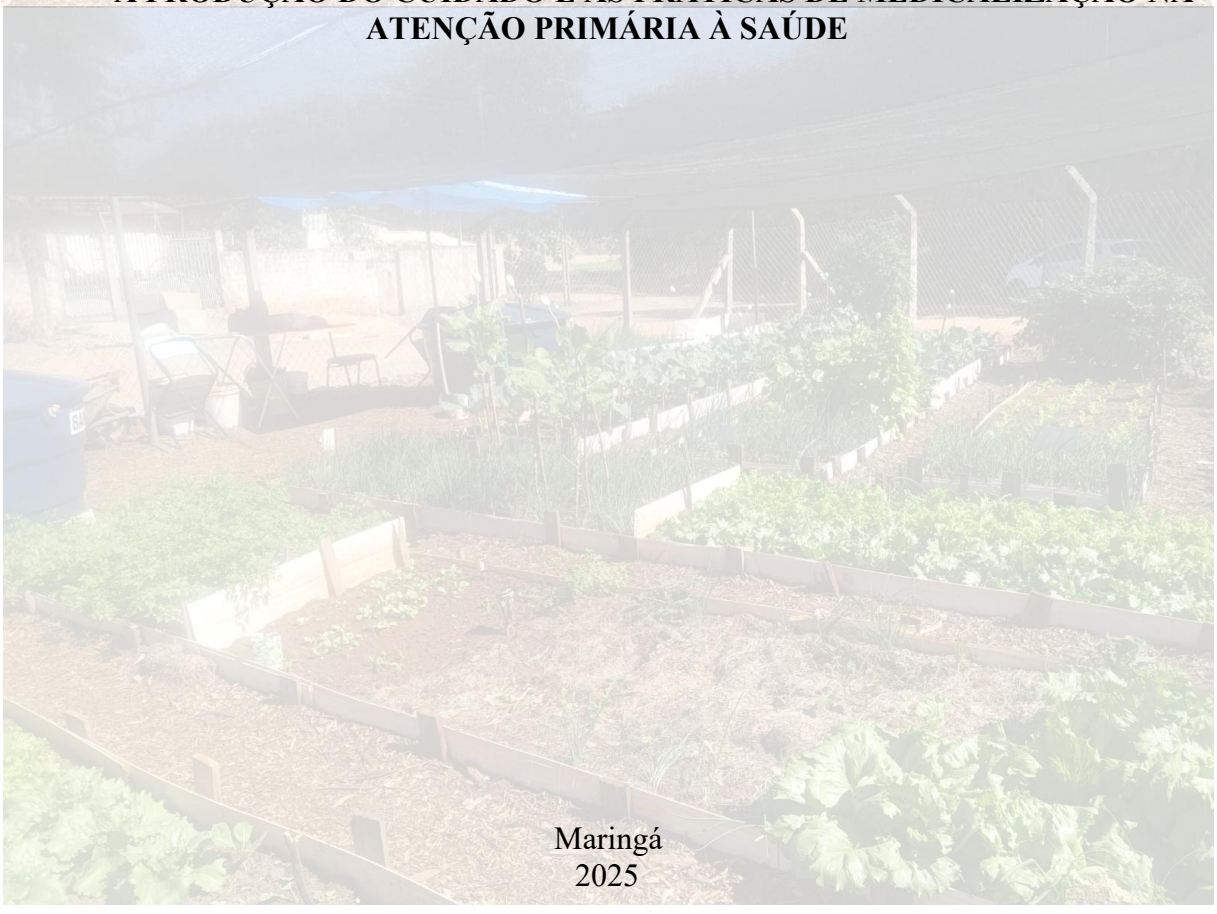
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KARLA OLIVEIRA KIAN

A PRODUÇÃO DO CUIDADO E AS PRÁTICAS DE MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Maringá
2025

KARLA OLIVEIRA KIAN

A PRODUÇÃO DO CUIDADO E AS PRÁTICAS DE MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Desenvolvimento Humano, Processos Educativos e Psicologia Histórico Cultural.
Orientador Prof. Dr. Alvaro Marcel Palomo Alves e Coorientadora Profa. Dra. Roselania Francisconi Borges.

Maringá
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

Kian, Karla Oliveira

K46p A produção do cuidado e as práticas de medicalização na atenção primária à saúde / Karla Oliveira Kian. -- Maringá, PR, 2025.
311 f. : il. color., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Alvaro Marcel Palomo Alves.
Coorientadora: Profa. Roselania Francisconi Borges.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Política Nacional de Atenção Básica. 2. Atenção psicossocial. 3. Medicalização. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde mental . I. Alves, Alvaro Marcel Palomo, orient. II. Borges, Roselania Francisconi, coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDD 23.ed. 150

Marinalva Aparecida Spolon Almeida - 9/1094

Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Karla Oliveira Kian

A PRODUÇÃO DO CUIDADO E AS PRÁTICAS DE MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Alvaro Marcel Palomo Alves
(Orientador/Presidente) – PPI/UEM

Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani
Examinadora - Interna - PPI/UEM

Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa
Examinadora - Externa - PUC/SP

Aprovado em 17/12/2025
Defesa realizada na modalidade híbrida, Bloco 118 - Sala de Vídeo

À classe trabalhadora, de modo especial às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS, e de modo particular àquelas e àqueles que encontramos no território de Floriano. Que possamos construir novas formas de sociabilidade, na via da coletividade e dos afetos alegres.

AGRADECIMENTOS

Decidi começar a escrita dos meus agradecimentos enquanto produzia a dissertação ao invés de fazê-los depois de terminá-la. Essa antecipação tinha como objetivo ser uma estratégia que me auxiliasse na escrita, pois, desse modo, nos momentos difíceis da escrita – tarefa que não é mesmo fácil – poderia me encontrar com os motivos que me trouxeram até aqui, como mulher parda, da classe trabalhadora e filha da escola e da universidade públicas. Mas além disso, intencionei escrever agradecimentos da forma mais genuína e afetuosa que pudesse fazer, como parte do processo que é carregado de alegrias e angústias, despedidas e recomeços, continuidade.

Agradeço aos meus pais, Elenice e Ciro: a caminhada até aqui foi amparada por eles, cada um do seu modo, demonstrando cuidado e alegria em cada etapa vivenciada nesse processo. À minha irmã, Kauhana, minha gratidão pelo incentivo à atividade de estudo desde muito cedo... a sua escolha profissional, na área da Saúde, refletiu na minha. À minha sobrinha Isabela, minha pequena, que tanto me ensina sobre a vida e os seus afetos... seus sorrisos e espontaneidade me revigoraram a cada dia.

Ao meu primo, que é também meu irmão, Renato. Meu companheiro e amigo para todas as horas. Sei o quanto torce por mim, e o quanto acredita em mim. E é recíproco. Agradeço a ele por ser exatamente quem é na minha vida.

Agradeço à minha amiga minha amiga de infância, Stephanie... compartilhamos tanto da vida, até mesmo a profissão. É uma alegria seguir acompanhada de quem me ensinou o sentido da amizade logo no começo da vida.

Às minhas amizades tão valiosas que me fazem querer continuar... Quem tem amigos, tem tudo! Por isso sou grata, e registro aqui o especial agradecimento pelo carinho aos que se fizeram presentes durante o processo do mestrado e no momento da defesa.

Às melhores amigas com quem tive o privilégio de compartilhar a formação em Psicologia na UEM... gratidão por todo o cuidado, amor e parceria: à Tiemi e à Sara, amizades que permanecem e dão sentido à caminhada.

À Denisse, a quem quero fazer um agradecimento especial... isso porque Denisse me acompanhou e me acompanha na caminhada desde a graduação até o mestrado – e na vida – de modo muito particular. Compartilhamos desde as coisas mais banais até as mais importantes. Seu cuidado, apoio e amizade certamente foram fundamentais para que eu – finalmente – decidisse pelo mestrado. Denisse sempre será, para mim, fonte de inspiração na luta pelo que acreditamos, no agir ético, político e afetuoso.

Como parte fundamental, agradeço também às minhas professoras que se tornaram minhas grandes amigas... Daniele e Hilusca, sou tão grata por tantos ensinamentos, por todo o cuidado, parceria e afetos. Me inspiro diariamente na potência delas, e com elas me sinto em casa.

À minha turma de mestrado, ao nosso quarteto da Linha 2 (com Amanda, Carol e Dante) por tornarem essa caminhada mais leve e divertida. Às minhas professoras e professores, e ao Norberto (pelo

apoio e acolhimento com as burocracias da vida acadêmica). Agradeço especialmente à Amanda e ao Pedro pelo compartilhar dessa caminhada, pelas contribuições e por estarem presentes de tantas formas. Que bons encontros e afetos potentes.

Acrescento que o meu percurso não seria o mesmo sem a Rosângela e o Ademir... sou tão grata por todos os nossos encontros nas manhãs de sábado, por todos os ensinamentos, trocas, reflexões e amizade. Minha admiração e meu carinho por eles são imensos. O grupo de estudo do *Capital* contribuiu radicalmente com a minha formação enquanto psicóloga e ser humano. Sigo aprendendo com eles.

À Universidade Estadual de Maringá, lugar que chamo de "minha casa", pela qual tenho muito orgulho e sou muito grata. Destacando os projetos que participei durante a graduação ("Pet-Vigilância em Saúde" e "Projeto Arte e Deficiência") e a Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência. À CAPES pelo auxílio financeiro numa fase do desenvolvimento dessa pesquisa e ao NUMAPE/Empodera (UEM) que da graduação à pós-graduação foi/é um projeto fundamental para a minha formação, pelo qual tenho especial apreço.

À banca de qualificação e defesa, professora Edneia, que já havia se tornado uma grande referência para mim, ainda no período da Residência, e à professora Elisa, agradeço a elas pelas valiosas contribuições, trocas, inspiração e incentivo para a minha continuidade da caminhada na pesquisa.

Agradeço aos meus queridos orientadores:

Alvaro, professor com quem iniciei a atividade de pesquisa, ainda na graduação, e a quem esperei encontrar no mestrado. Sou grata pelos ensinamentos, confiança, compreensão e acolhimento até o momento da defesa organizado com tanto cuidado e carinho.

Roselania, professora e amiga que tanto me inspirou e me inspira nas caminhadas de luta abraçada ao compromisso social, ético e político da Psicologia, e no processo de composição da escrita como um arranjo floral: repleto de cores, aromas e texturas em rearranjos, tal como é o movimento da vida.

Agradeço aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde do município, especialmente ao psicólogo Leandro, pelo apoio e iniciativa na busca pela articulação do trabalho no SUS com a Universidade, e à farmacêutica Simone pela disponibilidade e ajuda com o tratamento dos dados.

Agradeço a cada uma das pessoas que encontrei no território da pesquisa, encontros pelos quais fui profundamente afetada... De modo especial às mulheres que encontrei no Grupo "Compartilhando Saberes", às participantes e às profissionais que conduzem o grupo. Sou grata pelo acolhimento e pelas trocas. Entre conversas, ajuda mútua, tintas e pinceis, ouvi de algumas usuárias o quanto aquele espaço é importante e lhes faz bem, uma delas concluiu que durante os encontros "não pensa em mais nada". São falas e gestos que não deixam dúvidas sobre a potência desse trabalho que corrobora com aquilo que defendemos e acreditamos: a produção de cuidado, afetos, sentidos e vida pela via da coletividade!

RESUMO

Esta dissertação objetiva compreender as dimensões do cuidado em saúde mental e as práticas de medicalização na Atenção Primária à Saúde (APS). Com os pressupostos filosóficos e epistemológicos do Materialismo Histórico-Dialético, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um distrito do município de Maringá-PR, entre julho e agosto de 2024. No encontro com o território, também foi realizada observação participante, incluindo a visita a serviços da Rede Intersetorial. A escolha da Unidade teve como critério a quantidade de prescrições, proporcionalmente à população adscrita, dos 10 psicotrópicos mais prescritos no mês de maio de 2024, a partir do levantamento dos dados no Sistema Gestor de Saúde do Município. O texto foi organizado em quatro capítulos: o primeiro com a retomada de aspectos do padrão marxiano de ciência, do percurso do Idealismo ao Materialismo Histórico-Dialético e do trabalho como categoria fundante do ser social. E ainda, na defesa de uma Psicologia de base marxista, foram elencadas reflexões acerca da consciência e da alienação na sociedade capitalista. No segundo, foram abordados aspectos históricos da constituição do Sistema Único de Saúde e da caracterização da APS, destacando as contradições da política pública no bojo da luta de classes em seus avanços e retrocessos. A discussão acerca do cuidado no território, da Reforma Psiquiátrica brasileira e das dimensões do cuidado na Atenção Psicossocial se contrapôs ao modelo biomédico hegemônico. No terceiro capítulo são apresentados aspectos e recursos metodológicos e a caracterização do território. Por fim, no quarto capítulo, foram desenvolvidas as análises a partir das entrevistas e do encontro com o território, organizadas em três núcleos de significação. No primeiro núcleo, o foco da reflexão foram as concepções de "saúde mental" que embasam a atuação das/os profissionais. Os relatos apontam para a predominância da acepção de saúde mental como um estado de bem-estar e de ausência de problemas. As demandas em saúde mental foram analisadas no segundo núcleo, a partir de dois paradigmas: o biomédico e a determinação social dos processos saúde-doença. Em termos diagnósticos, a "ansiedade" e a "depressão" foram destacadas nas entrevistas. Sobressaíram as demandas em saúde mental de mulheres, da população idosa e de crianças e adolescentes, além de questões relacionadas ao trabalho e à condição financeira. No último núcleo foram discutidos os processos de trabalho e a organização do atendimento às demandas de saúde mental na UBS, com a identificação de recursos no território: os grupos terapêuticos, as visitas domiciliares, o acolhimento, as hortas comunitárias, as reuniões de equipe e os dispositivos da Rede Intersetorial. Quanto ao fluxo de trabalho, a lógica predominante se organiza a partir do uso do instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental. O trabalho revelou os significativos impactos do desmantelamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, extintos no Município em 2017. Quanto aos psicotrópicos, constatou-se o uso elevado e inadequado por parte da população, destacando-se a dependência de benzodiazepínicos e o trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família na tentativa de retirada ou de sua diminuição gradual. Os resultados indicam a necessidade de ações de educação em saúde para a população, Educação Permanente e atenção à Saúde do Trabalhador. Em suma, foram identificadas férteis estratégias de cuidado no território coexistindo com desafios para sua plena efetivação e práticas de medicalização. Ao final, apresentam-se sugestões de ações consonantes com a perspectiva da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção Básica; Atenção Psicossocial; Medicalização; Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This dissertation examines the dimensions of mental health care and the practiced of medicalization in Primary Health Care. Grounded in the philosophical and epistemological assumptions of Historical-Dialectical Materialism, the study draws on semi-structured interviews conducted with professionals from a Basic Health Center of a district of Maringá-PR, between July and August 2024. As part of the process of engaging with the territory, participant observation and visits to services within the Intersectoral Network were also carried out. The Basic Health Center was selected based on the number of prescriptions (relative to the registered population) of the ten most frequently prescribed psychotropics drugs in May 2024, using data from the Health Management System of Maringá. The dissertation is organized into four chapters: the first revisits aspects of the Marxian scientific paradigm, describing the journey from Idealism to Historical-Dialectical Materialism, as well as examining labor as the foundational category of the social being. It also advances reflections on consciousness and alienation in capitalist society, in defense of a Marxist approach to Psychology. The second chapter discusses the historical development of Brazil's Unified Health System and the configuration of Primary Health Care, emphasizing the contradictions of public policy within class struggle and its advances and setbacks. It also contrasts the debate on territorial care, the Brazilian Psychiatric Reform, and the dimensions of Psychosocial Care with the hegemonic biomedical model. The third chapter details the methodological procedures and resources and presents a characterization of the territory. The fourth chapter analyses the interviews and the encounter with the territory, organizing the findings into three nuclei of meaning. The first nucleus addresses the professionals underlying conceptions of "mental health", which predominantly framed it as a state of well-being or absence of problems. The second nucleus examines mental-health demands through two paradigms – the biomedical model and the social determination of health-disease processes. Interviewees highlighted "anxiety" and "depression" as central diagnoses. Significant demands related to women, older adults, children and adolescents, as well as issues linked to work and financial conditions were also identified. The third nucleus discusses work processes and the organization of mental health care at the Basic Health Center, identifying territory-based resources such as therapeutic groups, home visits, reception practices, community gardens, team meetings, and Intersectoral Network services. The workflow was shown to rely primarily on the Mental Health Risk Stratification instrument. The study also revealed substantial impacts resulting from the dismantling of the Family Health Support Centers, eliminated in Maringá in 2017. With regard to psychotropic drugs, high and often inappropriate use was observed, marked by widespread benzodiazepine dependence and, simultaneously, efforts by the Family Health Strategy team to reduce or withdraw their use. The findings underscore the need for health-education initiatives for the population, expanded Continuing Education, and strengthened Worker Health actions. In sum, the study identifies fertile strategies for territorial care, coexisting with significant challenges to their full implementation and with persistent medicalizing practices. The dissertation concludes by offering recommendations for actions aligned with the principles of Psychosocial Care.

Keywords: National Basic Care Policy; Psychosocial Care; Medicalization; Mental Health; Primary Health Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de publicações por ano (2004-2025).....141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Identificação dos profissionais participantes da pesquisa.....160
Quadro 2: Pré-indicadores, Indicadores e Núcleos de significação.....163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados referentes aos medicamentos com comercialização em 2023, por porte da empresa.....97
Tabela 2: Quantidade de prescrições dos 10 psicotrópicos mais prescritos de 01 de maio de 2024 a 31 de maio de 2024.....156
Tabela 3: População adscrita de cada UBS, número de prescrições de psicotrópicos e número de psicotrópicos prescritos no período de 01 de maio de 2024 a 31 de maio de 2024, com o percentual de número de prescrições proporcionalmente à população adscrita.....157

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGMAD	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CISAMUSEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
CSM	Centro de Saúde Mental
CTE	Conselho de Ministros, o Comitê Técnico-Executivo
DAPES	Diretoria de Atenção Psicossocial
DART	*Depression Awareness, Recognition and Treatment*
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
eMulti	Equipes Multiprofissionais
ERSM	Estratificação de Risco em Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	*Food and Agriculture Organization of the United Nations*
FDA	*Food and Drug Administration*
GAM	Guia Autônomo da Medicação
HHI	Índice Herfindahl-Hirschman
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFAD	*International Fund for Agricultural Development*
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Socia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBTTIs	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros e intersex
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MJ	Ministério da Justiça
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIB	Nova Indústria Brasil
NIMH	*The National Institute of Mental Health*
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PICs	Práticas Integrativas Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RIPS	Rede Intersetorial para Proteção de Violências
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SAS	Secretaria de Atenção em Saúde

SCMED	Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDUSFARMA	Sindicato da Indústria Farmacêutica
SM	Saúde Mental
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSDI	*Social Security Disability Insurance*
SSI	*Supplemental Security Income*
SUMOC	Superintendência da Moeda e do Crédito
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TRS	Teoria da Reprodução Social
UASF	Unidade de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **12**

O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO E O TRABALHO COMO CATEGORIA FUNDANTE DO SER SOCIAL **19**

A ciência e o método na concepção marxiana 19

Do Idealismo ao Materialismo: o percurso até o Materialismo Histórico-Dialético 35

O trabalho como categoria fundante do ser social 46

A (de)formação humana e a necessidade de uma Psicologia de base marxista 60

A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE: POTÊNCIAS E DISSONÂNCIAS FRENTE AO PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO **82**

A saúde na sociedade capitalista: valor-de-uso ou valor-de-troca? 82

Atenção Primária à Saúde: a vida no território 100

Em Nome da Razão: A medicalização como uma "nova" forma de manicomialização 120

Uma fotografia dos estudos sobre medicalização e Atenção Primária à Saúde 141

O ENCONTRO COM O TERRITÓRIO: DO CONCRETO AO CONCRETO PENSADO **146**

Recursos e aspectos éticos e metodológicos 146

Apresentação do território como campo do estudo 150

Participantes do estudo: atores do cuidado em saúde 159

Roteiro das entrevistas semiestruturadas 161

CONTRADIÇÕES ENTRE A PRODUÇÃO DE VIDA E O PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA **163**

Pré-indicadores, indicadores e núcleos de análise 163

Saúde mental: um ideal de felicidade a ser perseguido? 167

Raízes do adoecimento e da medicalização: "Tristeza não tem fim... felicidade sim" 185

Produção do cuidado: amarELOS 234

CONSIDERAÇÕES FINAIS 276

REFERÊNCIAS **288**

INTRODUÇÃO

A “medicalização” é objeto de estudo de grande interesse da área da saúde e de políticas públicas. Em termos conceituais, primeiramente é necessário distingui-la de uma prática que se limite a uma expansão das prescrições e usos de medicamentos pela população. Corroboramos a compreensão de que a medicalização [ou, como alguns autores denominam, a “medicalização do social” ou “medicalização da vida”] é um processo amplo e complexo de apropriação dos aspectos mais gerais da vida pelos discursos e práticas médicas como uma forma de controle não coercitiva (Alvarenga; Dias, 2021, p. 3). Aqui é importante ressaltar que nos referimos especificamente à medicina ocidental modelada no contexto da Revolução Francesa, século XVIII, quando o Hospital Geral se tornou a ‘instituição médica’. Esta análise foi realizada por Michel Foucault e retomada por Amarante (2007).

Esta medicina – que a despeito de ainda ser hegemônica não é a única – se sustenta no paradigma biomédico e, portanto, parte da ideia de um padrão de normalidade, criada por ela mesma, segundo seus próprios critérios, com viés biológico, – o que não é normal é necessariamente patológico – sendo função da medicina a identificação de tais anormalidades nos sujeitos, controle e eliminação dos sintomas a partir de seus métodos científicos, com destaque ao tratamento farmacológico. Diante de tais esclarecimentos, apresentamos a definição de medicalização elaborada por Hora (2006):

> Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social – de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social (s/p).

Destarte, a medicalização se apresenta de forma difusa na cotidianidade da vida das pessoas e, à primeira vista – na esfera da aparência, sem uma análise cuidadosa da realidade, o caráter social e histórico dos processos humanos é extraído da equação e os produtos da ação humana são tomados como naturais, isto é, como se fossem independentes e autônomos, apriorísticos. Marx (2013) realiza esta análise ao tratar do “fetiche da mercadoria”, reafirmando a função do trabalho científico na desmistificação dessa naturalização das relações e atividades humanas: “A reflexão sobre as formas de vida humana, e, assim, também de sua análise científica, percorre um caminho contrário ao do desenvolvimento real. Ela começa *post festum*

[muito tarde, após a festa] e, por conseguinte, com os resultados prontos do processo de desenvolvimento" (Marx, 2013, p. 150, grifo do autor).

Direcionando para os interesses do nosso estudo, exemplificamos esta relação da seguinte forma: ao observar os dados epidemiológicos é possível perceber um aumento significativo dos "transtornos mentais" nas últimas décadas. Entre as explicações dadas na lógica da medicalização, se poderia afirmar que o desenvolvimento de tecnologias mais refinadas permite localizar, com mais precisão, os desequilíbrios no cérebro, e consequentemente, produzir melhores condições de se chegar aos diagnósticos. Visto que o paradigma biomédico condiciona a etiologia das doenças a uma determinação biológica, tais conjecturas são aceitas como verdade em medida considerável e reiteram a necessidade do processo de medica[menta]lização para a recuperação do equilíbrio cerebral.

Na construção dos argumentos que refutam esse modelo explicativo dos "transtornos mentais" e que defendem nosso posicionamento ético e político nesta empreitada, destacamos quatro pontos que consideramos fundamentais para a análise de tais asseverações: primeiro que o modelo biomédico e até mesmo o modelo biopsicossocial são insuficientes para explicar os processos de saúde e doença. George Engel avançou em relação ao modelo biomédico ao considerar a existência de dimensões psicológicas e sociais, no entanto, as compreendeu de forma equivalente em relação à dimensão biológica (Silva; Almeida, 2024). Na perspectiva da qual falamos, validamos as contribuições da teoria da determinação social da saúde e da doença (Almeida, 2018), pois ainda que se trate de uma disfunção orgânica como a diabetes, por exemplo, as condições de alimentação, habitação, trabalho, acesso à saúde, educação, recursos financeiros, etc., são determinadamente sociais e históricas.

A doença possui caráter histórico e social, sendo que a natureza social se verifica no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos, havendo diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, resultantes das transformações da sociedade e, também, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde diversas, de acordo com o momento histórico (Laurell, 1983 *apud* Backes *et al.*, 2009, p. 115).

Desse modo, a teoria que explica os "transtornos mentais" a partir de desequilíbrios químicos não é só insuficiente como também enganosa. Ela acaba por individualizar questões sociais, como, por exemplo: a violência, a pobreza, a precarização das condições de vida e trabalho, a falta de suporte político e social (Molck; Barbosa; Domigos, 2021). Nessa direção Zanello, Fiuza e Costa (2015) também identificam as desigualdades e violência de gênero na determinação do sofrimento e adoecimento de mulheres e Navasconi (2019) trata dos dispositivos racial e de gênero no adoecimento da população negra LGBTTIs. Assim, as

práticas de medicalização contribuem para a manutenção do sistema posto, mistificando o processo de desenvolvimento das relações sociais e ainda, culpabilizando os sujeitos por meio de explicações individualizantes.

Uma segunda questão é o aumento artificial dos "transtornos mentais" em seus manuais diagnósticos: desde a terceira edição do DSM, publicado em 1980, há um aumento expressivo do número de 'condições patológicas' e um alargamento dos critérios diagnósticos em cada nova edição (Kimati; Cruz; Amarante, 2023, destaque nosso). Como consequência, comportamentos e situações que fazem parte da experiência humana foram captados pela psiquiatria e classificados como anormais. Alvarenga e Dias (2021) ressaltam que essa ampliação na criação de doenças mentais está diretamente relacionada a uma terceira questão: o desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos e a expansão da indústria farmacêutica.

Além do aumento artificial dos "transtornos mentais", os autores problematizam ainda o uso irrestrito de medicamentos psicotrópicos ora como meio para a busca do aumento da produtividade diante das exigências da lógica neoliberal, ora como anestésico do sofrimento psíquico, especialmente das populações mais vulnerabilizadas, isto é, o consumo de psicotrópicos se torna uma nova necessidade de consumo no atendimento às necessidades do mercado a despeito das necessidades genuinamente humanas (Alvarenga; Dias, 2021). Corroborando o exposto sobre a teoria da determinação social dos processos saúde-doença, portanto, a constatação de que o modo da nossa sociabilidade atual leva as pessoas buscarem substâncias psicoativas para sobreviver ou suportar a existência não deixa dúvidas do caráter histórico, social, econômico e cultural dos "transtornos mentais".

O quarto ponto a destacar está intrinsecamente relacionado ao segundo e ao terceiro: na medida em que os psicotrópicos foram sendo prescritos e utilizados em massa pela população, acompanhando [e motivando] a expansão dos transtornos mentais ao ritmo da expansão da indústria das drogas psiquiátricas, os efeitos colaterais colocaram, muitas vezes, os efeitos iatrogênicos a frente de seus supostos benefícios. Em seu aprofundado trabalho investigativo, o jornalista estadunidense Robert Whitaker (2017) apresentou a relação do acordo da lucrativa indústria farmacêutica com a psiquiatria desde a década de 1950 no aumento artificial de transtornos mentais e, de modo ainda mais grave, da "iatrogênese" dos "novos transtornos mentais". A este respeito, Whitaker (2017) expõe a fala de Amy Upham sobre o modelo de tratamento psiquiátrico de longa data que recebeu: "Com os medicamentos psiquiátricos, soluciona-se um problema durante um período, mas, quando menos se espera, acaba-se com dois. O tratamento transforma um período de crise em uma doença mental crônica" (p. 215).

Com estas prerrogativas, a presente pesquisa tem como objetivo principal investigar as dimensões do cuidado em saúde mental e as práticas de medicalização, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Maringá-PR. Para tanto, intencionamos: compreender as práticas de cuidado em saúde mental produzidas pelas equipes da APS; analisar as dimensões do cuidado ofertadas por equipes da Atenção Primária à Saúde às/aos usuárias/os com demandas em saúde mental; e refletir sobre o processo de medicalização e suas dissonâncias com a Atenção Psicossocial.

Em relação aos procedimentos e instrumentos, trata-se de uma pesquisa social de natureza qualitativa (Minayo, 2002), tendo como instrumentos metodológicos entrevistas semiestruturadas (Duarte, 2004) realizadas com profissionais da APS, observação participante (Neto, 2002) e o levantamento dos números de prescrições de psicotrópicos das 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá-PR. Os dados sobre prescrições foram obtidos pelos Relatórios do Sistema Gestor do município em tela, como meio de estabelecer um critério para escolha de uma das UBS como campo de estudo, a saber: a partir da divisão do número dos 10 medicamentos psicotrópicos mais prescritos em um período de referência (maio de 2024) pelo número da população adscrita de cada UBS, elegendo aquela com o maior número proporcional de psicotrópicos prescritos.

Fazemos a ressalva de que esse procedimento foi definido como um dos indicadores possíveis, visto que o número de prescrições desses medicamentos – um dos elementos centrais no processo de medicalização, mas que, sem dúvidas, não o esgota – num serviço de saúde da APS, é relevante como um dado da realidade que tangencia as suas práticas de cuidado e as suas particularidades, mas que é, irrefutavelmente, articulada ao seu contexto histórico e social mais amplo. Por esse motivo, consideramos que a pesquisa poderia ser realizada em outra(s) Unidade(s) e, do mesmo modo, possibilitar análises em direção à apreensão da totalidade e da historicidade.

Compartilhando das reflexões de Yasui (2010) acerca da produção de cuidado no território, reafirmamos que o território é categoria fundamental nesse processo, pois compreende o espaço, histórico, social e culturalmente determinado, no qual “a vida acontece”, e, portanto, imerso de totalidade e particularidade, de movimento e contradições. Sendo assim, tanto pode ser mantenedor de modos excludentes, quanto pode ser produtor de novos modos de vida, fato que se coloca como um desafio a ser alcançado pelas trabalhadoras e trabalhadores quando tratamos do paradigma psicossocial: “O justo limite é aquele que escorrega no fino gelo entre produzir autonomia ou dependência, cuidar ou tutelar. Entre produção da liberdade ou da servidão” (p. 4).

Desse modo, para além da aproximação com os profissionais de uma UBS por meio das entrevistas houve também a aproximação com o território e com o cotidiano dos serviços de distintas formas e em diferentes circunstâncias: nas trocas informais com usuários e profissionais daquela UBS, na Unidade Assistencial (identificada pelos participantes do estudo como CRAS) e no Centro Esportivo; na visita à horta comunitária; e na participação de um encontro do grupo terapêutico organizado por profissionais do referido serviço. A presença nesses espaços inspirou à existência de "porosidade entre o serviço e os recursos do seu território" (Yasui, 2010, p. 3) que, assim como afirma o autor, a busca pela produção de cuidado também promove "Um encontro de afetação, de mudança, de produção de sentido" (p. 5).

