é *elaboração*, porque diz respeito à construção ou à operação de reajuste do esquema conceitual, referencial e operativo, o *ECRO*. É *desocultação*, pois ilumina as condições que obstaculizam qualquer operação no processo de aprendizagem ao considerar as dimensões implícito/latente e explícito/manifesta presentes nas noções de *tarefa implícita* e *tarefa explícita*. É *movimento*, por ser um processo no qual o esclarecimento, que vai do implícito ao explícito, acontece pela análise das características de momentos que se alternam e seguem o desenho de uma espiral dialética, ou seja, os momentos de *pré-tarefa*, *tarefa* e *projeto*.

Como operação que possibilita a transformação de uma ausência em direção a um objetivo, a tarefa se materializa pela construção de interpretações, pela formulação de hipóteses que procuram fazer coincidir *enunciado* e *objeto* e se constituir como possibilidade de modificação criativa da realidade. Porta-voz e emergente são noções importantes nessa elaboração por se referirem à dialética indivíduo-grupo (verticalidade-horizontalidade) e às relações de adjudicação e assunção de papéis nos pequenos e grandes grupos; esses são aspectos que integram uma compreensão de mundo na qual fenômenos e objetos estão sempre em interação na natureza, vista como totalidade única e que pode ser analisada a partir das dimensões psicossocial, sociodinâmica e institucional.

Três direções e quatro âmbitos: para uma análise da dimensão institucional

Trabalhar no campo social exige desenvolver estratégias para lidar com questões de ordens diversas e diferentes racionalidades; é um trabalho de delimitações no qual se busca identificar convergências, diferenças e antagonismos e localizá-los em um sistema de representações a partir do qual são construídas compreensões, ou hipóteses interpretativas provisórias, passíveis de ratificação e retificação.

A partir da perspectiva que orienta as reflexões neste trabalho, a realidade social e psíquica é compreendida como uma totalidade em constante movimento de mudança, na qual tudo tem a ver com tudo; suas características são de interdependência, impermanência e transformação. Viver não é apenas fazer parte dessa realidade, mas ser essa realidade interdependente, impermanente e transformadora. Como seres históricos, a continuidade se mantém pela memória, pela consciência dos fatos, pela transmissão entre gerações.

Como somos uma sociedade marcada pela mudança, de acordo com Adamson (2000), é nela que o ser humano deve construir um marco referencial que possibilite pensar a realidade, posicionar-se e pertencer a um campo simbólico próprio da cultura; ou seja, que permita perceber, distinguir, sentir, organizar e operar na realidade. Esses referenciais seguem os movimentos de mudança, nos quais Pichon visualizou o sujeito se constituindo em permanente dialética com o mundo, condição necessária para que possa construir uma leitura da realidade de forma adequada, sua condição de saúde.

Sendo essas as características da realidade, estudar qualquer fenômeno em sua totalidade é sempre muito complexo, conforme sublinha Bleger (1984). O fenômeno deve ser circunscrito porque se tudo tem relação com tudo, resultam múltiplas relações que devem ser

compreendidas. Diz o autor que, ao se estudar um fenômeno tomando-se uma parte de suas relações e ao enfocá-lo sistematicamente em função de suas variáveis, utiliza-se um enquadre de estudo no qual se situam, em primeiro plano, determinadas categorias de pensamento que, por sua vez, são reflexos, cristalizados na experiência, de determinadas vinculações reais desse fenômeno estudado.

Os enquadres não são somente “princípios” ou “modelos mentais de pensamento”, mas refletem a posição filosófica do investigador e seu contato prático com determinados aspectos da realidade social e do objeto que estuda. Acrescentemos que a utilização de enquadres não é privativa do científico; estão implicados na vida diária e dela passam imperceptivelmente ao campo de indagação científica, no qual perseveram, ampliam-se ou se modificam. (BLEGER, 1984, p.123, tradução nossa)

Os enquadres são delimitações que estão presentes em toda indagação como instrumento implícito, sejam elas indagações científica, espontânea ou ingênua. Mas lembremos que, em suas investigações, ao se reportar à situação analítica sob o ponto de vista de sua significação metodológica, o enquadramento é abordado por ele como as constantes de um fenômeno, de um método ou de uma técnica. Compreendido assim, o enquadre é o não-processo, as constantes dentro das quais acontece o processo (as variáveis); é uma instituição dentro de cujo marco ocorrem fenômenos (comportamentos). Nessa última acepção, o enquadramento/instituição é o depositário da parte indiferenciada da personalidade, é parte integrante da identidade do sujeito que é sempre grupal ou institucional, pois uma parte dela está configurada pela pertinência a um grupo ou a uma instituição.

Nessa acepção, o enquadre opera como um organizador psíquico. Ao ser modificado, mesmo que cause dor e desalento, produzirá efeitos psíquicos e, portanto, grupais e sociais. Trata-se do medo de serem perdidos os referenciais e não mais poder agir alicerçado nos modelos já apropriados (BLEGER, 1989). Por outro lado, alterações dessas constantes podem possibilitar a inscrição de novas configurações, de outras possibilidades de trânsito social, além de significar a quebra nas estereotipias, como foi possível constatar nas práticas de desinstitucionalização como aquelas que ocorrem na saída do hospício para a cidade. Este processo significa “o possível rompimento dessa modalidade de instituição e, conseqüentemente, a necessidade de um novo rearranjo das representações conscientes e inconscientes, além de abrir a possibilidade para se pensar a construção de novos significados, nunca inscritos” (SCARCELLI, 2011, p. 93-94).

Essas são questões que dizem respeito à complexidade quando se busca compreender um fenômeno em sua totalidade, em uma realidade cuja característica marcante é a constante

mudança. São aspectos problemáticos para o campo de produção de conhecimento científico, mas também para os campos da prática.

Em uma sociedade concebida como universo de infinitas significações, Adamson (2000) nos lembra que Pichon distinguiu três âmbitos interdependentes, compreendidos como mediadores da macroestrutura social na constituição da subjetividade, que permitem visualizar cenários nos quais o processo de socialização se institucionaliza e as tramas vinculares se produzem. Os âmbitos psicossocial, sociodinâmico e institucional possibilitam a compreensão de distintas lógicas, metodologias, técnicas e diferentes dispositivos de intervenção.

Mencionei no capítulo anterior que essas três direções de análise na investigação social – psicossocial, sociodinâmica e psicossocial – perpassam a discussão, desenvolvida neste trabalho, dos conceitos que se articulam no esquema, conceitual, referencial e operativo da formulação teórica de Pichon-Rivière. Contudo, a discussão acerca da dimensão institucional não foi aqui ainda suficientemente desenvolvida se consideradas as indagações sobre em que consiste essa investigação, como ela se desenvolve e quais suas ressonâncias nas práticas.

Lembremos que, quando se trata de uma investigação nessa direção institucional, podemos nos ater desde às normas, aos valores e à história, partes do sistema de representações de um pequeno grupo (o familiar, por exemplo) ou instituição/organização na qual esse grupo se localiza, até aos grandes grupos, que podem ser entendidos como toda uma sociedade. Pelo menos é assim que Pichon se refere em diferentes passagens de seus textos.

Das definições apresentadas por esse autor, vou privilegiar aquela em que a dimensão institucional consiste na investigação dos grandes grupos (sua estrutura, origem, composição, história, economia, ideologia, etc.). É importante mais uma vez ressaltar que não há separação entre essas três direções de investigação, porque são recortes metodológicos e não podem ser separados; são guias para direcionar o olhar, organizar o pensamento e planificar uma ação; é um modo de se ter acesso ao conjunto de informações coletadas no exterior, mas que dizem respeito também ao interior do sujeito. Os três níveis se complementam e estão numa relação de dependência recíproca, sendo impossível interpretar os dados recolhidos em um nível sem apelar para aqueles que foram obtidos nos outros.

Para proceder à discussão na direção institucional, vou me valer de uma situação bastante ilustrativa que envolveu alunos de graduação no desenvolvimento de uma atividade de atenção à saúde; é uma situação esclarecedora, porque permite refletir sobre os âmbitos na análise de uma intervenção e, ao mesmo tempo, compreender aspectos do grupo que a desenvolveu.

A situação refere-se às atividades de um projeto de extensão universitária⁶³, desenvolvidas em uma pequena cidade do nordeste brasileiro, no ano de 2007⁶⁴. Aos alunos de psicologia cabia, entre outras atividades, realizar atendimentos de saúde em postos instalados provisoriamente (em escolas, UBS, CAPS, etc.) pela equipe coordenadora do projeto.

Os princípios que orientavam a ação dos estudantes de psicologia estavam referidos a concepções do campo da saúde coletiva e da psicologia social postulada por Pichon-Rivière. As atividades estavam organizadas de forma a serem levantadas informações que trouxessem conhecimentos sobre a realidade da cidade, a partir da perspectiva de seus moradores. Os objetivos dessa coleta estavam voltados para uma caracterização do município, buscando conhecer a população, os movimentos sociais, os grupos, as instituições e as organizações, assim como seus interesses, necessidades e sonhos em relação à cidade; identificando problemas locais e suas causalidades a partir de informações fornecidas por diferentes segmentos da sociedade.

Além dos atendimentos de saúde, que englobavam intervenções clínicas como interconsultas, atendimentos individuais ou em grupo e visitas domiciliares, estavam previstas atividades para o desenvolvimento da pesquisa exploratória a partir de entrevistas com usuários dos serviços de saúde atendidos pelo Projeto de Extensão e com referências comunitárias, identificadas a partir da técnica metodológica *snowball* (ou ‘bola de neve’). Também estava programada a apresentação das informações sistematizadas para a comunidade, incluindo as lideranças entrevistadas e gestores do sistema de saúde, e a discussão dos dados compilados e analisados.

Durante a Expedição, que durou dez dias, a equipe composta por dez alunos e duas supervisoras se reunia diariamente e registrava suas impressões em diários de campo individuais. Nas atividades de campo, a equipe se dividia em três pequenos grupos; um deles fazia entrevistas com as lideranças, os demais iam para dois postos de atendimento. Nesses postos, as consultas já haviam sido previamente agendadas por agentes da secretaria municipal de saúde. As pessoas com horários agendados passavam por uma triagem e eram em seguida

---

⁶³ Trata-se do projeto Bandeira Científica, vinculado à Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária e à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Envolve estudantes e docentes de diversos cursos (medicina, psicologia, nutrição, odontologia, agronomia, engenharia, jornalismo, entre outros). Está organizado em dois subprogramas (Expedição Anual e Programa de Desenvolvimento Sustentável em Saúde) e tem, entre os objetivos, desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação de saúde em municípios e/ou comunidades de pequeno/médio porte, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 0,6 e 0,7, que carecem de recursos necessários para desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde. A diretoria é formada por estudantes dos diferentes cursos participantes sob a supervisão geral dos docentes coordenadores de cada área específica; a diretoria atua na escolha do município a sediar o projeto, no levantamento de demandas, captação de recursos e determinação da logística a ser adotada.

⁶⁴ Cf. GUEDES, 2009.

atendidas por estudantes de medicina. Os graduandos de psicologia ficavam disponíveis nos postos para conversarem com estudantes e supervisores das outras áreas; nesses encontros avaliavam a necessidade de realizar atendimento individual ou interconsulta. Um dos alunos ficava responsável por entrevistar os usuários de saúde, conforme o objetivo do projeto. Em uma das anotações dos diários de campo encontra-se o seguinte fragmento:

Comecei a entrevistar uma mulher que estava com um menino, de uns 4 anos de idade, agarrado em seu colo como um bebê. Ele olhava para mim com curiosidade, escondendo seu rosto, em seguida, nos seios de sua mãe. Perguntei a ele seu nome e a mãe riu, dizendo que seu filho era surdo e mudo. Continuei as perguntas da entrevista, mas pouco depois, reparei no olhar do menino, meio travesso e perguntei se estava entendendo o que eu dizia. O menino riu, corou e rapidamente balançou negativamente a cabeça, escondendo-se no colo da mãe. (GUEDES et al, 2009)

Nos atendimentos que se seguiram em dias subsequentes, outras mães também diziam que seus filhos eram surdos e mudos. Durante a permanência nos postos de atendimento, por meio de conversas informais, foi possível ter outros contatos com outras crianças com denominação semelhantes. Mas o surpreendentemente nesses casos é que, ao serem convidadas a desenhar e brincar, aquelas crianças ‘surdas-mudas’ falavam e ouviam.

Em um primeiro momento, ainda nos atendimentos, o trabalho consistiu numa investigação clínica a respeito de queixas ligadas às dificuldades motora e ao desenvolvimento da fala que resultou na constatação de que não havia qualquer tipo de lesão ou insuficiência orgânica. Com essa informação, foi levantada uma hipótese que relacionava o problema da ‘mudez’ a um vínculo familiar que posicionava a criança na condição de bebê, já que na maioria dos casos constatou-se a criança ocupando lugar de principal objeto de afeto da mãe e vice-versa, em um vínculo aparentemente simbiótico. Em casos de vínculos assim, tal como descreve Bleger (1988), prevalece a sociabilidade sincrética na qual está estabelecida uma ligação profunda, pré-verbal, em que a palavra é dispensada.

Ao continuar a investigação, ainda centrada na análise da trama vincular, outra hipótese se encaminhava: o crescimento do filho parecia ser sentido pela mãe como algo ameaçador, como uma forma de abandono. Algumas dessas crianças eram cuidadas como se fossem ainda bebês, ficando atreladas ao colo da mãe, que não cessava de oferecer o peito para que mamassem; outras eram, ao contrário, negligenciadas, tratadas como pequenos adultos e, portanto, desprovidas do cuidado materno. Considerando o curto espaço de tempo para qualquer intervenção, o trabalho encaminhou-se no sentido de refletir com as mães sobre a possibilidade de outros cuidadores se incluírem nessa relação diádica, de modo a exercer a função de triangulação e de criação de espaços de distanciamento progressivo entre mãe e bebê.

Lembremos que a situação triangular é um dos emergentes universais do acontecer grupal e, neste caso, refere-se ao terceiro elemento que configura a relação no desenvolvimento da criança. O terceiro é representado na teoria da comunicação pelo ruído que interfere na mensagem entre emissor e receptor. Essa interferência proporciona uma abertura para o social, na medida em que gradualmente ocorre a transformação do tipo de vínculo estabelecido, permitindo a diferenciação entre o eu e o outro e consequentemente a possibilidade de transitar entre diferentes papéis.

Até aqui o trabalho desenvolveu-se em uma linha de investigação referida ao desenvolvimento da criança situado no contexto familiar, no qual se destacam as dimensões psicossocial e sociodinâmica. Mas outros aspectos observados, como a disparidade das duas posições que se apresentavam para a criança, serem cuidadas como bebês de colo ou como pequenos adultos independentes, encaminharam a reflexão para a terceira dimensão de análise, colocando em questão qual o lugar possível para a infância na realidade daquele município.

Parecia indispensável conhecer a forma como a criança e seus cuidadores viviam: a casa e sua organização, a renda familiar e o cotidiano. A contextualização auxiliava na compreensão do sentido da queixa apresentada por cada família. Em alguns casos, supunha-se haver um ganho secundário proporcionado pela queixa, dado que os familiares traziam as crianças pedindo um laudo médico de invalidez, o que garantiria uma renda a mais. Esse pedido tornava-se ainda mais significativo considerando que a maioria dos moradores do município recebia, como única fonte de renda, benefícios oriundos de projetos sociais governamentais, por exemplo, a ‘bolsa família’⁶⁵, entre outros.

Aspectos da política pública local e nacional conjugados às condições nas quais a cidade havia se organizado pareciam integrar os determinantes de tramas vinculares daqueles grupos familiares. Constatou-se que parte das famílias constituídas por pai, mãe e filhos pequenos ficavam restritas à mãe e aos filhos nas épocas em que os homens saíam da cidade, localizada em área de sertão, para trabalharem na pesca. As mulheres ficavam literalmente com todo o

---

⁶⁵ Importante destacar que o programa “bolsa família” ocupou funções diferenciadas de município para município. Nesse caso, o nível de pobreza e precariedade de trabalho era tal, que o valor em dinheiro que conseguiam juntar ao longo do mês, trabalhando na confecção de chapéus de fibras ou em atividades similares durante muitas horas por dia, em um trabalho desgastante, era menor do que o valor referente aos benefícios sociais. Assim, muitos moradores deixavam de trabalhar nessas atividades para poderem receber o benefício e realizarem outros tipos de bico. Em outros municípios, por exemplo na região norte, em áreas de assentamento em zonas da floresta, esses benefícios, somados ao recebimento da energia elétrica trouxeram melhorias visíveis e marcantes na qualidade de vida daqueles moradores. Puderam, por exemplo, diminuir a dura carga de trabalho no preparo de alimentos depois de adquirirem refrigeradores e comprarem ingredientes importantes para sua sobrevivência, antes preparados em atividades que exigiam muito tempo. Com isso, em uma das cidades visitadas, conseguiram organizar uma associação de moradores e desenvolver atividades coletivas que diminuía o isolamento em relação à vizinhança e abriam outras perspectivas de organização comunitária.

cuidado da casa e dos filhos e precisavam ‘se virar’ diante da precariedade da vida e das responsabilidades que lhes eram atribuídas.