O acompanhamento das demandas de saúde mental, no âmbito da saúde pública, predominantemente voltado para a prescrição e renovação de receitas de psicotrópicos, é uma realidade que representa um abismo em relação aos princípios da Atenção Primária em Saúde, da Atenção Psicossocial e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (Bezerra *et al.*, 2014; Molck; Barbosa; Domingos, 2021; Pereira *et al.*, 2021). Por este motivo, torna-se relevante a realização de estudos que possam contribuir para a identificação dos fatores que têm corroborado as práticas de medicalização em detrimento da exploração de outros recursos e estratégias de cuidado. E, assim, refletir sobre possibilidades e alternativas consoantes com a integralidade e a autonomia da população (Kimati; Cruz; Amarante, 2023).

Na perspectiva do Materialismo Histórico-Dialético, compreendemos que todos os processos da vida humana (incluindo as práticas e as políticas de saúde) são condicionados pelas relações econômicas dada a imposição, em última instância, das necessidades de (re)produção da vida (Engels, 1984). No livro 1 de *O Capital*, Marx (2013) demonstra minuciosamente que o modo de produção capitalista é fundado na exploração e na divisão de classes no qual a determinação das necessidades se volta para o acúmulo de riquezas e para o lucro (a produção de mais-valia no processo contínuo de valorização do capital): o cerne desse sistema econômico. Destarte, não será por acaso que a saúde seja transformada de valor-útil para valor-de-troca, e que as necessidades humanas sejam subordinadas às necessidades do capital. Nessa lógica apreendemos a medicalização, tanto no uso/consumo dos psicotrópicos pela população quanto na formação e atuação dos profissionais de saúde, como parte de um processo emergente que atende a necessidades constituídas e, de modo algum, se mostra como caso isolado ou apartado da totalidade.

O processo de medicalização no âmbito do SUS se apresenta como uma contradição – da saúde como valor-de-uso *versus* valor-de-troca – desse modo, se configura também como arena política de conflitos de interesses: na lógica do capital, as necessidades humanas, a saúde

e a vida são “comoditizadas”. Opomo-nos radicalmente a essa lógica e acreditamos que trabalhos que questionem e refutem explicações reducionistas dos complexos processos humanos exercem uma importante função social e política na busca pela transformação da realidade e da emancipação humana. Dos encontros com as/os profissionais de saúde almejamos trocas e reflexões. Nessa perspectiva, as entrevistas enquanto instrumentos de pesquisa acabam se configurando como uma forma de intervenção e, a partir dessas e outras repercussões no âmbito do planejamento e da execução das ações de saúde, a médio e talvez até a longo prazo, esperamos que sejam as/os usuárias/os desses serviços as/os maiores beneficiárias/os desta pesquisa.

Acrescentamos ainda que os motivos e os afetos mobilizados na realização deste trabalho tangenciam à trajetória da pesquisadora: inicialmente na participação de projeto extensionista durante a graduação, o PET-Vigilância em Saúde, no eixo de Promoção da Saúde. E após a formação, nas vivências no contexto da Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência. Nesta especialização, foram cenários de prática: a UBS Mandacaru, a UPA Zona Sul, o Hospital Universitário de Maringá (HUM), a “Emergência Psiquiátrica”[1] do Hospital Municipal de Maringá e o Centro de Atenção Psicossocial III. No respectivo trabalho de conclusão da Residência nos dedicamos à compreensão acerca da desinstitucionalização à vida nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do município. Desta monografia, culminaram duas publicações: uma delas com a ampliação da discussão dos processos de trabalho na atenção psicossocial (Kian; Borges, 2021) e a outra enfatizando a trajetória das moradoras e moradores dos SRT (Borges; Kian, 2022). Considerando que o trabalho é a categoria fundante do ser social e, portanto, da consciência, acrescentamos ainda a atuação na UTI-Covid no período pandêmico e, posteriormente no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em serviços de Média e Alta Complexidade. Fazemos esse adendo, pois essas experiências também ressoam em nossa pesquisa.

Em termos de disposição didática, esse estudo está organizado em quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. No Capítulo 1, intitulado “O materialismo histórico-dialético e o trabalho como categoria fundante do ser social”, apresentamos os fundamentamos os referenciais teórico-epistemológicos que orientam esse estudo, partindo do padrão de ciência marxiano, recuperamos as categorias inerentes à constituição do Materialismo Histórico-Dialético, como: a categoria fundante do ser social, o trabalho, e o referencial da Psicologia Sócio-Histórica.

[1] Aqui acrescentamos a ressalva com a crítica à nomeação oficial dos “Leitos de Saúde Mental” em hospital geral como “ala/setor/emergência psiquiátrica”.

No Capítulo 2, denominado “A produção do cuidado em saúde: potências e dissonâncias frente ao projeto de medicalização”, recuperamos aspectos da constituição do SUS, demonstrando as contradições dos valores-de-uso e dos valores-de-troca nessa arena política. Para tanto, perpassamos pela caracterização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do campo da Atenção Psicossocial e de suas dissonâncias frente ao projeto de medicalização como uma nova forma de “manicomialização”. Neste capítulo, por meio de um levantamento bibliográfico, apresentamos um panorama de pesquisas brasileiras sobre medicalização e APS.

No Capítulo 3, nomeado “O Encontro com o Território: Do Concreto ao Concreto Pensado”, delimitamos os aspectos éticos e metodológicos, o território como campo de estudo, incluindo dados históricos e sociodemográficos do município em tela e a estrutura da RAS do município, o levantamento realizado para a definição da UBS do estudo, a caracterização dos participantes e o roteiro de entrevistas semiestruturadas, além de informações sobre a aproximação com o campo, bem como o contexto no qual emergiu a demanda para a produção da pesquisa.

Por fim, no Capítulo 4, sob o título “Contradições entre a produção de vida e o projeto de medicalização da vida”, desenvolvemos as análises, tendo como referência o Método no Materialismo Histórico-Dialético. Como recurso metodológico, organizamos a discussão em núcleos de significação (Aguiar; Ozella, 2004). Desse modo, levantamos 56 pré-indicadores organizados em seis indicadores e, posteriormente, na construção de três núcleos, a saber: Núcleo 1: “Saúde mental: um ideal de felicidade a ser perseguido?”. Nele, foram incluídos os indicadores: “Aspectos subjetivos positivos” e “Senso comum e saúde mental”. No Núcleo 2: “Raízes do adoecimento e da medicalização: ‘Tristeza não tem fim… felicidade sim’”, trabalhamos com os indicadores: “Determinação social da saúde/doença” e “Visão médico-biológica”. O Núcleo 3: “Produção do cuidado: amarELOS”, foi construído a partir dos indicadores: “Cuidado, Rede e Território” e “Gestão da Unidade e organização do trabalho”. Nesse percurso, visamos compreender o processo de medicalização em curso e apreender a complexa síntese das múltiplas relações que constituem o ser humano no caminho do enfrentamento da medicalização da vida, para desnaturalizar o que é determinadamente social e histórico. Em última instância, buscamos apontar elementos que promovam sua superação enquanto fenômeno histórico decorrente do modo de produção e reprodução da vida na sociabilidade capitalista.

O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO E O TRABALHO COMO CATEGORIA FUNDANTE DO SER SOCIAL

1.1. **A ciência e o método na concepção marxiana**

A *razão* do mundo é a razão do *mundo*[2]

Ao que tange à nossa perspectiva teórica partimos da compreensão de que os pressupostos epistemológicos não são apartados do método[3]. Esta afirmação alude à compreensão de mundo – e de ciência – completamente nova inaugurada pelo Materialismo Histórico-Dialético de Karl Marx e Friedrich Engels. Absolutamente contrária a qualquer concepção dogmática de uma defesa ingênua de uma teoria irrefutável e definitiva, esta posição remete ao próprio contexto da história da humanidade da qual essa proposição teórico-filosófica é produto. Trata-se, portanto, da historicidade da própria teoria e da sua validação a partir da realidade e do próprio ser humano como produtos e produtores da totalidade.

Tais reflexões são amparadas nos estudos de Ivo Tonet em sua obra *Método científico: uma abordagem ontológica* (2013) quanto à crítica[4] *radical* ao método, ainda predominante, da ciência moderna como o único método científico válido que se apresenta como *o método* da "forma definitiva da sociabilidade" sustentando, assim, o paradigma moderno. Em sua crítica, o autor diferencia a gnosiologia, o ponto de vista gnosiológico, a ontologia e o ponto de vista ontológico, na explanação de três padrões de conhecimento: o greco-medieval, o moderno e o marxiano, demonstrando, em cada um deles, sua função e consequências sociais.

Inicialmente, há de se considerar que nas abordagens à problemática do conhecimento – tanto nas ciências naturais quanto nas ciências sociais, embora a segunda tenha especificidades importantes em relação à primeira – a relação entre sujeito e objeto é regida por um polo ou por outro. Assim, como relembra Tonet (2013), a "gnosiologia é o estudo da problemática do conhecimento" enquanto "a ontologia é o estudo do ser" (p. 12). Na perspectiva gnosiológica, portanto, o eixo central é o conhecimento, opostamente, para a perspectiva ontológica a centralidade está no ser. No entanto, os desdobramentos dessa segunda

---

[2] Tonet (2013, p. 23, grifos do autor).

[3] Como discutiremos adiante, nesta perspectiva "método" e "metodologia" não são partes isoláveis da pesquisa, aqui o caminho da pesquisa é a expressão do próprio método que, de modo algum, se reduz a um conjunto de "técnicas" de tratamento do objeto.

[4] "Crítica, no sentido marxiano, significa sempre a busca dos fundamentos históricos e sociais que deram origem a determinado fenômeno social, permitindo, com isso, compreender a sua natureza mais profunda e não simplesmente o questionamento de lacunas ou imperfeições" (Tonet, 2013, p. 11 – nota de rodapé 1).

perspectiva, como ficará demonstrado, serão profundamente distintos a depender se a abordagem for metafísica ou social e histórica.

No padrão greco-medieval, compreendido pelos períodos da Grécia Antiga, cujo modo de produção da vida era sustentado pelo trabalho escravo, e da Idade Média a qual era fundada no trabalho servil, a centralidade do conhecimento incidia na objetividade e não na subjetividade: a compreensão de que o mundo era regido por leis exteriores e imutáveis, e, portanto, externas ao sujeito. Tanto o mundo natural quanto a realidade social eram compreendidos por uma essência independente da ação dos homens, o que lhes conferia uma posição de passividade diante da essência do mundo, para os gregos, de uma perspectiva ético-política, e para os medievais, religiosa. Em ambos os casos, a despeito de suas significativas diferenças, trata-se de uma concepção predominantemente metafísica.

> [...] os gregos distinguiam dois tipos de conhecimento. Um, que chamavam de doxa, ou seja, opinião [...] O outro tipo de conhecimento era chamado de episteme. Esse era o verdadeiro conhecimento porque apreendia o que era essencial e imutável. Em latim, que era a língua vigente na Idade Média, verdade se diz *adaequatio*, isto é, adequação. Mais explicitamente: *adaequatio intellectus ad rem*, isto é, adequação do intelecto (da razão) à coisa (o ser) (Tonet, 2013, p. 27).

Assim, "O caminho para o conhecimento, isto é, o método, significava exatamente esse percurso que a razão, norteada pela lógica, devia percorrer para, superando os obstáculos da aparência, alcançar a essência das coisas" (*idem*, p. 27). Nesta concepção, o ser é submetido ao objeto ou, dito de outro modo, a objetividade é priorizada em relação à subjetividade, no sentido ontológico e não gnosiológico: ele não "constrói" teoricamente o objeto, mas o traduz – o conhece, *como ele é* – por meio da razão.

Os motivos da constituição desse paradigma justificam-se em seus modos de produção, pois tanto o regime escravista quanto o servil foram períodos marcados por uma estabilidade na forma de sociabilidade, isto é, tinham um caráter de imutabilidade. Não havia, portanto, nesses momentos, a necessidade do desenvolvimento de forças produtivas, em ambos os modos de produção "[...] implicavam uma profunda separação entre trabalho manual e trabalho intelectual e um estágio bastante limitado de acumulação de conhecimento" (Tonet, 2013, p. 23). Destarte, alheiamente à concepção *ativa* do homem no mundo, a transformação social não seria uma possibilidade, a função do conhecimento tinha, portanto, o objetivo da manutenção dessa sociabilidade.

Como demarcamos desde o início, todavia, a transformação da realidade social é um fato como se pode verificar no exame da história, ainda que diferentes teorias explicativas a este respeito coexistam. A transição do feudalismo para o capitalismo não ocorreu como uma ruptura ou como um novo período histórico dissociado do anterior. Ao contrário, é no interior do modo de produção feudal que se encontram os germes do modo de produção capitalista: com o desenvolvimento de melhores condições do trabalho servil foi possível produzir um excedente e, consequentemente, da atividade do comércio e da acumulação do capital mercantil, de modo que, "Passando por diversas fases – artesanato, manufatura, grande indústria – a acumulação de capital vai criando bases materiais de uma nova forma de sociabilidade" (*idem*, pp. 29-30).

No capitalismo o desenvolvimento de tecnologias aplicadas à produção com a finalidade ampliá-la a um novo patamar torna-se uma necessidade e, portanto, de interesse do conhecimento. As inúmeras "descobertas" (invenções) num período relativamente curto de tempo – quanto aos meios de comunicação, de locomoção e de produção – foram fundamentais ao modo de produção capitalista. A chamada modernidade marca profundas transformações na relação com a natureza e na realidade social. Esta nova forma de sociabilidade exige que os homens sejam considerados livres e iguais – embora essa igualdade se dê, como veremos adiante, apenas no âmbito jurídico – para que possam, "livremente", vender a sua força-de-trabalho aos detentores do meio de produção, cujo objetivo final é a produção de mais-valia[5]. Além disso, foi nesse contexto que "[...] também se alterou profundamente a relação entre o indivíduo e a comunidade. Na verdade, foi a partir deste momento que o *ser singular* humano foi se constituindo como indivíduo propriamente dito" (Tonet, 2013, p. 32, grifo nosso). Este fato trará enormes implicações à nova concepção de ciência, pois o sujeito do conhecimento será *o sujeito singular*.

Contraposto ao padrão greco-medieval, o padrão moderno inverte a relação do conhecimento e toma o sujeito – singular – como determinante no processo de conhecimento em detrimento do objeto. Desse modo, em linhas gerais, a tarefa do conhecimento científico é *construir teoricamente o objeto* e não mais "capturá-lo" ou traduzi-lo. É o sujeito, na sua singularidade, que cria o objeto e lhe atribui sentido. O mundo natural é concebido como algo exterior ao ser a quem cabe dominar e transformar a natureza para o progresso da humanidade[6].

---

[5] É fundamental não perder de vista que antes do modo de produção capitalista já existiam outras sociedades mercantis, isto é, sistemas econômicos baseado na troca de mercadorias. Todavia, no capitalismo, além da troca de mercadoria, a produção de mais-valia é a categoria determinante dessa nova forma de relação, num contínuo movimento de valorização do capital a partir da exploração do trabalho forçado.

[6] Cabe salientar que o ideal de "ordem e progresso", fortemente influenciado pelo positivismo comteano, disseminada no século XIX, ancorada na racionalidade científica moderna não corresponde ao pleno desenvolvimento humano visto que imbricado ao modo de produção capitalista os avanços tecnológicos e das

Daí a necessidade do caráter *prático* do conhecimento. Neste paradigma, portanto, ao homem é concedido um papel ativo e é ele o responsável pelos atos históricos da humanidade. Ocorre que, paradoxalmente, à forma de sociabilidade moderna é atribuído um caráter natural: a dimensão social dos homens é determinada por uma natureza apriorística e a-histórica (Tonet, 2013, pp. 34-35).

A este respeito, Netto (2006) analisa que "A contradição é real: a sociedade burguesa, ao mesmo tempo que abre a possibilidade para tomar o ser social tal como ele é (processo que tem regularidades próprias), bloqueia esta apreensão" (p. 17). A contradição da concepção do ser como ativo no mundo, mas com a limitação posta pela sua natureza serve à justificativa da manutenção desse modo de produção da vida e da concepção de impossibilidade de sua superação. A naturalização – isto é, a supressão do caráter histórico e social – dessa forma de sociabilidade acaba por conformar o indivíduo nela mesma, dissimulando as possibilidades da construção de outros modos de vida. É por esse pressuposto fundamental que a ciência moderna, assentada nesse paradigma, não pode ultrapassar os limites de um conhecimento que está fadado à manutenção da realidade social tal como ela *se apresenta* (e não como *é*, no sentido de ser essencialmente superável), ainda que se promova como progressista ou inovadora ao que tange à intervenção na realidade social.

Tonet evidencia a exacerbada centralidade da subjetividade na relação do sujeito com o mundo no qual ele está inserido, mas que será sempre o mundo *para ele*, reiterando assim o caráter singular do sujeito do conhecimento. Em suas palavras, "É a subjetividade que *cria* o mundo" (Tonet, 2013, p. 42, grifo nosso). Além do abandono da totalidade – categoria fundamental ao padrão marxiano – e a concepção do sujeito do conhecimento como indivíduo singular, apartado da classe social, a posição a-histórica do padrão moderno de ciência implica na necessidade do rigor metodológico e da neutralidade no processo do conhecimento científico como critérios de verdade. Assim, "O rigor metodológico expressa o formalismo que caracteriza o método científico moderno, pois é unicamente a forma e não o conteúdo que garante – na medida em que pode garantir – o sucesso do conhecimento" (*idem*, p. 44).

Os pressupostos da ciência moderna são especialmente problemáticos no âmbito da intervenção no mundo social. Eles não são apenas um equívoco do ponto de vista do processo do conhecimento, mas servem a um determinado interesse que não é simplesmente singular,

---

forças produtivas não correspondem ao acesso dessas conquistas a toda humanidade e, tampouco num modo de intervenção na natureza que a compreenda como meio de subsistência fundamental do ser humano e que, portanto, deve ser preservada. Lukács (1979) trata do progresso e critica tanto a perspectiva da negação absoluta do progresso quanto a concepção a sua simplista como um "progresso generalizado". "Em ambos os casos, momentos singulares são amplificados em critérios únicos; tais momentos singulares do processo de conjunto" (p. 124).

mas de classe social. A neutralidade científica na modernidade é um mito à medida em que a não assunção de valores, isto é, à vinculação a um projeto de sociedade, seja implícito ou explícito, é uma impossibilidade. A negação de um posicionamento é, inevitavelmente, um posicionamento.

A concepção iluminista da natureza humana, das quais destacamos a teoria do egoísmo como natural ao homem, põe limites à substancial transformação da realidade social e caracteriza as necessidades humanas como necessidades dos sujeitos singulares – numa sociabilidade em que cada um defende apenas os seus interesses individuais – que não podem ser de outra forma dado o seu caráter natural, apreendido como inerente à sua natureza. Disso, decorre que a corrente positivista – uma das âncoras da cientificidade moderna – "[...] propunha tratar os fenômenos sociais do mesmo modo como são tratados os fenômenos naturais" (Tonet, 2013, p. 57).

Nesse sentido, Tonet (2013) diferencia a neutralidade da objetividade: "[...] ser objetivo é capturar a lógica própria do objeto", enquanto, "ser neutro, é não tomar partido, isto é, não permitir que julgamentos de valor interfiram na produção do conhecimento" (p. 109). Esse embaraço – que serve à lógica do capital – pauta-se na ideia de que sem a neutralidade não seria possível chegar ao objeto de modo integral. A negação de uma vinculação de classe social mistifica essa relação invertendo-a:

> Independente da consciência e/ou da aceitação do pensador, os pressupostos e as categorias por ele utilizadas já implicam, em si mesmas, essa vinculação. O equívoco na afirmação da neutralidade científica está exatamente na rejeição da relação entre conhecimento e perspectiva de classe, na suposição de que o pensador é o sujeito único do conhecimento (*idem*, p. 110).

O projeto de sociedade burguesa, que atende aos interesses dessa classe é a manutenção dessa forma de sociabilidade que é fundada na exploração do homem pelo homem. Como já foi dito, a produção é voltada para a produção de mais-valia e o acúmulo do capital. Esse é o parâmetro da ciência moderna, uma teoria científica da burguesia. Assim, a função social do seu padrão de conhecimento é a defesa dos interesses da classe dominante, sob o pretexto da neutralidade científica, do interesse supostamente universal e da defesa de que esta é a melhor forma possível de sociabilidade – superior às anteriores e insuperável. Daí decorre o caráter conservador do pensamento moderno, berço das ciências sociais. A conclusão em relação ao

método da sociologia[7], proposto por Émile Durkheim (2004), considerado "o pai da sociologia", desvela a compreensão natural da dimensão social do ser e da necessária neutralidade no fazer científico.

A despeito da explicitação desse caráter conservador em muitas teorias, alerta Tonet (2013), também se apresenta de forma implícita "[...] toda elaboração teórica que não permite compreender os fenômenos sociais como momentos de uma configuração histórica e social em permanente processo de transformação" (p. 57). A historicidade é também uma facticidade e a inescapável dimensão social do ser rebate a concepção deste limitada à sua dimensão singular – que, por óbvio, é verdade, pois cada sujeito individual, dotado de um organismo, existe num determinado tempo e lugar, com algo que lhe confere um caráter de espécime único dentre todos os outros. Contudo, este ser singular só pode existir numa continuidade de todos os seres que lhe precederam. Ao nascer ele encontra o mundo "pronto" (mas, reiteramos, não acabado no sentido de uma imutabilidade plena), como resultado das ações humanas dos homens que o antecederam.

Destarte, reiterando o fato de que a análise dos padrões de conhecimento na história não pode ser apartada das condições sociais e históricas das sociedades nas quais foram engendrados, o desenvolvimento do padrão marxiano de conhecimento foi possibilitado exatamente pelas radicais mudanças instauradas na sociedade burguesa. Corroborando a análise Netto (2006, pp. 10-11), entre a Revolução Francesa (1789-1799) e as revoltas do movimento operário de 1848, de onde emergem os pressupostos da razão moderna, que a construção e uma teoria revolucionária do proletariado se torna uma possibilidade histórica. Marx (2013) analisa as necessidades emergentes da luta de classes, especialmente a partir dos movimentos de 1845-1849, a conhecida revolução de 1848, a qual teve grande repercussão na Inglaterra.

Os padrões de conhecimento anteriores não poderiam chegar às formulações as quais Marx, como sujeito histórico, elaborou. Tratamos aqui da maturidade do ser social (Tonet, 2013, p. 66). Consoante com o método marxiano, Lukács (1979) afirma que a análise deve partir da forma mais complexa do seu desenvolvimento para a menos complexa, isto é, a análise da economia burguesa é a base para a compreensão para os modos de produção anteriores, pois:

[7] Atento às implicações da forma de organização dos currículos instaurados no paradigma moderno – hegemônico nas escolas e universidades – Tonet (2013) faz a ressalva sobre a radicalidade do pensamento marxiano: "Marx não é um 'clássico' da sociologia, da economia, da ciência política, da filosofia ou da história. Clássicos dessas ciências são Comte, Durkheim, Webber, Adam Smith, Ricardo, Maquiavel, Vico, etc. Marx é o instaurador de um padrão radicalmente novo de conhecimento" e acrescenta que "Afirmar isto, não significa, de modo nenhum, uma adesão acrítica a tudo o que ele afirmou. Significa, isso sim, uma adesão a esses novos fundamentos postos por ele" (p. 69).

> [...] as categorias que expressam suas relações e que possibilitam a compreensão da sua estrutura nas relações de produção de todas as formas passadas de sociedade, sobre cujas ruínas e com cujos elementos a sociedade burguesa foi construída, e das quais ela traz consigo resíduos parcialmente ainda não superados, enquanto aquilo que estava apenas esboçado desenvolveu-se em toda a sua significação, etc. (p. 18).

Comparativamente, Tonet (2013) analisa que "[...] para a concepção greco-medieval, o mundo tinha uma natureza e uma ordem anteriores e exteriores ao sujeito. Para a concepção moderna, ao contrário, o mundo era construído teoricamente pelo próprio sujeito" (p. 77). Marx rompe tanto com a tradição especulativa da tradição greco-medieval e refuta radicalmente à centralidade da subjetividade da modernidade, assumindo a perspectiva ontológica social e histórica.

> Marx não escreveu nenhuma obra específica sobre a questão do método. Na verdade, essa atitude de Marx expressa a sua postura diante da problemática. Totalmente ao contrário dos pensadores modernos, seu pensamento não se instaura como uma gnosiologia, mas como uma ontologia. Isso porque ele compreende que as questões relativas ao conhecimento só podem ser resolvidas após a elaboração de uma teoria geral do ser social, vale dizer, de uma ontologia do ser social (Tonet, 2013, p. 70).

A radicalidade do pensamento marxiano, portanto, não provém de nenhuma transcendentalidade ou caráter supra-humano de seu pensador, ao contrário, situa Marx na sua historicidade humana e justifica o seu caminho na busca pela compreensão das leis sociais – essencialmente sociais – da forma de produção e reprodução da vida na sociedade burguesa.

> Em meados do século XIX, estavam dados os pressupostos para a emergência de uma teoria social capaz de apreender a estrutura íntima da sociedade burguesa – a tradição cultural acumulada desde o Iluminismo, a visibilidade do ser social como tal e um movimento revolucionário a partir e cujos interesses de classe era possível ultrapassar a aparência coisificada dos fenômenos sociais. Marx é o pensador que funda essa teoria, num processo intelectual em que, legatário daquela tradição, ele inaugura um modo radicalmente novo de compreender a sociedade burguesa – compreendê-la para suprimi-la (Netto, 2006, p. 18).

Dialogando com os autores supracitados, compreendemos que a elaboração de uma teoria revolucionária da classe proletária remete à necessidade de sobrevivência desta, pois a forma de organização da sociedade burguesa expropria os sujeitos de sua classe antagonista ao acesso dos bens que eles mesmos produziram. Desse modo, o projeto do proletariado é o único que, verdadeiramente, tem uma aspiração a um projeto unitário e universal. A superação da

sociedade de classes para um novo modo de produção da vida, isto é, da emancipação de todos os seres humanos é a função social da ciência na perspectiva ontológica do ser social.

Do exposto, Tonet (2013) sintetiza quatro pressupostos fundamentais do padrão marxiano de conhecimento: o caráter radicalmente histórico do ser social (opondo-se à tradição especulativa da ontologia greco-medieval e aos limites da ação humana do padrão moderno), o seu caráter essencialmente social (da sua segunda natureza, distinta da natureza biológica, como determinante), a categoria da totalidade do ser social (para a qual não se trata de um "todo" como a soma das partes) e a intrínseca e indissociável relação das categorias objetividade e subjetividade (numa reformulação radicalmente nova na forma de articulá-las).

O homem é um ser natural, portanto, condicionado e pertencente à natureza, sem, contudo, limitar-se a ela. O homem é um ser natural – condição ineliminável – mas que a ultrapassa à medida em que a sua forma de produção e reprodução da vida não é decisivamente determinada pela natureza, e sim pela sua dimensão de ser social e histórico que a transcende. A categoria que funda o ser social é o trabalho, definida por Marx (2013) no capítulo 5 no qual trata do processo de trabalho do volume 1 de *O Capital*, como o intercâmbio material do homem com a natureza (p. 255), a atividade consciente, interventora e transformadora do mundo que é uma característica exclusivamente humana. Nesse sentido, formula Tonet (2013), "[...] a transformação intencional da natureza, através da qual está é adaptada à satisfação das necessidades humanas é, pois, o que distingue essencialmente o homem do animal" (p. 83). É nesse aspecto que Vygotsky (2004) trata da segunda natureza humana, isto é, para além do desenvolvimento natural submetido às leis naturais – estritamente biológicas – que, por óbvio, não deixam de existir. O ser humano estabelece, no curso da história, uma forma completamente nova de desenvolvimento, guiado pelas leis sociais do desenvolvimento. Desse modo, há um afastamento das barreiras naturais na determinação social do desenvolvimento.

A compreensão de que os homens intervêm sobre o mundo, do ponto de vista da modernidade, não é um fato negado, ao menos não completamente. Todavia, se o homem *age*, definidamente, nos limites de uma natureza tal como sua natureza biológica, essa intervenção é superficial e aparente. Na perspectiva da ontologia do ser social, ao contrário, essa intervenção é radical e também um caminho de mão dupla: o homem não apenas transforma a natureza, mas, ao fazê-lo, transforma a sua própria natureza, que, portanto, não é dada a priori.

A consciência, o modo mais elevado e complexo do psiquismo, é resultante do longo processo histórico da relação estabelecida entre o homem e a natureza e, desse modo, também não é imutável ou universal, tampouco apartada da vida material dos homens. Reiterando as discussões já empreendidas até aqui, esta perspectiva refuta a dicotomia catersiana entre

subjetividade e objetividade. Corroborando a afirmação de Leontiev, (2004), "[...] devemos considerar o desenvolvimento do psiquismo humano como um processo de transformações qualitativas", visto que "[...] a consciência humana transforma-se igualmente de maneira qualitativa no decurso do desenvolvimento histórico e social" (p. 89). Comparativamente, se analisarmos a consciência do "homem primitivo"[8] até a do homem contemporâneo: da apropriação do uso da lança na atividade de caça ao refinamento dos processos psíquicos e do desenvolvimento de complexos instrumentos materiais e imateriais, ficará evidente o caráter histórico e social desse desenvolvimento referido por Leontiev.

O salto ontológico (o longo processo de inúmeras transformações quantitativas até o alcance de um patamar qualitativamente distinto), da passagem do ser natural ao ser social, remete a uma complexificação do ser e da realidade social na medida em que surgem novas necessidades e novos modos de atendê-las[9]. Necessidades e meios que são, por definição, históricas. Em relação às necessidades históricas no desenvolvimento da ciência e das técnicas (que podemos compreender como tecnologias nas mais diversas áreas), tal como Engels (1984, p. 469) assertivamente analisa numa carta em resposta a W. Borgius[10], datada em 1894.

Engels remete à determinação, em última instância, da esfera econômica que, longe de qualquer economicismo, remete à categoria ontológica fundante do ser que é o trabalho, consoante com a definição de Marx já enunciada. O modo de organização deste metabolismo entre o homem e a natureza para a satisfação de suas necessidades mais fundamentais na produção de seus meios de subsistência para a manutenção e (re)produção da vida, é determinante de todas as necessidades ulteriores, assim como ele afirma adiante:

> O desenvolvimento político, jurídico, filosófico, religioso, literário, artístico, etc., baseia-se no desenvolvimento econômico. Mas todos aqueles reagem entre si e sobre a base econômica. Não é que a situação econômica seja, *sozinha, causa ativa* e que todo o resto seja apenas efeito passivo. Há, porém, interação à base da necessidade econômica, que, *em última instância,* sempre se impõe (Engels, 1984, p. 469, grifos do autor).