Podemos supor que o lidar com as crianças como se fossem adultas refere-se ao peso de terem que dar conta de situações de forma solitária, que exigiam responsabilidade e muitos desgastes; se os filhos fossem independentes, diminuiria a sobrecarga da vida. No caso das crianças tratadas como bebês, podemos conjecturar que as fantasias subjacentes ao medo da perda e do ataque, ligadas ao abandono e à perda da função materna, dizem respeito à história daquelas mães e ao modo como na família se estabelecia o jogo de adjudicação e assunção de papéis. Mas essas fantasias, que alimentam e são alimentadas por aspectos do mundo externo, estavam fundadas em situações que colocavam realmente em perigo a própria existência: o medo de perder o principal objeto de afeto⁶⁶ e, com ele, os benefícios assistenciais que o mantinham. A fantasia de que tais benefícios ligados à condição de dependência do filho era a única garantia de sobrevivência do objeto de afeto poderia se constituir em fato real. Enfim, são hipóteses acerca dos aspectos sociais que alimentavam as tramas vinculares dessas famílias e a constituição subjetiva de seus membros; mas elas trazem questões que merecem ser investigadas quando estamos nos campos da psicologia social e das políticas públicas.

A análise até agora se ateve aos possíveis aspectos singulares de uma ou outra família. Mas analisando os possíveis significados da semelhança entre as histórias desses grupos familiares, considerando também as informações obtidas no trabalho realizado pelos alunos de caracterização da cidade, através das entrevistas com as referências comunitárias e do contato com a realidade social, histórica, política e econômica da cidade, e retomando as queixas que associavam as crianças como surdas-mudas, levantou-se a hipótese de que, naquela cidade, deveria existir outros tipos de silenciamentos para além desses que as crianças manifestavam.

Para formular hipóteses nessa direção, a criança foi compreendida como porta-voz, ou seja, aquele membro do grupo que conjuga verticalidade e horizontalidade, que denuncia o acontecer grupal, o conjunto de fantasias inconscientes, as ansiedades e as necessidades da totalidade do grupo. Nessa direção, a mudez das crianças parecia ser representativa de um modo de vida carregado de penúrias de todos os tipos. Nas entrevistas realizadas pelos estudantes, as respostas, em sua maioria, eram evasivas ou se fechavam com um único monossílabo. Muitos dos entrevistados indicados por serem referências na comunidade, mostraram-se surpresos, sem

---

⁶⁶ O conceito de estratégia defensiva desenvolvido por Dejours (1987) também traz subsídios para fundamentar essa hipótese. Sua investigação que buscou compreender como o subproletariado francês do início do século XX (que se assemelha ao proletariado atual dos países do terceiro mundo) sobrevivia diante de tanta adversidade e precariedade material, levou-o a considerar que o único bem dessa classe, ainda que precário, era o seu próprio corpo, que fornece os dois bens mais preciosos: a força de trabalho e os filhos.

saber ao certo o que dizer. Havia uma atmosfera de tensão e medo durante as entrevistas. Aqueles que ousavam falar um pouco mais a respeito do município, solicitavam que o conteúdo ficasse em segredo. Outros insistiam em acompanhar as entrevistas ou ‘apareciam de surpresa’ nos encontros marcados com as referências comunitárias por eles indicadas.

Com isso, a mudez parecia ser também política, como disse uma das pessoas entrevistadas; fato este que pode ser relacionado à herança autoritária e violenta presente na história daquela cidade e em outras partes do país. Duas frases enunciadas por pessoas diferentes em momentos e situações distintos foram o segundo motivo de surpresa, depois da constatação de que as crianças ‘surdas-mudas’ ouviam e falavam. Disseram os entrevistados: “o problema é que os moradores da cidade são como sapo: vão morrer inchados e de boca fechada”; “esta cidade é surda e muda” (GUEDES et al, 2009).

Do ponto de vista social, as precárias condições de vida constatadas na cidade, associadas ao medo que se manifesta pelo silenciamento, nos remetem a reflexões sobre a desigualdade social e a pobreza. A abordagem feita por Demo (1996) em relação a essa questão é pertinente no contexto dessa discussão. Habitualmente a pobreza é encarada no plano do ter, da posse material e da falta, mas o que pouco se discute é que a dinâmica da pobreza avança também na esfera do ser, e isso o autor vai nomear de pobreza política. A impossibilidade de crítica, de consciência da própria pobreza e de participação como cidadão, que requer envolvimento e implicação emocional, aparece como decorrente dessa pobreza maior. Em última instância, a pobreza política seria a ausência de voz e crítica de uma história construída por um sujeito que se torna objeto, destituído de ser.

Mas se olharmos para esse conjunto de informações coletadas no trabalho de campo dos estudantes, buscando compreender o que elas dizem a respeito do interior do sujeito com seu duplo *status*, como indivíduo e como membro de uma cadeia à qual está submetido, e que tem parte do seu funcionamento psíquico cumprido pelos outros, pelos grupos e pela instituição (KAËS, 1997), é possível compreender que tanto a mudez expressada pelas crianças quanto os silenciamentos nas entrevistas pertencem a uma mesma cadeia que atravessa os âmbitos psicossocial, sociodinâmico e institucional. O adoecimento das crianças, por exemplo, fica limitado se considerado de uma forma meramente vertical, apenas em relação às histórias pessoais dos sujeitos.

Isso nos encaminha a pensar a respeito dos efeitos das políticas públicas sobre o psiquismo e também refletir sobre os tipos de prática interventiva a serem dimensionadas no âmbito das instituições/organização. Na situação relatada, é certo que as crianças e seus familiares necessitavam de algum tipo de atenção por parte dos serviços de saúde. No entanto, a

compreensão do problema no contexto da cidade exige outros tipos de ação para além de atendimentos específicos na área da saúde e para uma dimensão mais ampla das políticas públicas em geral (GUEDES et al, 2009).

Casos como esses podem ser cuidados adequadamente pelas equipes de saúde, trazendo algum tipo de alívio para a família, encaminhando-se ações que possam contribuir na ruptura do estancamento da aprendizagem, que recai principalmente sobre as crianças. Mas se estamos trabalhando com a hipótese de essas crianças e seus familiares serem porta-vozes de fantasias inconscientes obstaculizadoras, que transcendem os limites do pequeno grupo, podemos supor que cuidar dos casos emergentes não é suficiente para debelar o problema do ponto de vista de sua expressão institucional (nos serviços de saúde) e social (no âmbito da cidade e do país); o que nos leva a refletir sobre as políticas públicas, suas diretrizes e as práticas delas oriundas. Outras crianças aparentemente ‘surdas-mudas’ voltariam a procurar os serviços.

Se pensarmos que outras situações com dinâmica semelhantes chegam como pedido de ajuda nos serviços de saúde em uma pequena cidade, mas também para muito além de seus limites; se considerarmos que nossos instrumentos de trabalho nem sempre são manejados ou são adequados de modo a oferecer o cuidado necessário àqueles que procuram atendimento; se entendermos ainda que a equipe de trabalho em uma unidade de serviço é passível dos estancamentos da aprendizagem emergentes por fantasias que são alimentadas pela mesma cadeia de representações conscientes e inconscientes do grupos atendidos por ela; então são muitos os obstáculos epistemológicos e epistemofílicos com os quais nos deparamos.

Em relação à concretude das práticas assistenciais, o que podem nos dizer, por exemplo, as grandes filas de espera em serviços de saúde mental? O que podem nos dizer as pessoas atendidas nesses serviços, vinculadas por muitos anos na condição de ‘doente mental’ ou ‘usuária do serviço’? E o conjunto de demandas reprimidas das unidades de saúde de maneira geral, seria somente de demandas reprimidas ou uma parte delas seria porta-voz dos silenciamentos que não podem se manifestar?

Isso nos leva, inclusive, a refletir sobre a questão do financiamento das políticas públicas. Apesar da necessidade inquestionável da regulamentação de emendas constitucionais que garantam o repasse de recursos para o desenvolvimento de políticas sociais, como as de saúde, entre outras, problemas como esses manifestados pelas crianças não serão debelados com aumentos de investimentos específicos à saúde ou à saúde mental. Questões dessa natureza dizem respeito também à integralidade de ações e necessitam ser mais bem investigadas. Caso tais demandas não forem compreendidas como fenômenos interdependentes de uma totalidade

em constante mudança, dificilmente haverá avanços significativos das políticas e práticas nos planos institucional e social.

Um outro aspecto a ser considerado ainda em relação à experiência do projeto de extensão, e que pode ser lido como questão ligada ao processo de trabalho em saúde, refere-se aos mal-estares manifestados na equipe do projeto. Considerando que estudantes e professores de psicologia e das outras áreas envolvidas eram um grupo/equipe que estava no tempo-espaço de um grande grupo/cidade no qual o silenciamento e os entraves de comunicação emergentes pareciam marcar as relações vinculares, os sentimentos de mal-estar pareciam reproduzir aqueles que eram identificados na cidade.

Alguns estudantes comentavam que essa expedição era como estar nas “vidas secas”, referindo-se à aridez do clima e das palavras, como no romance de Graciliano Ramos. Referência certa, uma vez que muitos moradores da cidade falavam de forma difícil, monossilábica, sempre com a mão na frente da boca, em sons que pareciam um dialeto pertencente ao município. (...)

No município não havia sinal de celular, o que dificultava a comunicação da organização do projeto. Os desencontros, as dificuldades de se reunir e o silêncio também atingiam a Bandeira Científica⁶⁷. Alguns estudantes manifestavam o desejo de ir embora, e não raro, os estudantes de psicologia foram procurados para cuidar deles. O mal-estar social parecia ser reproduzido na Bandeira Científica. (GUEDES et al, 2009, p.41-42)

Como diz Bleger (1991), as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que enfrentam, porque respondem às mesmas estruturas sociais. Se fazemos parte de uma totalidade, onde tudo tem a ver com tudo, sempre somos porta-vozes, não apenas de mal-estares, mas também, a partir de nossa verticalidade, de modos de estar no mundo que podem ser reprodutores da ordem ou disruptores e criativos das práticas desenvolvidas no campo social. Na perspectiva pichoniana, o sujeito é um sistema aberto, não autônomo em si mesmo, sistema incompleto que faz sistema com o mundo, sujeito situado e sitiado no sentido de que a subjetividade é configurada em espaço e momento histórico específicos “que lhe outorgam todo um universo de possibilidades, mas que significa para ele, por sua vez, um certo estreitamento das possibilidades de representação simbólica”. (ADAMSON, 2000, p.6)

Na situação apresentada, a mudez foi assim nomeada pelos pais daquelas crianças considerando o universo possível de representação simbólica delimitado também pelo jogo das relações de classe no contexto de uma cidade; a partir de uma conduta das crianças, esse foi o modo possível de emergir. No que se refere ao grupo de estudantes e professores é possível termos o mesmo tipo de entendimento. A expressão de sentimentos, os modos de nomear a emergência de fantasias inconscientes também só podiam ser manifestados pelo estreito

---

⁶⁷ Bandeira Científica é o nome do projeto de extensão.

universo de representações simbólica situado e sitiado no contexto de vida dessas pessoas. Profissionais, usuários, alunos e professores, todos fazem parte de uma mesma formação histórico-social, como apontaram Pichon-Rivière & Quiroga (2010), porém a representação do real, as emoções, o estilo de aprendizagem, são distintos e, portanto, também são o modo de manejar o tempo e as posições frente à organização familiar, à saúde e à doença, à vida e à morte.

Em relação à equipe do projeto de extensão (alunos e professores), ela nos remete a questões ligadas aos trabalhadores e equipes de saúde de maneira geral. Assim, vou me remeter a uma outra situação ocorrida na região sudeste, também ilustrativa, embora o contexto e as problemáticas sejam de natureza distintas.

O ano é 2001, a cidade localiza-se no interior do estado de São Paulo e os sujeitos são profissionais de saúde mental. ‘Substituir práticas manicomiais’ é lema de centenas de trabalhadores em saúde mental no Brasil desde a década de 1980, quando ‘as palavras de ordem’ *Brasil sem manicômios no ano 2000* mobilizavam os militantes do movimento de luta antimanicomial. Contudo, no Brasil 2001, os manicômios continuavam uma realidade; a Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira só foi promulgada no mês de abril daquele ano, embora estivesse há onze anos em tramitação. No ano em que se esperava não haver mais leitos em hospícios, foi publicada a portaria que instituía os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria 106). Apesar da publicação ter se dado apenas naquele momento, experiências dessa natureza já vinham sendo implantadas no Brasil há pelo menos vinte anos.

Na referida cidade paulistana, trabalhadores de saúde mental buscavam aperfeiçoar e expandir esses serviços, porque já trabalhavam há alguns anos na instalação de moradias extra-hospitalares, transgredindo a lei para propiciar alguma condição de cidadania às pessoas internadas. Até a publicação da portaria, não havia estrutura burocrática que permitisse o financiamento desse tipo de iniciativa, por isso o projeto se constituía, nos anos precedentes, como transgressão.

A atuação política e técnica, a formulação de princípios e propostas, a concretização de práticas e os referenciais teórico-técnicos que fundamentavam essas ações representam formas de contraposição ao tratamento destinado aos ‘doentes mentais’ proveniente da psiquiatria tradicional, cujas características de disciplinarização, normatização e exclusão são evidentes. Porém, essas formas de contraposição aos saberes e práticas da psiquiatria tradicional não deixam de carregar ambiguidades e contradições que se expressam em diferentes âmbitos. O trabalho desses profissionais requer que enfrentem desafios de desvendar as brechas através das

quais os processos manicomiais continuam a se insinuar, mesmo sob as vestes de novos discursos e práticas.

Pude acompanhar os dilemas apresentados por esses trabalhadores de saúde mental na implantação das moradias extra-hospitalares ⁶⁸ que, naquele momento, devido à publicação da portaria, estava sendo realizada com o ‘apoio’ governamental

Inicialmente essas casas eram montadas com material vindo do almoxarifado do hospital psiquiátrico que estava em processo de desmonte; posteriormente, foram buscadas outras alternativas. Dentre elas, o que chamava atenção era o fato de os profissionais buscarem apoio em instituições privadas e na comunidade, numa versão muito próxima das parcerias preconizadas pelos governos das três esferas, embora eles não tivessem informações suficientes sobre essa proposta, já que ainda não era muito difundida.

As definições para implantação de projetos são pautadas frequentemente, nos níveis de gestão, pelo fator econômico, pela relação custo/benefício, mesmo que isso não se coloque explicitamente, já que as diretrizes políticas que orientam a implantação de novos programas fundamentam-se nos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, controle social, descentralização, regionalização, hierarquização). Sendo assim, a contradição entre o discurso político e as medidas efetivamente tomadas – pautadas em dados quantitativos, no ideal da técnica, na despolitização das políticas sociais – eram significadas pelos trabalhadores como falta de apoio dos níveis institucionais superiores. As iniciativas tomadas por eles pareciam estar sustentadas pelos significados que eles atribuíam às lacunas emergentes dessa contradição entre o âmbito político-jurídico (das diretrizes e leis) e técnico-assistencial (das formas como são implantados os programas). Eram iniciativas que pareciam reproduzir parte dos mesmos princípios que sustentavam a Reforma de Estado em curso no país, que tinha sido iniciada na década anterior.

A gente fez um projeto e mandou para um Laboratório, achando que por ser um projeto novo teria algum retorno, mas não veio. Tem (o projeto) de doação. Doação a gente já pediu para conseguir alguma coisa. Acontece que as pessoas pensam que podem doar lixo, porque é doação. Mais ou menos que nem o pessoal que doa o sapato que está furado. É mais ou menos assim com móveis também.

Para a comunidade, colocamos anúncio no jornal. (...) Mas (para uma das casas) a gente fez um chá de cozinha com os funcionários, mas não pedimos muita coisa. (SCARCELLI, 2002, p.195)

As parcerias foram buscadas com instituições filantrópicas, instituições privadas ou, numa versão mais ‘caseira’, sob a forma de ‘doações’ da comunidade ou dos próprios funcionários. Diante de tantos impedimentos colocados pelos âmbitos de gestão governamentais,

---

⁶⁸ Cf. SCARCELLI 2002 e 2011.

principalmente de caráter financeiro, algumas formas de viabilizar os projetos eram feitas a partir dessas medidas que reforçavam o caráter crescente de desresponsabilização do Estado perante as políticas sociais.