Destarte, para a compreensão da problemática do conhecimento, na ontologia social e histórica, o ponto de partida é a práxis, a atividade na qual os ser social funda a sua existência.

---

[8] Vygotsky, L. S. **Estudos sobre a história do comportamento: símios, homem primitivo e criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira.

[9] "O fato de que esse processo, na realidade, seja bastante longo, com inúmeras formas intermediárias, não anula a existência do salto ontológico" (Lukács, 1979, p. 17).

[10] Nota de rodapé 20: "Esta carta só muito recentemente teve divulgado o seu correto destinatário, W. Borgius; durante muito tempo, considerou-se que foi remetida a H. Starkenburg, redator do periódico que publicou, *Der Sozialistiche Akademiker (O Acadêmico Socialista)*, n. 20, 1895. (Marx, K. e Engels, F. *Oeuvres choisies.* Moscou, Éd. Du Progrés, 1975, p. 724.) (N.R.T.).

Por esse motivo, Marx dedicou-se à profunda compreensão das leis sociais que regem o funcionamento do modo de produção vigente, o capitalista, as quais são concebidas essencialmente como uma problemática prática no mundo, que remetem à vida material dos homens. A este respeito, Tonet (2013, p. 100) recupera Marx (1986) em *A ideologia Alemã*:

> A questão de saber se cabe ao pensamento humano uma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas *prática*. É na práxis que o homem deve mostrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno do seu pensamento. A disputa sobre a realidade ou não-realidade do pensamento isolado da práxis – é uma questão puramente escolástica (p. 12, grifo do autor).

Daí decorre que a atividade de "conhecer" busca apreender o movimento da realidade tal como ela é, no plano terreno das relações entre os sujeitos na totalidade dessas relações social e historicamente determinadas. Corroborando as elaborações de Oliveira (2001), as dimensões epistemológicas (relativa ao conhecimento dos processos de constituição do ser, isto é, de sua dimensão ontológica) e lógica (dessa processualidade) não são puramente gnosiológicas, pois o problema do conhecimento não pode ser concebido como fechado em si mesmo ou como produto de teorizações do indivíduo dissociadas da realidade objetiva que existe independente ao fato de o sujeito compreender ou não essa gênese. Assim, no prefácio da segunda edição de *O capital*, Livro 1, Marx (2013) discorre sobre o modo de conhecimento da realidade e sobre sua apresentação:

> Sem dúvida, deve-se distinguir o modo de exposição segundo sua forma, do modo de investigação. A investigação tem de se apropriar da matéria [*Stoff*] em seus detalhes, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e rastrear seu nexo interno. Somente depois de consumado tal trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real. Se isso é realizado com sucesso, e se a vida da matéria é agora refletida idealmente, o observador pode ter a impressão de se encontrar diante de uma construção a priori (p. 90).

A atividade de conhecimento da realidade se interessa pelos processos constitutivos dos fenômenos, isto é, a essência das coisas. Assim como afirma Marx que "Toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação e a essência das coisas coincidissem imediatamente"[11]. Ou seja, a esfera fenomênica das relações sociais, o nível da aparência, mistifica as relações do seu real processo de constituição. Esse caráter fetichista põe um "místico véu de névoa" no processo de constituição da realidade como produto dos seres humanos o qual Marx (2013) define brilhantemente ao analisar o fetiche da mercadoria ao tratar do processo de produção:

[11] *O capital*, Livro 3.

> A reflexão sobre as formas da vida humana, e, assim, também sua análise científica, percorre um caminho contrário ao do desenvolvimento do real. Ela começa *post festum* [muito tarde, após a festa] e, por conseguinte, com os resultados prontos do processo de desenvolvimento. As formas que rotulam os produtos do trabalho como mercadorias, e, portanto, são pressupostos à circulação das mercadorias, já possuem a solidez de formas naturais da vida social antes que os homens procurem esclarecer-se não sobre o caráter histórico dessas formas – que eles, antes, já consideram imutáveis –, mas sobre seu conteúdo. Assim, somente a análise dos preços das mercadorias conduziu à determinação da grandeza do valor, e somente a expressão monetária comum das mercadorias conduziu à fixação de seu caráter de valor. Porém, é justamente essa forma acabada – a forma-dinheiro – do mundo das mercadorias que vela materialmente [*sachlich*], em vez de revelar, o caráter social dos trabalhos privados e, com isso, as relações sociais entre os trabalhadores privados (p. 150, grifos do autor).

Marx demonstra que pela especificidade da forma das sociedades nas quais impera o modo de produção capitalista, isto é, das relações sociais entre os homens mediadas pela produção e troca de mercadorias, cujo objetivo é a produção de mais-valia, ocorre um ofuscamento da base dessas relações. O desenvolvimento das forças produtivas – da capacidade social do trabalho – culmina numa complexificação da forma básica da troca de mercadorias entre produtores individuais, de modo que a substância comum a todas as mercadorias – o trabalho humano, o seu valor – é ocultada. Como consequência, as coisas – mais especificamente, as mercadorias – aparecem de modo independente à atividade humana, como se tivessem vida própria. Diferente disso, tal como demonstra Marx, em outros modos de produção (na Idade Média, no trabalho rural de uma família camponesa para seu próprio sustento ou de uma associação de homens livres) nos quais a finalidade não é a produção de produtos a serem trocados como mercadorias, a relação social dos homens com o seu trabalho e entre si aparecem de forma "transparente". Referenciando Marx em *Introdução de 1857*, Lukács (1979) define que: "Só no século XVIII, na 'sociedade burguesa', as diversas formas do conjunto social passaram a se apresentar ao indivíduo como simples meio de realizar seus fins privados, como necessidade exterior" (pp. 143-144, destaque do autor).

A lei do valor é, na perspectiva marxiana, uma lei fundamental para a compreensão das relações sociais dado o caráter ontológico da práxis, o trabalho como categoria que funda o ser social: a forma como se estabelecem as formas de produção e reprodução da vida na sociedade burguesa, o *tempo de trabalho socialmente necessário*, é a base na qual se complexificam todas as relações sociais, assim como define Lukács (1979), econômicas e extraeconômicas. Na crítica à economia política – na esteira do padrão moderno de ciência – Marx (2013, pp. 155-

156) critica a função ideológica da sua insuficiência na compreensão da grandeza do valor, a lei social fundamental.

Negando a naturalização do que é essencialmente social na atividade humana, Tonet (2013) sintetiza que: “Para Marx, é no processo real objetivo que o sujeito deve buscar, de modo ativo, tanto o conhecimento como a orientação para a ação” (pp. 99-100). Na apreensão da realidade, a síntese do pensamento é resultado desse processo e não ponto de partida. Fenômeno e aparência são reais. Cabe à ciência investigar e compreender o movimento dialético da realidade, chegando à sua forma mais aproximada possível, visto que o pensamento apreende a realidade, mas não são a mesma coisa. O autor define o ato de conhecer a partir da síntese entre subjetividade e objetividade – na superação da dicotomia posta pela ciência moderna – como: “transformar os resultados dessa síntese – os fenômenos sociais – em objeto do conhecimento. Isso mostra, claramente, a prioridade ontológica da objetividade (do objeto) sobre a subjetividade (sujeito) no processo de conhecimento” (*idem*, p. 101).

Adiante, Tonet (2013) aponta que só é possível conhecer a realidade social porque existem leis sociais que regem as sociedades. Todavia, essa determinação não é, de modo algum, um determinismo mecânico dado o seu caráter ativo do ser social. “A realidade é o resultado de atos dos indivíduos singulares. Estes atos, que são teleológicos, isto é, intencionalmente orientados, dão origem a uma realidade objetiva que já não é teleológica, mas cujo evolver é regido por leis de tipo causal” (p. 102).

Dito de outro modo, os homens, na sua singularidade, estão fadados a uma causalidade – num mundo posto, determinado por leis sociais que são essencialmente históricas, e que por isso independe da vontade de cada homem singular. No entanto, é justamente “[...] pelo fato de essas leis serem históricas, isto é, não absolutas, que a história não é um processo inevitável e, portanto, que o seu desdobramento não pode ser previsto de modo absoluto” (Tonet, 2013, p. 102). O autor retoma os fatos históricos para demonstrar a inegável relação entre as leis sociais que determinam o desenvolvimento de cada sociedade e a sua possibilidade de superação. Do escravismo, ao feudalismo até o capitalismo, os indivíduos em cada período histórico, ao nascer, estavam fadados a causalidade do processo histórico de seu período. Todavia, os processos históricos – a partir das necessidades e da organização do trabalho para supri-las – culminaram em novos modos de produção e reprodução da vida.

Do exposto, caminhamos para o seguinte questionamento: como se dá a interação, radicalmente no padrão marxiano, entre a objetividade e a subjetividade? Esta articulação é compreendida na relação dialética singular-particular-universal, denominada por Lukács (1979) como dialética ontológico-concreta. Contrariamente às concepções nas quais os indivíduos e a

sociedade são postos em posição antagônica, de modo dicotômico, essas duas categorias – singularidade e universalidade – são imbricadas e indissociáveis, visto que a universalidade, longe de ser uma abstração vazia, só se concretiza na singularidade, mas de modo particular. Isto é, com mediações particulares que só podem ser compreendidas na articulação com a totalidade (Oliveira, 2001). A totalidade, segundo Tonet (2013),

> [...] como princípio metodológico, significa que *nada pode ser compreendido de modo isolado*. O sentido de cada parte, de cada fato, de cada dado só emerge na medida em que ele for apreendido como momento de um conjunto, como resultado de um processo através do qual um dos elementos parciais vai adquirindo a sua natureza e a sua especificidade (p. 116, grifos nossos).

A dialética materialista-histórica refuta não apenas o antagonismo posto entre "indivíduo e sociedade", mas também nega a apreensão mecanicista dessa relação. Ademais, a universalidade não se refere apenas a uma forma de forma de organização social específica. Isto porque, como já assinalamos, o indivíduo não é – apenas – um sujeito singular, apartado da história de todos os homens que o antecederam e que a ele coexistem, a humanidade. Todo homem pertence ao *gênero humano*, visto que a existência isolada não é uma possibilidade: trata-se da *intentio recta*, processo ininterrupto, o qual já assinalamos. Ao nascer, o sujeito está fadado a existir no mundo com toda a produção humana – material e imaterial – que dos homens que o antecederam, e também é com os sujeitos que ainda nascerão, assim sucessivamente. Ocorre que, nesta forma de sociabilidade ainda vigente o acesso desses sujeitos a esta produção não é e não pode ser igualitária a todos os indivíduos. Ou seja, cada homem singular faz parte dessa universalidade, mas a sua *objetivação* dar-se-á de modo particular. A concepção de igualdade jurídica, como assinalamos, não é uma igualdade plena de condições ao acesso a "todo conjunto de produção humana já existente" ao qual Oliveira (2001, p. 4) denomina de "o patrimônio da humanidade". Dialogando com Heller (1977), Oliveira (2001) define que:

> [...] a história tem mostrado que essa "objetivação plena" do indivíduo só se dá para aquele indivíduo que, por determinados motivos e circunstâncias, consegue superar os limites determinados pela estrutura social em que vive, quer dizer, quando esse indivíduo consegue concretizar em sua vida as possibilidades já existentes apresentadas pelo desenvolvimento do gênero humano, as quais lhe estão sendo cerceadas ou mesmo negadas pela estrutura social na qual está inserido (p. 5).

Esse cerceamento ou negação da objetivação plena imputada à parte dos indivíduos significa a alienação[12] destes "frente a esses produtos da atividade humana" (Oliveira, 2001, p. 5). Para os fins da discussão neste momento, delineamos que o processo de alienação obstaculiza a compreensão da constituição dos processos históricos e sociais (sua essência) limitando o pensamento à obviedade, o que é imediatamente perceptível (a aparência), isto é, o fetiche, categoria já assinalada a partir de Marx.

A fim de exemplificar, tomemos um fato histórico e a forma como ele é compreendido/explicado na perspectiva da ideologia burguesa (no padrão científico moderno). No final do século XIX e início do século XX, o processo de urbanização do país, decorrente da industrialização, ocorreu de forma desordenada e acelerada. Como consequência, epidemias de doenças contagiosas – dadas as precárias condições de moradia às quais a classe trabalhadora foi submetida – tornaram-se um problema de saúde pública. Nesse momento, teorias – formas de explicar tais fenômenos – tomavam o resultado do processo (o cerceamento desta população ao acesso a condições dignas de vida) para explicar suas causas, de modo apartado da totalidade das relações e assim, localizando nos indivíduos a gênese do problema. Tratamos aqui das famigeradas teorias do Higienismo e do Eugenismo, as quais são analisadas de forma aprofundada por Boarini e Yamamoto (2004):

> Ao considerar, apressadamente, que a maior incidência de doenças e mortalidade infantil ocorria na classe trabalhadora pela falta de cuidados pessoais, ou que esta situação era devida à ignorância desta população, os higienistas negavam, praticamente, a diferença de recursos necessários à preservação da saúde em decorrência da diferença entre classes sociais. E assim entendendo, o melhor encaminhamento era propor ao Estado educar esta população. E mais que isso, era necessário intervir em uniões que poderiam transmitir doenças, como se acreditava no caso da sífilis, tuberculose, doença mental, alcoolismo dentre outras. E aqui, adentramos no terreno da eugenia que, em determinado momento histórico, articula-se perfeitamente com os propósitos do higienismo (p. 66).

Com isso, evidenciamos que: 1) além da impossibilidade deste modo de sociabilidade em garantir que todos tenham acesso aos bens produzidos pela humanidade (moradia, alimentação, acesso à saúde, à educação, à cultura, ao lazer e ao trabalho dignos); 2) os resultados dessa deformação – do ponto de vista do gênero humano – são teorizados de modo a culpabilizar os indivíduos por essa condição, base da ideologia neoliberal. Outro exemplo enfático do cerceamento à objetivação plena de todos os indivíduos no modo de produção

[12] A discussão sobre a alienação será aprofundada no item 1.4 do Capítulo 1.

capitalista é o fato de que a humanidade já atingiu um patamar de produção de alimentos para suprir a necessidade de toda a população mundial. No entanto, visto que o objetivo do sistema capitalista é a produção de mais-valia, as necessidades humanas são e não podem ser, pela lógica própria desse modo de produção, realizáveis no sentido pleno. De acordo com o Relatório internacional *The State of Food Security and Nutrition in the World*, publicado pela *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO)*, International Fund for Agricultural Development* (IFAD)*, United Nations Children's Fund* (UNICEF)*, World Food Programme* (WFP) *e World Health Organization* (WHO), disponível em inglês:

> Em termos de população, entre 713 e 757 milhões de pessoas (8,9 e 9,4 por cento da população global, respectivamente) foram estimadas como subnutridas em 2023. Considerando a estimativa média (733 milhões), cerca de 152 milhões de pessoas a mais podem ter enfrentado fome em 2023 em comparação a 2019 (2024, p. 18)[13].

Embora o problema da fome no mundo seja evidenciado até mesmo por instituições convergentes com a ideologia burguesa, a superficialidade da abordagem que não considere a decisiva categoria da particularidade que conecta, de modo indissociável, o indivíduo do gênero humano, acaba por limitar a si mesma no imediatismo, não apreendendo o movimento da realidade em seu processo constitutivo. Por conseguinte, fundando teorias que inviabilizam a superação desse modo de sociabilidade:

> [...] como pólo “sociedade” é tomado como o universal perde sua função de particular na relação indivíduo-genericidade perde a sua função de mediação; e como o pólo “gênero humano” não é considerado, perde sua função de universal. Daí que ele, o gênero humano, não é o elemento em que se encontra a meta máxima do desenvolvimento do indivíduo e sim os estreitos limites da sociedade. Nestes limites, a adaptação do indivíduo aos moldes da sociedade existente é o princípio fundamental (Oliveira, 2001, p. 18, destaques da autora).

Dirigindo as reflexões aos fundamentos e objetivos da lógica burguesa, incluímos ainda as diretrizes postas ao sistema educacional, sobretudo de países em desenvolvimento, com políticas financiadas pelos países dominantes. Na análise do Relatório “Educação: um tesouro a descobrir” (Delors, 1999), elaborado por Jacques Delors para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), com a primeira versão em português publicada em 1996, o qual direciona os princípios e fundamentos dos Parâmetros Curriculares

[13] Tradução nossa.

Nacionais (PCN) das séries iniciais do Ensino Fundamental (Brasil, 1997), evidencia-se o seu caráter adaptacionista e neoliberal[14]:

> Apoderou-se dos nossos contemporâneos um sentimento de vertigem, divididos que estão entre esta mundialização cujas manifestações eles observam e, por vezes, suportam a sua busca das raízes, das referências, de fazer parte. A educação deve encarar de frente este problema, pois, na perspectiva do parto doloroso de uma sociedade mundial, ela se situa no coração do desenvolvimento tanto da pessoa humana como das comunidades. *Cabe-lhe a missão de fazer com que todos, sem exceção, façam frutificar os seus talentos e potencialidades criativas, o que implica, por parte de cada um, a capacidade de se responsabilizar pela realização do seu projeto pessoal* (Delors, 1999, p. 16, grifos nossos).

Não é por acaso, como aponta Tonet (2013), que nesse período histórico haja o afloramento das teorias pós-modernas que hiper-centralizam a subjetividade como criadora de toda objetividade, detendo-se à esfera da aparência das coisas. É nesse sentido que afirma o autor, não cabe ao sujeito impor uma lógica à realidade, mas, ao contrário, capturar a lógica da realidade, sendo que, "A diferença entre *capturar* a lógica e *impor* uma lógica mostra a essencial distância que separa o método instaurado por Marx do método científico moderno" (p. 120, grifos do autor).

Assim, Tonet (2013) advoga que a abstração, na perspectiva ontológica, isto é, que parte do próprio objeto, é o meio apropriado para esses fins e que, portanto, não se trata de *qualquer* abstração. Ao tratar da lógica especulativa em *A sagrada família*, Marx e Engels (2011) utilizam o exemplo da abstração das frutas como construções do intelecto: ao partir da abstração "da fruta", como uma categoria geral e universal, a filosofia especulativa toma as frutas reais como construções puramente racionais. Perde-se, com isso, as determinações da matéria em prol de abstrações vazias, que são tomadas apenas como resultado da racionalidade do sujeito, pois é ele que confere a substancialidade da *coisa*:

> [...] o filósofo especulativo apenas leva a cabo essa contínua criação ao encaixar furtivamente, como se fossem determinações inventadas por ele mesmo, propriedades da maçã, da pera etc. que são conhecidas universalmente e apresentadas à intuição real, atribuindo os nomes das coisas reais àquilo que apenas o intelecto abstrato pode criar, ou seja, às fórmulas abstratas do intelecto; declarando, enfim, sua própria atividade, através da qual ele passa da representação maçã à representação pera, como a autoatividade do sujeito absoluto, "da fruta" (s/p).

[14] Discussão sobre a mercantilização da educação em: *A mercadoria-educação como projeto político e o compromisso da psicologia com a emancipação humana* (Kian; Alves, 2024).

Tendo como prerrogativa a incisiva rejeição à lógica especulativa, portanto, é por meio da abstração a qual tem como ponto de partida a realidade – "da fruta" real, referenciando o exemplo de Engels – que se articula singularidade, particularidade e universalidade: "Através do processo de abstração são capturadas as diferenças, mas também o que há de comum entre determinadas coisas e o modo como elas se articulam" (Tonet, 2013, p. 121). Destarte, corroborando as discussões aqui empreendidas, recorremos novamente à Oliveira (2001) ao concluir sua análise acerca da atuação do psicólogo, como terapeuta e como pesquisador:

> Tendo em vista o que aqui foi exposto, a questão epistemológica da relação singular-particular-universal na atuação do psicólogo terapeuta e pesquisador constitui-se na relação entre a singularidade (o indivíduo) e a universalidade (o gênero humano), a qual se concretiza através das múltiplas mediações determinadas pelas relações sociais específicas do contexto (a particularidade) em que esse indivíduo está inserido. Ao nosso ver, é essa a relação fundamental a ser considerada nessa atuação, se se pretende, de fato, contribuir para a emancipação humana. Isso não é só um desafio feito a um profissional, mas, como diria Goethe, uma Lebensführung, uma direção de vida (p. 20).

Em suma, ao propor algumas reflexões sobre a concepção marxiana de ciência, apresentando o contexto histórico e algumas categorias fundamentais para o Materialismo Histórico-Dialético, demarcamos a perspectiva que guiará este trabalho, contrapondo com o modelo hegemônico de ciência moderna. Aqui afirmamos, além dos pressupostos filosóficos, a assunção de um posicionamento ético e político com o qual se vincula este trabalho. Consoantes com Tonet (2013) ao afirmar que "a *razão* do mundo é a razão do *mundo*" rejeitamos a noção de que uma pesquisa acadêmica *construa* uma verdade sobre seu objeto, ao contrário, almejamos apreender o movimento da realidade na própria realidade.

1.2. **Do Idealismo ao Materialismo: o percurso até o Materialismo Histórico-Dialético**

Ser radical é agarrar a coisa pela raiz[15]

O Materialismo Histórico-Dialético de Karl Marx e Friedrich Engels emerge da crítica ao Idealismo, corrente filosófica predominante na Europa a partir do século XIX, na sua vertente "clássica", inaugurada por Hegel, e a de seus sucessores denominados neo-hegelianos, e também da crítica ao Materialismo que, representado principalmente por Feuerbach, opôs-se à tradição hegeliana. O aprofundado estudo de Marx e Engels dessas correntes foi fundamental

[15] Marx (2013b, p. 157, grifos nossos).

para o desenvolvimento de uma perspectiva radicalmente nova na forma de compreensão da realidade. Por esse motivo, torna-se importante recuperar, ainda que sumariamente, seus antecedentes e aspectos da trajetória do revolucionário pensador Karl, tomando como principal referência as valiosas contribuições da obra biográfica de autoria de Netto (2020).

Sem negar as irremediáveis divergências filosóficas e do conservadorismo religioso de Hegel, Netto (2020) aponta que é necessário considerar que houve importantes contribuições do pensamento hegeliano para o desenvolvimento do Materialismo Histórico-Dialético. Hegel foi professor na Universidade de Berlim onde, anos mais tarde, no período de dissolução da filosofia clássica alemã, Marx cursou Filosofia. Mas, muito além disso:

> [...] a referência a Hegel, quando se trata de Marx, não é pertinente apenas à ambiência da cultura alemã nos anos 1830-1840: de fato, *a relação de Marx com o pensamento hegeliano foi uma relação profunda e duradoura*, concretizando o que o próprio Hegel designava por superação – para o filósofo, *superação* (*Aufhebung*, que se traduz também por *suprassunção*) denota um processo que "é ao mesmo tempo um *negar* e um *conservar*" (Hegel, 2008, p. 96). Marx, simultaneamente, negou e conservou de modo crítico (elevando-os a outro nível) elementos essenciais da elaboração hegeliana, e a sua própria obra não se torna plenamente inteligível se não se considerar a relevância que a ela ofereceu a incorporação crítica do contributo hegeliano[41] (Netto, 2020, s/p, grifos do autor).

Karl Marx nasceu em 5 de maio de 1818 na cidade de Trier em Renânia, pertencente à Confederação Germânica, na época liderada pelo governo prussiano. Cabe salientar que o local e o momento histórico da vida de Karl Marx foram permeados por diversas transformações sociais e de disputas políticas. O Reino da Prússia tinha como base a nobreza latifundiária e centralizava os poderes militar, político, jurídico, religioso e burocrático, a unificação da Alemanha só ocorreu em 1871 ao final da Guerra Franco-Prussiana. Embora a região da Renânia fosse mais industrializada, Trier se destacava mais pelas atividades de comércio, de produção de vinho e do exercício de funcionários públicos. O pai de Karl, Heinrich Marx, era advogado e do judaísmo se converteu ao protestantismo cristão - objeto político de disputas entre o Estado prussiano e o poder governamental e burguês francês que se vinculava ao catolicismo (Padial, 2022). Para Netto (2020), a particularidade da Alemanha:

> [...] na qual Marx nasceu e viveu até chegar à idade adulta, estando muito atrasada em relação ao desenvolvimento econômico social e político da Inglaterra, da França e dos Países Baixos, apresentava, no entanto, uma dinâmica filosófico-cultural de altíssimo nível, portadora de uma

> complexidade e riqueza relativamente incomparáveis às daqueles países em que a revolução burguesa (e seus fundamentos capitalistas) se consumara (s/p).

A precariedade das condições dessa sociedade alemã, como assinala Netto (2020), incluindo "[...] a defasagem entre a grandeza da herança filosófico-cultural e a estreiteza de horizontes da vida social via-se exponenciada pelas mesquinhas imposições ideopolíticas da dominação de oligarquias fundiárias" (s/p), foi um dos problemas centrais dos intelectuais da época, incluindo Marx que a denominou, no início dos anos 1840, como a *miséria alemã*.

Nos anos iniciais de seu estudo em filosofia, Marx se dedicou ao idealismo subjetivo, mas logo encontrou suas limitações. Em correspondência a seu pai, Karl faz uma autocrítica quanto ao seu erro, tal como um "acientificismo do dogmatismo matemático" ao observar o objeto em si mesmo, sem a relação com outros objetos e a realidade. Em 1837 Marx se aproximou do grupo conhecido como "Clube dos Doutores", do qual Bruno Bauer, neo-hegeliano, era um dos principais representantes. Todavia, já no início de 1940 a mudança de ambos e o distanciamento de posicionamentos foi se tornando cada vez mais evidente, frente aos conflitos políticos da época a própria "esquerda hegeliana" passava a se diferenciar e dividir. As incisivas críticas se dirigiam principalmente à análise essencialmente abstrata deles sobre a *miséria alemã* (Netto, 2020, s/p, grifo do autor). No bojo destas transformações, o reinado reacionário de Guilherme IV, iniciado em 1839 após a morte de seu pai, que em 1842 escancarou a sua "nova ordem" e dirigiu os ataques diretos à filosofia hegeliana, e especialmente aos neo-hegelianos. Nesse contexto, o materialismo clássico ascendeu após Feuerbach publicar *A essência do cristianismo* em 1841. E assim, avançar na crítica materialista da religião a partir da categoria alienação (Netto, 2020, s/p).

Foi também em 1841 que Marx recebeu o seu diploma de doutor em filosofia, mas diante do controle ideológico na Universidade exercido pelo governo de Guilherme IV, a docência não foi uma opção para o jovem Marx naquele momento. Assim, no ano seguinte, Marx começou a atuar na Gazeta Renana com importantes contribuições teóricas e de posição de enfrentamento ao governo até que, em função de sua perseguição e censura, decidiu desligar-se do Jornal. A conjuntura política da época e a sua breve – mas significativa – atuação como editor da Gazeta tiveram grande impacto às ideias de Marx, especialmente à sua crítica à economia política: "descortinou-lhe a dimensão política da vida social, que até então só o interpelara de maneira indireta, também o pôs diante do seu despreparo para apreendê-la num registro teórico rigoroso e capaz de instrumentalizá-lo para agir de modo coerente e consequente" (Netto, 2020, s/p).

No escrito *Para a questão judaica*, 1843, Marx amadureceu a sua posição materialista e, em resposta às soluções propostas por Bauer, diferencia a emancipação política da emancipação humana:

> [...] *Marx deslocou a problemática da questão judaica do campo religioso para o campo político e social, contém-se um nítido embasamento materialista histórico*: ao contrário de Bauer, ele, metodologicamente, não pensa o judeu a partir de sua particularidade religiosa: pensa a realização da sua particularidade religiosa a partir das condições próprias da vida empírica dos indivíduos na sociedade civil (Netto, 2020, s/p, grifos do autor).

Após a sua saída da Gazeta Renana, Marx se dedicou a um intenso período de estudos. Mudou-se para Kreuznach para se dedicar a esta atividade, de maio a outubro/novembro de 1843. A partir de sua criteriosa análise da *Filosofia do direito*, de Hegel, dedicando-se à concepção hegeliana de Estado, na *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel* (1843-1844), Marx avança "[...] na defesa do princípio democrático, sua reflexão se radicaliza, já apontando no sentido de levar a crítica política para além do terreno jurídico-político na direção de uma crítica político-social" (Netto, 2020, s/p). O autoexílio de Marx para a França foi justificado pela perseguição do governo prussiano, assim, ele e Ruge lançaram em Paris *Os Anais Franco-Alemães*, em fevereiro de 1844. O projeto não foi duradouro em função de divergências entre os dois. Contudo, a ida de Marx para Paris em 1844 foi um acontecimento decisivo para a sua vida e obra, como demonstra Netto (2020).

Na *Introdução* da crítica à filosofia do direito hegeliana, Marx (2013b) realiza uma incisiva análise da conjuntura da Alemanha da época defendendo a imprescindível condição do abandono da perspectiva dita "revolucionária" que abdicava da filosofia como um instrumento necessário à atividade revolucionária que tem, como base, a vida material e as necessidades dos homens reais. A despeito do avanço na crítica à religião como produto e não produtora dos homens – pressuposto de toda a crítica – a filosofia alemã limitou-se a "pensar o que as outras nações fizeram".

> Dada a estreiteza de seu ângulo de visão, não considera que a filosofia encontre-se no mesmo nível da realidade *alemã* ou até mesmo a situa falsamente *abaixo* da prática alemã e das teorias que a servem. Reivindicais que se deva seguir, como ponto de partida, o *germe da vida real*, mas esqueceis que o germe da vida real do povo alemão brotou, até agora, apenas no seu *crânio*. Em uma palavra: não podeis suprimir a filosofia sem realizá-la. O mesmo erro, apenas com fatores *invertidos*, cometeu o partido *teórico*, oriundo da filosofia (Marx, 2013b, p. 156, grifos do autor).

Marx (2013b) avalia que foi Hegel quem mais avançou na filosofia do direito e do Estado, todavia, numa perspectiva especulativa na qual "A abstração e a presunção de seu pensamento andaram sempre no mesmo passo da unilateralidade e da atrofia de sua realidade" (p. 157). O caráter reacionário da aspiração revolucionária alemã incidia na não compreensão de que a real emancipação do homem só será possível com a emancipação de *todos* os homens, numa emancipação verdadeiramente universal e não circunscrita a interesses particulares. Assim, afirma que "Para alcançar a posição emancipatória e, com isso, a exploração política de todas as esferas da sociedade no interesse de sua própria esfera, não bastam energia revolucionária e autossentimento [*Selbstgefühl*] espiritual" (Marx, 2013b, p. 160, grifo do autor). Desse modo, somente o projeto revolucionário do proletariado pode alcançar a emancipação humana, na qual "A *emancipação do alemão* é a *emancipação do homem*. A *cabeça* dessa emancipação é a *filosofia*, o *proletariado é* seu coração" (Marx, 2013b, p. 163, grifos do autor).