Em relação às ‘doações’, é interessante destacar a consideração feita por um dos profissionais entrevistados:

Hoje todas as casas recebem um x para os gastos: alimentação, material de higiene. Esse material é comprado e adquirido por eles em instituições comerciais. As casas são muito diferentes entre si, não têm um padrão de móveis, de estilo. Como a sua e a minha são completamente diferentes, entendeu? A gente evita a padronização, até porque eles (os usuários) participam da composição da casa. A gente trabalha pouco com doações, a gente prefere fazer aquisições mesmo até pela impossibilidade. Até mesmo porque a doação já vem pronta. A aquisição permite..., tem o mínimo de chance de individualização. (SCARCELLI, 2002, p.165-166)

O que o entrevistado diz sobre trabalhar pouco com ‘doações’, ou seja, buscando adquirir de instituições e pessoas bens para as casas, refere-se a uma preocupação de não alimentar novos tipos de normatizações, as quais restringiriam as possibilidades de escolha dos sujeitos por não poderem adquirir aquilo que fosse de seu interesse para a montagem da nova morada; o que dificultaria os processos de ‘individuação’ necessários após a saída das instituições administradas, como os hospitais psiquiátricos. A preocupação se refere em limitar o poder de escolha desses sujeitos e mantê-los submetidos às vontades e caridades do outro, como sempre aconteceu.

Ao mesmo tempo em que as doações foram o modo encontrado pela equipe para implantar as casas, seguindo a tendência de buscar o apoio fora das instâncias governamentais, ela manifesta preocupações sobre o que esse tipo de situação pode representar às pessoas que estão saindo do hospital. É uma preocupação que pode ser remetida às dimensões da realidade que transcendem o âmbito do pequeno grupo de profissionais. Ou seja, embora seja um episódio referido à uma situação particular, expressada por um sujeito porta-voz, mesmo assim ele nos diz sobre aspectos de uma de nossas heranças históricas, a do cidadão dependente mantido por caridade; “o cidadão dependente do Estado, e nessa condição, como indivíduos pobres que para sua sobrevivência dependem dos serviços providos pelo Estado” (COHN & ELIAS, 2002, p. 6).

Os profissionais acabaram por assumir o lugar de provedor, buscando viabilizar projetos, que, sem que se dessem conta, reproduziam, em pequenas ações, o caráter crescente de desresponsabilização do Estado perante as políticas sociais. Como mencionado, a reforma de Estado iniciada na década anterior estava em andamento e, portanto, prevalecia a tendência de limitar os projetos sociais; de não se executar políticas; de qualificar saúde, educação e outras

áreas de direitos sociais como serviços; de fortalecer a fragmentação da sociedade entre quem tem poder de consumo e quem deve continuar numa eterna dependência.

No entanto, a expressão dessas tendências macroestruturais no espaço de pequenos grupos, ao mesmo tempo em que reproduz aspectos da ordem vigente, produz outras significações que devem ser destacadas. Diante da ‘falta do Estado’ no nível local, operar com parcerias nas áreas sociais que progressivamente se transformavam em meros locais de serviços pode significar a reprodução de valores ligados à lógica de mercado; porém, quando de alguma forma os trabalhadores procuram modos de retirar o pobre (egresso do hospital psiquiátrico) do lugar de eterno dependente do Estado, há um movimento, mesmo que imperceptível, de negar a tradição histórica dessa fragmentação social. Se há aspectos de submissão a uma ordem vigente, há também muitos outros que revelam uma rebeldia criativa, seja na manifestação explícita pela transgressão da lei, seja cotidianamente operando sínteses diante das contradições, mesmo que não se tenha consciência delas. São sujeitos configurando-se em uma atividade transformadora; são produtores, atores e protagonistas, em uma relação dialética mutualmente modificadora com o mundo.

Com isso, podemos dizer que a invenção e a criatividade são marcas das novas práticas, mas não podemos esquecer que há momentos em que a ideologia se apodera da palavra inédita e a reveste de um discurso oficial dominante. As mediações que estão entre os âmbitos jurídico-político e o técnico assistencial por vezes são desprezadas, não transitam nos fóruns de decisão política e de criação das práticas o que gera enclausuramento de princípios, conceitos e práticas.

Mas o que pode ser considerado *mediação* nesse caso?

Encaminho essa discussão agora em uma nova direção, considerando a inclusão de outros âmbitos de investigação junto às três direções – psicossocial, sociodinâmica e institucional – já bastante mencionadas.

Esclareço. As duas situações apresentadas levam a refletir sobre questões e dimensões de diversas ordens, com base em distintas áreas do conhecimento. São dimensões que podem ser referidas ao entendimento da estrutura dos grandes grupos ou à investigação institucional proposta por Pichon. Ambas as situações – projeto de extensão e implantação de serviços residenciais terapêuticos – tocam, por exemplo, em aspectos que remetem à nossa herança histórica e ao momento atual que envolvem aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais do Brasil. Tais aspectos são importantes tanto no manejo de grupos quanto na atitude investigativa que tem a abordagem operativa de grupo como referência teórica, principalmente

se o objeto de interesse se encontra nas políticas públicas, diretrizes políticas e práticas decorrentes.

Lembremos que a psicologia social formulada por Pichon está inscrita em uma crítica da vida cotidiana, porque aborda o sujeito imerso em suas relações sociais, nas condições concretas de existência, ou seja, aos modos de produção e reprodução da existência material, de inserção dos sujeitos no processo produtivo. Mas na cotidianidade os fatos são aceitos de forma naturalizada, autoevidente sem ao menos serem questionados ou verificados, pois eles são significados como o real por excelência. O sistema de representações sociais (ideologias) encobre e distorce o cotidiano enquanto oculta a essência da vida cotidiana, segundo interesses dos setores hegemônicos da sociedade; as ideologias têm caráter de classe social. Sendo assim, a reflexão psicológica deve incluir indagações frente a complexidade das relações que determinam as tramas vinculares e constituição subjetiva, e são por elas determinadas, pois a vida cotidiana reivindica uma crítica, uma atitude analítica que faça frente à consciência ingênua, indagando as leis que regem a configuração do sujeito (interjogo necessidades/satisfação) e as modalidades de resposta social em cada formação social concreta.

Esses são aspectos importantes, já que não escapamos às ‘verdades indiscutíveis’ do cotidiano. Isso parece reafirmar a necessidade de se ter a indagação como um método que permita colocar em questão conhecimentos (ou hipóteses interpretativas), entendendo-os em um movimento de construção contínua, buscando romper estereótipos, cristalizações ou, nos termos de Bleger, a burocratização. No caso das pesquisas e práticas no campo da saúde e de políticas públicas de maneira geral, foi mencionado o quão frequente é a apropriação de leis, diretrizes, programas, como algo naturalizado, o que produz distorções e ideologização no campo das práticas e da produção de conhecimento.

Nesse movimento, o próprio ato de interrogar exige um método. Identificar problemas, delimitar dimensões ou realizar outros tipos de discernimento diante dessa realidade é uma tarefa árdua, também complexa. Assim, tenho lançado mão de um outro recorte para subsidiar a formulação de perguntas, problemas e compreensões acerca dos grandes grupos, da dimensão institucional, quando estamos no campo das políticas e práticas. Formulações que possam estar disponíveis tanto no manejo da técnica, em que as interpretações são construídas no ‘aqui e agora’, na emergência de fantasias inconscientes, quanto naquelas que não se referem necessariamente à utilização da técnica e são elaboradas a posteriori. Quatro âmbitos foram delimitados, conforme segue.

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não-governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Sócio-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas;
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimentos de práticas de programas, diretrizes políticas e lei.

Entendo esses âmbitos como um recorte metodológico e, sendo assim, não podem ser entendidos separadamente. Tal como as três direções de investigação elaboradas por Pichon, esses âmbitos subsidiam a organização do pensamento, o direcionamento do olhar e a planificação da ação; possibilitam agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar.

Mas antes de dar prosseguimento a essa reflexão é importante registrar que concepção similar foi desenvolvida, em tempo e espaço distintos, por Paulo Amarante (1997), para se referir ao processo complexo que está em curso no campo da saúde mental, da reforma psiquiátrica, do movimento antimanicomial. O autor aborda esse processo sendo composto por muitos fatores inter-relacionados, complementares e em movimento, no qual podem ser destacados quatro campos fundamentais:

- 1) Campo teórico-conceitual: desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade). Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade;
- 2) Campo técnico-assistencial: a partir de e simultaneamente à reconstrução dos conceitos acima (como, por exemplo, da transformação do conceito de doença na noção de existência sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidados, emancipação, autonomia, possibilidade de exercer a diferença, etc.), a construção de uma rede de novos serviços, mas não apenas serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional. Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma

atividade conjunta, etc. em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos;

- 3) Campo jurídico-político: revisão das legislações sanitária, civil e penal no que diz respeito aos conceitos de ‘doença mental’, ‘psicopatia’ e ‘loucos de todo o gênero’, e construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e ingresso social. Refere-se, por extensão, à cidadania real dos sujeitos na vida social: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva;
- 4) Campo sócio-cultural: como consequência, e também simultaneamente, de todas as demais ações listadas anteriormente, através de investimentos nos campos epistemológico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, e a partir de ações específicas no campo sócio-cultural, busca-se uma transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade e assim por diante. Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes, e assim por diante. (AMARANTE, 1999, p.50-51)

Amarante (2015) inicialmente nomeou *campo* o que atualmente denomina *dimensão*. São, portanto, dimensões para se referir ao processo de Reforma Psiquiátrica, procurando trazer subsídios que permitam um olhar sobre o campo de saberes e práticas da saúde mental, para que não seja reduzido à mera assistência no âmbito dos serviços. É um modo de registrar a amplitude da saúde mental e das ações advindas da reforma psiquiátrica, buscando enfrentar as tendências frequentes de burocratização e de agir instrumental, que acabam por simplificar o complexo processo de desinstitucionalização.

Na reflexão que apresento, a proposta de delimitar quatro âmbitos, entendida como recorte metodológico quando referida à psicologia social, histórica e concreta, começou a ser concebida ao ser utilizada como um recurso didático no ensino de graduação em psicologia, a partir de 1993, em uma disciplina que compunha a antiga estrutura curricular do curso graduação do IPUSP⁶⁹.

Para guiar o olhar dos estudantes, a professora com quem eu trabalhava na época, propôs aos alunos, em suas visitas às instituições de saúde, identificar alguns aspectos relacionados às instituições e as práticas desenvolvidas, como forma de organizar as observações diante de uma situação totalmente nova e repleta de possibilidades. Foram propostas perguntas referidas a esses quatro âmbitos. Eles deveriam procurar saber qual era o projeto das instituições que visitavam e das práticas nelas desenvolvidas: existia uma lei ou diretrizes que fundamentavam os programas e as práticas de grupo ou similares desenvolvidas naquelas instituições? As instituições visitadas eram unidades básicas de saúde (UBS), hospitais-dia (HD), centros de

---

⁶⁹ A disciplina Dinâmica de Grupo da antiga estrutura curricular começou a ser ministrada pela professora Maria Inês Assumpção Fernandes em 1981, no curso de graduação em Psicologia do IPUSP; agora denominada Processos Grupais, continua sob sua responsabilidade. Entre 1993 e 1999 trabalhei na equipe que organizava, orientava e supervisionava as atividades práticas desenvolvidas pelos alunos em instituições de saúde.

convivência e cooperativa (CECCO), centros de referência de saúde do trabalhador (CRST), hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, coral cênico, entre outras, que foram concebidas e implantadas de acordo (ou em desacordo) com as políticas governamentais, as quais deveriam orientar a ação dos gestores de nível central e local e seus trabalhadores. Esse conjunto de perguntas foi articulado como parte de um dos âmbitos, o *político-jurídico*.

Mas, nessas práticas, do ponto de vista *técnico-assistencial*, como se concretizava o que estava prescrito nas leis e programas? Que recursos dispunham os gestores e trabalhadores para ajustarem as ações desenvolvidas em relação às esperadas e conseguirem atingir sua finalidade? Os produtos alcançados estavam referidos aos objetivos prescritos?

Se há um conjunto de pessoas e instituições envolvidas nessas práticas, quem são elas? Naquela situação, eram trabalhadores de nível universitário de diferentes formações, de ensino médio ou básico; os gestores de nível central, distrital e gerentes das unidades de saúde; a população que consegue usufruir dos serviços (os usuários), a população que fica excluída porque não consegue vaga ou ainda aquela que desqualifica esse tipo de assistência procurando modos de atenção fora do sistema público; instituições que fornecem serviços complementares, etc. São sujeitos que apresentam modos distintos de estar e de se expressar de acordo com os grupos e contextos nos quais transitam. Como vivem, o que fazem, o que sentem, o que pensam? Essa situação se refere ao âmbito *sócio-cultural*.

Quando se dirige o olhar sobre práticas, princípios orientadores e leis, quais concepções e referenciais teóricos e filosóficos são possíveis identificar? Há convergência entre sujeitos e grupos nos modos de desenvolver o trabalho? E as práticas desenvolvidas pelos psicólogos nas instituições estão referidas a algum referencial específico advindo de sua área de formação? E na questão específica dos atendimentos e práticas grupais, são fundamentadas em referenciais teóricos e técnicos que possam sustentá-las? São perguntas que se articulavam ao âmbito *teórico-conceitual*.

Como é possível constatar, os significados dessas denominações não correspondem de forma rigorosa a definições e conceituações relacionadas a cada um desses termos. São denominações que se referem a um conjunto de questões que podem ser consideradas emblemáticas nos campos em que as práticas se constituem. Nesse sentido, os âmbitos foram propostos como uma forma de os estudantes poderem sistematizar suas observações e, fundamentados nelas e/ou com elas, dialogar com as teorias de grupos apresentadas no decorrer da disciplina.

O desenvolvimento dessa prática didática no decorrer de alguns anos – que permitia a discriminação dos âmbitos no diálogo com a teoria pichoniana, que por sua vez propõe as três

direções de análise (psicossocial, sociodinâmica e institucional) – foi fazendo sentido para além da sala de aula e se estendendo paulatinamente ao trabalho que desenvolvo, seja no ensino, pesquisa, e extensão, seja na atenção em saúde ou outros tipos de cuidado em diferentes instituições. Têm feito sentido também aos estudantes e profissionais que frequentam as salas de aula e grupos de orientação nos quais os âmbitos são mencionados, por isso a decisão de registrá-la.

Fazendo indagações dessa natureza, surgiu a hipótese sobre a forma naturalizada com que as políticas públicas, programas ou propostas de movimentos sociais são tomadas por sujeitos, grupos e instituições; ao fazerem parte das referências desses sujeitos, elas se estabelecem, muitas vezes, como ideologia no sentido trazido por Pichon, como pensamentos (conscientes ou inconscientes) carregados de grande carga emocional e considerados, pela pessoa que a pensa, como resultado de puro raciocínio, enquanto não difere das crenças religiosas; são pensamentos que não formam um núcleo coerente e acabam por determinar diferentes graus de ambiguidade; podem ter caráter mistificador e de perpetuação de uma determinada ordem social.

No contexto de instituições/organizações e movimentos sociais, com certa frequência nos deparamos com defesas apaixonadas de certas ideias e posições que acabam adquirindo esse caráter de crença e obstaculizando processos de comunicação e aprendizagem. Esse tipo de expressão não é privilégio de uma ou outra tendência política; por isso merece ser analisado.

Vejamos o caso do SUS. Como política social, podemos dizer que é uma grande conquista, fruto de movimentos sociais que envolveram diversos setores da sociedade, entre os quais se destacaram intelectuais do meio universitário, lideranças políticas, estudantis e militantes do movimento popular. No interior da luta contra a ditadura militar constituiu-se o movimento de reforma sanitária brasileira que enfrentava conflitos advindos de interesses distintos e antagônicos, o que tornavam visíveis as dificuldades que viriam para a sustentação de um sistema voltado para garantia de direito a saúde de forma equânime e de caráter universal.

Em 1986, durante o processo de redemocratização, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que é considerada um dos eventos mais significativos de política de saúde ocorrido no país; contou com a participação de quase cinco mil delegados e observadores. As resoluções da 8ª Conferência foram levadas pelos militantes da reforma sanitária à Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), na qual foram obtidas vitórias parciais consolidadas no capítulo *Saúde da Constituição Federal* (BRASIL, 2012) e, posteriormente, instituídas na *Lei do SUS – Lei nº 8.080*, de 1990 (BRASIL, 1990a). O capítulo constitucional sobre saúde dispõe que as redes de serviços até então administradas pelas diferentes esferas do governo (federal, estadual

e municipal) devem dar lugar a um sistema único e descentralizado operado mediante a municipalização da rede pública.