Em 1844 Marx e Engels se encontraram em Paris e começaram a planejar o primeiro trabalho juntos, *A Sagrada Família,* publicado em 1845. Eles haviam se conhecido dois anos antes. O encontro de Marx e Engels foi decisivo para a elaboração do Materialismo Histórico-Dialético, ambos compartilharam de uma longa e frutuosa parceria na militância e na produção teórica, além de uma profunda relação de amizade que durou a vida toda. Friedrich Engels nasceu em 28 de novembro de 1820, na Alemanha, filho de um casal de industriais, do ramo têxtil, religiosos e conservadores. A despeito de sua posição de classe social, Engels desde muito jovem foi afetado pelas precárias condições de vida dos trabalhadores da fábrica de sua família. Por pressão familiar, deixou a escola para se dedicar aos negócios da família. Também em 1842 conheceu Mary Burns, jovem trabalhadora irlandesa, com quem viveu até a morte. Esta relação também teve ressonâncias para a aproximação e compreensão de Engels com as condições da classe operária[16].

É fundamental ressaltar que foi no contexto de acirramento das lutas sociais e da condição da classe operária na França que Marx entrou em contato com o proletariado, e que essa relação foi fundamental para a sua posterior elaboração da compreensão dos trabalhadores enquanto classe social. Assim, o Materialismo Histórico-Dialético foi sendo constituído não como uma teoria apartada da realidade social, ao contrário, como proposta política de emancipação humana, conforme reitera Netto (2020, s/p, grifos dos autores):

[16] Cronologia resumida em *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel* (Marx, 2013b, pp. 167-181).

> [...] a suprassunção da filosofia ultrapassa largamente o plano teórico: Marx sublinha que "a crítica da filosofia especulativa do direito não se orienta em si mesma, mas em *tarefas* que só podem ser resolvidas por um único meio: a *atividade prática*" [151]. Nessa determinação aflora a problemática específica da relação entre teoria e prática, posteriormente desenvolvida por Marx [17].

Embora tenha declarado previamente o seu desagrado com a leitura da filosofia hegeliana, Marx percebeu posteriormente que ela apresentava contribuições importantes para a compreensão do mundo: quanto à dialética, à contradição e ao movimento da realidade. Para Engels, o idealismo objetivo de Hegel "é um materialismo posto de cabeça para baixo" (*apud* Netto, 2020, s/p), visto que ele apreende o caráter autocriativo através do 'trabalho humano', porém confere uma origem espiritual a esta atividade. Também nesta direção, Netto (2020) recupera o posfácio da segunda edição de *O Capital*, publicado em 1873, ou seja, já num período de maturidade de sua produção, Marx conclui que: "A mistificação que a dialética sofre nas mãos de Hegel não impede em absoluto que ele tenha sido o primeiro a expor, de modo amplo e consciente, suas formas gerais do movimento. Nele, ela se encontra de cabeça para baixo. É preciso desvirá-la, a fim de descobrir o cerne racional dentro do invólucro místico" (Marx, 2013, p. 91).

Cabe sinalizar que no marxismo não há consenso quanto à relação de Marx e Hegel. Para alguns, se trata de um "corte epistemológico", como no caso do estruturalista francês Althusser. Para outros, há também uma conservação inerente à 'superação' de elementos do pensamento de Hegel, consoante com a própria significação e compreensão do termo destacado. Deste lado, destacam-se o marxista húngaro Gyorgy Lukács (1885-1971) e o próprio José Paulo Netto (2020, s/p). Consoante com a concepção de "crítica radical" e da própria dialética materialista-histórica, corroboramos com a compreensão de que as contribuições de seus antecessores foram superadas pelas elaborações marxianas. Nos *Manuscritos Econômicos-Filosóficos*, de 1844,

> [...] Marx avança para além de ambos os filósofos na formulação da sua teoria da alienação: nesses textos, está em processo a ultrapassagem dos influxos hegelianos (para Hegel, a objetivação do sujeito, a Ideia/Espírito, é universal e necessariamente alienação) e da inspiração basicamente feuerbachiana (na qual a alienação tem como sujeito o homem abstrato e é um processo que se opera na consciência de si desse homem em geral), e Marx caminha para a historicização materialista da alienação, determinando-lhe um novo sujeito nuclear (o produtor direto, o trabalhador) e precisando a sua processualidade sociomaterial e histórica: o ato e o processo da produção (Netto, 2020, s/p).

Nesse sentido, aponta o autor, é em *A ideologia alemã*, de 1845-1846, obra escrita conjuntamente por Marx e Engels, que tais elaborações serão conclusas. Nesta e nas (onze) *Teses Ad Feuerbach*, de1845, de autoria de Marx, encontramos elementos que avançam em direção à saída proposta pelos autores ao idealismo hegeliano e ao materialismo clássico. No primeiro grupo, com destaque aos neo-hegelianos: ao autor de *Vida de Jesus* (1835-1836), David Friedrich Strauss; ao autodenominado "crítico crítico", Bruno Bauer; a Max Stirner - pseudônimo de Johann Schmidt -, autor de *O Único e sua propriedade* (1844), a quem os autores denominavam, respectiva e ironicamente, como São Bruno e São Max. E, por outro lado, de seus opositores, com especial referência a Ludwig Feuerbach, que se propunha à superação do sistema hegeliano (Marx; Engels, 2005).

Em termos metodológicos afirmam que os novos hegelianos não avançaram em relação aos velhos, ao contrário, mantiveram a mesma concepção com outra roupagem, a de uma crítica incisiva à religião: a contribuição daqueles se limitava a alguns "insignificantes esclarecimentos" histórico-religiosos, porém sem superar a limitação fantasiosa da compreensão do todo como produto da consciência. Para Marx e Engels (2005), os novos hegelianos apenas substituíram "uma fraseologia por outra": "[eles] propõem aos homens o seguinte postulado moral: substituir sua consciência atual pela consciência humana, crítica ou egoísta, eliminando, assim, seus limites" (p. 43).

Nesse sentido, o Materialismo Histórico-Dialético rompe com a tradição do pensamento da história da humanidade a qual situava fora do mundo material as explicações da realidade humana, seja na Grécia Antiga por meio da cosmologia aristotélica, na Idade Média com a hegemonia religiosa cristã até a Modernidade com as metafísicas da Razão, incluindo Hegel que, a despeito de considerar uma existência de uma atividade material a subordinou à consciência enquanto uma substância fora da vida material, discussões já empreendidas no item anterior. Concomitantemente às construções teóricas, Marx e Engels envolvem-se ativamente na atividade política dos movimentos operários, destacando a importância do exílio de Marx na Bélgica entre os anos de 1845 e 1848.

> No plano prático-político, a intervenção marxiana se desenvolve, em meio a polêmicas, mediante esforços de divulgação das ideias de Marx para variadas audiências e um denodado empenho de articular trabalhadores e militantes socialistas e comunistas em associações, organizando-as e promovendo-as. É desse empenho que resultará a sua aproximação a dirigentes artesãos e operários, coroada com a sua atuação junto à Liga dos Justos, que, sob a sua

> influência (e a de Engels), haverá de transformar-se na Liga dos Comunistas (Netto, 2020, s/p).

No decisivo ano de 1848 que Marx e Engels publicaram *O Manifesto Comunista*, tendo como destinatário o proletariado, a obra sintetiza rupturas e continuidade do Materialismo Histórico[17]. Aqui os autores já demonstram uma compreensão bastante aprofundada do processo histórico de desenvolvimento do capitalismo e do funcionamento dessa sociedade, evidenciando a especificidade da luta de classes no sistema vigente, perpassando pelas correntes e movimentos socialistas e comunistas até a formulação em oposição a esses diversos partidos. De antemão afirmam que as proposições teóricas dos comunistas.

> São apenas a expressão geral das condições efetivas de uma luta de classes que existe, de um movimento histórico que se desenvolve diante dos olhos. A abolição das relações de propriedade que até hoje existiram não é uma característica peculiar e exclusiva do comunismo [...] O que caracteriza o comunismo não é a abolição da propriedade em geral, mas a abolição da propriedade burguesa (Marx; Engels, 2017, p. 33).

Na análise da literatura socialista e comunista os autores tecem críticas ao socialismo reacionário, ao socialismo conservador ou burguês e ao socialismo e ao comunismo crítico-utópicos demonstrando, em cada um deles, os limites e incongruências para uma perspectiva verdadeiramente revolucionária.

No primeiro grupo encontra-se o socialismo feudal, herdeiros da Aristocracia. Estes alinhavam-se à luta contra o proletariado numa crítica apenas aparente à burguesia. “O que reprovam à burguesia é mais o fato de ela ter produzido um proletariado revolucionário do que o de ter criado o proletariado em geral” (Marx; Engels, 2017, p. 42). Assim, o senhor feudal e o padre (o socialismo feudal e o socialismo clerical) mantêm-se unidos a esse projeto reacionário, pois “O cristianismo também não se ergueu contra a propriedade privada, o matrimônio e o Estado? E em seu lugar não pregou a caridade e a pobreza, o celibato e a mortificação da carne, a vida monástica e a Igreja?” (p. 42).

Por sua vez, o socialismo pequeno-burguês, representante da burguesia e do pequeno campesinato da Idade Média, busca reestabelecer as antigas relações de propriedade. Como classe oscilante entre a burguesia (moderna e ascendente) e o proletariado, sua defesa não representava, de modo algum, a classe proletária. Todavia, ressalvam as contribuições desse

[17] Introdução de Tariq Ali (pp. 11-19).

socialismo ao identificar “[...] com muita perspicácia as contradições inerentes às modernas relações de produção” (Marx; Engels, 2017, p. 43).

Ainda na vertente reacionária, o socialismo alemão ou o “verdadeiro” socialismo foi um equívoco sobretudo pelo seu distanciamento da vida prática, limitando-se a teorizações dissociadas da realidade, de forma a-histórica:

> [...] emascularam completamente a literatura socialista e comunista francesa. E, como nas mãos dos alemães essa literatura tinha deixado de ser a expressão da luta de uma classe contra outra, eles se felicitaram por terem se elevado acima da “estreiteza francesa” e defendido não verdadeiras necessidades, mas a “necessidade da verdade”; não os interesses do proletário, mas os interesses do ser humano, do homem em geral, do homem que não pertence a nenhuma classe nem a realidade alguma e que só existe no céu brumoso da fantasia filosófica (Marx; Engels, 2017, p. 45, destaque dos autores).

O socialismo conservador ou burguês, por seu turno, não intencionava nenhuma forma de restauração das formas de organização social anteriores. Interessavam-se pelos progressos da vida moderna, mas essa parcela da burguesa busca “[...] remediar os males sociais para assegurar a existência da sociedade burguesa”. Entre seus seguidores, incluem-se: “[...] os economistas, os filantropos, os humanitários, os que se ocupam em melhorar a sorte da classe operária, os organizadores de beneficências os protetores dos animais, os fundadores das sociedades antialcoólicas, enfim, os reformadores de gabinete de toda categoria” (Marx; Engels, 2017, p. 46).

Eles defendem a melhoria das condições de vida nessa sociedade, sem, contudo, alterar as bases de sua organização, evidenciando seu caráter conservador diante da posição contrária de qualquer movimento revolucionário. “Por transformação das condições materiais de existência esse socialismo não compreende em absoluto a abolição das relações burguesas de produção – que só é possível pela via revolucionária” (Marx; Engels, 2017, p. 47).

Por fim, no âmbito do socialismo e do comunismo crítico-utópicos, a despeito da compreensão do antagonismo de classes, estes socialistas rejeitam “[...] toda ação política e, sobretudo, toda ação revolucionária; procuram atingir seu objetivo por meios pacíficos e tentam abrir um caminho ao novo evangelho social pela força do exemplo, com experiências em pequena escala, que naturalmente fracassam sempre” (Marx; Engels, 2017, pp. 48-49).

Nesse sentido, acabam por se aproximar dos socialismos reacionários ou conservadores, visto que a sua “intenção” revolucionária se limita a “[...] sonhar com a realização experimental de suas utopias sociais” (p. 49). Netto (2020) chama a atenção para o fato de que *O Manifesto Comunista* foi, não por acaso, publicado pouco antes da eclosão da Revolução de 1848:

> Marx e Engels intervieram energicamente no desenrolar da Revolução Alemã[2], que explodiu em meados de março de 1848, com a insurreição berlinense que obrigou Frederico Guilherme IV a fazer concessões e promessas liberais. Tal explosão não os surpreendeu: no Manifesto do Partido Comunista, publicado na mesma semana em que a revolução eclodiu em Paris (as jornadas de 22 a 24 de fevereiro) (s/p).

Nesse momento, Marx e Engels foram para a capital francesa, onde permaneceram por pouco tempo, até que Marx foi para a Alemanha fixou-se na cidade de Colônia onde permaneceu até junho de 1849, próximo do movimento revolucionário na Alemanha. A efervescência dos acontecimentos políticos entre 1848 e 1849 foram de extrema relevância para a produção marxiana ulterior. Contudo, a repressão e a derrota das forças revolucionárias forçaram ambos ao exílio, desta vez na Inglaterra. Marx viveu em Londres de agosto de 1849 até o final de sua vida, em meio a muitas dificuldades financeiras, manteve intensa produção intelectual incluindo a análise dos movimentos revolucionários de 1845 a 1849 (Netto, 2020, s/p).

As produções da década de 1850 representam um importante salto significativo na compreensão de Marx sobre o movimento do capital. Os extensos manuscritos de 1857-1858, conhecidos como *Grundrisse*, contém elementos fundamentais que foram articulados em *O Capital* na década seguinte (Netto, 2020, s/p). Faz-se a ressalva de que o conjunto de manuscritos compilados em *Grundrisse* só foi publicado integralmente *post mortem*, em 1939-1941. Será, portanto, na obra *O Capital – Crítica da Economia Política*, publicado em três volumes, na qual Marx se debruçará de forma exaustiva na busca pela apreensão do movimento real do modo de organização capitalista, considerando as suas categorias constitutivas: o trabalho assalariado, a propriedade privada, a mercadoria, as relações entre as classes sociais, a divisão do trabalho, o mercado internacional, etc. Para todas as categorias analisadas, o processo de desenvolvimento histórico do capitalismo é pressuposto. O primeiro volume trata do *processo de produção do capital* (escrito de 1863 a 1866, revisado em 1871), o segundo do *processo de circulação do capital* e o terceiro do *processo global de produção capitalista* (escritos no final da década seguinte). No posfácio da segunda edição do Livro 1, publicada em janeiro de 1873, Marx menciona a repercussão da obra e destaca a acertada síntese feita por Kaufmann[18] sobre o seu método:

---

[18] Posfácio da segunda edição, excertos citados por Marx em *O capital*, Livro 1 (2013, pp. 89-90). "Ilarión Ignátievich Kaufmann, economista russo, professor na Universidade de São Petesburgo". Texto publicado em Berlim, em 1859 (p. IV-VII).

> Para Marx, apenas uma coisa é importante: descobrir a lei dos fenômenos com cuja investigação ele se ocupa. E importa-lhe não só a lei que os rege, uma vez que tenham adquirido uma forma acabada e se encontrem numa inter-relação que se pode observar num período determinado. Para ele, importa sobretudo de uma forma a outra, de uma ordem de inter-relação a outra. Tão logo tenha descoberto essa lei, ele investiga em detalhes os efeitos por meio dos quais ela se manifesta na vida social [...] Desse modo, o esforço de Marx se volta para um único objetivo: demonstrar, mediante escrupulosa investigação científica, a necessidade de determinadas ordens das relações sociais e, na medida do possível, constatar de modo irrepreensível os fatos que lhe servem de pontos de partida e de apoio. Para tanto, é plenamente suficiente que ele demonstre, juntamente com a necessidade da ordem atual, a necessidade de outra ordem, para a qual a primeira tem inevitavelmente de transitar, sendo absolutamente indiferente se os homens acreditam nisso ou não, se têm consciência disso ou não (Kaufmann *apud* Marx, 2013, p. 89).

Nesta análise, evidenciam-se: o cerne do método científico proposto por Marx na busca pelos processos constitutivos das relações, ao seu movimento, o movimento da realidade, na direção oposta do método especulativo, aqui a abstração não é descolada nem a origem da realidade. Adiante, Kaufmann enfatiza que as leis gerais da vida econômica são historicamente delimitadas, e, como já foi dito, independem da vontade ou da consciência dos homens em relação a elas.

> Dir-se-á, porém, que as leis gerais da vida econômica são as mesmas, sejam elas aplicadas no presente ou no passado. Isso é precisamente o que Marx nega. Para ele, tais leis abstratas não existem [...] De acordo com sua opinião, ao contrário, cada período histórico possui suas próprias leis [...] Tão logo a vida tenha esgotado um determinado período de desenvolvimento, passando de um estágio a outro, ela começa a ser regida por outras leis. Numa palavra, a vida econômica oferece um fenômeno análogo ao da história da evolução em outros domínios da biologia [...] Os antigos economistas equivocaram-se sobre a natureza das leis econômicas ao compará-las às leis da física e da química [...] Uma análise mais profunda dos fenômenos demonstra que os organismos sociais se distinguem entre si tão radicalmente quanto os organismos vegetais se distinguem dos organismos animais [...] sim, um mesmo fenômeno é regido por leis totalmente diversas em decorrência da estrutura geral diversa desses organismos, da diferenciação de alguns de seus órgãos, da diversidade das condições em que funcionam, etc. Marx nega, por exemplo, que a lei da produção seja a mesma em todas as épocas e lugares. Ao contrário, ele assegura que cada etapa do desenvolvimento tem sua própria lei de produção (Kaufmann *apud* Marx, 2013, pp. 89-90).

Por fim, finaliza o excerto enfatizando a contribuição do método científico formulado por Marx para a investigação da vida econômica: “O valor científico de tal investigação reside na elucidação das leis particulares que regem o nascimento, a existência, o desenvolvimento e a morte de determinado organismo social e sua substituição por outro, superior ao primeiro”

(Kaufmann *apud* Marx, 2013, p. 90). A historicidade é, portanto, elemento fundamental na compreensão do seu próprio método: a realidade é a gênese do pensamento, e não o contrário. Se cada sociedade é regida por leis próprias, essas leis não são abstratas ou alheias à ação humana, ao contrário: é na forma particular da atividade humana, em cada período histórico, que emerge uma determinada forma de organização social. Destarte, a seguir trataremos diretamente da categoria fundante do ser social para o Materialismo Histórico-Dialético, o trabalho.

1.3. **O trabalho como categoria fundante do ser social**

"[...] o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera"[19]

A chave da virada paradigmática no Materialismo Histórico-Dialético é a *atividade real*, visto que: "[...] o primeiro pressuposto de toda a história humana é, naturalmente, a existência de seres humanos vivos" (Marx; Engels, 2005, p. 44). Aqui a referência à existência individual na materialidade corporificada, do seu nascimento à sua morte: "*seres de carne e osso*" – e não de uma *ideia* de ser – que garanta a existência vital de cada sujeito e da existência coletiva como condição para a sobrevivência e a reprodução da espécie, ou seja: sem atender às suas necessidades fisiológicas mais básicas, o ser humano, independente do que sua fantástica consciência possa *imaginar*, – terá poucos dias de vida, enquanto vida individual – até que sucumba e, enquanto humanidade, não dará continuidade à sua espécie caso não se organize coletivamente para tal.

> Ao contrário do que sucede na filosofia alemã, que desce do céu para terra, aqui se ascende da terra ao céu. Ou, dito de outro modo, não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, nem do que são as palavras, no pensamento, imaginação e representação dos outros para, a partir daí, chegar aos homens de carne e osso; parte-se, sim, dos homens em sua *atividade real*, e, a partir do seu processo na vida real, expõe-se também o desenvolvimento dos reflexos ideológicos e dos ecos desse processo vital (Marx; Engels, 2005, p. 52, grifo nosso).

Os pressupostos aqui assumidos, alertam os autores, não são dogmas e devem ser verificados empiricamente, abdicando de qualquer mistificação ou explicação "extraterrena", pois, interessa-nos: "[...] o nexo existente entre a estrutura social e política e a produção" (Marx;

[19] Marx (2013, pp. 255-256) em *O Capital*, Livro 1, capítulo 5: *O processo de trabalho e o processo de valorização*.

Engels, 2005, p. 50). Como implicação direta, compreendemos que independente da sua vontade o sujeito não pode transcender às suas condições materiais e determinadas de vida de seu lugar e período históricos, o que não significa que ele não possa *agir* sobre elas. Desse modo, afirmam, "A consciência nunca pode ser outra coisa que o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo da vida real" (Marx; Engels, 2005, p. 51), em oposição direta ao idealismo para o qual a consciência, em última instância, seria a origem de toda produção humana, conforme já foi apontado.

Por outro lado, o velho materialismo, o qual Marx também denominou "materialismo intuitivo", tampouco esteve a contento da vida real. Feuerbach diferencia os objetos sensíveis dos objetos do pensamento, mas apenas como *objetos* e não como atividade humana – enquanto subjetividade carregada de intencionalidade e intervenção no mundo – assim, ele se propõe a superar o *pensamento abstrato* por meio da *intuição sensível*, sem considerar que essa também parte da *atividade humana*. A práxis, como prática tipicamente humana, deve ser provada empiricamente, caso contrário, é pura abstração, tal como o é na tradição da abstração especulativa idealista.

A falta de compreensão da história como produto da atividade humana faz com que o velho materialismo inverta e reduza a relação do homem: de produtor à simples produto da história, de modo que toda atividade humana é equivocadamente abstraída de sua materialidade. Nessa lógica, o sujeito tem a sua existência reduzida a uma abstração, como um sujeito isolado em si mesmo e incapaz de realizar a transformação do mundo. A ausência do nexo entre objetividade e subjetividade em Feuerbach incorre numa "autocontradição", e a despeito de sua crítica à autoalienação religiosa, ele retira seu fundamento do reino dos céus – ignorando que o sentimento religioso também é *produto social* de uma determinada forma social – e o coloca "nas nuvens como um reino autônomo" (Marx, 2005, p. 119, grifo do autor).

Nas teses finais, Marx (2005) pondera que o avanço do materialismo *intuitivo* foi o de considerar "a intuição dos indivíduos isolados na 'sociedade civil'", todavia, "[...] o ponto de vista do novo materialismo é a sociedade *humana* ou a humanidade social", de modo que "Os filósofos [incluindo aqui os velhos e novos hegelianos, e os materialistas] se limitaram a *interpretar* o mundo de diferentes maneiras; mas o que importa é *transformá-lo*" (Marx, 2005, p. 120, grifo do autor). No bojo da análise das principais tradições que precederam o Materialismo Histórico-Dialético, os marxistas contemporâneos, Sérgio Lessa e Ivo Tonet resumem, didática e comparativamente, os avanços e os limites dos idealistas e dos materialistas "mecanicistas":

> Os idealistas reconhecem, corretamente, o papel decisivo das ideias. Os materialistas, não menos corretamente, reconhecem o fundamento material do espírito humano. De modo simétrico, os idealistas se equivocam ao não perceberem o peso determinante da vida social objetiva sobre as concepções de mundo e, analogamente, os materialistas se equivocam por não reconhecerem o papel ativo das ideais sobre o desenvolvimento humano (Lessa; Tonet, 2004, p. 22).

Abdicando de qualquer determinismo mecanicista e essencialismo abstrato, no Materialismo Histórico-Dialético não há uma *essência humana* que *determina* o ser a priori. Se falamos de uma "essência humana", só podemos concebê-la a partir do seu caráter *essencialmente prático* no mundo, e, portanto, do caráter essencialmente histórico do desenvolvimento da vida humana. Destarte, retomando o primeiro pressuposto da imprescindível historicidade da vida humana, Marx e Engels (2005) partem da História na análise de quatro aspectos fundamentais das relações históricas originárias para a concepção da *consciência* enquanto *produto social*, a saber:

Primeiro: As necessidades humanas, o primeiro fato histórico: "[...] todos os homens devem estar em condições de viver para poder 'fazer história'. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais" (Marx; Engels, p. 53). Assim, os seres humanos criam *meios* para satisfazer tais necessidades. Diferente dos animais que satisfazem suas necessidades de sobrevivência *na* natureza, sem modificá-la e agindo apenas de forma instintiva, os seres humanos *transformam* a natureza: mesmo se tomarmos como exemplo o remoto período da "idade da pedra lascada" (período paleolítico), ainda que de forma primitiva e com a denominação de uma "pré-história", os seres humanos já conseguiam dominar o fogo e utilizar a pedra na obtenção de seus alimentos, fatos que não podem ser encontrados no reino animal.

Segundo: A partir do primeiro fato histórico, portanto, da produção de meios para a satisfação de suas necessidades, resulta a criação de novas necessidades, "[...] o primeiro ato histórico" (Marx; Engels, 2005, p. 54). Diante da satisfação das necessidades essenciais, os seres humanos produzem novas necessidades e, tendo satisfeito estas, outras são criadas, e assim por diante. Esse processo leva a uma complexificação da vida humana e das relações sociais e pode ser verificado na análise da imensa ampliação das necessidades no decurso da história: tendo satisfeitas as necessidades mais elementares, as necessidades do estômago, o ser humano busca também a satisfação das necessidades da imaginação ou do espírito. Esta segunda forma se refere a um grau de desenvolvimento humano superior. A natureza das necessidades não altera a relação do trabalho como forma de satisfazê-las (Marx, 2013, p. 113).

Destarte, ironizam Marx e Engels (2005), passa despercebido pela tradição especulativa que o ato histórico só é possível a partir do primeiro fato histórico:

> *É aqui que se reconhece, ao mesmo tempo, a descendência espiritual da grande sabedoria histórica dos alemães, que por falta do material positivo e quando são discutidos disparates teleológicos, políticos ou literários, nada nos oferecem em matéria de história*, mas só de "tempos pré-históricos"; de resto, porém, não nos explicam como se passa desse absurdo da "pré-história" à história efetiva – mas, por outro lado, *sua especulação histórica se lança em especial sobre essa "pré-história", em razão de acreditarem estar a salvo da interferência dos "fatos brutos"* e também porque, ao mesmo tempo, podem dar rédea solta aos seus ímpetos especulativos de propor lançar por terra milhares de hipóteses (Marx; Engels, 2005, p. 54, grifos nossos).

Terceiro: A partir da complexificação da vida diante de necessidades novas, novas relações sociais são criadas: a reprodução da vida humana se torna, a partir da geração de novas necessidades, uma relação secundária. Com as mudanças das condições históricas que permitiram o aumento populacional e a criação de novas necessidades, outras formas de relações sociais foram criadas (Marx; Engels, 2005, p. 54). Assim, a "[...] cada nova fase da divisão do trabalho determina igualmente as relações entre os indivíduos no que diz respeito ao material, ao instrumento e ao produto do trabalho" (Marx; Engels, 2005, p. 46). Determinada organização social não deve ser explicada a partir de um conceito ou ideia de "família", por exemplo, como fez a tradição alemã, ao contrário, ela deve "[...] ser tratada e desenvolvida de acordo com os dados empíricos existentes" (Marx; Engels, 2005, pp. 54-55).

Quarto: Ressaltam os autores, "[...] esses três aspectos da atividade social não devem ser considerados como três fases distintas" (Marx; Engels, 2005, p. 55). Somados a eles, encontra-se o duplo caráter da produção da vida humana: por um lado, à dimensão natural e, por outro, à dimensão social possibilitada pela cooperação entre os indivíduos para a satisfação de necessidades, isto é, para determinadas finalidades. Especificamente ao que tange à produção dos meios de subsistência, a forma de organização de cada período histórico corresponde a um grau de desenvolvimento das *forças produtivas*, a um certo modo de cooperação entre os indivíduos. "[...] decorre disso que o conjunto das forças produtivas acessíveis aos homens condiciona o estado social e que, assim, a 'história dos homens' deve ser estudada e elaborada sempre em conexão com a história da indústria e do intercâmbio" (Marx e Engels, 2005, pp. 55-56). Isto porque, a despeito das transformações das necessidades e das formas de satisfazê-las ao longo dos séculos, a necessidade primordial do primeiro fato histórico é ineliminável: o de produzir e reproduzir a vida, embora as formas dessa satisfação tenham leis próprias de desenvolvimento a cada forma de organização social particular.

Assim, definem que “Somente agora, depois de ter examinado os quatro momentos, os quatro aspectos das relações históricas originárias, podemos verificar que o homem tem também ‘consciência’” (Marx; Engels, 2005, p. 56). Contra o argumento de que os seres humanos são diferentes dos animais e assim se percebem *graças à sua consciência* ou à sua *racionalidade*, observe que, antes disso, os seres humanos se diferenciam na materialidade da sua existência na medida em que passam a *produzir seus próprios meios de subsistência:* meios de alimentar-se, abrigar-se, vestir-se, proteger-se das condições adversas da natureza, etc. É nesse sentido que Lukács (1979) trata da natureza do ser inorgânico, do ser orgânico até o salto ontológico do ser social:

> Em primeiro lugar: o ser social – em seu conjunto e em cada um dos seus processos singulares – pressupõe o ser da natureza inorgânica e orgânica. Não se pode considerar o ser social como independente do ser da natureza, como antíteses que se excluem, o que é feito por grande parte da filosofia burguesa quando se refere aos chamados “domínios do espírito”. Mas, de modo igualmente nítido, a ontologia marxiana do ser social exclui a transposição simplista, materialista vulgar, das leis naturais para a sociedade, como era moda, por exemplo, na época do “darwinismo social”. *As formas de objetividade do ser social se desenvolvem, à medida que surge e se explicita a praxis social, a partir do ser natural, tornando-se cada vez mais claramente sociais*. Esse desenvolvimento, porém, é um processo dialético, que começa com um salto, com um pôr teleológico do trabalho, não podendo ter nenhuma analogia na natureza. O fato de que esse processo, na realidade, seja bastante longo, com inúmeras formas intermediárias, não anula a existência do salto ontológico. Com o ato da posição teleológica do trabalho, temos em-si o ser social (p. 17, grifos nossos).

O trabalho é uma condição natural e eterna do ser humano. A produção dos meios de subsistência não será abolida com a superação do capitalismo, do mesmo modo que sempre esteve presente nos estágios anteriores ao capitalismo. Nas palavras de Marx (2013), a “[...] condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais” (p. 261). Assim, o fato de que *o modo* como cada sociedade realiza o trabalho não modifica em nada o seu caráter ontológico (Lukács, 1979). Assim como Lukács, tomamos como referência a definição de trabalho do próprio Marx (2013), apresentada no capítulo sobre *O processo de trabalho e o processo de valorização* do Livro 1 de *O Capital* na qual:

> O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como

> uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos (Marx, 2013, p. 255).