Estabeleceram-se como princípios doutrinários do SUS: *universalidade*, todas as pessoas, independentemente de diferença de classe, cor, raça, crença, etc., têm o direito de acesso ao sistema de saúde; *igualdade*, todo cidadão é igual perante o sistema e deve ser atendido de acordo com suas necessidades, que são diferenciadas conforme sua posição social, seguindo o princípio da equidade; *integralidade*, as ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a proteção, a promoção e a recuperação, e o indivíduo deve ser concebido como ser humano integral nas suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Os princípios organizativos fundamentais referem-se à *descentralização* por meio da municipalização; *regionalização* com hierarquização da atenção; *controle social*, que se dá pela participação popular no controle do sistema, exercido por conselhos de caráter deliberativo, que devem ser criados em todos os níveis de gestão, conforme a *Lei Federal nº 8.142*, de 1990 (BRASIL, 1990b). A intersetorialidade é outro princípio importante, pois a concepção de saúde já não está mais restrita à assistência médica. Assim, as respostas do sistema seguindo o princípio da integralidade, devem ser ações de natureza interdisciplinar e intersetorial que envolvem os setores de trabalho, habitação, lazer, educação, cultura, etc.

Diante disso, quando se está em um campo ideológico progressista, não há como negar que o SUS é uma conquista de grande relevância social que se expressa, entre outras, no seu aparato jurídico e político e pelos seus caros princípios que fazem frente às fragmentações do conhecimento humano em suas antinomias, políticas, ações no território e no modo de viver dos sujeitos (SCARCELLI & ALENCAR, 2008).

O SUS é fruto de mobilização social e, portanto, de militância política de muitos grupos e sujeitos que buscam defender os direitos constitucionais, garantindo sua implementação e preservando seus princípios. Esse espírito militante, fundamental para levar adiante propostas dessa natureza e magnitude, está presente nos movimentos sociais, mas também nos ambientes de trabalho ligados aos serviços, ao ensino e à pesquisa nas áreas de saúde pública e saúde coletiva. Não é raro, portanto, que o SUS e as políticas e os programas ligados à sua implementação sejam objeto de atitudes também apaixonadas e, por vezes, naturalizadas. Aqueles que não participaram do processo que mobilizou essa construção e, portanto, buscam se apropriar da história contada do ponto de vista de instâncias governamentais ou de quem transita por elas, correm também o risco de compreender o resultado desse processo como algo naturalizado e acima de qualquer suspeita. E esse modo de ver, que também naturaliza

princípios, concepções e dispositivos de ação, pode levar à produção de conhecimento estéreis e práticas obstaculizadas diante das ambiguidades e contradições que não podem aparecer.

Se considerarmos os recortes propostos, o primeiro deles, o *âmbito político-jurídico*, podemos identificar, como principais referências orientadoras e legais, a Carta Constitucional de 1988, A Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990, a Lei nº 8.142 editada em dezembro de 1990, com artigos referentes à participação popular e ao financiamento. São leis importantes, mas que foram editadas com muitas fragilidades devido às derrotas que o movimento da reforma sanitária sofreu, principalmente no que se refere à exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada e aos vetos de artigos que tratavam do financiamento e do controle público. De qualquer modo, há leis e princípios instituídos que indicam as direções para implantar um sistema único de saúde. Por haver uma prescrição estabelecida em lei, que só pode ser mudada por outras leis, é uma direção obrigatória.

Se indagarmos sobre como essas leis foram estabelecidas, quando estamos referenciados por questões trazidas pela psicologia social, a tendência é nos conduzirmos para os grupos e sujeitos que a constituíram e aos modos como se organizaram, encontraram-se ou desencontraram-se na consecução desse trabalho. Isso diz respeito ao *âmbito sócio-cultural*.

Sabemos que o movimento da reforma sanitária é o principal protagonista nessa construção e não o único. Se voltarmos ao momento da realização da 8ª Conferência e à Assembleia Nacional Constituinte, podemos constatar que o movimento de reforma teve papel determinante na arquitetura do SUS, mas os empresários da saúde e outros setores e segmentos que atuavam no período de redemocratização do Estado brasileiro também tiveram esse papel, mesmo que em direção contrária aos objetivos almejados. Desde o momento inicial desse processo, a reforma sanitária enfrentou oposição por parte do empresariado da assistência médica e da indústria farmacêutica, que identificava a construção de um sistema público de saúde como ameaça à exploração mercantil na área da saúde. Contudo, o discurso de lideranças políticas ligadas a esses setores confundia-se aparentemente com aqueles que assumiam a defesa e o fortalecimento do SUS. Na verdade, o setor privado acabou por apoiar a segmentação da assistência discriminando aqueles que pagam planos de saúde daqueles que devem se contentar com um sistema voltado para os pobres (SCARCELLI & JUNQUEIRA, 2011)

Além disso, é importante destacar que mesmo o movimento de reforma sanitária não deve ser entendido como homogêneo, por isso pode ser melhor compreendido quando são feitas as perguntas ligadas ao conjunto circunscrito a cada um dos âmbitos. As mesmas indagações podem ser feitas em relação ao empresariado ou outros grupos/entidades/associações/movimentos envolvidos nesse processo que deu origem ao SUS; são perguntas que subsidiam

uma compreensão que dimensione o conjunto de posições bastante heterogêneas em jogo. Sobre o movimento sanitário, sinteticamente, pode ser descrito como movimento iniciado por um conjunto de pessoas com ideias comuns para a área da saúde, que teve Sergio Arouca (1941-2003) como uma das principais lideranças. Outros indivíduos e grupos foram se agregando, como o movimento estudantil, os médicos residentes (que enfrentavam péssimas condições de trabalho); militantes do movimento passaram a compor as diretorias de várias instituições (sindicato dos médicos, associação médica brasileira); a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) também se destaca nesse contexto.

Enfim, compreender o SUS exige também conhecer seus protagonistas, os sujeitos, os grupos e seus interesses: movimentos sociais, governantes, partidos políticos, empresários, movimentos sociais, estudantes, intelectuais, entidades filantrópicas, conselhos profissionais, associações de classes, associações científicas, sindicatos, instituições de ensino e de pesquisa, etc. São grupos cujos sistemas de representação, as ideologias, dizem também sobre interesses. Nas conquistas ligadas a esse sistema, podemos dizer que o pensamento hegemônico não prevaleceu na arquitetura do arcabouço legal, mas tal hegemonia também não deixou de estar presente, principalmente nas lacunas deixadas, que sempre nos remetem às ameaças de desmonte.

Falar em interesses nos remete também ao conjunto de perguntas circunscritas ao *âmbito teórico-conceitual*. As diferentes formas de compreensão e implementação do SUS são fundamentadas em determinadas concepções de Estado, de sociedade, de sujeito, de saúde, de educação. Elas vão nos dizer também sobre a visão de mundo e conjunto de interesses que mobilizam os atores que se agregam em torno desse projeto.

Falta ainda mencionar questões ligadas ao *âmbito técnico-assistencial*, pois a direção está dada pelo arcabouço legal e há um conjunto de sujeitos e grupos que convergem e divergem em uma arena de composição e luta. Mas como materializar essas propostas? Por quais caminhos?

Devemos lembrar que a implantação e implementação de um sistema como esse, exige necessariamente a destinação de recursos financeiros; contudo, em uma sociedade onde muitos interesses estão em jogo, os conflitos, muitos deles inconciliáveis, são inevitáveis. Se estivermos atentos à dimensão histórica e aos aspectos econômicos envolvidos em relação ao SUS, lembraremos que a promulgação da Lei ocorreu no governo de Fernando Collor de Mello, claramente fundamentado na visão neoliberal de crise econômica, que apostava em políticas de redução do Estado por ser considerado ineficiente, inoperante, corrupto e composto por um funcionalismo público usurpador. O SUS significava a promulgação de uma Lei com

características universalizantes em um contexto em que a redução do Estado já era uma tendência mundial.

Colocar em prática um plano (ou não), materializá-lo (ou não) diz respeito a esse âmbito técnico-assistencial. Essa questão, quando o assunto é o SUS, leva a uma longa discussão⁷⁰ porque se refere aos atos necessários ligados à destinação de recursos, a começar pela edição de portarias e normas operacionais que definem sua aplicação. Mas como esses recursos são priorizados? E em qual direção? Aproximam-se do que está explicitamente nas leis ou se aproveitam as lacunas que nada dizem sobre o claramente prescrito?

Essa definição diz sobre os tipos de serviços e práticas que serão financiados e, portanto, aos modelos e estratégias que mostrarão as concepções que transitam, convergindo ou divergindo, na formulação das políticas de um governo que deveria se orientar pela política de Estado. A edição de normas operacionais, por exemplo, pode priorizar a lógica da produtividade, perpetuando-a e estando de acordo com uma racionalidade que é contraditória ao que está colocado como princípios no arcabouço legal do sistema. Sabemos que desde a década de 1990 a produção de atos e procedimentos do SUS multiplicaram-se a cada ano, o que demonstra grandes avanços em relação à cobertura de atenção à população brasileira, porém os impedimentos, principalmente ligados ao subfinanciamentos e precarização da gestão de pessoal foram muitos (SCARCELLI & JUNQUEIRA, 2011).

Isso fica claramente exposto no âmbito da atenção básica, que é considerada o elemento estruturante do sistema, cuja reorganização vem sendo definida nos últimos anos pela estratégia de saúde da família (ESF). A baixa qualidade da atenção oferecida frequentemente é referida por usuários e trabalhadores dos serviços, provavelmente ligada à insuficiência nos quadros de pessoal, inexistência de equipes multiprofissionais, desvinculação entre a atenção básica e os demais serviços, como unidades de pronto-atendimento, ambulatorios de especialidade e a assistência de pronto-socorro e hospitalar, que também não se articulam entre si e que são operados oficiosamente de forma privatista (SCARCELLI & JUNQUEIRA, 2011). Isso tudo nos diz sobre conflitos, contradições e ambiguidades, que se expressam principalmente entre o que se propõe e o que se estabelece.

Desse modo, a afirmação frequente de que o SUS é um projeto suprapartidário, em que diferentes grupos convergem em seus princípios fundamentais, não se sustenta. Entendo que tal afirmação refere-se mais a um projeto/desejo e menos a como ele realmente se apresenta e se

---

⁷⁰ O texto *O SUS como desafio à formação em psicologia* aborda questões dessa natureza e, principalmente, indica referências bibliográficas que trazem informações importantes para construir uma compreensão na linha do que está sendo discutido aqui. Cf. Scarcelli & Junqueira (2011).

sustenta. Afirmações desse tipo também conduzem à naturalização e idealização de um sistema e seus programas, o que em nada contribui para seu avanço.

Enfim, essas considerações não pretendem ser uma análise sobre o Sistema Único de Saúde, porque isso compreende complexidades de todo gênero e não é objetivo deste trabalho. São apenas apontamentos que buscam clarificar a hipótese sobre a naturalização das políticas públicas e abrir caminho para a discussão sobre a proposta dos âmbitos como recorte metodológico.

Em relação eles, como é possível observar, não há uma delimitação clara entre um e outro âmbito. O que se depreende deles são perguntas que podem orientar a investigação de fenômenos não circunscritos a uma única área de conhecimento. A Lei do SUS pode ser considerada o âmbito político-jurídico quando está em elaboração uma norma operacional (nesse caso, âmbito técnico-assistencial). Esta envolve sujeitos e grupos, como gestores, usuários, trabalhadores, etc., que podem se relacionar de forma hierárquica ou horizontal (âmbito sócio-cultural), que dispõem de sistemas de representações possíveis ou improváveis para se constituírem como um ECRO (teórico-conceitual). Contudo, se o que está sob análise é uma ação desenvolvida por um gestor local, a norma operacional que orienta essa ação deve ser indagada agora com perguntas referentes ao âmbito político-jurídico, enquanto o modo como as práticas se estabelecerão e como esses recursos serão empregados dizem respeito ao âmbito técnico-assistencial. Os sujeitos e grupos com suas singularidades (sócio-cultural), envolvidos nessa tarefa, fundamentam-se consciente ou inconscientemente em concepções, teorias, técnicas ou simplesmente no senso comum (teórico-conceitual).

O caminho inverso é também bastante sugestivo para serem feitas indagações. Uma oficina realizada em um CAPS (técnico-assistencial) foi concebida a partir de protocolos preconizados pela coordenação de saúde mental ou por outra orientação (político-jurídico)? Quem são os sujeitos, para quais necessidades suas a oficina é destinada, por quem será conduzida (sócio-cultural)? As técnicas aplicadas na realização da oficina seguem algum referencial teórico e se baseiam em alguns princípios ou concepções sobre sujeitos, subjetividades e grupos? E os usuários do serviço que se beneficiam dessa prática, que referenciais têm sobre elas? Que concepções eles têm sobre a vida, a saúde, o atendimento naquele CAPS? São perguntas que dizem respeito a teorias e concepções.

Em que pode ser útil essa investigação? Por que pode estar associada à dimensão institucional na investigação proposta por Pichon?

Entendo que essas perguntas subsidiam o ato de colocar sob suspeita a autoevidência do cotidiano e a naturalização do instituído, no qual os núcleos aglutinados (parte psicótica ou indiscriminada da personalidade e dos grupos) estão depositados. O profissional que lança mão da técnica operativa para realizar uma oficina ou um grupo de elaboração de aprendizagem, como já vimos, deve construir hipóteses interpretativas a partir da emergência de fantasias inconscientes. Minha hipótese é de que se esse profissional tiver uma compreensão que vá além do que ocorre e constitui a instituição/organização na qual a intervenção se realiza – por exemplo, reconhecendo questões, concepções, funcionamento, etc., referentes à dinâmica institucional que vai do gabinete do secretário ou do ministro à unidade de saúde local – ele terá mais possibilidade de discriminar as sutilezas das ideologias que as alimentam e por elas se reproduzem.

Esse conhecimento, construído a partir das perguntas ligadas a esses âmbitos, também poderia trazer subsídios à coordenação de programas e gestão⁷¹, se considerarmos as relações estereotipadas que frequentemente se instalam nas instituições/organização, originadas em processos de burocratização, no sentido atribuído por Bleger.

Outro modo possível de entender os âmbitos é como recurso didático e de estudo. Diante das tendências de compreensão fragmentadas da realidade, fruto, entre outras, de uma herança advinda do conhecimento concebido e produzido na lógica das disciplinas, as questões que emergem a partir das indagações articuladas a essas dimensões, podem se estabelecer como um roteiro de estudo. Ou seja, muitas perguntas ao serem formuladas podem ser estudadas a partir de conhecimentos teóricos estabelecidos que, certamente, não estarão restritos a apenas uma área de estudo. São perguntas que têm orientado um modo de transitar pela filosofia, sociologia, antropologia, geografia, administração, etc., e pelas diferentes abordagens e áreas presentes no próprio campo de saúde ou de outra política setorial (educação, assistência social, moradia, cultura, etc.). Além disso, são perguntas que inevitavelmente levam a indagações sobre sujeitos e subjetividades, sempre envolvidas em qualquer fenômeno social, mesmo no caso da elaboração de leis e definições de ordem econômico-financeira. O recorte dos âmbitos, como roteiro de estudos, por estar referido a um eixo articulador bem delimitado, permite esse trânsito entre áreas evitando o ecletismo; talvez nos aproxime do que Pichon denominou epistemologia convergente ou interciência, o estudo do homem-em-situação.

---

⁷¹ Alguns termos, por exemplo, gestão, estão sendo mencionados tal como comparecem no vocabulário de quem está no sistema hoje, portanto, sem indagar os sentidos que podem adquirir se analisados criticamente na implementação de programas e de um sistema como o SUS.

Sobre questões formuladas a partir das indagações dos âmbitos, retomo uma delas já mencionada na introdução deste trabalho. Ao lançar mão desses recortes, a hipótese que vem sendo construída refere-se ao distanciamento existente entre um âmbito de definição de diretrizes políticas, seus aspectos legais e da formulação de programas e outro âmbito ligado aos modos de ajustar essas diretrizes aos recursos disponíveis para a criação e desenvolvimento das práticas; ao descompasso entre plano político, plano institucional e plano dos sujeitos (e seus projetos de vida). Considerado essa hipótese, recupero a pergunta apresentada inicialmente: é possível identificar lacunas que surgem entre o âmbito político-jurídico e técnico-assistencial, na implantação e implementação de planos ou programas?

O distanciamento entre o prescrito e o real no trabalho (DEJOURS, 2004a) diz respeito a uma relação bastante tortuosa, de muito sofrimento e cheia de contradições, e está presente em situações que se referem tanto a dimensões macroestruturais – quando estão em andamento as definições e determinações de novas leis e/ou implantação de políticas de estado e governo, como essa descrita sobre os SUS –, quanto àquelas, considerando-se a escala hierárquica do sistema, que representam a dimensão local, como um atendimento realizado em uma unidade de saúde de alguma pequena localidade do país.

Esse distanciamento tem se manifestado no contexto de trabalho por sentimentos de impotência/onipotência, saber/não saber e idealização do que está fora do alcance do trabalhador. Uma das situações frequentes que pode clarear essa hipótese foi constatada em atividades de implantação de novos projetos. Por exemplo, implantar um serviço ou uma prática de saúde mental – quando há naturalização ou identificação do profissional com as diretrizes políticas de uma gestão – pode ter significado de reprodução do prescrito para os sujeitos envolvidos, como se nessa prescrição estivessem contidos saberes verdadeiramente constituídos. A impossibilidade de reproduzir o projeto idealizado é significada como fracasso, que ora é atribuído à falta de conhecimento de quem a implanta, ora à insuficiência de protocolos gerados pelas instâncias superiores. A compreensão de aspectos ligados aos saberes e sobre quem esses saberes são depositados, das motivações envolvidas em um trabalho como esse – que não se resume a um grupo específico de trabalhador e nem se restringe ao tempo/espço no qual a ação é desenvolvida – pode trazer novas significações e mudanças no estado de fracasso, no estancamento da aprendizagem.

Procurando responder provisoriamente à pergunta formulada: a compreensão ou identificação das lacunas, dos ‘distanciamentos’ entre os âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial pode ser buscada também nas mediações que têm ficado ausentes (nos âmbitos

sócio-cultural e teórico-conceitual) das formulações, tendo a psicologia social de referência como modo de não perder de vista a dimensão do sujeito psíquico/social.

É importante ressaltar que todas as questões aqui levantadas são fruto de observação e investigação das práticas, como as referidas no decorrer deste trabalho, e das narrativas e informações de pesquisas ainda em andamento ligadas à essa temática. Desse modo, são hipóteses sobre situações e indagações a respeito de processos psíquicos requeridos nessas situações, e que por isso há necessidade de continuarem sendo investigadas.

Em relação à proposta dos âmbitos como recorte metodológico, também é objeto passível de outras verificações, e para facilitar a compreensão das noções e indagações em torno dessa ideia recupero seus pontos principais.

Político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial, assim registrados com o hífen, são quatro âmbitos entendidos como recorte metodológico que podem subsidiar a compreensão de políticas públicas e práticas delas derivadas quando se tem os pressupostos da psicologia social, histórica e concreta de Enrique Pichon-Rivière.

É um recurso que tem subsidiado a investigação no campo social, oferecendo pistas para organizar o pensamento, direcionar as observações e planificar a ação; tem orientado a elaboração de roteiros de estudo de perspectiva pluridimensional e interdisciplinar; tem possibilitado o deslocamento do olhar de um objeto específico, nos momentos em que há obstaculização do pensamento e da ação.

Por ser um recorte metodológico que ampara o olhar diante de fenômenos de totalidade em que tudo tem a ver com tudo, não há uma delimitação fixa ou separação clara entre os âmbitos, que podem ser compreendidos como a amplitude ou extensão de um fenômeno estudado. A utilização do hífen⁷² entre os termos justapostos remete à singularidade das manifestações do humano que são o todo em um contínuo que se desconecta pelo pensamento e se mantém pela experiência⁷³.

Em relação às ligações com a teoria pichoniana, as indagações a partir desse recorte propiciam agregar novas compreensões à dimensão institucional que investiga os grandes grupos. Aqui ocorre uma possibilidade de deslocamento das questões especificamente relacionadas ao vínculo (objeto da psicologia social) que permitem a elaboração de compreensões e, conseqüentemente, ampliam as referências para outros campos que, por sua

---

⁷² Apesar de, na reforma ortográfica, a expressão sociocultural ter perdido o hífen, aqui ele deve continuar grafado como modo de demarcar domínios distintos que estão intrinsecamente articulados.

⁷³ Esse entendimento emergiu a partir de reflexões feitas por Eliane Silvia Costa, sobre a utilização dos âmbitos.

vez, podem retornar à problemática do vínculo, expandindo o entendimento sobre aquelas mesmas questões. Considerando que esse é um recorte sem implicação direta com a teoria pichoniana, ele tem sido útil para delimitar problemas na análise das políticas e programas de maneira geral.

Sobre a decisão de utilizar esse termo *âmbito*, essa ideia está relacionada a pressupostos similares que levaram Pichon e Bleger a delinear as três dimensões (psicossocial, sociodinâmica e institucional) como tentativa de sistematizar a observação do campo de trabalho clínico. Neste caso, é uma tentativa de sistematizar a observação de práticas desenvolvidas no campo social, sem desdenhar o método clínico, de modo a agregar perspectivas na compreensão de fenômenos e manifestações a partir da psicologia social que se ocupa das influências recíprocas entre indivíduo, grupo e instituição.

***

Essas problematizações, reflexões e construção de algumas hipóteses são um modo de compreender as indagações acerca de quais contribuições os saberes *psi* podem trazer às discussões sobre políticas públicas e implementação de práticas, particularmente na área de saúde. Não só isso, é um modo de constatar que os saberes dessas áreas, particularmente a psicologia social, podem ser ampliados ao estarem implicados com esses debates. No que se refere à psicologia, é mais um modo de iluminar a produção de um campo de conhecimento e não apenas uma forma de exercer uma profissão.

Em relação à indagação sobre quais os efeitos das políticas públicas sobre a vida pessoas, há muito o que continuar a investigar. Contudo, identificar lacunas, distanciamentos e descompassos na execução de programas, considerando as necessidades dos sujeitos para os quais foram concebidos, sejam eles trabalhadores, sejam usuários dos serviços oferecidos, e buscar compreendê-las, é um modo de dar o primeiro passo.

No conjunto das discussões colocadas por este trabalho, destaco um aspecto que não se refere exclusivamente ao campo de políticas públicas e práticas relacionadas. Ao buscar problematizar noções e conceitos que levam a explicitar concepções de sujeito e de sociedade que estão na base dos conhecimentos, são tocadas questões de ordem ontológica, que se referem a um modo de ser/compreender o mundo. Mencionei anteriormente que o processo de escolha ou de construção de uma teoria nos diz muito também sobre um modo de estar no mundo; e que a escolha de uma teoria se dá, principalmente, porque ela exprime em palavras um modo de ser

insuficientemente ou não elaborado por aquele que a procura. As formulações e o conjunto do pensamento de Pichon-Rivière, inclusive pelas suas contradições e lacunas, têm esse sentido para mim, tanto no modo de ver o mundo quanto no estilo do trabalho que desenvolvo.

Reportei-me a isso também considerando ser um aspecto importante que se refere à formação profissional e a importância dela no trabalho realizado no campo social. Contudo, vou um pouco mais longe buscando compreender a formação para além da atuação profissional, no qual os processos de aprendizagem e de adaptação ativa à realidade, no sentido pichoniano, são aspectos fundamentais. Com essa perspectiva, procurando traçar reflexões sobre a formação em um sentido amplo, e no contexto das temáticas até aqui apresentadas, encaminho o próximo capítulo, que encerra este trabalho.

4 – A FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO QUESTÃO EMBLEMÁTICA

A formação, em seu sentido amplo, é o eixo articulador, o metaobjetivo deste trabalho, porque, em última instância, as reflexões apresentadas são um modo de problematizar e agregar temáticas relacionadas às atividades humanas. Formação pode ser entendida, assim, segundo as concepções pichonianas, como processos de aprendizagem, de adaptação ativa à realidade, como um itinerário em espiral contínua. Nesses termos:

A concepção de aprendizagem como práxis permite-nos a possibilidade de conceber esse processo como um aprender a aprender e um aprender a pensar – concepção de caráter instrumental que se apoia numa teoria do pensamento e do conhecimento, que opera num contexto social. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.162)

Mas considerando que o objetivo explícito proposto neste trabalho é refletir sobre as questões emergentes na confluência entre a psicologia social e as políticas públicas, a partir do campo da saúde, a discussão será encaminhada nessa direção, sem perder de vista, no entanto, a amplitude que a concepção de formação carrega.

Historicamente, esse é um tema que ocupa lugar de destaque nos debates concernentes à definição de políticas públicas e à reestruturação dos serviços de saúde referente, entre outros, ao ensino de graduação, pós-graduação e educação permanente no processo de trabalho. As propostas de reorganização do sistema de atenção se encontram acompanhadas de discussões sistemáticas no sentido de se definir diretrizes para a formulação de uma política de recursos humanos em âmbito nacional (SCARCELLI & JUNQUEIRA, 2011).⁷⁴

Lembremos que são princípios caros ao SUS fazer frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias manifestadas nas políticas, nas ações no território,

---

⁷⁴ A questão da formação para o trabalho sempre esteve presente nos debates da saúde, desde os primórdios do movimento de reforma sanitária, no qual estavam presentes segmentos de importantes instituições acadêmicas que continuam presentes nesse processo. A importância da formação é tal que está inserida como uma das incumbências do SUS na Carta Constitucional Brasileira de 1988, como consta no artigo 200, inciso III: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Cabe ao Ministério da Saúde e outras instâncias do SUS (secretarias estaduais, municipais, etc.) incumbirem-se dessa tarefa. A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) para os trabalhadores do SUS, por exemplo, é fruto dessas deliberações do mesmo modo que o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (BRASIL, 2010).

no modo de conceber os sujeitos que fazem parte desse Sistema. Nesse sentido, podemos entender que a formação, segundo esses princípios, tem como objetivos transformar as práticas dos profissionais e a própria organização do trabalho.

No entanto, o alcance de tais objetivos não se dá por decreto; há necessidade de que sejam instituídas resoluções e definições próprias do âmbito político-jurídico, levando-se em conta que a implementação do prescrito (técnico-assistencial) depende da atividade criativa dos sujeitos envolvidos (sócio-cultural), o que requer elaboração e ajustes das concepções (teórico-conceitual) entre o prescrito e o trabalho em ato realizado coletivamente.

Em um sentido pichoniano, podemos compreender essa criação como a realização de uma tarefa, ou seja, elaboração de um ECRO pela desocultação das dimensões implícitas ligadas às ambiguidades obstaculizadoras, em um movimento que supera a adaptação passiva em direção à aprendizagem e à mobilidade de papéis. A tarefa como transformação de uma ausência, ou conjunto de atividades geradoras dessa transformação, pode se aproximar à noção de trabalho.

A associação entre a noção de tarefa e o conceito de trabalho traz questões relevantes sobre o processo criativo no trabalho em saúde. Ambos, tarefa e trabalho, têm um caráter estruturante das atividades humanas de apropriação e transformação do mundo. Levando-se em conta que o trabalho se refere a um aspecto importante da organização e reprodução social e que a tarefa tem um sentido de diagnosticar situações práticas e integrar um conjunto de atividades para obtenção de resultados, nas quais os sujeitos são capazes de intervir ativamente, aspectos de um de outro podem ser considerados na reflexão de ambos.

Desse modo, a compreensão sobre o trabalho na sociedade capitalista, seus efeitos na produção de subjetividades, as ressonâncias desses efeitos nas organizações, que produzem adoecimento e sofrimento psíquico, são aspectos a serem considerados quando se tem a abordagem operativa de grupo como referência. Por outro lado, o modo como se trabalha, seja na atenção à saúde ou linha de produção, seja na produção científica ou qualquer outra atividade, pode ser analisado pelas atividades e dimensões que dizem respeito à tarefa. E não se trata aqui de dizer como organizar as instituições de trabalho, mas identificar um conjunto de indagações que correspondem às problemáticas emergentes no processo de trabalho.

Nessa perspectiva, o diálogo entre a psicologia social pichoniana e a psicodinâmica do trabalho, principalmente a desenvolvida por Christopher Dejours, tem se mostrado frutífero nas práticas em instituições de saúde ou em outras que também são oriundas das políticas sociais.

Segundo Dejours, a psicodinâmica do trabalho, disciplina clínica e teórica, apoia-se na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental e se esforça para registrar os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho em uma teoria do

sujeito que lança mão da psicanálise e da teoria social. Na perspectiva clínica, o trabalho é o que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a mobilização da inteligência, capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações, “é o poder de sentir, de pensar e de inventar” (DEJOURS, 2004b, p.28). Assim, continua Dejours, o ato de trabalhar é um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões sociais ou materiais.

Contudo, as situações de trabalho são sempre permeadas por acontecimentos inesperados de todos os tipos, desde aqueles provenientes das ferramentas e máquinas de trabalho, das relações estabelecidas com colegas, chefes, etc., até aqueles ligados à incoerência organizacional. O inesperado diante do que está previsto foi descrito na psicodinâmica do trabalho pela relação discrepante entre *trabalho prescrito* e *trabalho real*.

A descrição clássica de *trabalho prescrito* o define como o modo pelo qual deve ser feita sua execução, que inclui a utilização das ferramentas e das máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar (DANIELLOU, LAVILLE & TEIGER, 1989). O *trabalho real* refere-se aos recursos próprios do trabalhador para realizar o que está prescrito, ou seja, é uma resposta às imposições determinadas externamente que serão apreendidas e modificadas pelo trabalhador.

A discrepância entre prescrito e real, lembra Dejours (2004b), é encontrada em todos os níveis de análise entre tarefa e atividade ou entre organização formal e organização informal. A inadequação entre as regras impostas pelos sistemas técnico-organizacionais e as características de funcionamento do ser humano acarretam, entre outras consequências, deformações provocadas pela obrigação de modificar o funcionamento habitual para se adequar às regras impostas. São comportamentos adaptados de forma rígida às exigências específicas do trabalho, assemelhando-se a condicionamentos generalizados que não desaparecem ao término da jornada de trabalho.

Os períodos de aprendizagem das tarefas prescritas são, em geral, muito difíceis e produzem manifestações de sobrecarga, como as crises nervosas. Em momentos de reorganização da fábrica ou de rotação das tarefas são comuns manifestações de resistência à mudança por parte dos operários. Essa resistência não está relacionada ao sentimento de satisfação com a tarefa atual, mas associa-se, principalmente, à intensidade da carga de trabalho que representou a aprendizagem da tarefa no posto atualmente ocupado (DANIELLOU et al, 1989).

Considerando o distanciamento entre o trabalho prescrito e real, argumenta Dejours:

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Ora, o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições. (DEJOURS, 2004b, p.28)

Dejours defende que o trabalho só se realiza pelo que não está prescrito. A distância entre o previsto e aquilo realmente possível de ser realizado pode ser reconhecida pelo trabalhador como sentimento de fracasso, expresso pela impotência, irritação, raiva, decepção ou esmorecimento. O real se apresenta a esse sujeito de um modo afetivo, como uma desagradável surpresa.

A afetividade manifestada nessa situação é destacada pelo autor: no mesmo momento em que o sujeito experimenta afetivamente a resistência do mundo, a afetividade se manifesta em si mesma; ou seja, é na relação de sofrimento no trabalho que o corpo faz a experiência do mundo e de si mesmo. Esse sofrimento afetivo é o ponto de partida do processo que une a subjetividade ao trabalho e se manifestará tanto como consequência da relação com o real quanto como proteção da subjetividade em relação ao mundo, na busca por meios para agir sobre ele. O sofrimento é então impressão subjetiva do mundo e, ao mesmo tempo, origem do movimento de sua conquista.

O sofrimento, enquanto afetividade absoluta, é a origem desta inteligência que parte em busca do mundo para se colocar à prova, se transformar e se engrandecer. Neste movimento que parte do real do mundo como resistência à vontade e ao desejo, para se concretizar em inteligência e em poder de transformar o mundo – neste movimento então – a própria subjetividade se transforma, se engrandece e se revela a si mesma. (DEJOURS, 2004b, p.28-29)

Tanto a experiência de resistência ao mundo quanto a intuição da solução prático-técnica e a experimentação de respostas ao real são, de início, vividas corporalmente, pois não existe sofrimento sem corpo para experimentá-lo; mesmo o trabalho intelectual não se reduz a uma pura cognição. Diante de tal situação, Dejours (2004a) desenvolveu em seus estudos uma discussão sobre a inteligência do corpo, que chamou de inteligência ou sabedoria prática; uma inteligência cuja força está na astúcia no âmbito da profissão e opera em todas as atividades de trabalho. É inteligência fundamentalmente criativa e subversiva.

Em palestra proferida na Universidade de São Paulo, no ano de 2004, ele relatou uma de suas investigações clínicas com trabalhadores para compreender e analisar a inteligência em ação. A pesquisa foi realizada com mulheres trabalhadoras de uma creche, onde cuidavam dos bebês. Nessas instituições, enquanto os bebês dormiam, as trabalhadoras precisavam ficar

atentas, pois sempre havia o receio da morte súbita de bebês, decorrente inclusive de asfixia. Para superar o medo de não darem conta dessa tarefa, porque muitas vezes sentiam um sono muito forte no momento de sesta das crianças, descobriram uma saída: fazer tricô. Essa atividade tinha uma dupla função, já que, além de espantar o sono, permitia o desenvolvimento de uma escuta flutuante e, ao mesmo tempo, simbiótica com o coro respiratório. Qualquer variação nesse coro era percebida imediatamente por elas, que sabiam inclusive qual bebê havia saído do ritmo, no conjunto das respirações. Essa inteligência desenvolvida pelo corpo, no contexto do trabalho, jamais poderia ser percebida pelo administrador da creche. Esse é um conhecimento clandestino, realizador do trabalho, e que, se atacado, pode trazer consequências para a própria organização, para as trabalhadoras, para os bebês. São saberes subterrâneos de uma face oculta do trabalho que é inventada, e pouco se sabe a respeito de como são produzidos.