No intercâmbio com a natureza o ser humano produz objetos que lhes são úteis à satisfação de suas necessidades, o que Marx denomina como "valores-de-uso". Um valor-de-uso é, por definição, algo que atende a necessidades tipicamente humanas, trata-se de uma forma radicalmente nova de relação com a natureza, pois ela é essencialmente social porque diz respeito às relações dos homens entre si na superação da esfera estritamente biológica-natural, isto é, transcende a condição de mera adaptação da natureza à medida em que cria coisas que não se encontravam no mundo sem a intervenção humana. Até mesmo a terra virgem, exemplifica Marx, quando utilizada pelo homem para um determinado fim (como na agricultura) é um valor útil e *na relação social* já se encontra diferente de sua forma exclusivamente natural. É nesse sentido que Lukács destaca a dupla transformação do pôr teleológico do trabalho:

> Por um lado, o próprio homem que trabalha é transformado pelo seu trabalho; ele atua sobre a natureza; "desenvolve as potências nela ocultas" e subordina as forças da natureza "ao seu próprio poder". Por outro lado, os objetos e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho, em matérias-primas, etc. O homem que trabalha "utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas, a fim de fazê-las atuar como meios para poder exercer seu poder sobre outras coisas, de acordo com sua finalidade". Os objetos naturais, todavia, continuam a ser em si o que eram por natureza, na medida em que suas propriedades, relações, vínculos etc. existem objetivamente, independentemente da consciência do homem; e tão-somente através de um conhecimento concreto, através do trabalho, é que podem ser postos em movimento, podem ser convertidos em coisas úteis (Lukács, 1979, pp. 140-141).

Está pressuposto, portanto, que é necessário ao homem conhecer as propriedades da natureza para nela intervir. Para que as forças da natureza sejam subordinadas pelos meios empregados pelo homem – seus instrumentos – para a satisfação das suas necessidades – isto é, de seus fins – os resultados desse processo só podem se materializar se existirem anteriormente de modo ideal, ou seja, a práxis é uma *atividade orientada* que se objetiva na sua finalidade, por definição, um ato teleológico. Na sequência, Marx (2013) complementa que "Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e

submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio" (p. 255). Assim, ele ilustra o caráter teleológico do trabalho, atividade tipicamente humana, da seguinte forma:

> Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade (Marx, 2013, pp. 255-256).

Marx apresenta três momentos simples do processo de trabalho: em primeiro lugar, é uma atividade (que culmina na transformação da natureza) orientada a um fim (e, desse modo, a própria natureza humana é também transformada já que o trabalho pressupõe uma idealização anterior). Para que se objetive, o trabalho não pode prescindir de um objeto que se encontra na natureza e que será modificado no processo de trabalho (a matéria que passará de seu estado natural para um estado transformado pelo trabalho, como matéria-prima – seguindo o exemplo acima, é o caso da semente adaptada e cultivada para os fins da agricultura). Por fim, para que este processo de transformação se realize são necessários meios para fazê-lo (os instrumentos de trabalho, como o machado para o corte da madeira, como a lança para a pesca). Destarte, "É assim que o próprio elemento natural se converte em órgão de sua atividade, um órgão que ele acrescenta a seus próprios órgãos corporais, prolongando sua forma natural" (Marx, 2013, p. 257).

O produto do trabalho é objeto incorporado pelo seu processo, assim "O processo se extingue no próprio produto [...] O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado" (Marx, 2013, p. 258). A transformação dos objetos na sua forma natural em objeto do trabalho é possibilitada pelo "trabalho vivo", o momento no qual o trabalhador coloca as suas forças, despende de sua energia para a produção. Sem o trabalho – a intervenção humana – uma máquina, por mais refinada tecnologia aplicada que já tenha, não produz coisa alguma e essa condição necessária protesta contra teorias explicativas absurdas sobre a eliminação do trabalho do processo de produção.

> Uma vez tocadas pelo fogo do trabalho, apropriadas como partes do corpo do trabalho, animadas pelas funções que, por seu conceito e sua vocação,

> exercem no processo laboral, elas serão, sim, consumidas, porém segundo um propósito, como elementos constitutivos de novos valores de uso, de novos produtos, aptos a ingressar na esfera do consumo individual como meios de subsistência ou em um novo processo de trabalho como meios de produção (Marx, 2013, pp. 260-261).

O conjunto dos meios para a realização do trabalho, seus instrumentos com dado grau de tecnologia, referem-se a um determinado grau das forças produtivas. Assim,

> Nas mais antigas cavernas encontramos ferramentas e armas de pedra [...] O que diferencia as épocas econômicas não é "o que" é produzido, mas "como", "com que meios de trabalho". Estes não apenas fornecem uma medida do grau de desenvolvimento da força de trabalho, mas também indicam as condições sociais nas quais se trabalha (Marx, 2013, p. 257).

Destarte, o modo da organização do trabalho, em cada lugar e período histórico, resultará na forma como se organizam enquanto sociedade e na transformação do próprio ser humana e da relação imbricada entre a sua consciência e a realidade na qual se está inserida. Assim como definiram Marx e Engels (2005) a consciência e toda a sua "produção espiritual" (p. 51) – a filosofia, a ciência, as crenças, incluindo a religião, a moral, a linguagem, a arte, a estética, e todas as formas possíveis de expressão/criação que sejam *tipicamente* humanas – são determinadas pelo modo de produção da vida nessa ou naquela sociedade.

Para Lukács (1979) essa determinação dada pela esfera econômica se refere a uma legalidade – as leis sociais que regem uma determinada sociedade – como uma "presença factual de determinadas condições implica necessariamente, ainda que apenas como tendência, em determinadas consequências" (p. 104). A ressalva posta pelo autor quanto à "tendência em determinadas consequências" reitera o caráter ativo dos ser social como produtor da história, assim, a legalidade não é uma fatalidade absoluta à medida em que formas alternativas são uma possibilidade real na historicidade.

O trabalho enquanto categoria fundante do ser social é uma causalidade ineliminável, pois somente a partir do trabalho decorre a complexificação das relações sociais numa *autonomia relativa* a esta condição primordial. Assim, o caráter das alternativas, mesmo quando cotidianas e superficiais, são autênticas alternativas, "já que contêm sempre em si a possibilidade de retroagirem sobre o seu sujeito para transformá-lo" (Lukács, 1979, p. 81). Desse modo, quanto mais complexa a forma de organização social, mais heterogênea são as suas determinações extraeconômicas: as atividades humanas ulteriores, para além da atividade teleológica primordial, mas que dela não podem prescindir.

> Não é difícil ver que, quanto mais uma sociedade é desenvolvida, tanto mais amplas e ramificadas são as mediações que ligam a posição teleológica do trabalho com sua execução efetiva, tanto mais importante são, em consequência, as intervenções do acaso. É certo que a relação de casualidade entre a matéria natural e sua elaboração socialmente determinada frequentemente se atenua; nas mediações de grande amplitude, parece inclusive desaparecer (como, por exemplo, no ordenamento jurídico enquanto momento de mediação); mas, nas alternativas singulares, a casualidade aumenta. *E isso em medida tanto maior quanto maior for a ramificação dessas alternativas, quanto maior for sua distância em relação ao próprio trabalho, quanto mais seu conteúdo passar a ser o de induzir os homens, através de um ato de mediação ulterior* (Lukács, 1979, p. 102, grifos nossos).

Essa relação entre a legalidade, a causalidade e historicidade, à medida da ramificação e da amplitude das mediações ulteriores. Portanto, tendem a mascarar o caráter ontológico da atividade fundante do ser social, fato que parece muitas vezes inviabilizar a crítica radical ao modo de produção da vida da qual decorrem outros complexos que frequentemente são abordados numa relação de independência com a forma particular de organização do trabalho. Assim, tanto o racionalismo universalista metafísico e o irracionalismo recaem numa "antinomia irreal" que acabam por tomar a forma acabada das relações como a sua gênese (Lukács, 1979, p. 107). No processo de apreensão do movimento da realidade, o autor advoga por uma dialética ontológico-concreta na compreensão da relação recíproca e contraditória entre os elementos e a sua totalidade histórico-concreta:

> Vemos novamente como a concepção ontologicamente correta do ser deva sempre partir da heterogeneidade primária recíproca dos elementos, processos e complexos singulares, e, ao mesmo tempo, ter presente a ineliminável e profunda articulação deles em toda totalidade social histórico-concreta. Toda vez que enfrentamos essa concatenação de complexos heterogêneos, antiéticos, devemos buscar apreendê-los com o pensamento de modo concreto (como reflexo de seu ser concreto), evitando tanto a "legalidade" abstrata quanto a "unicidade" igualmente abstrata e empirista (Lukács, 1979, pp. 75-76).

Na dialética materialista, o fenômeno não é algo contraposto ao ser, mas inerente a ele, a inter-relação universal-individual "cria uma série fenomênica mais variada e multifacética, precisamente porque se torna fenômeno da essência social que pode se verificar no *medium* representado pelos homens (por princípio individualizado)" (Lukács, 1979, p. 84). Assim, há uma determinação reflexiva de totalidade e parte, na qual o ser social, do ponto de vista biológico, como indivíduo é uma totalidade, todavia, do ponto de vista ontológico a sua autonomia é parte do todo social, trata-se de uma totalidade social concreta, há um nexo indissociável entre indivíduo e sociedade numa relação dialética. Ademais, quanto mais for

desenvolvida a socialidade, maiores são as possibilidades de amplas variações em cada caso concreto com o recuo das barreiras naturais. É nesse sentido que a crescente socialidade também incorre na ilusão de serem indivíduos isolados (Lukács, 1979, p. 85).

Lukács (1979) afirma que no capitalismo há a primeira produção realmente social, e este constitui também o primeiro terreno adequado à plena explicitação do desenvolvimento desigual. "No desenvolvimento desigual se expressa a heterogeneidade dos componentes de cada complexo e da relação recíproca dos complexos [...] [quanto] maior [o] desenvolvimento – social, econômico – maior a heterogeneidade dos elementos naturais" (pp. 127-128).

Embora "A história de todas as sociedades até hoje existentes é a história das lutas de classes" (Marx; Engels, 2017, p. 22), na sociedade burguesa esse antagonismo é intensificado em duas classes distintas: a burguesia e o proletariado. Com o processo de industrialização moderna a divisão social do trabalho vai dissipando as classes "intermediárias": por um lado a crescente burguesia e por outro o recrutamento de trabalhadores ao proletariado.

> [...] durante o período manufatureiro, contrapeso da nobreza na monarquia feudal ou absoluta, base principal das grandes monarquias, a burguesia, com o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, conquistou, finalmente, a soberania política exclusiva do Estado representativo moderno. O executivo do Estado moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa (Marx; Engels, 2017, p. 24).

Diante do caráter radical nas mudanças das bases de organização da sociedade, Marx e Engels afirmam que a burguesia foi (e *ainda* é) uma classe eminentemente revolucionária. Foi nesse momento histórico que a história passou a ser vista como produto da atividade humana, a despeito dos limites já discutidos anteriormente. As relações entre os indivíduos passam a ser mediadas pela regulação do comércio, "Em uma palavra, em lugar da exploração dissimulada por ilusões religiosas e políticas, a burguesia colocou uma exploração aberta, direta, despudorada e brutal" (Marx; Engels, 2017, p. 24). Ao concentrar os meios de produção, por um lado, a burguesia se fortalece e concentra cada vez mais riquezas – inclusive com a tendência de aglomeração de grandes capitais – e, por outro, ao proletariado resta a possibilidade de submeter-se ao trabalho *para* o burguês.

No modo de produção capitalista, portanto, há duas classes principais: a burguesia – que detém os meios de produção – e a trabalhadora – que efetivamente é a que realiza o trabalho e a que é desprovida de seus próprios meios de produção. A regulação das relações sociais nesse sistema, como já foi dito, é mediada pelas mercadorias – produtos do trabalho que têm como finalidade, na relação social, a realização de seu valor-de-uso como valor-de-troca, isto é:

abstraindo das qualidades da infinidade de produtos criados a sua realização nessa relação pressupõe um vendedor e um comprador, seu aspecto quantitativo – o duplo caráter da mercadoria. Marx (2013) elucida que ninguém troca um mesmo produto pelo outro. Na esfera da circulação, a troca só faz sentido se um valor-de-uso é trocado por outro diferente. Todavia, qual é o parâmetro para a troca desses valores? Já que mercadorias só são trocadas entre si quando qualitativamente diferentes, a sua medida será a sua equivalência quantitativa. Daí decorre um segundo questionamento: como equiparar produtos com qualidade tão distintas? A resposta é: pela substância comum a todas as mercadorias, o trabalho.

Para além da produção de valores-de-uso, condição essencialmente humana, o trabalhador, no seu processo de trabalho, o realiza num determinado período, isto é, numa fração de tempo. Portanto, além de valor-de-uso e de valor-de-troca, os produtos do trabalho são, antes de tudo, todo produto é também um valor, isto é, tempo de trabalho socialmente necessário:

> Como valores, as mercadorias não são mais do que geleias de trabalho humano; por isso, nossa análise as reduz à abstração de valor, mas não lhes confere qualquer forma de valor distinta de suas formas naturais. Diferente é o que ocorre na relação de valor de uma mercadoria com outra. Seu caráter de valor manifesta-se aqui por meio de sua própria relação com outras mercadorias (Marx, 2013, p. 127).

Adiante, Marx ressalta que a despeito dos diferentes trabalhos – do alfaiate ou do tecelão, em seu exemplo – e das diferentes ações e instrumentos empregados no processo de trabalho de cada um, há uma qualidade que equipara todos os trabalhos: "o caráter comum de trabalho humano. Por esse desvio, diz-se, então, que também a tecelagem, na medida em que tece valor, não possui nenhuma característica que a diferencie da alfaiataria, e é, portanto, trabalho humano abstrato" (Marx, 2013, p. 128). A regulação dessa unidade de medidas são, por certo, resultados de processos sociais e dependem de diversas condições de cada período e época históricas, o qual Marx denomina como "*trabalho simples médio*", do qual "O trabalho mais complexo vale apenas como trabalho simples *potenciado* ou, antes, *multiplicado*, de modo que uma quantidade menor de trabalho complexo é igual a uma quantidade maior de trabalho simples" (Marx, 2013, p. 122, grifos do autor). Essa diferença, contudo, não altera a sua relação geral.

Está evidenciado que na organização social do trabalho, ou melhor, do conjunto de todos os trabalhos individuais, há em seu interior uma divisão social do trabalho de modo que:

> Numa sociedade cujos produtos assumem genericamente a forma da mercadoria, isto é, numa sociedade de produtores de mercadorias, essa diferença qualitativa dos trabalhos úteis, executados separadamente uns dos outros como negócios privados de produtores independentes, desenvolve-se como um sistema complexo, uma divisão social do trabalho (Marx, 2013, p. 120).

A relação entre produtores privados de mercadorias aparece como relação entre mercadorias. Ocorre que o seu valor é determinado pela esfera da produção e não da circulação (Marx, 2013, p. 139), portanto, na divisão social do trabalho as relações entre trabalhos privados:

> [...] são constantemente reduzidos à sua medida socialmente proporcional, porque, nas relações de troca contingentes e sempre oscilantes de seus produtos, *o tempo de trabalho socialmente necessário* à sua produção se impõe com a força de uma lei natural reguladora, assim como a lei da gravidade se impõe quando uma casa desaba sobre a cabeça de alguém. *A determinação da grandeza de valor por meio do tempo de trabalho é, portanto, um segredo que se esconde sob os movimentos manifestos dos valores relativos das mercadorias.* Sua descoberta elimina dos produtos do trabalho a aparência da determinação meramente contingente das grandezas de valor, mas não elimina em absoluto sua forma reificada [*sachlich*] (Marx, 2013, p. 150, grifos nossos).

Esse processo de fetichização – da reificação das relações sociais – é intensificada a partir da criação de um equivalente geral das mercadorias, o dinheiro, que é também uma mercadoria, isto é, é útil às relações de troca porque nela contém valor. O dinheiro nada tem de transcendental, emergiu das relações de produção como uma necessidade histórica desse modo de produção. Antes da convenção social que definiu o dinheiro como equivalente geral das mercadorias, outras mercadorias ocuparam seu lugar (o ouro, o açúcar, etc.). Especialmente no livro terceiro de *O Capital* Marx se aprofundará sobre a função do mercado financeiro no capitalismo, contudo, não é possível de modo algum abstraí-lo da determinação da produção.

Do exposto, retomamos a relação entre capitalista e trabalhador no processo de trabalho. O primeiro possui os meios de produção e paga ao trabalhador, usualmente na forma de um salário, pelo seu trabalho. No capitalismo é fundamental que haja a igualdade jurídica: ambos os indivíduos devem ser igualmente livres para celebrar um contrato de trabalho. Nestes termos, não há diferença entre quem possa vender ou comprar força-de-trabalho de outrem, embora na relação real somente quem detenha os meios de produção possa fazê-lo e, quem não os tenha, seja forçado a fazê-lo para obter seus meios de subsistência – nesta relação, obtidos por meio da compra de valores-de-uso necessárias à vida com o uso do dinheiro de seu salário. A força-

de-trabalho, a despeito da sua especificidade de “trabalho vivo” e categoria ontológica do ser social, nas relações burguesas, é uma mercadoria como as outras e seu valor é medido pela jornada de trabalho, isto é, pelo tempo de trabalho socialmente necessário para a produção.

Supomos que um dono de uma fábrica de sapatos compra a força-de-trabalho de um trabalhador e lhe paga pela jornada de trabalho de oito horas diárias, cinco dias por semana. Ao final do mês, o valor pago ao trabalhador será equivalente ao seu dispêndio de energia em todas essas horas trabalhadas. No entanto, a produção desse trabalhador no mês – tempo no qual usualmente é pago o salário – é superior ao seu salário, isto é, o trabalhador produziu mais sapatos do que o suficiente para o pagamento do seu salário. O valor que lhe é pago é apenas o suficiente para a manutenção de sua vida naquele período para que possa repor a sua força-de-trabalho e estar apto ao trabalho no período seguinte. Esse excedente, o mais-valor é apropriado pelo capitalista.

> A circunstância na qual a manutenção diária da força de trabalho custa apenas meia jornada de trabalho, embora a força de trabalho possa atuar por uma jornada inteira, e, consequentemente, o valor que ele cria durante uma jornada seja o dobro de seu próprio valor diário – tal circunstância é, certamente, uma grande vantagem para o comprador, mas de modo algum uma injustiça para com o vendedor (Marx, 2013, p. 270).

Esta relação, portanto, nada tem a ver com julgamento de valor ou a intenção – boa ou má – de um ou de outro, esta é a forma dessa relação. O capitalista se apropria do trabalho do trabalhador por seu “mau”, tampouco é “bom” por contratar o contratar o seu trabalho, pois ele depende da força-de-trabalho. A intensidade da exploração do trabalho do trabalhador – que é, por esta natureza, um trabalho forçado – dependerá das condições do trabalho e da organização de cada classe antagônica nessa relação nessa constante luta de classes. Assim como definiu Lukács (1979), componentes extraeconômicos serão articulados nesse processo, como, por exemplo, da legislação trabalhista e do grau de desenvolvimento das forças produtivas. Aqui, todavia, é importante salientar que o grau de exploração não corresponde, necessariamente, às condições mais ou menos precárias de trabalho, e sim à grandeza da mais-valia expropriada. Além disso, o emprego ou não de tecnologias mais avançadas será definido pela possibilidade ou não de maior lucro ao capitalista. Um exemplo dessa relação é o emprego de força-de-trabalho no corte de cana-de-açúcar de trabalhadores rurais na contemporaneidade, a despeito da existência de colheitadeiras altamente tecnológicas. Estas definições conjugarão fatores sociais, históricos, geográficos e a competitividade entre capitalistas. Também é indiferente nesse jogo o produto que se fabrica. Nesse sentido, o mercado é amoral e aético.

O capitalismo é o movimento contínuo de valorização do capital com o objetivo de acumulação (e não de socialização) da riqueza produzida. Por esse motivo, é nesse modo de produção em que há o colossal desenvolvimento das forças produtivas com a subjugação da natureza para esses fins. Paradoxalmente, a corrida desenfreada pela produção de mercadorias – e de mais-valia – (isto é, objetos produzidos com a finalidade de serem trocados no âmbito da circulação) e do contínuo melhoramento das forças produtivas culminam num processo de superprodução que se apresentam como crises para o próprio sistema. Sua própria lógica, no entanto, desemboca em duas formas de enfrentamento da crise: "De um lado, pela destruição violenta de grande quantidade de forças produtivas; de outro, pela conquista de novos mercados e pela exploração mais intensa dos antigos" e, como consequência, leva "Ao preparo de crises mais extensas e destruidoras e à diminuição dos meios de evitá-las" (Marx; Engels, 2017, p. 27).

A nova forma de produção na sociedade burguesa acarretou mudanças significativas nos processos de trabalho e na relação do trabalhador com seu próprio trabalho. Com o desenvolvimento da grande maquinaria, mulheres e crianças foram recrutadas ao trabalho fabril. O desenvolvimento das forças produtivas implicou no rebaixamento das condições da classe proletária, visto que com o aumento da produtividade (maior produção no mesmo período) houve o rebaixamento do custo da produção (incluindo o trabalhador). Assim,

> Não são apenas servos da classe burguesa, do Estado burguês, mas também, dia a dia, hora a hora, escravos da máquina, do contramestre e, sobretudo, do dono da fábrica. E esse despotismo é tanto mais mesquinho, mais odioso e exasperador quanto maior é a franqueza com que proclama ter no lucro seu objetivo exclusivo (Marx; Engels, 2017, p. 28).

Atentos a essa contradição, identificam que a sociedade burguesa produziu os meios de sua superação:

> A condição essencial para a existência e supremacia da classe burguesa é a acumulação da riqueza nas mãos de particulares, a formação e o crescimento do capital; a condição de existência do capital é o trabalhado assalariado. Este baseia-se exclusivamente na concorrência dos operários entre si. O progresso da indústria, de que a burguesia é agente passivo e involuntário, substitui o isolamento dos operários, resultante da competição, por sua união revolucionária, resultante da associação. Assim, o desenvolvimento da grande indústria retira dos pés da burguesia a própria base sobre a qual ela assentou o seu regime de produção e de apropriação dos produtos. A burguesia produz, sobretudo, seus próprios coveiros. Seu declínio e a vitória do proletariado são igualmente inevitáveis (Marx; Engels, 2017, p. 32).

Do exposto, reiteramos que o trabalho é a categoria fundante do ser social, a condição ineliminável e determinante de todas as produções humanas. Esta determinação, por sua vez, conforme discutimos até aqui, não se refere a um determinismo mecanicista, posto que o ser humano é o agente criador da sua própria história. É exatamente neste fato que incide a possibilidade de transformação efetiva de novos modos de produzir e reproduzir a vida, não a partir de uma ideia, mas das relações concretas que são social e historicamente construídas em face da totalidade, dialeticamente com possibilidades de alternativas concretas.

1.4. **A (de)formação humana e a necessidade de uma Psicologia de base marxista**

"Senhor cidadão
Senhor cidadão
Me diga, por quê
Me diga por quê
Você anda tão triste?
Tão triste
Não pode ter nenhum amigo
Senhor cidadão
Na briga eterna do teu mundo
Senhor cidadão
Tem que ferir ou ser ferido
Senhor cidadão
O cidadão, que vida amarga
Que vida amarga"[20]

"Meu domingo tá perdido
Vou pra casa entristecido
Dá vontade de beber
E pra aumentar o meu tédio
Eu nem posso olhar pro prédio
Que eu ajudei a fazer"[21]

Aproximando a discussão do objeto central da nossa investigação, lançamos algumas indagações: qual a relação entre o adoecimento e as condições de vida possibilitadas à classe trabalhadora na contemporaneidade? Nossa forma de sociabilidade é *amarga* e assim explica por que andamos tão *tristes* e por que nas relações uns com os outros acabamos *feridos* ou *ferindo*? No capitalismo aqueles que tudo produzem são cerceados de sua própria produção? As poesias cantadas pelo baiano Tom Zé e pelo paraibano Zé Ramalho, com as quais escolhemos iniciar esta seção, aludem às contradições internas existentes em cada sistema social na formação das personalidades e da estrutura da psicologia humana, dos quais Vygotski (2004, p. 3) trata especificamente da necessidade de superação do modo de produção capitalista

[20] Excerto da música: "Senhor Cidadão" (1972) de Tom Zé.
[21] Excerto da música: "Cidadão" (1979) de Zé Ramalho.

pautado na divisão social do trabalho e na luta de classes que resultaram na subdivisão do próprio ser humano.

Dessarte, concordando com Aguiar (2007), na Psicologia de base marxista[22], "o mundo psicológico enquanto conjunto de registros se constitui a partir das relações que o homem mantém com o seu mundo sociocultural" (p. 96). Afirma, nesse sentido, o essencial caráter da gênese social e histórica do sujeito, isto é, para além da aparência, dirige-se à compreensão dos seus processos constitutivos, e a indissociável relação entre objetividade e subjetividade. Nessa análise, a autora retoma duas categorias – compreendidas como expressões da realidade – fundamentais, a atividade e a consciência. Isto porque, dado o caráter ontológico do trabalho na constituição do ser social, essa categoria fundante é a atividade determinante, não apenas da produção objetiva da vida, mas também da sua dimensão subjetiva[23] do seu psiquismo. Por essa compreensão, partimos das elaborações acerca do trabalho como a atividade ontológica do ser social (Lukács, 1979; Marx e Engels, 2005; Marx 2013). Ao desenvolver a categoria da atividade, portanto, Leontiev (2004) trata da consciência imbricada a ela justamente porque as relações de produção e reprodução da vida são a base de todo desenvolvimento psíquico humano, reiterando o fato de que a primeira condição de toda atividade é uma necessidade (p. 107).

Não por acaso, antes de adentrarmos especificamente ao campo da ciência psicológica, recorremos à historicidade e às categorias fundamentais propostas por Marx no Materialismo Histórico-Dialético, concebendo-as como pressupostos teórico-epistemológicos fundamentais para a compreensão dos fenômenos psicológicos. Referenciando a importância da obra de Lev

[22] A Psicologia Sócio-Histórica e a Psicologia Histórico-Cultural têm em seus fundamentos teórico-metodológicos de Vygotski, Leontiev e Luria (Silva, 2009). Em nossa compreensão, ambas compartilham da base marxista.

[23] Citando o estudo de Silva (2009), a autora analisa as concepções de "subjetividade", "individualidade", "personalidade" e "identidade" que, na psicologia, muitas vezes são usados como sinônimos. Partindo da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, apresenta diferenças na compreensão de "subjetividade" para González-Rey e para Leontiev, uma vez que para o primeiro esta "[...] é a categoria-chave para a compreensão do psiquismo" (p. 170), enquanto para o segundo, "é o que permite a particularidade do indivíduo, seja nas esferas constitutivas das funções psíquicas, da atividade, da consciência, seja nas da própria personalidade" (p. 171). Desenvolvendo as elaborações deste autor, a "individualidade" se aproxima daquilo que se refere às características naturais do indivíduo (p.175) e a personalidade sendo, por sua vez, "a complexificação da individualidade de forma superior" (p. 176). Por fim, na análise do conceito de "identidade", a autora faz a ressalva de um distanciamento dos pressupostos epistemológicos marxistas (p. 188). Cabe acrescentar que para Marx a existência do indivíduo enquanto uma unidade da espécie só pode realizar a sua potência de se tornar humano pelo processo de socialização.

Semynovich Vygotski[24] [25] (1896-1934) e de outros teóricos e psicólogos marxistas, Leontiev (2014) avalia que:

> A abordagem histórica da psicologia humana, uma ciência psicológica concreta da consciência como uma forma superior de reflexo da realidade, e o estudo da atividade e sua estrutura foi desenvolvido. *O processo de gradualmente revisar a importância dos clássicos do marxismo criou uma ampla teoria que revelou a natureza e leis gerais da psicologia e consciência*, e que a contribuição do marxismo para a ciência psicológica não sofrerá em importância em comparação com as maiores descobertas teóricas durante o período pré-marxista de seu desenvolvimento assim como desde Marx (p. 15, grifos nossos).

O autor recupera as críticas de Marx em relação ao velho materialismo para o qual a realidade e o conhecimento são tomados na forma de objeto, numa abordagem contemplativa, e não como atividade prática no mundo. Nesse sentido, Leontiev (2004) propõe uma abordagem histórica do problema da consciência (ou do psiquismo)[26] contraposta às concepções da psicologia tradicional (também denominada por ele como psicologia idealista, metafísica ou burguesa) que, no limite, reduz o estudo dos fenômenos psicológicos ao manejo de processos ou funções específicas, tais como: pensamento, memória, percepção. Para Wundt, recupera Leontiev (2004), as propriedades psíquicas seriam iguais em todos os sujeitos, variando apenas no seu conteúdo (p. 89), para Jaspers, a consciência seria tomada como a condição e não objeto da psicologia, tal como uma espécie de iluminação dos processos psíquicos. Já em James, a consciência seria identificada como o sujeito das funções psíquicas (p. 91). Na concepção tradicional da psicologia o psiquismo é cindido em uma dimensão interior, identificada na formulação do *cogito* cartesiano, e em outra exterior, em referência ao domínio físico, incluindo os processos fisiológicos (p. 140), dicotomia ainda evidente nas abordagens psicológicas, recaindo ora em psicologismos, ora em explicações biologizantes.

Partimos do pressuposto de que a realidade se apresenta ao sujeito de forma objetiva, isto é, com propriedades objetivamente determinadas. Daí decorre que, primeiro: para o ser

---

[24] O estudo de Tuleski (2008) analisa criticamente a problemática das traduções da obra de Vygotski que fizeram uma "assepsia" dos seus fundamentos teórico-epistemológicos do Materialismo Histórico-Dialético e discute a historicidade de suas ideias e concepções. Com essa referência, também optamos pela mesma grafia empregada pela autora. Consultar mais em: Tuleski, S. C. **Vygotski: a construção de uma psicologia marxista**. Maringá: EDUEM, 2009, 2ª ed.

[25] Ao afirmar a necessidade de uma nova psicologia, Vygotski já criticava, no início do século passado, as teorias subjetivistas e objetivistas da época. Em "A consciência como problema do comportamento" (1925), Vygotski critica a abordagem de uma reflexologia apartada de consciência, considerando que esta mantém o dualismo e o espiritualismo da psicologia subjetiva dedicada ao estudo da psique pura e abstrata, a qual se propunha superar (pp. 97-98).

[26] No texto, "psiquismo" aparece como um sinônimo de "consciência".

social, diferente dos animais que agem de forma predominantemente instintiva e adaptativa ao meio[27], essa interação com a realidade material tem caráter essencialmente ativo e criativo à medida que transforma a natureza[28.] Isto é, produz aquilo que não existia antes de sua intervenção para suprir as suas necessidades[29] (de alimentação, abrigo, vestimenta, arte, etc.). Ocorre que esse modo de agir, radicalmente novo, só é possível à medida que o sujeito toma consciência da sua realidade para então intervir sobre ela, para além da sua adaptação. Segundo que: essa intervenção possui um caráter de continuidade, como resultado de um acúmulo de experiências, passadas de geração a geração, assimiladas pelos indivíduos que pertencem a esse grupo social. Esse conjunto de conhecimentos acumulados a partir da experiência humana é constituído tanto por instrumentos materiais (como o domínio do fogo até as mais desenvolvidas tecnologias como conhecemos hoje) como simbólicas (desde as formas de comunicação mais primitivas até o complexo desenvolvimento da linguagem). Esse processo é denominado por Leontiev (2004) como significação no qual:

> [...] a generalização da realidade que é cristalizada e fixada num vetor sensível, ordinariamente a palavra ou a locução. É a forma ideal, espiritual da cristalização da experiência e de práticas sociais da humanidade. A sua esfera das representações de uma sociedade, a sua ciência, a sua língua existem enquanto sistemas de significação correspondentes. A significação pertence, portanto, antes de mais nada, ao mudo dos fenômenos objetivamente históricos. É desse fato que devemos partir (Leontiev, 2004, p. 94).

Como indivíduo, portanto, sua existência se encontra num sistema de significações pronto. É precisamente nessa interação que o sujeito se apropria dessas significações e, instrumentalizado por elas, transforma a natureza ao mesmo tempo em que transforma a si mesmo à medida em que ele elabora e reelabora a sua realidade (Barroco; Tuleski, 2007). Tomando como elemento-chave para esse método a abordagem materialista dialética em Engels[30], Vygotski (1994) formula que: "A abordagem dialética, admitindo a influência da natureza sobre o homem, afirma que o homem, por sua vez, age sobre a natureza e cria, através das mudanças nela provocadas, novas condições naturais para sua existência" (p. 80). Destarte,

---

[27] A superação das leis biológicas do desenvolvimento pelas leis sociais do desenvolvimento caracteriza o salto ontológico qualitativamente distinto (Vygotski, 2004, p. 1). Reitera-se a ressalva etimológica já apresentada, na perspectiva hegeliana, da compreensão da superação no sentido de conservação e não de supressão, visto que não se nega em nenhuma medida a dimensão biológica do desenvolvimento humano e que elas continuam a existir. Trata-se da leitura do desenvolvimento histórico e social como o recuo das barreiras naturais, isto é, das leis sociais como determinantes da existência humana, corroborando com as discussões anteriores em Marx e Lukács.

[28] O primeiro ato histórico (Marx e Engels, 2005), o sujeito intervém na natureza para a satisfação de suas necessidades.

[29] O primeiro fato histórico (Marx e Engels, 2005), o sujeito tem necessidades a serem supridas.

[30] Engels, F. em: *A dialética da natureza* (original de 1882).

o desenvolvimento da consciência se caracteriza como "reflexo psíquico" dessa relação (Leontiev, 2004). Ao tomar consciência da sua realidade material, como organismo vivo, histórico e social, a ação do sujeito passa a ser orientada a um fim, isto é, tem como estímulo não o instinto, mas uma motivação para obtenção de um resultado específico, previamente idealizado. Desse modo, na atividade, há um "[...] sentido consciente [que] traduz a relação do motivo ao fim" (*idem*, p. 97). Esse processo de complexificação da consciência do ser na sua atividade perpassa pela organização de um sistema de ações articuladas umas às outras, de modo consciente, configurando operações conscientes (Leontiev, 2004, p. 103). Como exemplo, já se observa essa nova forma de comportamento no homem primitivo[31] que na atividade de caça, cuja motivação é a satisfação de uma necessidade, e, portanto, a sua finalidade (previamente idealizada), utiliza a lança como um instrumento (isto é, produto já objetivado pela ação humana), articula as suas ações em operações (enquanto um sujeito espanta a presa, o outro, à espreita, a ataca no momento oportuno). Essa transformação já representa o que Leontiev (2004) definiu como um "[...] alargamento do domínio consciente" (p. 103). Assim, "Uma vez que a necessidade encontra a sua determinação no objeto (se "objetiva" nele), o dito objeto torna-se motivo da atividade, aquilo que o estimula" (*idem*, p. 108, destaque do autor).

O desenvolvimento dessa forma superior de psiquismo, qualitativamente diferenciada, só foi possibilitado pelo desenvolvimento da humanidade na sua atividade material e simbólica[32]. Esse percurso é objeto do estudo de Vygotski e Luria (1996) para os quais o comportamento humano é fruto do desenvolvimento de três principais linhas: evolutiva, histórica e ontogenética. A aquisição de instrumentos, materiais e simbólicos, por meio da significação, marca o início de um caminho radicalmente original e decisivo no processo de humanização. Do ponto de vista da ontogênese todo indivíduo nasce hominizado, isto é, com a potencialidade de se tornar humano. Para isso, contudo, é necessário que cada ser tenha acesso às condições promotoras do seu desenvolvimento, social e historicamente constituídas no curso da humanidade, enquanto espécime humana na sua existência singular. Um exemplo emblemático é o caso do menino "Victor de Aveyron", que teve a sua história publicizada no

[31] Termo empregado pelos autores.

[32] Uma representação muito assertiva desse percurso da humanidade é ilustrada na abertura do clássico cinematográfico "2001 – Uma Odisséia no Espaço" (Título original "2001: A Space Odyssey", direção de Stanley Kubrick, 1968): do rudimentar uso de um pedaço de osso por um primata como instrumento de caça, lançado para o alto simbolizando o salto qualitativo, até o desenvolvimento de naves espaciais.

filme “O garoto selvagem”[33], cuja análise desvela como o biológico[34] é insuficiente para o desenvolvimento de funções psíquicas superiores, tipicamente humanas (Rossi; Maio, 2022).

O método proposto por Vygotski foi denominado por ele como genético-experimental no qual se busca uma reconstrução do processo de constituição das funções psíquicas superiores (atenção voluntária, memória, pensamento, linguagem) até os seus estágios mais elementares, e que, “Em última análise se interessa pelo surgimento e desaparecimento, as causas e condições e por todos os vínculos reais que constituem os fundamentos de algum fenômeno” (Vygotski, 2000a *apud* Tuleski e Eidt, 2020, p. 37). O autor examina que a diferença entre a psicologia objetiva de Watson das psicologias subjetivas wunditianas se refere a uma diferença de interpretação teórica, e assim, propõe três princípios fundamentais do método radicalmente novo para a compreensão do psiquismo: a análise de processos e não de objetos, a busca pela explicação dos fenômenos e não simplesmente de suas descrições e, por fim, o problema do “comportamento fossilizado” o qual é resultante de “[...] processos que passaram através de um estágio bastante longo do desenvolvimento histórico e tornaram-se fossilizados” (Vygotski, 1994, p. 84), evidenciando assim o caráter social e histórico determinante na ontogênese do ser em oposição a uma perspectiva que apreende o desenvolvimento de forma unilateral e isolada da totalidade ao qual pertence.

A mudança da conduta elementar, motivada pelos estímulos dados, à sua forma superior, motivada pelos estímulos-meios, criados artificialmente, condiciona o desenvolvimento para o domínio da própria conduta (Vygotski, 2000c, p. 82 *apud* Tuleski Eidt, 2020, p. 42), possibilitada pela “[...] *vida social*, isto é, a interação dos seres humanos imbricada nas relações sociais de produção” (Tuleski Eidt, 2020, p. 43, grifo das autoras). Esse salto ontológico é compreendido a partir da categoria de atividade dominante (ou atividade guia) que traz a especificidade de: atender a uma necessidade, isto é, dirige-se a um objeto que, determinado para um fim, torna-se motivo da atividade (Leontiev, 1978, p. 108 *apud* Tuleski Eidt, 2020, p.

---

[33] No original “L'Enfant sauvage”. Direção de François Truffaut (1970). Acrescentamos ainda que a mediação no desenvolvimento humano possibilita, inclusive, a superação de condições biológicas de deficiência, pela via social. Essa relação é evidente no trabalho desenvolvido com crianças cegas e surdas na Escola de Zagorsk, cidade russa, na década de 1990, registrado no documentário “Borboletas de Zagorsk” (1992). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=KxEaHMxi7wE&t=3s.

[34] Nesse sentido, destaca-se a crítica de Vygotski (1994) sobre o paradigma da botânica na compreensão do desenvolvimento humano, de tradição do psicólogo alemão Karl Stumpf no início do século XX, o qual associava a maturação – de caráter botânico – ao do organismo como um todo (p. 25). Posteriormente, a psicologia infantil se aproximou de uma abordagem zoológica. Neste texto, Vygotski analisa experimentos de diversos autores no estudo da inteligência prática nos animais e nas crianças, destacando: W. Kohler (1925), K. Buhler (1924), C. Buhler (1930), S. A. Shapiro e E. D. Gerke (1928), P. Guillaume e I. Meyerson (1930) W. Stern (1915), J. Piaget (1925), e de seu colaborador R. E. Levina (1938). Uma interessante discussão sobre a concepção de maturação foi empreendida no trabalho de: Asbahr, F. da S. F., & Nascimento, C. P.. (2013). Criança não é manga, não amadurece: conceito de maturação na teoria histórico-cultural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(2), 414–427.

45). Como resultado, a cada etapa do desenvolvimento, marcadas pelas idades críticas, tendo como mediação as relações sociais estabelecidas, o sujeito reestrutura o seu psiquismo diante da necessidade de novas formas de satisfazer as suas necessidades, reequipando-se nesse processo até o alcance de novas formações – as neoformações – como "[...] sínteses complexas das funções psíquicas" (idem, p. 53). É fundamental não perder de vista que esse modelo de compreensão de periodização do desenvolvimento humano[35] é dialético e não fechado em estágios pré-definidos a-historicamente, de modo que a mediação – um tipo específico de interação possibilitada na relação social no seu processo de significação – é fundamental para a promoção desse desenvolvimento, sendo as neoformações de cada período gestadas nos períodos anteriores (p. 57), evidenciando assim o seu caráter processual.

Desse modo, atribui-se "[...] à atividade simbólica uma função *organizadora* específica que invade o processo do uso de instrumento e produz formas fundamentalmente novas de comportamento" (Vygotski, 1994, pp. 32-33, grifo do autor). Esta especificidade da relação entre a fala e a ação trata da lógica da própria gênese do desenvolvimento humano que, sendo dialética e não unilateral, opera numa unidade que modifica o sujeito como um todo, numa relação interfuncional. Ressalta-se, por fim, que "Esta estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social" (idem, p. 40).

Nesse caminho, Vygotski (2009) afirma que "[...] o pensamento e a linguagem são a chave para a compreensão da natureza da consciência humana" (p. 485), assim, no desenvolvimento humano o processo de internalização[36] da fala (da linguagem enquanto sistema de signos sociais) é determinante na mudança radical do comportamento desde a infância. À medida em que esta passa a ser utilizada como instrumento de suas ações, inicialmente como um recurso intrapsíquico (destacado o papel da "fala egocêntrica"/linguagem egocêntrica, numa interpretação radicalmente nova em relação à leitura piagetiana de sua função), que acompanha a atividade prática, até o alcance de função de recurso auxiliar interpsíquico. Nesse momento, pensamento e linguagem passam a operar com caráter de planejamento (isto é, de prévia idealização para o alcance de um objetivo, uma finalidade), agindo para além dos objetos imediatamente dados/visíveis/presentes no ambiente.

---

[35] Consultar mais sobre o assunto em: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D (Org.). **Periodização Histórico-Cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas: Editora Autores Associados, 2. ed., 2020.

[36] Para Vygotski (1994, p. 74, grifo do autor), a *internalização* é "[...] a reconstrução interna de uma operação externa", a qual consiste em transformações. "A internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as operações com signos" (p. 75). Finaliza ainda afirmando que esse processo é "a base do salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana" (p. 76).

Vygotski (2009) detalha a gênese da linguagem interna à externa, recuperando as abordagens associacionistas, as estruturalistas e as correntes francesas acerca dos estudos linguísticos, demonstrando as limitações de cada uma delas. Assim, considera os avanços alcançados por Piaget no estudo da "fala egocêntrica", e também apresenta os seus equívocos, sobretudo pela compreensão de que "[...] a linguagem egocêntrica da criança é uma *expressão direta* do egocentrismo do seu pensamento" (p. 428, grifos nossos). Nesse capítulo, Vygotski reafirma por diversas vezes que o pensamento se materializa e se objetiva na palavra, não sendo simplesmente expressa nela. Desse modo, a linguagem interior não desaparece com o declínio do egocentrismo do pensamento infantil (o que Piaget compreendeu como a "fala egocêntrica"), e sim passa por radicais transformações tanto em sua função e estrutura, por isso, afirmou Vigotsky: "Nossa hipótese vê a linguagem egocêntrica como uma linguagem interior por sua função psicológica e exterior por sua estrutura. Seu destino é transformar-se em linguagem interior" (p. 430). No curso gradual do desenvolvimento, a fala egocêntrica declina à medida que se desenvolve um processo de abstração do pensamento, abandonando assim o seu caráter de vocalização – da estrutura externa, de um monólogo coletivo como é observado entre as crianças – para uma linguagem muda, como uma linguagem para si, mais como recurso psicológico do que para as suas formas externas de manifestação.

A linguagem falada – verbalizada, a qual pressupõe pelo menos dois interlocutores na relação de comunicação – observa-se um estágio intermediário entre a linguagem escrita, a forma mais prolixa da linguagem na qual a predicatividade[37] é ausente e a linguagem interior a qual tem na predicatividade sua forma fundamental, absoluta e constante, uma vez que "O sujeito do nosso juízo interior sempre está presente nos nossos pensamentos" (idem, p. 459). Nessa comparação, explicita-se que: "Por trás da redução sumária da linguagem interior, comparada à linguagem falada, ainda se esconde um fenômeno de importância igualmente central para a compreensão da natureza desse fenômeno em seu conjunto" (idem, p. 464). Essa redução se refere ao aspecto fásico, a sintaxe e a fonética, contraposto ao plano da semântica. Ambas se apresentam com uma relativa independência, sendo o predomínio do sentido em relação ao significado da palavra uma peculiaridade da linguagem interior. Referenciando Paulhaum, Vygotski (2009) define que:

[37] Vygotski conceitua a sintaxe predicativa da linguagem ao se referir à manutenção dos predicados e termos integrantes da oração em detrimento da omissão do sujeito e das palavras a ele vinculadas. Observa que a predicatividade ocorre em situações de respostas ou quando o conteúdo a ser enunciado é de conhecimento dos interlocutores, possibilitando assim abreviações ou o emprego do mesmo termo com diferentes entonações sem prejuízo da compreensão da mensagem (2009, pp. 447-455).

> [...] o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes a palavra muda facilmente de sentido. O significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos. Foi essa mudança de sentido que conseguimos estabelecer como fato fundamental na análise semântica da linguagem. O sentido real de uma palavra é inconstante (p. 465).

Essa diferenciação é fundamental para a compreensão dos fenômenos psicológicos, para além do significado, a busca pelo sentido apreende todo o contexto ao qual se entrelaça, tanto em seus aspectos intelectuais quanto afetivos, como fenômeno complexo é também inesgotável. "O sentido real de cada palavra é determinado, no fim das contas, por toda a riqueza de momentos existentes na consciência e relacionados àquilo que está expresso por uma determinada palavra" (*idem*, p. 466). O autor descreve o pensamento como uma nuvem, que ocorre em simultaneidade e de forma integral, manifesto na linguagem que se desenvolve sucessivamente, decompondo-se como em uma chuva de palavras. Acrescenta que, todo pensamento desvela uma tendência afetiva e volitiva, isto é, todo pensamento emerge de uma motivação, dirige-se à satisfação de uma necessidade, em última instancia a um *porquê*, a sua "causa profunda afetivo-volitiva" (Vygotski, 2009, p. 480). Assim, nessa metáfora, os motivos são ventos que orientam a direção essa nuvem. Desse modo, "[...] é incompleta a compreensão do pensamento do interlocutor sem a compreensão do motivo que o levou a emiti-lo" (*idem*, p. 481).

A análise histórica desse processo desvela como o desenvolvimento do trabalho, de seus instrumentos materiais e simbólicos, culminaram numa complexificação da consciência, refletidas tanto na relação do sujeito com a natureza, com os outros sujeitos e consigo mesmo. Na consciência do homem primitivo havia ainda uma correspondência dos sentidos com as significações por estar ainda muito limitada às relações diretas do grupo, com um sistema de significações linguísticas ainda pouco desenvolvidas. A transformação do trabalho a partir de uma divisão social e técnica do trabalho possibilitou uma nova forma de organização e produção para além das relações imediatas, fixando as funções de produções de forma relativamente estável, culminando em "[...] uma espécie de deslocamento do motivo destas ações para o fim. A ação também se transforma, não em operação, como vimos anteriormente, mas em atividade, tendo um motivo próprio. Isto permite então aos motivos entrarem também na esfera do consciente" (Leontiev, 2004, p. 106). Esse deslocamento implica num duplo significado: além

do reflexo na esfera da produção material imediata, na esfera das outras relações humanas e, do ponto de vista psicológico, na criação de novas necessidades (idem, p. 107). Evidencia-se, por essa análise, como a consciência está engendrada com as condições socioeconômicas[38] nas quais os sujeitos estão inseridos (idem, p. 113).

Os elementos que fomos elencando até aqui serviram para discutirmos, neste momento, especificamente a consciência na sociedade de classes. Se antes do surgimento das sociedades divididas em classes sociais antagônicas o produto do trabalho tinha um sentido de bem comum, o sentido social coincidia com o sentido subjetivo de seus membros. Com a divisão social do trabalho e as relações de propriedade privada, respondendo a essas novas condições materiais, desenvolveu-se também uma nova estrutura de consciência, caracterizando uma relação de exterioridade a qual Leontiev (2004) denominou de "estrutura 'desintegrada'" (p. 114, destaque do autor). Nesse mesmo sentido, para Engels (1894/1978 *apud* Vygotski, 2004), a divisão do trabalho, entre a cidade e o campo, entre o trabalho físico e o intelectual[39] teve como consequência a subdivisão do próprio sujeito no cerceamento do seu desenvolvimento humano em plenitude.

A transformação da estrutura interna da consciência nas sociedades de classes, cujo sujeito é separado dos seus meios de produção, típica das relações baseadas na troca[40], confere um caráter de relações cindidas do sujeito com a sua própria atividade. Como consequência, dado o caráter ontológico do trabalho, "Para viver, para satisfazer as suas necessidades vitais, veem-se, portanto, coagidos a vender a sua força de trabalho, a alienar o seu trabalho. Sendo o trabalho o conteúdo mais essencial da vida, devem alienar o conteúdo da sua própria vida"

[38] Assim como definido por Engels, a determinação econômica da produção e reprodução da vida, em última instância, se refere à categoria trabalho.

[39] O trabalho intelectual, embora seja uma forma particular de atividade, é trabalho e não se descola da realidade material da produção, conforme observa Leontiev (2004) ao criticar a tradição da ciência psicológica em considerar a atividade psíquica interior de modo independente das relações materiais da vida. Assim, afirma que a atividade interior e a prática possuem a mesma estrutura (pp. 118-119). Para Marx (2013): "O homem isolado não pode atuar sobre a natureza sem o emprego de seus próprios músculos, sob o controle de seu próprio cérebro. Assim como no sistema natural a cabeça e as mãos estão interligadas, também o processo de trabalho conecta o trabalho intelectual ao trabalho manual. Mais tarde, eles se separam até formar um antagonismo hostil. O produto, que antes era o produto direto do produtor individual, transforma-se num produto social, no produto comum de um trabalhador coletivo, isto é, de um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram a uma distância maior ou menor do manuseio do objeto de trabalho" (p. 577).

[40] Marx (2013) inicia *O Capital* afirmando que "A riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como 'uma enorme coleção de mercadorias', e a mercadoria individual como sua forma elementar" (p. 113, destaque do autor). Já no primeiro capítulo ele trata do duplo caráter do trabalho representado nas mercadorias: o seu valor-de-uso, como um produto útil à satisfação de uma necessidade e o seu valor-de-troca, na sua relação entre proprietários individuais de mercadorias, tendo no valor a determinação tipicamente humana que se refere ao tempo de trabalho investido na produção de qualquer coisa. Nas sociedades capitalistas, todavia, as relações humanas são mediadas pelo valor-de-troca.

(*idem*, p. 121). Esse estranhamento, denominado por Leontiev (2004) como "alienação"[41], implica num desencontro entre o resultado objetivo da atividade humana com o seu motivo (p. 122), na "desintegração" entre os sentidos e as significações (*idem*, p. 125, destaque do autor). O trabalho alienado apresenta um duplo aspecto: negativo à medida que essa a atividade é contraposta ao viver, visto que o sujeito não se reconhece nela, isto porque na medida em que o trabalhador exerce apenas um tipo de atividade, desencontrada de seu motivo como uma finalidade da própria atividade; e positivo enquanto meio da atividade da qual o seu fim é a obtenção de meios de subsistência e não o seu produto direto, e ainda, na relação com os outros sujeitos ao encarnar a luta de classes (Leontiev, 2004, pp. 125-126). Corroborando com Leontiev, desses aspectos destacamos quatro momentos da alienação (indissociáveis como partes do mesmo processo) no modo de produção capitalista[42]:

1) A alienação do sujeito na relação com o trabalho: na relação capitalista o trabalhador é expropriado do seu próprio objeto de trabalho e da sua atividade, a objetificação à qual lhe impõe o *trabalho forçado* que pertence a outrem, assim, ele se torna escravo do objeto em dois aspectos: por receber um objeto de trabalho, como condição necessário para realizá-lo e, segundo, por receber os seus meios de subsistência (Marx, 2010, pp. 82-83, grifos do autor). Marx (2013) analisa que na passagem da manufatura à grande indústria o operário se torna escravo da máquina, subordinado a ela, perdendo o controle do seu processo de trabalho[43]. Tal como analisou Leontiev (2004), realizando operações esvaziadas de sentido, caracterizando o desencontro dos motivos com a atividade.

> A execução do trabalho aparece tanto como uma perversão que o trabalhador se perverte até o ponto de passar fome. A objetificação aparece tanto como uma perda do objeto que o trabalhador é despojado das coisas mais essenciais não só da vida, mas também do trabalho. O próprio trabalho transforma-se em um objeto que ele só pode adquirir com tremendo esforço e com interrupções imprevisíveis. A apropriação do objeto aparece como alienação a tal ponto que quanto mais objetos o trabalhador produz tanto menos pode possuir e tanto mais fica dominado pelo seu produto, o capital (Marx, 2010, pp. 80-81, s/p, grifos do autor).

[41] Em Marx (2013), a alienação é tratada como o caráter fetichista da mercadoria no qual a análise é ulterior ao seu real processo de desenvolvimento, trata-se de um processo de naturalização das relações essencialmente sociais e históricas. Visto que as relações sociais passam a ser mediadas pela troca de mercadorias, elas aparecem – na esfera do fenômeno – "[...] relações reificadas, entre pessoas e relações sociais entre coisas" (p. 148). Essa mistificação corrobora a análise de Lukács (1979) quanto à sua compreensão de que quanto mais complexa a forma de organização social, maior é a heterogeneidade dos seus elementos (p. 128), complexificando assim também a compreensão das suas leis das suas determinações. O trabalho alienado é discutido por Marx nos "Manuscritos econômico-filosóficos" (texto de 1844).

[42] Ricardo Antunes (2018) trata da alienação e do estranhamento no modo de produção capitalista em **"A subjetividade operária, as reificações inocentes e as reificações estranhadas"**, em: O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018. 1ª ed. [recurso digital].

[43] Como expresso na arte, Charles Chaplin em "Tempos Modernos" (Título original: "Modern Times"), 1936.

Essa relação perversa estabelecida no desenvolvimento da grande indústria é enraizada e sustenta todo trabalho no modo de produção capitalista, de modo imbricado com o segundo momento da alienação, no qual para a execução do trabalho é exigido do trabalhador um grau de desgaste. Para Laurell (1989 *apud* Almeida, 2018, pp. 81-82), o desgaste é definido como: "[...] a perda de capacidade potencial e/ou efetiva, biológica e psíquica, e que pode se expressar como patologia", quando esta é superior à sua capacidade de reprodução[44]. A reprodução, para a autora, é: "[...] a reposição e desenvolvimento de capacidades nos indivíduos" (Laurell, 1989 *apud* Almeida, 2018, p. 82). Portanto, desgaste e reprodução são condições relacionadas tanto ao aumento extensivo da jornada de trabalho quanto ao aumento intensivo[45], que remete ao aumento do grau de exploração diante do aumento da produtividade. Em ambos os casos notadamente como efeitos da precarização do trabalho[46], sendo mediada ainda por particularidades – de gênero, profissão, raça, etc. – de cada grupo social (p. 77). Contudo, concordando com Marx (2010), o trabalho alienado se caracteriza essencialmente pela sua natureza de trabalho forçado como expressão da propriedade privada, uma vez que por:

> [...] ser o trabalho externo ao trabalhador, não fazer parte de sua natureza, e por conseguinte, ele não se realizar em seu trabalho mas negar a si mesmo, ter um sentimento de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolver livremente suas energias mentais e físicas mas ficar fisicamente exausto e mentalmente deprimido. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade em seu tempo de folga, enquanto no trabalho se sente contrafeito. Seu trabalho não é voluntário, porém imposto, é *trabalho forçado*. Ele não é a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer outras necessidades. Seu caráter alienado é claramente atestado pelo fato, de logo que não haja compulsão física ou outra qualquer, ser evitado como uma praga. O trabalho exteriorizado, trabalho em que o homem se aliena a si mesmo, é um trabalho de sacrifício próprio, de mortificação (p. 83).

[44] Almeida (2018) faz a ressalva de que, nesse contexto empregado por Laurell, diferencia-se da reprodução social (p. 82).

[45] No livro primeiro de *O capital*, Marx (2013) analisa especificamente a grandeza extensiva do trabalho no capítulo 8 (A Jornada de Trabalho), pelo prolongamento da jornada de trabalho, e a transformação da grandeza extensiva em intensiva ou de grau da exploração no capítulo 13 (Maquinaria e grande indústria).

[46] O documentário "Carne e Osso", de direção de Caio Cavechini e Carlos Juliano Barros (2011) denuncia as condições de padrão de desgaste de trabalhadores do ramo frigorífico frente ao ritmo e às condições de trabalho a eles impostas e como eles são descartáveis quando não se apresentam mais úteis para o capital. Já o documentário "GIG – A Uberização do Trabalho", direção de Carlos Juliano Barros, Caue Angeli e Maurício Monteiro Filho (2019) retrata a situação da plataformização do trabalho como uma forma de precarização publicizada de uma ilusória promessa de autonomia e flexibilidade para os trabalhadores autônomos que além de não terem nenhuma forma de segurança arcam com os custos e os riscos desse trabalho. Ambas as produções partem de relatos dos próprios trabalhadores.

Uma segunda consequência do aumento das forças produtivas, a partir inserção da maquinaria, que possibilitou o aumento da produtividade, isto é, da diminuição do tempo necessário para a produção, acarretou o barateamento do próprio trabalhador – da sua mercadoria, força-de-trabalho – representando assim um rebaixamento das suas condições de vida.

> O trabalhador fica mais pobre à medida que produz mais riqueza e sua produção cresce em força e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria[47] ainda mais barata à medida que cria mais bens. A *desvalorização* do mundo humano aumenta na razão direta do *aumento de valor* do mundo dos objetos. O trabalho não cria apenas objetos; ele também se produz a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria*, e, deveras, na mesma proporção em que produz bens (Marx, 2010, p. 80)[48].

A inserção da força-de-trabalho feminina e infantil em larga escala no desenvolvimento da grande indústria implicou no barateamento geral da força-de-trabalho: se antes o operário recebia o (mínimo) necessário para a subsistência do seu núcleo familiar, a entrada de todos os membros da família no mercado de trabalho, com a inserção da maquinaria na produção, repartiu essa quantia entre eles, notadamente, com a desvalorização da mulher e da criança em relação ao homem. "Desse modo, a maquinaria desde o início amplia, juntamente com o material humano de exploração, ou seja, com o campo de exploração propriamente dito do capital, também o grau de exploração (Marx, 2013, p. 469)[49], além de ampliar as possibilidades de reposição de força-de-trabalho quando necessário. Isso implica à classe trabalhadora "[...] o sentimento da sua dependência em face de condições que nada têm de comum com o conteúdo do seu trabalho, com um sentimento crescente de insegurança face ao futuro" (Leontiev, 2004, p. 123).

2) Além da especificidade da relação do sujeito com a sua atividade, no seu processo de trabalho, o trabalhador também é alienado da objetivação do seu trabalho: se antes o sujeito produzia àquilo o que tinha acesso ao final do seu processo de trabalho, nas sociedades de classe, com a divisão social do trabalho e dos meios de produção, o resultado do seu trabalho

[47] É fundamental não perder de vista que no modo de produção capitalista o trabalhador vende a sua mercadoria, força-de-trabalho, ao capitalista. Essa condição de liberdade jurídica é essencial, o fato de o capitalista se apropriar do mais-valor produzido pelo trabalhador compõe a legalidade desse sistema econômico.

[48] Cabe acrescentar que até 1850 Marx não diferenciava ainda trabalho de força-de-trabalho, isto é, do trabalho produzido pelo trabalhador como mais-valia. Essa compreensão posterior é fundamental na análise das leis sociais do desenvolvimento, a qual Marx atingirá plenamente na construção da obra *O Capital*. Todavia, feita essa ressalva, o referido texto apresenta reflexões relevantes à discussão aqui empreendida.

[49] A corrupção moral na exploração capitalista do trabalho de mulheres e crianças foi analisada por Engels em "A situação da classe trabalhadora na Inglaterra" (texto de 1845).

que lhe será dado terá outra forma que não daquilo foi produzido por ele. Será pago usualmente na forma vulgar de salário ou, nas situações nas quais até mesmo esse vínculo trabalhista é perdido, como no caso da pejotização ou da plataformização, numa remuneração correspondente e sem direitos trabalhistas[50], e sempre fragmentária em relação a toda a grandeza produzida por ele. Em todo caso, o produto do seu trabalho lhe aparece como um objeto *estranho* (Marx, 1932, grifo do autor).

> Na produção capitalista, o operário assalariado procura, ele também, subjetivamente, a satisfação das suas necessidades de alimento, vestuário, habitação, etc., pela sua atividade. Mas o seu produto objetivo é diferente: este pode ser o minério de ouro que extrai, o palácio que constrói. O que ele produz *para si mesmo* não é a seda que tece, não é o ouro que extrai da mina, não é o palácio que constrói. O que produz para si próprio é o *salário* – e a seda, o ouro, o palácio reduzem-se para ele a uma quantidade determinada de meios de subsistência, talvez a uma camisola de algodão, ao papel de crédito e a um alojamento numa cave (Leontiev, 2004, p. 122, grifos do autor).