Certamente não está prescrito na função de babá como lidar com o sono, mas ele é real e confronta o que é esperado como forma ‘correta’ de desenvolver essa função. Preencher o espaço entre o prescrito e o real significa trabalhar inventando, criando, procurando soluções para preencher o que não está funcionando.

Os estudos de Dejours (2004a) demonstram que, mesmo na linha de produção, marcada pelo trabalho repetitivo e totalmente prescrito, esta prescrição não corresponde ao trabalho real, ou seja, às características que dizem respeito ao humano. Ele mostra que os prejuízos do trabalho segmentado e repetitivo à saúde do trabalhador, principalmente à saúde mental, podem ser terríveis, pois vive-se sozinho a sobrecarga. A forma de sobreviver é criando estratégias de subversão, de confrontação do controle estabelecido.

Algumas fontes de sofrimento no trabalho foram identificadas nos estudos da psicodinâmica do trabalho. De modo geral, essas fontes estão no entrave do exercício da inteligência criadora; na recusa generalizada da utilização da inteligência prática, necessária e sem a qual nenhuma organização poderia funcionar; nos esforços e nos custos para os trabalhadores do não-reconhecimento do exercício dessa inteligência.

Essa inteligência astuciosa tem características metapsicológicas: ela é enraizada no corpo, principalmente apelando aos sentidos alertados em situações ou acontecimentos que rompem com o habitual ou causam desconforto e desprazer (barulho, vibração, cheiro, por exemplo), e acabam por desestabilizar o corpo em seu conjunto; aos resultados da ação é concedida maior importância do que ao caminho empreendido para chegar aos objetivos (é a bricolagem, o improviso, a trapaça, a molecagem, a astúcia); ela está presente em todas as tarefas e atividades do trabalho (manual, atividade intelectual, teórico); tem poder criador e é amplamente difundida

entre todos os homens e mulheres; é o corpo que a alimenta e permite seu desenvolvimento, deixando o sujeito em estado de alerta (DEJOURS, 2004a).

Enfim, os estudos da psicodinâmica do trabalho e da inteligência prática podem oferecer pistas tanto sobre como preservar a saúde no ambiente de trabalho quanto à construção de uma reflexão crítica a respeito das estratégias de capacitação, treinamento, etc., desenvolvidas segundo a lógica da administração e gestão de pessoas. Mas esses estudos dizem também sobre as operações envolvidas na produção que envolve qualquer trabalho e trazem aspectos importantes para serem investigados segundo uma abordagem operativa de grupo. Trabalho prescrito e trabalho real, tarefa explícita e tarefa implícita, são dimensões de um mesmo problema, que elucidam aspectos dos grupos, principalmente daqueles que são parte de um conjunto que conformam uma instituição/organização.

Fabris (2014), conforme referido no tópico anterior, diz que a tarefa é, por definição, saudável porque seu cumprimento reforça a identidade dos sujeitos; se isso não ocorre, ela deixa de ser tarefa. Por outro lado, o trabalho pode ou não ser saudável, porque é capaz de reforçar a identidade ou deteriorá-la e, assim, significa espaço de desenvolvimento e realização pessoal apenas para uma parte da população.

Se retirarmos a comparação de ser ou não saudável, termo inclusive que precisa ser problematizado, podemos pensar que os momentos de tarefa e pré-tarefa estão presentes em todo tipo de trabalho, caso contrário grande parte dos trabalhadores estariam seriamente adoecidos. É possível dizer que a maior dificuldade nesse mundo do trabalho é o alcance de um projeto. A clínica do sofrimento e prazer no trabalho vem mostrando que o *trabalhar* não se reduz à experiência de assujeitamento, passividade e adoecimento e, mesmo nas situações adversas do mundo do trabalho, os sujeitos buscam estratégias criativas não apenas para sobreviver, mas também se transformar.

Esse modo de lidar com o sofrimento pode também ser compreendido a partir das ansiedades ligadas às fantasias em jogo nas situações de trabalho, principalmente no âmbito do setor de serviços, como é o caso da saúde, da educação, entre outras, em que há exigência de uma relação estreita entre quem oferece o serviço e quem é o beneficiário; é uma relação clara de mobilização dos afetos, característica importante a ser considerada quando se reflete sobre a formação.

Produção e consumo são dois aspectos essenciais no processo de trabalho. No setor de serviços, e esse é o caso da saúde, o produto do trabalho é consumido no momento da produção, o que exige relação estreita entre os dois (entre produtor e consumidor, entre trabalhador e usuário). Ou seja, é um trabalho que se caracteriza por simultaneidade (produção e consumo

simultâneos); co-presença (o consumidor está presente no processo de produção); co-produção (o consumidor pode executar tarefas dos produtores, os trabalhadores) (PENA e MINAYO-GOMEZ, 2010). Isso exige relação estreita entre quem produz e quem consome, por isso é uma relação que mobiliza afetos, dúvidas, inseguranças, frustrações, expectativas de ambas as partes.

Esses são aspectos a serem considerados no trabalho em saúde ou no campo social. Compreender a relação entre trabalho prescrito e real nesses processos, considerando as fantasias básicas (alimentadas e alimentadoras das ideologias) que são mobilizadas, e sua elaboração (ou não) no contexto grupal/institucional, pode ser um tipo de investigação e produção de conhecimento relevante quando se tem como alvo o avanço de práticas assistenciais e de implementação de programas no setor público, o que requer condições satisfatórias de trabalho, incluindo espaços para formação e reflexão constantes.

No que se refere especificamente à formação no trabalho em saúde – na assistência, na gestão de serviços ou em ações ocorridas na interface entre setores que se articulam para promoção e prevenção –, algumas questões e elaborações que tenho tecidas nos últimos anos, com base em experiências realizadas⁷⁵ ou ainda em desenvolvimento⁷⁶, merecem ser compartilhadas para serem refletidas.

Proponho que os processos de formação busquem: (1) o desenvolvimento de postura indagativa e criativa no trabalho inspirada nos princípios de Paidéia; (2) a inclusão de temas indagadores sobre políticas públicas nos processos de educação permanente para profissionais de saúde, e também nos cursos de graduação; (3) a criação de espaços que propiciem o diálogo entre saberes da prática sistematizada produzidos em serviços de saúde e do conhecimento científico acadêmico (Universidade), de forma solidária, buscando desconstruir hierarquias e dicotomias.

Antes de abordar separadamente cada uma dessas propostas, é importante agregar outras considerações à concepção de formação em sentido amplo. Uma delas encontra-se na discussão sobre Paidéia feita por Jaeger (1986). Em sua investigação histórica sobre a formação do

---

⁷⁵ Parte delas foram mencionadas aqui no capítulo anterior: Projeto de formação permanente para trabalhadores na área de saúde mental (1992-1993, IPUSP-SMS); Curso de capacitação para coordenadores do projeto Hospital Aberto (1992, IPUSP-SMS); Curso de grupos operativos como técnica de intervenção para profissionais dos serviços da rede pública (1994-1998, LAPSO-IPUSP) e outros com temáticas que incluem instituição, grupos e sistematização de experiências, desenvolvidos para profissionais SMS-SP, SMS-Guarujá, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, a partir de 2002-2004.

⁷⁶ Rede Sampa – Saúde Mental Paulistana, iniciado em 2014 e voltado para apoiar construção da rede de atenção psicossocial, destinado a trabalhadores da saúde e demais instituições envolvidas nesse trabalho (outras secretarias municipais, defensoria pública, etc.), conselheiros de saúde ou outros agentes. Informações sobre as diretrizes do projeto disponíveis em: <http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/cartilha-programa-rede-sampa-sade-mental-paulistana>.

homem grego, ele nos fala sobre a posição revolucionária da Grécia na história da educação humana. Paidéia era entrelaçamento da formação humana, da ideia do florescimento de uma cultura ampla, dos sentidos da civilização e do referente educativo. Instrução, educação, capacidade para aprender, talento para repartir o aprendizado e multiplicá-lo, curiosidade intelectual, desejo de saber e de comungar do saber com o outro, faziam parte de um ideal do cultivo e da conduta humana. De acordo com o autor, o ideal, segundo o qual se devia formar o indivíduo, era o de se ater à forma viva que se desenvolve no solo de um povo e persiste no decorrer das mudanças históricas. Portanto, esse ideal não é um esquema vazio e independente do espaço e do tempo.

Mas na busca de formação integral do Homem, no decorrer da história ocidental sucederam-se diversas interpretações sobre esses princípios e, embora estejamos vivendo hoje uma crise dos paradigmas da modernidade, continuam a predominar tendências à especialização nos processos educativos, à fragmentação da tarefa no processo de trabalho e ao conflito entre áreas de conhecimento. Na sociedade contemporânea, de acordo Santos (2001), vivemos no reino do artifício, num emaranhado de técnicas que estão em toda parte: na produção, na circulação, no território, na política, na cultura, no corpo e no espírito do homem. Fundadas na ciência e submetidas aos imperativos do mercado, essas técnicas hegemônicas são dotadas de intencionalidade; elas impõem relações e nos governam.

Como nos diz Ianni (1989), na modernidade o Homem se defronta com um destino trágico, pois abandonou a tradição, a religião e se intelectualizou de tal modo que se considera senhor de seu próprio destino, sentindo-se capaz de afugentar, confinar ou dominar a incerteza, o desconhecido, o incógnito. As coisas criadas por Ele projetam-se diante de si mesmas como seres sociais, dotadas de vida própria, relacionando-se entre si e com os homens, autônomas, naturalizadas, reificadas, ideologizadas.

À crescente intelectualização dos indivíduos na modernidade, desenvolveu-se intrinsecamente a contínua racionalização das organizações fundada pelo taylorismo. O objetivo de estudar ‘cientificamente’ os melhores processos para utilizar as máquinas existentes e os homens no seu limite máximo tornou-se uma obsessão para Frederick Winslow Taylor (1856-1915). Com sua proposta, retirou dos trabalhadores a possibilidade de determinar por si os processos e o ritmo de seu trabalho e deixou a cargo da direção a escolha dos movimentos a serem executados no decorrer da produção. Embora a racionalidade hegemônica com que se organizam os processos de trabalho tenha se alterado, os princípios de ‘administração científica do trabalho’ são mantidos na disciplina e controle dos métodos de ‘gestão de pessoas’.

As palavras de ordem no mundo do trabalho, que indicam as tendências para o processo de formação do homem contemporâneo, giram em torno de flexibilidade, interdisciplinaridade, criatividade e parceria. Palavras doces, como nos diz Campos (2000), no entanto, possivelmente enganosas. Toda tradição gerencial ainda está voltada para transformar o sujeito trabalhador em um maquinismo regulado por uma programação heterônoma, estranha a ele. A grande distinção entre Taylor e seus discípulos contemporâneos está no grau de liberdade admitido para o cumprimento das tarefas de execução.

Ainda segundo Campos (2000), o caráter científico da gerência proposto por Taylor estaria na eliminação de todo traço de subjetivismo no momento da execução da tarefa e, com este fim, criar-se-ia um campo do saber que indicaria sempre a melhor maneira de se executar uma operação. Essa “melhor maneira” seria indicada mediante estudos empíricos, transportados de outras circunstâncias para o momento de execução das tarefas. Semelhanças com o discurso oficial da medicina – e incluímos aqui outros saberes, como a própria psicologia – não são coincidências, mas compromisso com uma visão de mundo metarracional.

Visão de mundo distante dos valores tão caros cultivados na antiguidade clássica, conforme apresentados por Jaeger (1986). A importância universal dos ensinamentos gregos deriva da sua nova concepção do lugar do indivíduo na sociedade. Na formação de um elevado tipo de Homem, a educação representava o sentido de todo o esforço humano; era a justificação última da comunidade e individualidade humanas. A partir do momento em que os gregos situaram o problema da individualidade como ponto alto de seu desenvolvimento filosófico, inicia-se a história da personalidade europeia e do eu individualizado. Segundo o autor, não é possível compreender de modo radical e preciso a posição do espírito grego se esta compreensão for buscada a partir de um ponto de vista moderno. Seria um grande erro tomar de forma rígida e definitiva o tesouro de conhecimentos imperecíveis que o povo grego transmitiu à posteridade (JAEGER, 1986).

Na atualidade, recorre-se frequentemente aos ensinamentos gregos para se pensar ensino, aprendizagem, modos de fazer saúde, modalidades de fazer ciência. De acordo com Campos (2000), se hoje vivemos sob a égide do mundo neoliberal que se apresenta com ares de discurso único, a maioria das metaexplicações entraram em crise. Se a ciência positiva ainda demonstra fôlego ao divulgar uma compreensão biogenética para a existência, não podemos nos esquecer das fendas que se abrem a partir dos desmoronamentos e, com estes, a aceitação de culturas, experiências e saberes distintos.

Na busca por novas significações e produção de práticas a partir dessas brechas, importa indagar sobre os caminhos escolhidos para a formação.

A formação tem sido entendida em seu sentido amplo? Ou seja, buscando o fortalecimento de grupos e sujeitos na criação de novas modalidades de sua participação, na construção de relações que privilegiem o respeito às diferenças. Ou em seu sentido (r)estrito, bem adaptado ao contexto do novo mundo do trabalho e das formas de gestão que nos são impostas na atualidade?

Nas condições do trabalho atual, na quase hegemonia das novas propostas e modelos de gestão, podemos identificar, entre outras, características do trabalho alienado (apartamento de quem produz do que está sendo produzido) pela perda da capacidade de planejamento, extinção da autonomia pelo fato de se executar o que é planejado pela gerência, e um forte sentimento de insegurança frente às características de precarização dos vínculos de trabalho decorrente da perda de direitos trabalhistas, das formas de contrato terceirizadas, da privatização da esfera pública.

Considerando tal situação e refletindo sobre formação em saúde, pergunto: não seria imprescindível que questões dessa natureza (ou seja, essa problematização do contexto em que vivemos) fizessem parte do rol de conhecimento dos profissionais para que eles não se tornem algozes de si mesmos?

A situação na qual se encontram, de maneira geral, os trabalhadores em nossa sociedade e as características impostas pela organização de trabalho (OT) trazem que tipo de consequências na atividade e em suas vidas?

Organização de trabalho é hierarquia, divisão de tarefas, ritmo, carga de trabalho, significado da atividade realizada, relações de poder, entre outras características. Nesse contexto, não é difícil encontrar situações de alto grau de sofrimento dos trabalhadores (gestores incluídos) diante da sobrecarga de trabalho associada, por exemplo, com a insegurança da precariedade dos vínculos trabalhistas.

Para ilustrar essa situação, podemos nos lembrar que o trabalho em saúde é previsto em rede, mas esta não se estabelece. Ao contrário, trabalhadores e gestores encontram-se diante de muitas precariedades. Nesses casos, diante de tanta pressão, sofrimento, impotência, havemos de nos indagar se as ações de gestores voltadas para a formação (capacitação) não comparecem mais como possibilidade de um ‘respiro’ aos trabalhadores do que agregando valores que permitam aprimorar o desenvolvimento da atenção em saúde. Esses espaços parecem ser utilizados como forma de aliviar sintomas psíquicos e orgânicos claramente relacionados à organização de trabalho. No campo da psicodinâmica do trabalho, discutida por Dejours (1987), a OT traz consequências, principalmente, à saúde mental do trabalhador.

Essa situação nos leva a recuperar as concepções sobre saúde que circulam no campo dessas práticas. Pouco se associa os efeitos da organização do trabalho – ou ao modo como os grupos operam na tarefa – aos sintomas orgânicos e psíquicos que acabam por serem tratados isoladamente das condições nas quais emergiram. A área de saúde do trabalhador, que desenvolve conhecimentos similares aos da psicodinâmica do trabalho, busca explicitar os nexos causais, cujo conhecimento é apropriado pelos profissionais envolvidos nos serviços voltados para demandas dessa natureza (saúde do trabalhador). Contudo, esses saberes/experiências pouco transitam nos níveis da gestão que lidam com os trabalhadores da saúde pertencentes ao seu quadro funcional. Os próprios trabalhadores têm dificuldades de fazerem esses nexos. Essa é uma fragmentação presente também nos espaços de formação/capacitação dos trabalhadores cujo trabalho, como já assinalado, caracteriza-se por relações mobilizadoras de afetos, dúvidas, inseguranças e frustrações.

Diante desse quadro, qual saúde é possível produzir? Que formação é exequível? Quão factível é integrar conhecimentos e produzir atenção integral frente a vivências de tanta ambiguidade?

Propostas de formação/capacitação que desconsideram a organização do trabalho têm grande possibilidade de serem inócuas ao avanço das ações no processo de trabalho; não raramente, suas ressonâncias restringem-se ao ‘respiro’, que pode ser uma forma de proteção à saúde, e/ou possibilidades de o trabalhador adquirir novos conhecimentos, construir novas elaborações que não estão necessariamente relacionadas ao seu objeto de trabalho.