Na esfera da produção social, a produção de riqueza é enorme, mas à classe trabalhadora é imputada a miséria e a escassez, visto que parte do seu trabalho, por definição, lhe é expropriado, apropriado pelo capitalista (Marx, 2013). A despeito de a humanidade ter superado a capacidade de produção para a satisfação das necessidades humanas de todos os indivíduos, a massa mundial de trabalhadores segue à margem de toda riqueza produzida por sua própria classe. Sobretudo, em períodos de crise do capital com o acirramento da exploração, do desemprego[51] e da informalidade. Tomando como exemplo a realidade brasileira na relação com a necessidade mais elementar do ser humano, a fome, evidencia-se a disparidade entre a produção e o acesso aos bens produzidos nos resultados da pesquisa nacional da cesta básica de alimentos: em julho de 2025 o valor do salário-mínimo era de R$ 1.518,00 enquanto o salário-mínimo necessário é estimado em R$ 7.274,43 (Dieese, 2025). No quarto trimestre de 2023, “21,6 milhões de domicílios (27,6%) eram afetados por algum grau de insegurança

[50] Na obra “Trabalho em Plataformas: Regulamentação ou Desregulamentação?” Ricardo Antunes (2024) apresenta uma incisiva crítica ao Projeto de Lei Complementar 12 (PL 12), a chamada “PL da Plataformização” a qual propõe legalizar a informalidade desses trabalhos, “obscurecendo a real proletarização”. Sob a proposta ilusória de que se tornarão “proprietários de si mesmo”, essa proposta visa regulamentar jornadas de trabalho além do permitido hoje pela constituição, anulando qualquer direito trabalhista e ainda transferindo para esses trabalhadores a responsabilidade básica dos instrumentais de trabalho. Alerta que, em caso de aprovação, esta será uma derrota inicialmente para os motoristas e entregadores de aplicativos, com potencial de generalização para todas as categorias, significando, assim, uma derrota para toda a classe trabalhadora. Disponível em: https://abet-trabalho.org.br/livro-trabalho-em-plataformas-regulamentacao-ou-desregulamentacao/.

[51] Acrescenta-se a observação de que o desemprego estrutural é imanente ao modo de produção capitalista, não sendo apenas, portanto, um dos efeitos da crise econômica que, por sua vez, também faz parte das leis do seu desenvolvimento.

alimentar. A forma mais grave englobava cerca de 3,2 milhões de domicílios (4,1%)"[52], a despeito da enorme potência do país na produção de alimentos nas últimas décadas[53]. A insegurança alimentar está diretamente ligada a graves problemas de saúde como a diabetes, a hipertensão arterial, à obesidade e câncer, numa determinação econômica: à medida que a indústria de alimentos ultraprocessados é mais acessível à maior parte da população por seus custos mais baixos[54] explicita como as necessidades de mercado se sobressaem às necessidades humanas[55].

3) Cerceado das condições para o pleno desenvolvimento humano, o sujeito se torna alienado do seu próprio ser, da sua condição de gênero humano: ontologicamente, o ser é social à medida que a existência individual compõe, essencialmente, a existência social e coletiva, todavia, no modo de produção capitalista o:

> [...] trabalho, *atividade vital, vida produtiva*, agora aparecem ao homem apenas como *meios* para a satisfação de uma necessidade, a de manter sua existência física. A vida produtiva, contudo, é vida da espécie. É vida criando vida. No tipo de atividade vital, reside todo o caráter de uma espécie, seu caráter como espécie; e a atividade livre, consciente, é o caráter como espécie dos seres humanos. A própria vida assemelha-se somente a um *meio de vida* (Marx, 2010, p. 84).

Alienado de seu próprio trabalho, do produto do seu trabalho e subjugado a condições de miséria[56], o trabalhador se vê numa luta individual pela sobrevivência. A sua condição de ser, autoconsciente, é uma condição tipicamente humana na medida em que a sua atividade se dirige a um caráter universal, da espécie, num caráter de continuidade essencialmente social e histórica. Todavia, o trabalho alienado subverte essa relação, transformando a *práxis* de uma atividade fim para uma atividade meio, afastando-o de sua *vida como espécie* (Marx, 2010, p.

---

[52] Dados da Segurança Alimentar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE. Fonte: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39838-seguranca-alimentar-nos-domicilios-brasileiros-volta-a-crescer-em-2023.

[53] Fonte: https://jornal.usp.br/artigos/fome-e-producao-de-alimentos/.

[54] Conforme análise de Renata Cintra (2024), doutora em Ciências dos Alimentos: "O fator custo, aliás, *'é determinante nas escolhas alimentares'* dos brasileiros. Para a docente, o fato de que o alimento *in natura* (aqueles obtidos diretamente de plantas ou animais e que não tenham sofrido nenhum tipo de processamento) seja hoje exponencialmente mais caro e demande mais tempo para ser preparado, a consequência prática é que a população de menor poder aquisitivo vê extremamente prejudicada sua margem para fazer escolhas na sua dieta". Fonte: https://jornal.unesp.br/2024/01/11/a-popularidade-dos-alimentos-ultraprocessados-e-os-desafios-de-assegurar-alimentacao-saudavel-para-a-populacao-brasileira/.

[55] Afirmamos a importância da agricultura familiar e do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) na produção de alimentos assumidamente comprometida com os valores da justiça social, do respeito à terra e da classe trabalhadora.

[56] Marx diferencia a pobreza absoluta da pobreza relativa, desse modo, um trabalhador em situação de pobreza relativa pode ser mais explorado do que o trabalhador na condição de absoluta pobreza, essa questão se refere ao grau de exploração do trabalho, isto é, da extração de mais-valia, da riqueza produzida pelo trabalhador.

85). Para Oliveira (2001), trata-se da negação da relação indivíduo-genericidade na qual ao ser, como gênero humano, são negadas as objetivações humanas, historicamente constituídas como parte de toda a produção social, ficando à margem das possibilidades de objetivação já apresentadas pelo gênero humano (pp. 4-5).

4) Desse modo, ao não se reconhecer como indivíduo do gênero humano, a alienação do sujeito se amplia para a relação com os outros sujeitos: "[...] o homem não só produz sua relação com o objeto e o processo da produção como com homens estranhos e hostis, mas também produz a relação de outros homens com a produção e o produto dele, e a relação entre ele próprio e os demais homens" (Marx, 2010, pp. 85-86). A luta de classes encarnada e à estreiteza da consciência social (consciência de classe), uma vez que "[...] a ideologia dominante [burguesa], na sociedade de classes, é a da classe dominante que reflete e reforça as relações sociais existentes" (Leontiev, 2004, p. 130). Desse modo, a consciência individual reflete a lógica da propriedade privada dos meios de produção e, acrescentamos, do individualismo em detrimento a uma consciência voltada para a coletividade. Essa forma de organização social do trabalho, mediada pela troca de mercadorias individuais cujo objetivo é a produção de mais-valia em escala ampliada acarreta a reificação das relações sociais. Para Leontiev (2004), "A alienação das relações pessoais dos homens e a sua transformação em puras relações entre coisas manifestam-se de maneira flagrante no poder que o dinheiro, modo de troca universal, tomou sobre a vida do homem" (p. 124).

Além dos elementos especificamente econômicos na análise do trabalho alienado, no bojo da luta de classes, entram em jogo fatores extraeconômicos (Lukács, 1979), como a política, a legislação trabalhista[57] e a ideologia[58] que refletem nas condições de vida da classe

[57] No cenário brasileiro, destacam-se: a imposição do teto de gastos para o financiamento das políticas sociais (Emenda Constitucional nº 95/2016, oriunda do Golpe de 2016), a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), a Lei da Terceirização (Lei nº 13.429/2017), a Reforma da Previdência Social (Emenda Constitucional nº 103/2019) e o agravamento da crise econômica com a pandemia por Covid-19 (Antunes, 2020) que significaram um exacerbamento da precarização do trabalho, sobretudo de trabalhadores terceirizados e da intensificação da divisão sociossexual do trabalho (Antunes, 2018). Também é relevante destacar o movimento social e político pelo fim da escala 6x1, está em vigência um plebiscito popular e tramita a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 8/25), de autoria da deputada Erika Hilton do PSOL/SP, protocolado na Câmara dos Deputados em 25/02/2025, prevendo a redução da jornada de trabalho semanal de 44 (conforme previsto na Constituição Federal) para 36 horas, com jornada diária não superior a 8 horas. A redução da jornada de trabalho é uma necessidade emergente e central da luta de classes, com a ressalva de que será necessário instituir estratégias para que não haja uma intensificação da cobrança por produtividade como forma de compensar a redução da jornada de trabalho, esta conquista fundamental da classe trabalhadora será importante para possibilitar mais tempo livre para viver e possibilitar padrões de reposição frente aos padrões de desgaste do trabalho forçado: para o investimento nas relações familiares e comunitárias, para o descanso, para o lazer, para o desenvolvimento de capacidades humanas por meio da arte, da educação, etc., atividades promotoras de sentido e que assim se voltam para a emancipação humana, visto que na atual conjuntura, a realidade dos trabalhadores subjugados a jornadas de trabalho extensivas que lhe adoecem e lhe roubam a maior parte de sua vida.

[58] A ideologia se expressa na língua, no sistema de significações, exprime representações e pensamentos (Leontiev, 2004, p. 129).

trabalhadora. No campo ideológico, cuja determinação está enraizada nas relações materiais da vida, a compreensão deve se firmar na sua historicidade. A produção de ideias e valores devem ser compreendidas na sua práxis material, a qual imprime um caráter particular a cada sociedade, transmitidas de geração a geração, e não como uma "consciência de si" ou "espírito do espírito" (Marx; Engels, 2005, pp. 64-66). Assim, Leontiev (2004) define que a ideologia burguesa, como ideologia dominante, "[...] reflete e reforça as relações sociais existentes" (p. 130). Nessa disputa ideológica, a relevância da reivindicação pela redução da jornada de trabalho implica, além da possibilidade de que o trabalhador tenha mais tempo para atividades verdadeiramente humanizadoras, na possibilidade de absorção de mais trabalhadores subjugados à informalidade e ao desemprego, a ideia de que "trabalhem menos, para que trabalhem todos", visto que a manutenção do exército de reserva é uma condição do modo de produção capitalista que impacta no aumento do grau de exploração dos trabalhadores empregados e, destacamos, que opera com a dimensão do medo da iminência do risco de desemprego, destacando o processo de precarização, flexibilização e terceirização do trabalho no cerne das reestruturações produtivas frente às inevitáveis crises do capital (Antunes, 2018).

Essa "gestão do medo" no trabalho, cujo padrão de organização e gestão do trabalho são inspirados no Toyotismo, caracterizado pelas altas cobranças, pela precarização e intensificação do trabalho, expressas em práticas de assédio moral e abuso de poder e na maximização da exploração e diminuição de benefícios e direitos trabalhistas, das quais os principais alvos são os trabalhadores terceirizados, tangenciam à dimensão de um sentimento de constante insegurança, diretamente relacionadas às condições de sofrimento e adoecimento da classe trabalhadora[59] (Antunes, 2018, s/p). Esses ataques à subjetividade do trabalhador são denominados por Danièle Linhart (2014) como uma precariedade subjetiva descrita como:

> [...] o sentimento de não ter a quem recorrer em caso de problemas graves no trabalho, nem aos superiores hierárquicos (cada vez mais raros e cada vez menos disponíveis) nem aos coletivos de trabalho, que se esgarçam com a individualização sistemática da gestão dos assalariados e a concorrência entre eles. É o sentimento de isolamento e abandono. É também a perda da autoestima, que está ligada ao sentimento de não dominar totalmente o trabalho, de não estar à altura, de fazer um trabalho ruim, de não estar seguro de assumir seu posto (pp. 45-46).

[59] Acrescentamos a observação que a despeito da nomenclatura empregada por Antunes, a "classe-que-vive-do-trabalho" é necessário esclarecer que a burguesia também vive - da exploração - do trabalho. Dada a sua condição ontológica não há possibilidade de existência humana sem o trabalho.

Esta é uma forma de organização do trabalho muito eficaz no âmbito ideológico na desarticulação da classe trabalhadora, da perda do sentido do trabalho e uma forma de desumanização, corroborando assim, em nossa análise, com a categoria da alienação. A não compreensão dos reais processos de relações sociais do trabalho mistificam o fato de que todo o trabalho é realizado pelo trabalhador, de modo que na aparência predomina a ideia de que o capitalista é quem possibilita o trabalho, por meio da oferta de empregos, num sentido heroico como se o patrão tivesse a benevolência em ofertar o trabalho ao trabalhador, velando a sua verdadeira relação de dependência da classe trabalhadora. Para Leontiev (2004):

> Do lado da dominação, a luta desenvolve o aspecto inumano do homem e sabemos hoje até onde esta inumanidade pode ir no horror. No polo oposto, a luta desenvolve o aspecto autenticamente humano do homem. Assim, na sociedade capitalista, 'uma vez mais, o trabalhador só tem esta alternativa: aceitar a sua sorte, tornar-se um 'bom operário', servir 'fielmente' os interesses da burguesia – e, neste caso, cai de certo ao nível do animal – ou então resistir, lutar quanto possa pela sua dignidade de homem, e isto só lhe é possível lutando contra a burguesia (p. 126, destaques do autor)[60].

Esse estranhamento do sentido é explicado pelo autor como um enraizamento na consciência da classe trabalhadora como a produção de uma "inadequação psicológica" e consequentemente de uma "'inautencidade' da consciência", eficiente para a lógica dominante (p. 133), pois esse caráter imediatista e falacioso, a perda do referencial da totalidade e da historicidade, vulnerabilizam os sujeitos para a sua identificação de pertencimento a uma classe social. Desse modo, as mazelas sociais – a pobreza, as desigualdades sociais, a violência – são tomadas como fenômenos individuais e não estruturais, colocando os sujeitos uns contra os outros, numa compreensão limitada à aparência, apartada das suas determinações sociais e históricas. Permeiam a subjetividade da classe trabalhadora sentimentos de isolamento e desesperança manifestos numa epidemia de adoecimento: o expressivo aumento de diagnósticos de transtornos mentais, com destaque aos quadros ansiosos e depressivos, encontra as suas raízes na base dessas relações materiais e não como etiologias puramente biológicas e apartadas das relações sociais e históricas, tal como propõe o paradigma biomédico. Isto é, não se trata da negação das condições de sofrimento e sim das suas explicações individualizantes que tomam os efeitos como causas.

[60] Neste excerto, Leontiev faz referência a Engels (1975) em "A situação da classe operária na Inglaterra".

No contexto contemporâneo, destacado especificamente o cenário brasileiro, Lima Sobrinho e Gois (2025) analisam as estratégias do neoliberalismo[61] que por meio de arranjos econômicos, políticos, sociológicos e jurídicos visam assegurar a produção e a reprodução do capital – isto é, das necessidades do mercado em detrimento das necessidades humanas – profundamente articulados com a ideologia burguesa que implica na internalização dos valores burgueses e, consequentemente, a naturalização das relações sociais capitalistas com vistas à sua manutenção[62]. Entre esses elementos ideológicos, analisam o individualismo[63] que se refere a uma centralidade exacerbada no indivíduo e na responsabilização deste pela sua condição de vida, justificando as desigualdades sociais pelo discurso da meritocracia e, portanto, num descolamento da totalidade essencialmente social e histórica, de modo que "As demandas da classe trabalhadora são pulverizadas e os indivíduos orientam-se por escolhas individuais, referências subjetivas e particulares, que negam as classes sociais e suas lutas" (p. 10), e o conservadorismo[64] como "[...] a força motriz ideológica para incorporação de valores que legitimem isso perante os/as trabalhadores/as, de forma que vem 'capturando' a subjetividade desses/as" (p. 16). Referenciando Moreira (2019, p. 8), elencam como características do conservadorismo: o fundamentalismo religioso[65], a centralidade da família tradicional nos moldes burgueses e heteronormativos, a naturalização da reprodução da barbárie, o irracionalismo[66], a presença do caráter neofacista e de governo autoritaristas com direções ultraneoliberais e a apologia à violência e preconceito. Por esse caminho, os autores evidenciam como a ideologia burguesa exerce um papel auxiliar imprescindível na produção e reprodução do modo de produção capitalista e dos impactos à subjetividade dos sujeitos, caracterizada por

[61] Os autores partem do conceito de "neoliberalismo" em Harvey (2008, p. 12): "O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e integridade do dinheiro". Nesse sentido, compreendem que o Estado age como um atenuante das crises do capital.

[62] É importante acrescentar que a propagação dos valores dessa ideologia dominante é amplamente difundida nas redes sociais, favorecendo a disseminação de conteúdos a-científicos, discursos de ódio, moralistas, notícias falsas (as *fake news*).

[63] Para Harvey (2011) o individualismo se apresenta como uma retórica ao neoliberalismo como um projeto de classe (Lima Sobrinho; Gois, 2025, p. 5).

[64] Os autores analisam o novo conservadorismo como um ultraconservadorismo, referenciando Burke (1982), compreendendo que na contemporaneidade ele terá um caráter mais reformista ou reacionário reacionário (p. 14).

[65] No texto Lima Sobrinho e Gois (2025) também tratam do papel estratégico das religiões neopentecostais servindo à direita e à ultradireita política, sobretudo (p. 12). O documentário "Apocalipse dos Trópicos" (2025) de roteiro e direção de Petra Costa e Alessandra Orofino refletem como a instituição religiosa foi determinante no resultado das eleições presidenciais de 2018, tanto em termos ideológicos como políticos.

[66] Reiteramos as discussões empreendidas no primeiro item deste capítulo na leitura do irracionalismo como paradigmas que negligenciam a objetividade, tal como as teorias pós-modernas, caracterizadas por uma hipercentraliade no indivíduo.

uma fragmentação, isto é, da perda do referencial da totalidade na constituição de uma consciência imediatista, limitada à aparência, descolada da realidade e reificada.

> Em virtude desta conjuntura, a classe trabalhadora brasileira sofre diretamente os impactos da ideologia conservadora, que se faz por intermédio de setores, grupos e indivíduos concretos, atuantes e organizados. O resultado disso aparece como um reforço a ataques aos direitos sociais e trabalhistas, fragmentando cada vez mais o indivíduo social, uma vez que o conservadorismo tem assumido, como tendência, a direção hegemônica sobre as classes sociais, submetendo, inclusive, outras ideologias tradicionais, a exemplo das vertentes fundamentalistas religiosas, moralistas, familistas, meritocráticas, dentre outras (Lima Sobrinho; Gois, 2025, p. 17).

Concluem os autores, "A onipresença do neoliberalismo invade as relações pessoais dos indivíduos, fomentando uma competição de 'todos contra todos' e uma necessidade infindável de os indivíduos performarem sucesso dentro e fora do trabalho" (idem, p. 18, destaque dos autores), respondendo assim às indagações com as quais iniciamos esta seção. Nesse cenário nefasto de tanta escassez no qual impera o individualismo, como alcançar a formação de uma consciência de classe revolucionária frente à preocupação iminente do/a trabalhador/a em garantir o mínimo para a sua subsistência? Se lhe falta o pão, se lhe é cerceado o direito ao lazer e à cultura, se a insegurança da manutenção de suas mínimas condições materiais de vida é constante, como não culminar num cenário de exacerbado sofrimento o qual é significado pelo paradigma psiquiátrico moderno como "transtornos mentais", localizando assim no indivíduo a causa de seus males, de modo apartado das determinações sociais e históricas que verdadeiramente os produzem e para os quais a resposta acessível e imediata é a medicalização? Essa conjuntura, permeada por contradições, aponta caminhos para a compreensão da ascensão do fundamentalismo religioso, do conservadorismo, do irracionalismo, da violência e até mesmo do uso/abuso de substâncias psicoativas (incluindo as drogas psiquiátricas). São respostas imediatistas que, limitadas ao âmbito da aparência, ao menos parcialmente atendem à demanda de sofrimento e desamparo de sujeitos mortificados pelo próprio sistema. Destarte, fica evidente que a medicalização é uma estratégia eficaz de manutenção do capital e que as teorias que partem de uma visão a-histórica e individualizante do ser e das relações sociais com ela corroboram.

Nesse contexto, cabe o questionamento: qual o papel da psicologia enquanto ciência e profissão? Partimos dos pressupostos de que a psicologia – não apenas a de base marxista, mas especialmente esta por seus pressupostos epistemológicos assumidamente comprometidos com

uma posição de classe social – tem como imperativo ético e político[67] a posição de enfrentamento a toda forma de violência, exploração, opressão, preconceito e discriminação, alinhando-se ao compromisso social pela transformação social, partindo do terreno da realidade social (Bock, 2001). Na crítica à tradição de uma psicologia elitista – assentada na ideologia burguesa – que caracterizou os primórdios da profissão no país, a autora é incisiva ao afirmar a ruptura com tradições que naturalizam processos e relações histórica e socialmente determinadas e, acrescentamos, que corroboram e reproduzem práticas medicalizantes da vida:

> O psicólogo não pode mais ter uma visão estreita de sua intervenção, pensando-a como um trabalho voltado para um indivíduo, como se este vivesse isolado, não tivesse a ver com a realidade social, construindo-a e sendo construído por ela. É preciso ver qualquer intervenção, mesmo que no nível individual, como uma intervenção social e, neste sentido, posicionada. Vamos acabar com a ideia de que mundo psicológico não tem nada a ver com mundo social. Que sofrimento psíquico não tem nada a ver com condições objetivas de vida. Os psicólogos precisam ter clareza de que, ao fazer ou saber Psicologia, estão com sua prática e seu conhecimento interferindo na sociedade (p. 326).

Diante dessa breve retomada acerca do desenvolvimento histórico da consciência, objeto da ciência psicológica de base marxista, destacando o papel da linguagem e do pensamento, das determinações na deformação ou na formação humana a partir de uma práxis alienadora ou emancipadora, respectivamente, encerramos este capítulo com o protesto poético de Gonzaguinha[68], reiterando assim, por meio da linguagem e da arte, os desafios àquelas/es que vislumbram a superação da velha sociedade para uma nova sociedade e também de uma nova consciência (Vygotski, 2004):

"Você deve notar que não tem mais tutu
E dizer que não está preocupado
Você deve lutar pela xepa da feira
E dizer que está recompensado

Você deve estampar sempre um ar de alegria
E dizer: Tudo tem melhorado
Você deve rezar pelo bem do patrão
E esquecer que está desempregado

Você merece
Você merece
Tudo vai bem, tudo legal

[67] Definição absolutamente não limitada à definição "político-partidária", conforme princípio assumido no Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).
[68] Trecho da música: *Comportamento Geral* (1972), de Gonzaguinha.

Cerveja, samba e amanhã, seu Zé
Se acabarem teu carnaval

Você deve aprender a baixar a cabeça
E dizer sempre: Muito obrigado
São palavras que ainda te deixam dizer
Por ser homem bem disciplinado

Deve pois só fazer pelo bem da nação
Tudo aquilo que for ordenado
Pra ganhar um fuscão no juízo final
E diploma de bem comportado"

2. A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE: POTÊNCIAS E DISSONÂNCIAS FRENTE AO PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO

2.1. A saúde na sociedade capitalista: valor-de-uso ou valor-de-troca?

"Os funcionários não funcionam.
Os políticos falam mas não dizem.
Os votantes votam mas não escolhem.
Os meios de informação desinformam.
Os centros de ensino ensinam a ignorar.
Os juízes condenam as vítimas.
Os militares não combatem os crimes, porque estão ocupados cometendo-os.
As bancarrotas são socializadas, os lucros são privatizados.
O dinheiro é mais livre que as pessoas.
As pessoas estão a serviço das coisas"[69].

O contexto social e histórico de constituição do SUS como política pública é situado no período conhecido como democratização do país, com destaque à potência dos movimentos sociais de usuários e trabalhadores da saúde nesse processo. Todavia, carregado de contradições inerentes à luta de classes e às implicações políticas do período da ditadura militar. Nesse sentido, recuperamos a tese Cislaghi (2015)[70] na qual a autora problematiza as contradições inerentes às políticas sociais como produtos do sistema capitalista. Corroborando as discussões empreendidas no Capítulo 1, partimos da compreensão de que o modo de produção da vida – o capitalista, ainda vigente – coloca-se como uma causalidade a todas as formas subsequentes de elaborações da vida. Desse modo, como superar as contradições de lutas de classes no interior desse sistema que produz e mantém essas originárias desigualdades? Por um lado, fazemos a ressalva de que é necessário cuidado com a posição que abdica de políticas e serviços que possibilitam o acesso a direitos e à minimização das condições degradantes provocadas pelo modo de produção capitalista, as quais certamente também carregam em si possibilidades de construções alternativas nos modos de vida da população, pois esta recusa – posição do desmonte das políticas públicas – como ficará demonstrado, é uma estratégia neoliberal que não deságua em outro lugar senão na exacerbação da exploração e morte da classe trabalhadora. Por outro lado, fazemos a crítica às visões ingênuas ou reformistas que depositam nessa via, a estatal, as possibilidades de uma emancipação humana, na sua plenitude, visto que, assim como

[69] *O sistema/1*, de Eduardo Galeano, em *O livro dos abraços* (1989).
[70] Na tese, Cislaghi (2015) discorre sobre a questão do trabalho produtivo e do improdutivo, não nos aprofundaremos nessa controversa enseada no campo marxista, pelos objetivos de nosso estudo. Cabe ressaltar, contudo, que compreendemos que a base do capitalismo é imprescindivelmente a produção: é somente a partir do processo de produção (esmiuçado no Livro 1 do *Capital*) que o processo de circulação (Livro 2) e o capital financeiro (Livro 3) têm a sua base ineliminável, pois essa dissociação pode levar a equívocos economicistas que tomam a financeirização como uma entidade independente e, portanto, corroboram com a fetichização do dinheiro.

já discorremos, o Estado moderno é por definição um aparato da burguesia. Cislaghi toma como referência Behring (2002) e Boschetti (2007) na apreensão das políticas sociais em sua totalidade:

> [...] a configuração das políticas sociais tem caráter histórico – estrutural. Depende da forma como se apresentam as expressões da questão social, das questões estruturais da economia e seus efeitos na produção e reprodução da classe trabalhadora, da relação entre as classes e o papel do Estado em cada lugar e momento histórico. A autora nega a "hipótese da conquista" e a "hipótese do engodo" no papel das políticas sociais para a classe trabalhadora, analisando-as no marco da contradição: por uma mesma ação beneficiam-se os trabalhadores, mas também tem ganhos o capital (Cislaghi, 2015, p. 25).

Lessa (2013) analisa o caráter de classe das políticas públicas das quais, destacando a saúde, remonta às transformações ocorridas nos Estados Unidos ao que tange à relação entre médico – e aqui podemos incluir os demais profissionais de saúde – e "pacientes"[71] frente à expansão comercial do setor. O autor evidencia as implicações dos processos de sofrimento e adoecimento determinados essencialmente pela posição de classe social, mas também da própria concepção de "saúde" e de "doença" no processo de apropriação da indústria de saúde resultante no que identificamos como práticas iatrogênicas e medicalizantes da vida, além do cerceamento ao acesso à assistência em saúde para as populações mais pauperizadas. Assim, ele avalia que "[...] as políticas de saúde do Estado de Bem-Estar fizeram da doença da população uma mediação para o lucro", de modo que:

> A expansão do sistema público de saúde nos "anos dourados" converteu a saúde em um dos elos da reprodução do capital monopolista – e os seus profissionais, não raramente, tiveram o "azar" de ser convertidos em produtores de mais-valia e em assalariados por peça, a forma mais dura de assalariamento, lembremos de Marx de *O Capital* (Lessa, 2013, p. 41).

Acrescenta ainda – e assim justifica o percurso da análise da saúde nos Estados Unidos – que "O fato de a mercantilização da medicina ter avançado mais nos EUA fez com que tenham surgido neste país grandes corporações do setor" (Lessa, 2013, pp. 41-42). Não por acaso, os monopólios estadunidenses acarretaram impactos diretos na saúde pública brasileira (e de outros países latinos), por meio do financiamento dessas políticas públicas e da abertura comercial promovida pelo Estado. Assim, finaliza afirmando que "[...] a mercantilização está

[71] Faz-se a ressalva ao termo "paciente" ao referir-se a pessoa que recebe assistência e cuidados em saúde por compreender que esta denominação evoca a um lugar de passividade na relação; destarte, utilizamos ao longo do texto o termo "usuários" e "usuárias" de modo a demarcar sua posição ativa, como sujeitos na relação.

sempre presente, e o Estado de Bem-Estar foi um elo importante nesse processo" (Lessa, 2013, p. 42).

O autor refuta as teses que apresentam o Estado de Bem-Estar Social como conquistas da classe trabalhadora ou como movimento revolucionário evidenciando que, ao contrário, trata-se do mito do Estado do Bem-Estar Social cuja função é o atendimento das necessidades do capital ao promover políticas que culminam na maximização da exploração da mais-valia absoluta e relativa e, ainda, mistificando seu controle ideológico da classe trabalhadora. Desse modo, dialogando com o autor, a resposta à pergunta enunciada no título desta seção é que para o sistema capitalista a saúde é valor-de-troca.

As inflexões da criação de um sistema público de saúde no país, gestado na segunda metade do século XX, perpassam pelas contradições entre o público e o privado e a luta de classes, as quais foram decisivamente articuladas antes e durante a ditadura militar da qual são herdeiras. Nesse período houve o expansivo investimento de verba pública no setor privado, e no campo epistêmico e ideológico a imposição da medicalização do social com a valorização da medicina curativista e individualizante. Assim, o Estado teve papel fundamental para forjar um mercado consumidor para o setor privado frente à pauperização da população (Bravo, 2010; Menicucci, 2007 *apud* Cislaghi, 2015, pp. 94-95). Cislaghi (2015) pondera que, "Desde o INPS até a formação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1977, a prestação dos serviços de saúde era organizada pelo Estado por três subsistemas: o próprio, o contratado e o conveniado" (p. 95). Na prática, essa organização garantiu o financiamento público da construção de hospitais privados e das despesas do setor privado, permanecendo a encargo do Estado os procedimentos mais custosos e menos lucrativos. Bravo (2010, p. 44 *apud* Cislaghi, 2015) também destaca o estrondoso crescimento do mercado de equipamentos e medicamentos do complexo médico-industrial durante a ditadura militar, com as elevadíssimas taxas de lucro dos monopólios do setor.

No período pós Segunda Guerra Mundial o Estado foi essencial para os interesses do setor privado, por meio dos regimes ditatoriais na América Latina, a serviço do imperialismo, os fundos públicos serviram "como esteio do capital privado (e em particular, do capital monopolista)" (Mandel, 1982, p. 340 *apud* Cislaghi, 20015, p. 50), exercendo, desse modo, a função de administrador da crise do capital, por meio de medidas e arranjos que garantissem as condições de reprodução do capital. Ainda segundo o autor, todavia, a criação de legislações e políticas sociais significaram uma "ilusão de um Estado Social" com a "falsa crença em uma redistribuição crescente da renda nacional que tiraria do capital para dar ao trabalho" (Mandel, 1983, p. 339 *apud* Cislaghi, 2015, p. 51).