O distanciamento entre formação e organização do trabalho leva a refletir também sobre lacunas entre propostas/protocolos de atenção à saúde e necessidades sujeitos/grupos no contexto de seus territórios.

Aqui a noção de território, em sentido emblemático, agrega outras questões. A discussão sobre esse tema nos leva a diferentes áreas de conhecimento e campos do saber como geografia, antropologia, sociologia, ciência política, ecologia, entre outras. Em áreas como a geografia, é possível identificar matrizes diferentes em relação a esse termo: pode dizer respeito, entre outras, à uma matriz jurídico-política (que liga estado e território) ou a uma etológica, que considera a territorialidade humana análoga à animal e está na base da constituição dos territórios. Essa discussão na geografia é extensa. E os geógrafos têm trazido contribuições importantes, como é o caso da produção de Milton Santos (1926-2001). Esse mesmo exercício pode ser feito com as outras áreas.

Na área da saúde também podemos indagar sobre seus vários modos de ser compreendido. Mas para essa discussão, o importante é que essa noção nos faz lembrar sobre a necessidade de

considerarmos e identificarmos o lugar onde se produz saúde; o lugar onde se vive, onde se trabalha, onde são constituídos laços sociais, de amizade, de amor, de solidariedade, lugar onde se morre. E talvez seja importante também lembrar que, ao propormos ações que ignorem tal situação, colocamo-nos em uma posição hierárquica, ou seja, na posição de quem sabe o que é melhor para o outro, segundo nossas próprias referências. E isso é muito comum acontecer entre quem planeja e faz saúde.

Outro aspecto relevante é lembrar que, na operacionalização das ações de saúde, a delimitação de territórios político-administrativos está presente e é importante para o desenvolvimento da atenção à saúde; essa demarcação acaba funcionando como enquadre. No entanto, nem sempre há coincidência do recorte espacial entre o estabelecido como territórios político-administrativos e aqueles nos quais as pessoas circulam e estabelecem seus laços. Para quem trabalha na atenção básica, principalmente com a estratégia da saúde da família, exemplos nessa direção não faltam. Nesses casos, desterritorializar pode ser parte do processo criativo. Criar pode significar a saída do campo de normas quando território se torna objeto e, nesse sentido, desterritorializar é desobjetificar.

O aspecto a destacar é o da amplitude que essa discussão nos leva e o de como ela também pode se incluir na discussão sobre formação. Enfim, esse conjunto de questões abre caminho para serem retomados os três pontos, propostos inicialmente, que devem ser considerados na elaboração de propostas que têm a formação e saúde como objetivo.

Em **primeiro** lugar, sobre o desenvolvimento de postura indagativa e criativa no trabalho, inspirada nos princípios de Paidéia, busquei construir um argumento para defender a formação como processo amplo e contínuo, não restrito ao mundo profissional ou do trabalho. Ao considerá-la de modo mais amplo, abrem-se novas perspectivas para conduzir processos que necessitam de alguma especificidade.

Nas instituições de saúde, há necessidade de considerar a formação sempre interligada à produção de conhecimento e não apartada da experiência, da prática. Na formação universitária, essa compreensão aproxima-se do tripé ensino/pesquisa/extensão, desde que entendido como unidade na qual os três modos de expressão se intercomunicam, no qual cada um leva consigo todos os outros. Na formação dos trabalhadores de saúde, esses mesmos princípios podem ser considerados, e o tripé se mantém, mas agora representado como educação permanente/pesquisa em serviço/atenção à saúde.

A educação permanente é entendida também em sentido amplo; não se trata apenas de capacitação nos moldes já conhecidos e nem do tipo de metodologia utilizada. O grupo

operativo ou aprendizagem significativa, por exemplo, possibilitam modos de operar inovadores nesse campo; contudo, eles podem ser apropriados de forma instrumental e não passarem de técnicas a serviço da manutenção das clivagens ou da burocratização, já bastante discutidas, que nada mais são do que adaptação passiva à realidade, estancamento do processo de aprendizagem.

A educação é permanente nos encontros, na construção de ligas que tecem a rede de práticas e saberes, o que implica apropriar-se de um conhecimento sobre a realidade. Saberes são produzidos no cotidiano, mas considerando as características da cotidianidade, ao não serem sistematizados, acabam se misturando no amálgama das crenças, das explicações ideologizadas, no conjunto de ideias dadas como naturais, autoevidentes, que não cabem ser questionadas e nem verificadas.

A prática se constitui como primeiro momento do processo de conhecimento, mas para ser assim reconhecida, requer a ruptura com a familiaridade acrítica – como diz Pichon, ao se referir à crítica da vida cotidiana –, para proceder uma atitude analítica que faça frente à consciência ingênua. Esses saberes, portanto, requerem um olhar analítico e uma sistematização. Faz parte da formação, apropriar-se desse conhecimento, sistematizar a prática da atenção em saúde e problematizá-la. Nesse sentido, formação e investigação não devem ser tomadas separadamente, pois estão intrinsecamente relacionadas e trazem os fundamentos da prática profissional que, por sua vez, redimensionam e possibilitam a ressignificação desses seus próprios fundamentos.

Assim, vejo a importância de estender o tripé ensino-pesquisa-extensão na graduação à prática dos profissionais, desde que as três frentes estejam sempre inter-relacionadas. Desvincular a extensão, do ensino e da pesquisa é entender o tripé de forma dicotômica e pouco profícua para o que estamos chamando de formação. E, para além das universidades, o tripé é princípio que pode ser incluído como próprio da vida profissional, podendo se inspirar nos princípios de Paidéia.

O **segundo ponto** sublinha a importância de que temas indagadores sobre políticas públicas possam ser incluídos na formação, seja no ensino de graduação, seja na educação permanente, de forma que diretrizes e programas oriundos de definições políticas sejam sempre colocados sob análise, e não como algo naturalizado que necessitaria apenas de aprimoramento. Fazer frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias é também buscar compreender os modos de viver dos sujeitos, é buscar mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e entre eles e os usuários dos serviços. Nesse contexto, a formação

assume objetivos de transformar as práticas dos profissionais e da própria organização do trabalho, mas, como também já apontado, isso não se dá por decreto. Há necessidade de definição num âmbito político-jurídico, porém a implementação do que está prescrito em programas e protocolos depende do ato criativo que acontece no trabalho em ato.

Isso requer colocar sob análise a própria prescrição que poderá ser modificada no confronto com o real. Se voltarmos à ideia de território, isso nos remete aos limites de uma área e a um conjunto de normas. O território é, muitas vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas os processos sociais e ambientais transcendem esses limites. Se trabalharmos numa perspectiva que busca não fragmentar saberes e experiências, podemos dizer que territorializar e desterritorializar são dois lados de uma mesma moeda. Ambos dizem respeito a buscar o fio da história, a resgatar a memória a criar e recriar novos territórios.

O **terceiro ponto** propõe a criação de espaços que propiciem o diálogo entre saberes da prática sistematizada, produzidos em serviços de saúde, e do conhecimento científico acadêmico, e remete mais uma vez à noção de território de forma metafórica

Estabelecer relação entre Universidade e Serviços de Saúde, instituições que podem ser meios para a formação no sentido amplo discutido até agora, é considerar a instalação de um outro território que não é a Universidade e nem os Serviços, mas um território intermediário que coloca em diálogo saberes da prática sistematizada e do conhecimento científico acadêmico de forma solidária, buscando desconstruir hierarquias e dicotomias. Dizendo de outra forma, é buscar a invenção de espaços intermediários que estão fora dos muros dessas instituições, em um território onde as pessoas vivem, amam, trabalham, se entristecem, se alegram, morrem e renascem.

Isso tudo significa definir políticas que instalem espaços onde possa haver o trânsito entre os âmbitos político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, técnico-assistencial, representados por diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas, instituições (universidades, serviços públicos, organizações não governamentais, instituições formadoras, entre outras); que possibilitem a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, dos serviços às políticas públicas, dos setores específicos à intersetorialidade, das representações sociais às representações inconscientes, da intersubjetividade à intrasubjetividade; o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, sócio-cultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial (SCARCELLI, 2011).

A saúde é um campo complexo, composto por muitos fatores inter-relacionados, complementares e em movimento. Demanda a busca de conhecimento de outros campos, assim como a capacidade de refletir sobre aspectos ligados à organização dos serviços de saúde, à constituição histórica dos saberes e práticas, às fundamentações teóricas, jurídicas e filosóficas acerca da construção desse saber, à contextualização da sociedade da qual estamos falando, às relações possíveis de serem feitas sobre saúde-sociedade, indivíduo-estado e instituições, entre outras. Do mesmo modo, a formação em saúde carrega essa complexidade e diz respeito à organização de trabalho coletivo apoiado em diferentes abordagens, associa-se ao ato investigativo, sendo que parte do instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores.

Aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos projetos de formação do mesmo modo que do trabalho em saúde. Com isso tudo, deparamo-nos com a exigência de estarmos atentos não apenas às características e mudanças do contexto, mas também àquelas que se referem a nós mesmos.

Dejours (2004a e 2004b) coloca que o trabalho acontece no espaço entre trabalho prescrito e trabalho real, fala do sofrimento diante dessas características do trabalho e, ao mesmo tempo, desse sofrimento como a possibilidade de criação, movimento e transformação. Identifica a inteligência astuciosa, do corpo, sem a qual nenhum trabalho acontece. Se o corpo adoece, fica prejudicada essa ação também.

Pichon entende que a tarefa consiste na passagem da estereotipia dos mecanismos da posição esquizoparanóide a um momento depressivo, no qual o sujeito pode obter uma integração tanto do ego como do objeto e da estrutura vincular que os inclui. Com isso, adquire a capacidade de autognose, ou seja, de elaborar um projeto, com a inclusão da morte como situação própria e concreta, e enfrentar problemas existenciais com estilo próprio e uma ideologia própria de vida. Mas esse processo de autognose (*insight*) implica também sofrimento operativo, já que “não há cura sem lágrimas” (PICHON-RIVIÈRE, p.209).

Ambos, Pichon e Dejours, encaram o sofrimento como próprio da vida e que sua transformação pode ocorrer no sentido da criação diante das adversidades. Se é fonte de criação é também de prazer, não significando, portanto, uma patologia. Mas a transformação da dura realidade, principalmente das instituições/organização de trabalho, não acontece individualmente, é sempre uma tarefa de todos. Se o projeto é claro e criativo, há possibilidade de entrega e resposta generosa (LEMA, 2008).

Movimento de autoconhecer-se e estar em grupo, dois aspectos que parecem se destacar na transformação do sofrimento em ato criativo, esse é o movimento de estar atento e observar

o contexto e, ao mesmo tempo, a nós mesmos, mencionado mais de uma vez neste trabalho; movimento que deve ser incluído no processo de formação. Conforme a perspectiva aqui considerada, o ‘si mesmo’ não existe separado, só existe na relação com o mundo (seres vivos e inanimados).

Pichon & Quiroga (2010) argumentam que somente quando for capaz de resolver suas próprias ansiedades e suas perturbações na comunicação com os outros, o psicólogo pode obter uma correta interpretação dos conflitos alheios. Essa é uma questão colocada constantemente no trabalho do psicólogo e muito frequentemente é associada à necessidade que esse profissional esteja sob análise ou sob cuidados em alguma atividade psicoterapêutica.

Conhecer as próprias ansiedades, principalmente quando o trabalho mobiliza angústia, não é algo específico do trabalho do psicólogo e, do mesmo modo, as formas elaborar essas ansiedades, não são restritas às técnicas oriundas das disciplinas *psi*. Esse é mais um processo de elaboração que não se faz sozinho; é também uma tarefa de todos.

Enfim, são questões a serem debatidas e refletidas.

***

Procurei, neste trabalho, sistematizar um conjunto de problematizações que emergem na confluência entre a psicologia social e as políticas públicas, tendo por base reflexões ligadas ao campo da saúde. Busquei formular perguntas, identificar problemas, discriminar dimensões, delimitar âmbitos que possam ser úteis na análise das políticas públicas e das práticas delas decorrentes. Elaboração de sínteses e aberturas de novas frentes, construção de pontes e composição nas interfaces, são momentos de um caminho em construção.

Refletir sobre o campo das políticas públicas é deparar-se com modos de intervir em uma realidade complexa que diz respeito a um modo de estar no mundo. E se a reflexão acontece no campo de uma psicologia social e áreas afins, que concebem o homem como um sistema aberto, criativo, que pensa o sofrimento e modos de transformá-lo, trata-se de uma abertura e disposição para estar e afastar-se da vida cotidiana, no contínuo movimento em espiral; de uma busca por esclarecimentos sobre *Weltalshauung*, sabendo que essa clareza nunca será totalmente alcançada, mas que mudanças e transformações em meio a retrocessos são parte do caminhar em aberto com esse mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMSON, Gladys. **O ECRO de Pichon-Rivière**. 2000. Disponível em: <http://www.interpsic.com.br/saladeleitura/ECroPichon.html>. Acesso em : 18/05/2015.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura, subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In FLEURY, Sônia. **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES**. São Paulo : Lemos Editorial, 1997.
- AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e milênio. In : FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regia; COSTA, Eliane Silvia. **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.
- AMARANTE, Paulo. **Teoria e crítica em saúde mental : textos selecionados**. São Paulo : Zagodoni, 2015.
- ANDRADE, Juliane Fernandes Simões de Mattos ; SIMON, Cristiane Paulin. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações prática. **Paideia** 9(43), 2009, p. 167-175. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf>. Acessado em 18/06/2015.
- ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** vol.18 no.51. São Paulo Feb. 2003, pp.7-10.
- ARRETCHE, Marta. Dossiê Agenda de Pesquisas em Políticas Públicas, Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 18 nº. 51 fevereiro/2003.
- AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde : algumas questões para reflexão e debate. Tempo Social ; **Revista Sociologia USP**. São Paulo, 1(2) : 105-119, 2. Semestre, 1989.
- AYRES, José Ricardo. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6 n.1, Rio de Janeiro, 2001, 63-72. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>. Acesso em : 05/01/2005.
- BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico : contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1996.
- BASAGLIA, R. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

- BAULEO, Armando. La Psicología Social en La Universidad de las Madres de Plaza de Mayo. In : KASI, Gregorio. **Hacia una psicología social histórica : cartografías críticas**. 1a Edição. Buenos Aires : Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006.
- BAULEO, Armando. **Notas de psicologia e psiquiatria social**. 1a. Edição brasileira. São Paulo : Escuta, 1988.
- BEZERRA JR., Benilton. Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. In: BIRMAN, Joel (Org.). **Freud – 50 anos depois**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1988.
- BILATE, Danilo. Uma contribuição para o estudo do conceito de subjetivação em sua relação com a hipernormatização. **Revista Urutágua – Acadêmica Multidisciplinar** no.23, jan/fev/mar/abr de 2011. Disponível em <file:///C:/Users/Ianni/Downloads/10524-47312-1-PB.pdf>. Acessada em 26/5/2016.
- BLEGER, José. Psicologia da Conduta. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, José. **Psicología de la conducta**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, José. O grupo como instituição e o grupo na instituição. In : KAËS, René. **A instituição e as instituições - Estudos psicanalíticos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- BLEGER, José. **Psicoanálisis y dialéctica materialista : estudios sobre la estructura del psicoanálisis**. 1a Edição. Buenos Aires : Nueva Vision, 1988. (1a. Edição Paidós, 1958).
- BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional**. 3a Edição brasileira. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, José. **Simbiose e ambigüidade**. 3a. Edição brasileira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- BLEGER, José. **Temas de Psicologia**. 4a. Edição brasileira. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1989.
- BOBBIO, Norberto et alli. Dicionário de Política. Brasília: Editora UnB, 2004.
- BOMFIM, Leny. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis** vol.19 no.3 Rio de Janeiro 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013. Acesso em 14 de junho 2016.
- BOURDIEU, Pierre. **O campo científico**. Reproduzido de BOURDIEU, P. Le champ scientifique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n. 2/3, jun. 1976, p. 88-104. Tradução de Paula Montero. Disponível em : <http://www.cetkinformatica.com.br/DOWNLOADS/O-Campo-Cient%C3%ADfico-Pierre-Bourdieu.pdf>. Acessado em 27/5/2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

- BRASIL. **Lei nº 8080** (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999a.
- BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999b.
- BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2009. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em : 27/8/2016.
- BRASIL. **Portaria Interministerial No 421** – 3 de março de 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em 25/7/2013.
- BRASIL. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. (Org). **Políticas Públicas : reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas et al. Coordenação de grupos na enfermagem: reflexões à luz de Pichon-Rivière. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**;13(2): 288-292, abr./jun., 2009. Disponível em : <file:///C:/Users/Ianni/Downloads/v13n2a18.pdf>. Acesso em : 20/06/2016.
- CASTANHO, Pablo. Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica. **Vínculo – Revista do NESME**, 2012, v.9, n. 1, pp 1-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v9n1/a07.pdf>. Acesso em: 23/06/2016.
- CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, V. V / N. 2 / P. 300 - 327 / SET. 2005. Disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/06.pdf>. Acesso em : 27/06/2006.
- CHAUÍ, Marilena. A universidade hoje. In: AGUIAR, Flávio (org). **Antonio Candido: Pensamento e militância**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.
- CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial , p. 143-147, dez. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea24.pdf>. Acesso em 16 de junho 2016.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Eqüidade e Reformas na saúde no período recente**. São Paulo: FMUSP, 2002, mimeo.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do serviço social nas políticas de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso: 23/06/2016.

COORDENADORES DO PROJETO HOSPITAL ABERTO. Hospital Aberto : uma síntese possível. **Cadernos CEFOR** – textos, No. 10, São Paulo, 1992.

COSTA, Eliane Silvia. Racismo como metaenquadre. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 62, dez. 2015, p. 146-163.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 17, n. 68, 1989.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo sobre psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

DEJOURS, Christophe. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004a.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004b, p.27-34. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004. Acesso em : 18/8/2016.

DEMO, Pedro. **O charme da exclusão social**. Campinas: Autores Associados, 1998.

DEMO, Pedro. **Pobreza política**. Campinas: Autores Associados, 1996.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia** 3(1), 1998, 53-81. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em 19/06/2015.

Disponível em <file:///C:/Users/TEMP.IanniPC/Downloads/84772-118751-1-PB.pdf>. Acessada em 10 jan 2005.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400002. Acessado em 18 fev 2016.

ESCÓSSIA, Liliana da Escóssia ; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 10, n. 2, p. 295-304,

mai./ago. 2005. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a17>. Acessado em : 29/5/2016.

FABRIS, F. A noção de tarefa, pré-tarefa e trabalho na teoria de E. Pichon-Rivière. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**, vol. 17, n. spe. 1. São Paulo, 2014, p.111-117.

FABRIS, F. Pichon-Rivière, irrupción y génesis de un pensamiento. **Revista Intersubjetivo de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud** N° 1, Vol. 10. Publicación de QUIPÚ. Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental. Madrid. 2009, pp.11-28.

FABRIS, Fernando ; GALIÑANES, María Dolores. **Psicología clínica pichoniana**. 1a Edição. Buenos Aires : Cinco, 2004.

FABRIS, Fernando. **Historia de un ruptura: psiquiatría, psicoanálisis y psicología social en Pichon-Riviere**. Buenos Aires : Site Espiral Dialética, 2004. Disponível em : http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/fabris_historia_de_una_ruptura.pdf. Acessado em : 19/06/2016.

FABRIS, Fernando. **Pichon Rivière, un viajero de mil mundos: génesis e irrupción de un pensamiento nuevo**. Buenos Aires: Ed. Polemos, 2007.

FARR, Robert. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FERNANDES, M.I.A. A subjetividade à luz de uma teoria de grupos. **Psicologia USP** v.5 n.1-2 São Paulo, p. 285-296, 1994.

FERNANDES, M.I.A. Saúde Mental: a clausura de um conceito. **Revista USP** – N ° 43 - São Paulo, 1999, p.90-99.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. De como emerge a questão do narcisismo e da alteridade no grupo operativo. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 1989.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Uma Nova Ordem: Narcisismo Expandido e Interioridade Confiscada. In: **Fim de Século: Ainda Manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999b.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regia; COSTA, Eliane Silvia. **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FERREIRA NETO, João Leite. Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, 16(1):111-120, jan.-jul. 2004.

FERREIRA, Maria Cristina. A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** vol.26 no.especial. Brasília, 2010. Disponível : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500005. Acessada em 30/3/2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

- FRAGA, Paulo Denisar Vansconcelos. **A teoria das necessidades em Marx : da dialética do reconhecimento à analítica do ser social**. Dissertação - Mestrado. Departamento de Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** – vol.21, Estandard Brasil Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- FREUD, Sigmund. **Psicologia de las massas** (1921). In: Obras Completas, vol. 1, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
- GALLETTI, Maria Cecília. **Oficina em Saúde Mental : instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiania : Editora UCG, 2004.
- GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- GONÇALVES, Alcindo. Políticas públicas e a ciência política. In : BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). **Políticas Públicas : reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo : Saraiva, 2006.
- GOYA, Ana Carolina Abdala ; RASERA, Emerson Fernando. A Atuação do psicólogo nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde em Uberlândia-MG. **Horizonte Científico**. 7, 2007. Disponível em : [file:///C:/Users/Ianni/Downloads/3827-14198-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Ianni/Downloads/3827-14198-1-PB%20(3).pdf). Acesso em : 28/06/2016.
- GUEDES, Carina Ferreira et al. Ensino, Pesquisa e Extensão na Formação em Psicologia: a experiência na Bandeira Científica. In: **Transformações em Psicologia**, v.2, n.2, 2009, pp. 32-50. Disponível em : http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Revista_Transformacoes/Vol2_n1_rev_transformacoes.pdf. Acesso em 6/2009.
- GUIRADO, Marlene. **Psicologia Institucional**. São Paulo : EPU, 1987.
- HEIDRICH, Andréa Valente. Transformações no estado capitalista: refletindo e refratando transformações na questão social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 5, nov. 2006.
- HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Disponível em : <http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>. Acessado em 29/05/2016.
- HOUAISS, Antonio ; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro : Objetiva, 2001.
- HUR, Domenico Uhng. Psicanálise de grupo no trabalho social: contribuições à intervenção psicossocial. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Jan.-Jun. 2010, Vol. 11, No. 1, pp. 36-44. Disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v11n1/v11n1a05.pdf>. Acesso em : 26/06/2016.

- IANNI, Octavio. A questão social. **Revista USP**, setembro/outubro/novembro 1989.
- IANNI, Octávio. A sociologia e o mundo moderno. **Tempo Social** - Revista Sociologia USP, São Paulo, 1(1): 7-27, 1. sem. 1989.
- IPRSP, Instituto Pichon-Rivière. **O processo educativo segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière**. Petrópolis : Vozes, 1985.
- JAEGGER, Werner. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- KAËS, René. **A instituição e as instituições** - Estudos psicanalíticos. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- KAËS, René. **O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- KAËS, René. Préface : Pour reconstruire Pichon. In : PICHON-RIVIÈRE, E. **Le processus grupal**. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004.
- KAZI, Gregorio. **Hacia una psicologia social histórica : cartografías críticas**. 1a Edição. Buenos Aires : Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006.
- KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.B. Vocabulário da psicanálise. 10a Edição. São Paulo : Martins Fontes, 1988.
- LEMA, Vicente Zito. **Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière : sobre el arte y la locura**. 15a. Edição. Buenos Aires : Ediciones Cinco, 2008.
- LEMA, Vicente Zito. **Presentación del libro Pichon-Rivière, un viajero de mil mundos**. Palestra proferida na Biblioteca Nacional. Buenos Aires, 2007. Disponível em : http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/zito_lemas_presenta_fabris_viajero_2007.pdf. Acesso em : 12/07/2016.
- LUCCHESI, Roselma et al. Uso do grupo operativo na atenção em saúde : revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. 2014 Out/Dez; 19(4):823-32. Disponível em : <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/32727/23963>. Acesso em : 18/06/2016.
- MANSANO, Sonia Regina Vagas. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2). 2009. Disponível em <http://186.217.160.122/revpsico//index.php/revista/article/viewFile/139/172>. Acessada em 25/5/2016.

MANTOVANI, Paulina Cecília. A inserção do psicólogo no campo da saúde pública: uma revisão bibliográfica. **Psicologia em Foco** 5(5), 2013, p. 62-81. Disponível em <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1102>. Acessado em 18/06/2015.

MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado**. Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial, September 1995. Disponível em : <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em : 18/07/2016.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MARX, Karl ; ENGELS, Friedrich. **Ideologia alemã**. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **O capital**. Vol. I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **O capital**. Vol. I. São Paulo, Abril Cultural, 1983.

MEAD, George Herbert. A Brincadeira, o Jogo e o Outro Generalizado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 5(1), São João del-Rei, janeiro/julho 2010, p.131-136. Disponível em : http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/mead.pdf. Acesso em : 14/8/2016.

MELLO, Guilherme Arantes Mello ; FONTANELLA, Bruno José Barcellos ; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em : <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>. Acesso em : 25/06/2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em : 14/06/2016.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORENO, Jacob Levy. O Psicodrama. 2a. Edição. São Paulo. Editora Cultrix, 1975.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, A. S. do; PERUZZO, J. F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (Org.). **Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2010.

NICOLESCU, Basarab. La transdisciplinarité : Manifeste. In : BERTRAND, Jean-Paul (editor). **Collection "Transdisciplinarité"**. Paris : Éditions Du Rocher, 1996. Disponível em : <http://basarab-nicolescu.fr/BOOKS/TDRocher.pdf>. Acesso em : 15/07/2016.

OLIVEIRA, Eloisa da Silva G. Paulo Freire e Pichon-Rivière : aproximações conceituais em torno da educação e da Psicologia. **Revista Vozes em Diálogo** (CEH/UERJ) - nº2, jul-dez/2008. Disponível em : <file:///C:/Users/Ianni/Downloads/925-3559-1-PB.pdf>. Acesso em 24/05/2016.

OLIVEIRA, J.A. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). **Cadernos de Saúde Pública** vol.3 no.4 - Rio de Janeiro Oct.Dec. 1987.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa.; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.22 no.5, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>. Acessado em 20 junho 2016.

PAIM, Jairnilson S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 18(4), 2008, p.625-644.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria 'questão social' em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PATTO, Maria Helena Souza. **Psicologia e ideologia**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1987.

PAULIN, Tathiane; LUZIO, Cristina Amélia. Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP** 8(2), 2009, p. 98-109. Disponível em <http://186.217.160.122/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/138/170>. Acessado em 18/06/2015.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010.

PENTEADO, Ângela Figueiredo C. et al. Reflexões sobre a metodologia de trabalho no Projeto Hospital Aberto : o papel do emergente e da formação permanente na intervenção institucional. **Cadernos CEFOR – Textos**, No. 10, São Paulo, 1992, p.35-38.

PICABEA, María Luján. **Bleger : las batallas de un hombre en construcción**. 1a. Edição. Buenos Aires : Capital Intelectual, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique; QUIROGA, Ana Pampliega de. **Psicologia de la vida cotidiana**. 1a Edição/17a Reimpressão. Buenos Aires : Nueva Visión, 2010.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **El proceso creador. Del psicoanálisis a la psicología social (III)**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **La psiquiatria, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1977.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Pichon-Rivière habla sobre J. Lacan**. Extraído da Revista Actualidad Psicológica, nº12 diciembre, 1975. Disponível em : [http://www.area3.org.es/sp/item/16/Pichon-](http://www.area3.org.es/sp/item/16/Pichon-Rivi%C3%A8re%20habla%20sobre%20J.%20Lacan)

[Rivi%C3%A8re%20habla%20sobre%20J.%20Lacan](http://www.area3.org.es/sp/item/16/Pichon-Rivi%C3%A8re%20habla%20sobre%20J.%20Lacan). Acesso em : 15/8/2016.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo : Martins Fontes, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. 1a. Edição. São Paulo : Martins Fontes, 1982.

PINTO, Patricia de Paula. **Saúde Mental na Atenção Básica : política, trabalho e subjetividade**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2011.

PIRES, Ana Claudia Tolentino; Braga Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, 17(1), 2009, 151-162. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013.

Acessado em 19/06/2015.

QUIROGA, Ana Maria Pampliega de. Revisão histórica : a trajetória dos autores e de suas obras – Enrique Pichon Rivière. In : IPRSP, Instituto Pichon-Rivière. **O processo educativo segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière**. Petrópolis : Vozes, 1985.

QUIROGA, Ana Pampliega de. **Enfoques y perspectivas en psicología social : desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière**. Primeiro edição, 8a reimpressão. Buenos Aires : Cinco, 2009a.

QUIROGA, Ana Pampliega de. **Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy**. Capítulo de un texto de Psicología Social editado y utilizado por la Universidad de Madrid (España) en su Programa de Educación a Distancia, 1998. Disponível em : http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/quirola_relaciones.pdf. Acesso em 10/07/2016.

QUIROGA, Ana Pampliega de. **Matrices de aprendizaje: constitucion del sujeto en el proceso de conocimiento**. Primeiro edição, 12a reimpressão. Buenos Aires : Cinco 2009 b.

QUIROGA, Ana Pampliega de. **Pichon Rivière 20 años después – Entrevista**. Revista Brecha, Montevideo : Ediciones de Brecha, 1987. Disponível em : <http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/brecha.htm>. Acesso em 10/07/2016.

QUIROGA, Ana Pampliega de. **Proceso de constitucion del mundo interno**. 1a edição, 10a reimpressão. Buenos Aires : Cinco, 2009c.

RASERA, Emerson Fernando. ; ROCHA, Rita Martins Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto da saúde pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a05v15n1.pdf>. Acesso em 16 junho 2016.

REIS, Elisa. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** vol.18 no.51 São Paulo Feb. 2003, pp.11-14.

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. 1a Edição. Rio de Janeiro : Zahar, 1998.

RUBINI, Carlos. O conceito de papel no psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, vol. 3; fascículo I – ano 1995, p.45-62. Disponível em : http://delphospsic.com.br/wp-content/uploads/2015/02/conceito_papel.pdf. Acesso em : 13/8/2016.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice : o social e o político na pós-modernidade**. Porto : Edições Afrontamento, 1994.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da "questão social" no Brasil: mediações para seu debate na "era" Lula da Silva. **Serviço Social & Sociedade**, no.111 São Paulo July/Sept. 2012. Disponível : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300003. Acessado em 26/05/2016.

SANTOS, K. **Trabalho como conceito filosófico. Conhecimento Prático Filosofia**, São Paulo, 2013, p. 24-35. Disponível em : file:///C:/Users/Ianni/Downloads/Trabalho_como_conceito_filosofico.pdf. Acesso em : 8/8/2016.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia & ALENCAR, Sandra Luzia de Sousa. Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em debate. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD ROM). Disponível em : <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1001>

SCARCELLI, Ianni Regia ; VIRGINIA, Junqueira. O SUS como desafio à formação em psicologia. **Psicologia : Ciência e Profissão**, 31 (2), 2011, p.340-357. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200011.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade : dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo : Zagodoni, 2012.

SCARCELLI, Ianni Regia. O grupo operativo no Hospital Aberto – relato de uma experiência. **Cadernos CEFOR – Textos**, No. 10, São Paulo, 1992, p.11-15.

SCARCELLI, Ianni Regia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992**. São Paulo : Dissertação-Mestrado. Instituto de Psicologia USP, 1998.

SCARCELLI, Ianni Regia. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana : os interstícios da prática. In : FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regia; COSTA, Eliane Silvia. **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999a.

SCARCELLI, Ianni Regia. Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In: VIEIRA, Maria Cláudia Tedeschi ; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves ; FERNANDES. Maria Inês Assumpção. (Org) **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999b.

SILVA FILHO, Luis Altenfelder. **Doeça Mental, um tratamento possível : psicoterapia de grupo e psicodrama**. São Paulo : Ágora, 2011.

SILVA, Ana Lúcia Alves Carneiro et al. Atividades grupais em saúde coletiva : características, possibilidades e limites. Revista de Enfermagem UERJ 2003; 11:18-24. Disponível em : <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a03.pdf>. Acesso em : 31/05/2016.

SOARES, Sônia Maria; FERRAZ, Aidê Ferreira. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery**. vol.11, no.1, Rio de Janeiro, 2007, p.52-57. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>. Acesso 16/06/2016.

SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol.18 no.5, p. 15-20. São Paulo Feb. 2003

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, out/dez. 2014

SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS : prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2007.

TARAGANO, Fernando. Introdução. In : PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. 1a. Edição. São Paulo : Martins Fontes, 1982.

TORRES, Heloisa de Carvalho; HORTALE, Virginia Alonso, SCHALL. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1039-1047, jul-ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>. Acesso em: 23/06/2006.

VELLOSO, Marco Aurélio Fernandez ; MEIRELES, Marilucia Melo. **Seguir a aventura com Enrique José Pichon Rivière : uma biografia**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2007.

VIEIRA, Maria Cláudia Tedeschi ; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves ; FERNANDES. Maria Inês Assumpção. (Org) **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1999.

WEYLER, Audrey Rossi. **Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos: as políticas públicas em saúde mental, o morar e a cidade**. Dissertação, Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2004 ;

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime ; OLIVEIRA, Isabel Fernandes. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 26(n.especial): 9-24, 2010. Disponível em <https://sepcomulbra.wordpress.com/2011/05/19/politica-social-e-psicologia-uma-trajetoria-de-25-anos/>. Acesso em 20/06/2015.