Menicucci (2007) faz uma aprofundada análise de perspectiva histórica sobre os mecanismos que constituíram uma organização da prática em saúde voltada para a lucratividade do setor, destacando "o *mix* privado/público na assistência à saúde" configurando assim um sistema dual, sendo que as principais característica do modelo de saúde no país foram delineadas na década de 1930 e estruturadas na década de 1960. A autora demonstra que a constituição da política de saúde vinculada à previdência social acarretou numa desarticulação com uma perspectiva universal de assistência à saúde, como uma demanda coletiva, e sim a uma concessão vinculada a um direito trabalhista, diferenciando-se das atribuições do Ministério de Saúde (MS) voltadas para ações coletivas de cunho sanitarista. Ademais, a segmentação corporativa das categorias profissionais no modelo dos IAPs ensejou a competitividade entre categorias profissionais. Este arranjo trouxe especiais implicações ao princípio da universalização, considerando que:

> *A tendência à ampliação da cobertura no sentido da universalização é contrabalançada pelo favorecimento de novas formas de diferenciação da assistência, com a participação das empresas empregadoras, a partir do desenvolvimento de formas privadas de assistência no âmbito das empresas* com financiamento parcial pela Previdência Social. Para os trabalhadores inseridos nos ramos menos dinâmicos da economia, nas regiões mais pobres ou no interior do país, destinava-se à assistência pública previdenciária. Diferentemente, aqueles inseridos em grandes empresas e nas grandes cidades da região Sudeste passam a ser cobertos pela assistência empresarial, com ou sem a participação da Previdência Social, diretamente administrada pela empresa empregadora ou por empresas ou cooperativas médicas (Menicucci, 2007, p. 97, grifos nossos).

A ampliação da cobertura de prestação de serviços médicos e do maior investimento do INPS, segundo a autora, se deu por dois principais motivos: as necessidades crescentes de assistência em saúde decorrentes dos processos de industrialização e urbanização (Braga & Paula, 1981; Cohn, 1996 *apud* Menicucci, 2007, p. 68) e do processo de tecnização da medicina a partir da década de 1950, com a valorização de tecnologias duras[72] (medicamentos, equipamentos e procedimentos) concernentes à lógica da assistência curativista, individualista e hospitalar. Nesse sentido, a autora também destaca o exponencial crescimento das despesas da assistência médica priorizando a atenção hospitalar à ambulatorial. "Após 1967, observa-se a tendência de ampliação do gasto com assistência médica individual a cargo do INPS em

[72] Merhy e Franco (2008) tratam das tecnologias nos processos de trabalho em saúde a partir de três valises, a saber: a primeira em referência aos instrumentos do trabalho (tecnologias duras), a segunda ao saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e a terceira ao aspecto relacional (tecnologias leves). A predominância da lógica instrumental, em oposição às tecnologias leve-duras e leves, tende a menores graus de liberdade e criatividade na produção do cuidado.

relação ao gasto direto da União, dos estados e dos municípios com saúde e saneamento em proporção quase que inversa" (Menicucci, 2007, p. 69).

Outro aspecto desenvolvido pela autora é que essa ampliação da assistência em saúde pelo setor público a partir da década de 1960 e intensificada na década seguinte privilegiando a compra de serviços privados, criando assim uma dependência do setor, por meio do financiamento estatal:

> *A contrapartida foi o baixo desenvolvimento da capacidade estatal*, principalmente para a produção de serviços hospitalares, o que tornará o Poder Público dependente do setor privado para a expansão da assistência. *Ao mesmo tempo, não se desenvolveu a capacidade reguladora do Estado, que vai ser fortemente capturado pelos interesses privados mediante*, principalmente, os anéis burocráticos estabelecidos no âmbito das instituições previdenciárias (Menicucci, 2007, p. 98, grifos nossos).

Além desse mecanismo, a prática de convênios com empresas privadas, por meio de incentivos financeiros, teve entre suas consequências a expansão da assistência empresarial com a crescente contratação de grupos médicos que originaram as cooperativas médicas e a terceirização da assistência à saúde. Assim, "[...] a assistência médica anteriormente já assumida pelas grandes empresas com recursos próprios, a Previdência arca com parcelas crescentes das atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelos convênios" (Menicucci, 2007, p. 86).

A despeito da hegemonia do modelo que privilegiava a iniciativa privada, esse arranjo complexo e diverso não foi isento de incisivas críticas. Diante da crise generalizada, pela insuficiência da Previdência na manutenção da assistência à saúde, somada às denúncias de corrupção, duas correntes antagônicas propunham alternativas à crise em saúde. A primeira, que mantinha a defesa dos interesses privados, foi representada no Plano Nacional de Saúde, de 1968 (Oliveira; Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Luz, 1986 *apud* Menicucci, 2007, p. 89). Em oposição à lógica da privatização da saúde, na Portaria 48 do INPS, de 1972, a qual:

> [...] estabelecia uma hierarquização das modalidades de serviços, privilegiando aqueles próprios da Previdência e definindo o estabelecimento de convênios com estados e municípios quando exauridas as possibilidades de serviços próprios. Apenas em última hipótese, previa contratos e convênios com organizações privadas (Menicucci, 2007, p. 89).

De acordo com Melo (1984), destaca Menicucci (2007), a partir dessa proposta houve providências no sentido de fortalecer o subsistema próprio, contudo, na disputa política não

alteraram o modelo vigente. Frente à crise financeira da saúde, apresentaram-se como alternativas os convênios com universidades, prefeituras, estados e sindicatos, para a utilização de estruturas de suas instituições. A despeito de minoritários, destaca a autora, esse tipo de convênio teve repercussões, e a partir do final da década de 1970 houve a expansão do convênio com hospitais escolas e do convênio com sindicatos enfatiza-se importante papel político (Menicucci, 2007, pp. 91-92).

Na contramão desse movimento, em 1974 foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) o qual implantou medidas em diferentes setores do complexo previdenciário, entre os quais: a universalização do atendimento dos casos de emergência; a possibilidade de facultar o pagamento de valores extras para o acesso a "instalações especiais" no atendimento hospitalar; o impedimento à ampliação da rede hospitalar própria enquanto destinou aos hospitais públicos o atendimento de serviços altamente especializados; a normalização da livre escolha, assegurando às prestadoras de serviço a definição dos serviços e profissionais de preferência. Desse modo, o resultado foi o fortalecimento da política de privilegiamento do setor privado em detrimento do público (Menicucci, 2007, pp. 92-93). Nesse trajeto, a insustentável crise da Previdência se encontra com o processo de democratização do país na década de 1980, com movimentos e propostas políticas que almejavam a superação do modelo privativista. Todavia, a autora conclui que:

> As crises de financiamento da assistência médica passam a ser um estado regular ou recorrente na Previdência Social, já usualmente abalada por crises estruturais e/ou conjunturais, mas que são aprofundadas pelo crescimento da assistência médica, a ponto de, nos anos 80, ganharem força propostas alternativas para a política de saúde na conjuntura de democratização do país (Menicucci, 2007, p. 101).

Na arena de disputa política, Cislaghi (2015) destaca a relevância do Movimento Sanitarista, sobretudo a partir da década de 1970. A autora demarca a importância desse movimento na área da saúde para a construção de uma consciência da classe trabalhadora, todavia, pondera que "Apesar disso, a década de 1980 será marcada pelo crescimento do setor privado de saúde, ainda que se reduza nesse período a transferência do setor público para esse setor" (p. 98). Ainda que as principais propostas do movimento sanitário tenham sido institucionalizadas com a regulamentação do SUS (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), a proposição "atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica" (Bravo, 2010, p. 93 *apud* Cislaghi, 2015, p. 99).

Para o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes (1996), “Essas leis expressam as conquistas contidas na Constituição, mantendo e aprofundando as suas ambiguidades, mas, também, reiterando, mais operativamente, os princípios da reforma sanitária incorporados na Carta Magna” (p. 62). O Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao *acesso universal e igualitário* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, s/p, grifos nossos).

A despeito do caráter “universal”, e, acrescentamos, “igualitário”, Mendes (1996) analisa que a institucionalização do SUS se deu num contexto de “esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que sustentou durante anos de esforço industrializante de fracassos sociais” (Mendes, 1996, p. 63), de modo que em meio a uma crise do Estado configurou-se, na realidade, uma “universalização excludente”, visto que “[...] a expansão da universalização do sistema de saúde veio sempre acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado” (Mendes, 1996, p. 63). Ademais, em seu Art. 199, esse documento conhecido como “Constituição Cidadã” manteve a assistência à saúde livre à iniciativa privada:

> §1º *As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde*, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
> §2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
> §3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (Brasil, 1988, s/p, grifos nossos).

Destarte, Mendes (1996), elucida que a organização do SUS se operacionaliza em três subsistemas – o público, o de atenção médica supletiva e o de desembolso direto – fazendo do SUS não um “sistema único”, e sim um sistema plural sendo que, quando nos referimos a um sistema “universal, integral e gratuito” referimo-nos, na realidade, ao seu subsistema público. Desse modo, “[...] a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos num sistema privado, o sistema de atenção médica supletiva” (Mendes, 1996, p. 63). Destaca ainda o expressivo valor do lucrativo mercado de saúde movimentado pelo subsistema de desembolso direto no qual “[...] indivíduos e famílias pagam diretamente de seus bolsos os serviços” (p. 63).

A despeito do veto à subsunção direta do lucro no subsistema suplementar, e da prioridade às instituições filantrópicas, Cislaghi (2015) analisa que "Essa complementariedade trará muitas contradições ao SUS, chegando ao que hoje alguns autores têm chamado de 'complementariedade às avessas'" (p. 100, destaque da autora). Assim, as contradições inerentes ao modelo anterior à democratização do país configuram em grande medida, continuidades e não rupturas. As incongruências que enfrentamos hoje na luta por uma saúde pública que atenda às necessidades humanas não são apenas oriundos do processo de contrarreforma e do avanço do neoliberalismo, mas também pelas impossibilidades postas pelo processo histórico de institucionalização dessa política pública que se constitui, como vimos, vasta em mecanismos voltados para o atendimento das necessidades do mercado, alinhado ao predomínio do modelo biomédico.

Ao tratar da arrecadação de fundos do SUS, Cislaghi (2015) reitera que, a partir da Constituição Federal, o sistema de saúde, assim como o da assistência social e da previdência social foram vinculadas à Seguridade Social, ampliando assim os recursos para além da folha salarial, incluindo a tributação do faturamento e lucro. Contudo, se inicialmente havia a previsão de direcionamento de 30% dos recursos da Seguridade Social, a regulamentação do SUS em 1990 alterou essa porcentagem, "[...] reduzindo para 20,95% os recursos da saúde já no ano seguinte. Apenas em 2000, com a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) regulamenta-se quanto a União, os estados e municípios devem aplicar em saúde anualmente" (Cislaghi, 2015, p. 100), que, por sua vez, só foi votada em 2011, notadamente com percentagens já defasadas.

Como atenuante, a referida Emenda, por sua vez, definia o alocamento mínimo de 7% das receitas estaduais e municipais anualmente para a saúde, sendo que até 2004 deveriam atingir o mínimo de 12% e 15% respectivamente. À União caberia ampliar o investimento em 5% em relação ao orçamento do ano anterior e, posteriormente, anualmente corrigir com a variação do Produto Interno Bruto (PIB). Ocorre que "Nenhuma das esferas governamentais, porém, cumpriu a regulamentação conforme previsto". Além disso, a merenda escolar e o saneamento básico, entre outras ações, passaram a ser contabilizados como ações de saúde. Diante da alegação de escassez de recursos para a política de saúde, foi proposta a criação de um novo imposto que se destinaria exclusivamente para o fundo de saúde, a Contribuição Social para a Saúde, vigente de 1996 a 2007, mas que não foi cumprida. Na realidade, esta arrecadação tornou-se uma fonte substitutiva de recursos e, consequentemente, parte significativa dos investimentos oriundos da Seguridade Social foi direcionada para o pagamento da dívida pública. "Em 2010, 44,93% do orçamento brasileiro foi utilizado para juros, amortizações e

refinanciamento da dívida, enquanto a saúde correspondia a apenas 3,91%" (Cislaghi et al, 2012 *apud* Cislaghi, 2015, p. 102).

Soares (1999) já tratava, na década de 1990, sobre as reformas da Seguridade Social na América Latina, em sua tese ela defende que além das consequências do agravamento da crise econômica as chamadas políticas de ajuste neoliberal foram decisivas para a deterioração das políticas sociais nesses países. Em síntese, define a autora que:

> [...] trata-se daquelas políticas caracterizadas por cortes lineares do gasto público, sobretudo social; por redução e desmonte do aparelho do Estado; por congelamento dos salários pelo piso com uma "estabilização" dos preços em patamares elevados e por aberturas comerciais indiscriminadas, associadas a políticas cambiais e de juros altos, que estimulam a entrada de capital (basicamente especulativo) internacional, desestruturando as economias produtivas nacionais e gerando altas taxas de desemprego (Soares, 1999, pp. 25-26, destaque da autora).

As nefastas consequências sociais das políticas de ajuste, não raramente, estendem-se a mudanças estruturais, como é o caso do desemprego. A este respeito é imprescindível considerar os ataques ocorridos a partir do Golpe de 2016, com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 31 de agosto de 2016, seguidos das brutais Reforma do Teto de Gastos (Emenda Constitucional nº 95/2016), Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), Lei da Terceirização (Lei nº 13.429/2017) e Reforma Previdenciária (Emenda Constitucional nº 103/2019). O advento da pandemia por Covid-19[73], irrompida entre o final de 2019 e início de 2020, serviu de argumento ideológico do governo chefiado por Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018 pela Coligação "Brasil acima de tudo, Deus acima de todos", para justificar a grave crise econômica, política, climática[74], social e de saúde no país, contudo, as consequências da planetária crise sanitária que incidiu também sobre o Brasil exasperaram a crise que é estrutural (Kian, 2025, pp. 354-355).

A pauperização da classe trabalhadora e a precarização das suas condições de vida acabam por aumentar ainda mais as demandas e sobrecarregar os serviços já fragilizados. Destarte, Soares (1999) identifica dois mecanismos básicos das políticas de ajuste que, no caso brasileiro, serviram para o desmantelamento do Sistema Único de Saúde, já no início do seu processo de consolidação, a saber: a descentralização destrutiva e a universalização

---

[73] Sobre esse tema, consultar: Antunes, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

[74] "A crise climática não é um fenômeno isolado ou acidental, mas sim um resultado direto do funcionamento do sistema capitalista" (Rodríguez, 2024). Referência: https://www.mcpbrasil.org/post/o-capitalismo-e-a-crise-clim%C3%A1tica-como-a-desconex%C3%A3o-com-a-natureza-aprofunda-a-emerg%C3%AAncia-ambiental.

interrompida. No primeiro caso, há uma transferência da responsabilidade pela execução dos serviços desacompanhada dos repasses de recursos, de modo que, principalmente os municípios de pequeno porte, ficam "entregues à sua própria sorte" (Soares, 1999, p. 28). O segundo mecanismo se refere a uma exclusão seletiva segundo a qual o modelo de participação complementar e de contribuição voluntária para o acesso aos serviços de saúde acarreta numa diferenciação entre uma assistência precarizada para os mais pobres e uma assistência de melhor qualidade para quem pode pagar. Desse modo, avalia a autora, os princípios da equidade e da universalidade ficam subordinados a "'restrições' econômicas" para as quais são apontadas soluções que priorizam "inovações gerenciais" que são, na realidade, estratégias para a desresponsabilização do Estado em prol de iniciativas "comunitárias" sob o véu da "solidariedade" (Soares, 1999, pp. 29-30).

A este respeito, Cislaghi (2015, p. 99) recupera o trabalho de Mota (2008) na qual a autora versa sobre "a cultura da crise", visto que para além da dimensão financeira da crise da previdência [incluindo nesse contexto a crise das políticas de saúde], como estratégia ideológica do neoliberalismo no início da década de 1990 na disseminação da ideia de que a crise afeta toda a sociedade de modo a justificar restrições e "sacrifícios" de todos em prol da superação da crise, outrossim, esse ideário serviu à expansão do terceiro setor e da intensa ofensiva neoliberal burguesa.

Ao que tange à dimensão ideológica da crise, Mendes (1996) discorre sobre o papel da mídia na construção do imaginário social do "caos na saúde" pública, por meio da disseminação de notícias, num viés sensacionalista e tendencioso, limitada ao aspecto fenomênico que não corresponde à totalidade do SUS. Em contraposição às repercussões negativas produzidas pela mídia[75], são irrefutáveis os avanços alcançados pelo SUS, a citar: o controle e a erradicação de doenças infecciosas, sobretudo pelos programas de vacinação, as ações no campo da saúde mental com a abertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e leitos de saúde mental concomitantes ao fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil (Mendes, 1996, p. 73-75).

Destarte, sem perder de vista as contradições intrínsecas ao processo social de constituição do SUS, dos seus problemas e dos seus avanços, Mendes (1996) parte de uma perspectiva conjuntural do peculiar contexto no qual ele está inserido ao qual ele denominou como "a mais grave crise do Estado brasileiro" (p. 94). O autor apresenta três teorias

[75] Mendes (1996, p. 71) pontua que: "A área da saúde é campo privilegiado para a produção de 'fatóides', expressão cunhada para expressar pseudo-acontecimentos, polêmicas ridículas, escândalos sem importância ou eventos espetaculosos que sustentam o cotidiano da mídia".

explicativas da origem da crise da saúde, a saber: a perspectiva incrementalista para a qual a origem da crise advém dos baixos investimentos no setor; a racionalista para a qual a crise parte "das ineficiências internas do setor e, como consequência, o esforço reformista é canalizado para o controle das irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde" (Mendes, 1996, p. 18) e, por fim, a corrente estruturalista, posição assumida pelo autor, na qual "a crise tem uma determinação estrutura que decorre da impossibilidade de conciliar, nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle" (Mendes, 1996, p. 21). Para o autor, as forças expansivas se referem a: transição demográfica, acumulação epidemiológica, medicalização societal, processo de urbanização, incorporação tecnológica, incremento da força de trabalho e corporativismo empresarial e profissional.

Portanto, além das mudanças no "perfil epidemiológico" oriundas das mudanças de organização social, incluindo as mudanças nas taxas de natalidade e expectativa de vida e as novas formas de ocupação do território e de condições de trabalho (com destaque às implicações do atravessamento do capital na oferta dos serviços de saúde), somam-se ao fortalecimento de um modelo de atenção à saúde alicerçado no paradigma biomédico e no desenvolvimento de tecnologias duras, reforçando a lógica curativista e hospitalocêntrica. Entre as forças expansivas apresentadas por Mendes, destacamos a medicalização, objeto de nosso estudo, a qual:

> [...] dá-se mediante rotulação médica a crescentes áreas do comportamento, convertendo certos problemas em doenças e obscurecendo a determinação último do processo saúde-enfermidade. O processo de medicalização tem de ver como uma dupla tendência convergente: a complexificação da vida cotidiana com a ampliação do campo dos "desvios" e o desenvolvimento da profissionalização médica que reforça sua identidade e poder profissional, legitimando e normalizando esses desvios (Mendes, 1996, pp. 22-23, destaque do autor).

A medicalização, portanto, é um processo complexo de naturalização de determinações sociais, especificamente do saber-poder médico, que atravessa de modo generalizado a vida dos sujeitos. Desse modo, ela não se resume à prática banalizada de prescrição/uso de medicamentos, embora a produção e o consumo de medicamentos seja um elemento central para a sua compreensão. A relação entre a indústria farmacêutica e a legitimação da psiquiatria moderna foi minuciosamente denunciada e publicizada pelo jornalista estadunidense Robert Whitaker (2017), idealizador do movimento *Mad in America*[76]. O autor diferencia o processo

[76] "*Mad in America's mission is to serve as a catalyst for rethinking psychiatric care in the United States (and abroad). We believe that the current drug-based paradigm of care has failed our society, and that scientific*

de desenvolvimento das drogas psiquiátricas em relação a outras drogas e desvela a forma como a descoberta da "pílula mágica" na psiquiatria antecedeu a compreensão da própria doença:

> Em todos esses casos, o conhecimento da doença veio em primeiro lugar – essa era a fórmula mágica para o progresso. No entanto, se observarmos como foi a descoberta a primeira geração de drogas psiquiátricas, e se também examinarmos de que modo elas passaram a ser chamadas de *antipsicóticos, ansiolíticos* e *antidepressivos* – palavras indicativas de que se tratava de antídotos para distúrbios específicos –, veremos um processo muito diferente em ação. A revolução psicofarmacológica nasceu de uma parte de ciência e duas partes de racionalização do desejo, confundido com a realidade (Whitaker, 2017, p. 63, grifos do autor).

Whitaker (2017) demonstrou, com riqueza de dados, como o conluio entre a medicina e a indústria farmacêutica serviu, e ainda serve, às necessidades do mercado e como, para o alcance de tal objetivo, adotou diversas estratégias, como: o pagamento de luxuosos eventos e premiações aos médicos que prescrevessem seus medicamentos, o milionário investimento no setor de vendas e publicidade, o financiamento de pesquisas médicas, com notáveis interesses econômicos, além da fragilidade epistemológica e aplicação de métodos questionáveis em diversas pesquisas que serviram à propagação da tese dos desequilíbrios químicos como causa das doenças mentais, e até mesmo a manipulação descarada de resultados de pesquisas, inclusive, omitindo dados não favoráveis aos seus negócios.

No cenário brasileiro há de se destacar as valiosas contribuições do sanitarista Hésio Cordeiro e do coletivo do Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ), em *A indústria da Saúde no Brasil* (1985) que em seu sexto capítulo trata das estratégias empregadas pela indústria farmacêutica no processo de medicalização, demonstrando em dados e números como o setor público, imbricado com o setor privado, sobretudo, o estrangeiro, serviu à construção de um modelo que prioriza a lógica do mercado à saúde. Ainda na década de 1950 as medidas governamentais, por meio das Instruções 70 e 113 da SUMOC[77] "estimularam a entrada do capital estrangeiro no país" (p. 120). De acordo com o estudo realizado pela Central de Medicamentos (CEME) criado pelo Decreto nº 68.068/1971, que, conforme definição e seu Art. 2º "[...] funcionará como órgão de deliberação coletiva,

---

research, as well as the lived experience of those who have been diagnosed with a psychiatric disorder, calls for profound change" (Fonte: https://www.madinamerica.com/mission-statement/). No Brasil, Paulo Amarante é o editor e um dos principais representantes do movimento (Fonte: https://madinbrasil.org/staff/).

[77] "A Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc) foi criada, no final do primeiro período de Getúlio Vargas como Presidente da República, pelo Decreto-Lei nº 7.293, de 2 de fevereiro de 1945, que instituiu a autoridade monetária brasileira, com a missão de preparar a organização de um banco central no país". Fonte: https://www.bcb.gov.br/pre/historia/sumoc/historiasumoc.asp?frame=1.

regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos, subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde (Brasil, 1971 *apud* Cordeiro, 1985, p. 143).

Metade das empresas farmacêuticas no país em 1973 detinham 81% do faturamento total, destas, 22% eram de grande porte das quais 60% eram estrangeiras, e ainda, "A participação estrangeira no capital total integralizado das empresas foi de 78%, participando as nacionais com 21%" (Cordeiro, 1985, p. 118). A despeito de a intervenção da CEME declarar a busca pelo desenvolvimento da indústria nacional, o diagnóstico da própria instituição revelou que entre 1971 e 1973 o cenário era de forte dependência tecnológica e econômica nacional (Cordeiro, 1985, p. 144). O autor também destaca que "a dependência tecnológica deve ser examinada à luz das estratégias globais do desenvolvimento capitalista nacional e suas relações a nível internacional" (pp. 123-124). Corroborando o exposto por Cordeiro (1985), Cislaghi (2015) avalia que a criação da CEME em 1971 teve:

> [...] a proposta de ampliar a capacidade competitiva da indústria nacional frente às transnacionais, o que efetivamente não ocorreu. A CEME se limitou a ser uma distribuidora de medicamentos para a rede oficial. No subsetor de equipamentos o crescimento, vinculado ao da rede hospitalar, também se deu com privilégio para o capital imperialista: entre 1961 e 1970 houve uma ampliação de 599,9% das importações desses produtos (Cislaghi, 2015, p. 97).

De acordo com Cordeiro (1985) o Plano Diretor de Medicamentos, publicado em 1973, destaca o papel do Estado quanto a: distribuição com a criação da Relação Nacional de Medicamentos Nacionais a serem adotadas por instituições públicas e privada, além da orientação sobre a política de aquisição de produtos e matérias-primas pela CEME; incentivo à pesquisa e desenvolvimento tecnológico; o apoio à iniciativa privada nacional; ampliação do mercado consumidor (Cordeiro, 1985, p. 146). No ano seguinte, a CEME foi transferida do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Indústria e Comércio (p. 147). Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/1975) o qual enfatizou a atribuição de distribuição de medicamentos à CEME e dispôs sobre medidas relacionadas à redução de custos de medicamentos eficazes e seguros em conformidade às necessidades de saúde e ao acesso gratuito às classes mais pobres.

> Embora as demais atribuições do órgão não tenham sido modificadas, as atividades de coordenação inter-ministerial foram sensivelmente enfraquecidas. A vigilância farmacológica permaneceu, pela Lei nº 6.229, como atribuição do Ministério da Saúde, e as atividades ligadas à produção,

> pesquisa e tecnologia permaneceram vinculadas ao Ministério da Indústria e Comércio (Cordeiro, 1985, p. 148).

No âmbito da disputa por mercado consumidor, as empresas nacionais investiram fortemente em vendas e distribuição de medicamentos. Referenciando o estudo de Frenkel *et al.* (1978), utilizando como estratégias o

> [...] lançamento de novas especialidades, diferenciações de produtos que podem decorrer de fármacos com estrutura molecular distinta de outros já existentes, porém, com efeitos similares de derivados de uma molécula conhecida, de associações de fármacos, de novas formas de apresentação ou de lançamento de novas marcas e fantasias (Frenkel *et al.*, 1978 *apud* Cordeiro, 1085, p. 129).

Com essa manobra de mercado, "O lançamento de duas especialidades novas representaria de 2 a 5% do faturamento das maiores empresas nacionais" (Cordeiro, 1985, p. 129). Desse modo, de 1971 a 1975 os custos com distribuição e vendas de medicamentos das empresas nacionais saltou de 28,92% para 34,89%. Tanto as empresas nacionais quanto as estrangeiras tinham no representante comercial um elo fundamental exercendo a função de um "agente difusor ante o médico e o farmacêutico".

> Segundo estimativas de Frenkel, em 1975, para cobrir 72.704 médicos existentes no país, com uma média de 10 visitas por dia, cada laboratório deveria ter uma equipe de 200 representantes. Apenas uma firma das 18 estudadas dispunha, em 1975, de 363 representantes. Estimando-se uma clientela potencial de médicos situados na região Sul e Sudeste (36.000 médicos, 50% do total), seriam necessários 180 representantes, o que é atingido apenas por 8 firmas estrangeiras (Cordeiro, 1985, p. 131).

Na análise de um estudo promovido pela CEME, Cordeiro (1985, pp. 134-135) relaciona o padrão de prescrições de medicamentos, no âmbito ambulatorial público e privado, com as demandas e a indústria farmacêutica e observa que a maior população medicada (40,9%) compõe a faixa entre 15 e 49 anos, ou seja, a população em idade produtiva. Quanto às classes terapêuticas, destaca que 15,6% referem-se a medicamentos que agem no sistema nervoso central e 4,5% no sistema nervoso autônomo. Em relação às demandas, nesse grupo etário as principais demandas (24%) eram de "estados mórbidos mal definidos". O estudo não apresenta diferenciações por sexo, classe social ou raça, todavia, o autor lança a hipótese de que esses dados revelam que "[...] nesse grupo, a utilização dos medicamentos sintomáticos representa a

forma de intervenção técnica, sustentada na cientificidade do medicamento, que permite a reposição do trabalhador doente na força de trabalho" (Cordeiro, 1985, p. 140).

O autor elucida argumentos válidos quanto à eficácia médica – no paradigma biomédico – promotora do processo de medicalização da vida, numa perspectiva de individualizar as queixas, tratando sintomas inespecíficos, sem alterar as condições sociais, ambientais e biológicas que foram determinantes na constituição das demandas que levaram os sujeitos a buscarem atendimento. Nesse sentido, Cordeiro também problematiza a relação entre as drogas e a etiologia das doenças, ao abordar os medicamentos anti-helmínticos (para tratamento de parasitoses), mesmo considerando-os como específicos, "não é correto classificá-los como *etiológicos*, pois isso implica em um conceito unicausal da doença. Certamente a eficácia dos anti-helmínticos é reduzida, mantidas as condições ambientais e de higiene que favoreçam a transmissão das helmintíases" (Cordeiro, 1985, p. 151, grifo do autor).

Essa imbricação da episteme que sustenta a medicina biomédica hegemônica com a indústria da saúde desvela como esse paradigma de assistência à saúde atua para a manutenção de fatores relacionados ao adoecimento – como o cerceamento às condições de moradia e de alimentação suficientes às necessidades humanas, o desgaste causado no contexto do trabalho, a exploração do trabalho reprodutivo da mulher, as violências praticadas contra a população negra, etc. – apresentando como soluções o tratamento individualizado ofertado pela indústria farmacêutica. Cabe salientar que ao tratar das denominadas "doenças ou transtornos mentais" haverá implicações particulares quando comparadas às "doenças orgânicas", como, por exemplo, a *diabetes mellitus*. Tais especificidades serão aprofundadas adiante, contudo, o que desejamos frisar neste momento é o caráter determinadamente social na análise epidemiológica da incidência de doenças nos diferentes grupos sociais, bem como do caráter cíclico do circuito criado pelo complexo médico-farmacêutico. Destarte, Cordeiro (1985) conclui que a ampliação do mercado de medicamentos ampliou consideravelmente a sua própria demanda (p. 151).

Referenciando Balint *et al.* (1970), Cordeiro (1985, p. 5) aponta que, já naquele período, as consultas médicas com prescrições de um ou mais medicamentos já representavam 80% e que não raramente objetivavam a replicação de prescrição de medicamentos. Citando o estudo de Macukanovic *et al.* (1978), Cordeiro (1985) também enuncia as recorrentes práticas de auto-medicação. A fim de elucidar o cenário atual da medicalização no país, apresentamos alguns dados extraídos do Anuário Estatístico da Indústria Farmacêutica 2023 (ANVISA, 2024, p. 6)[78]

[78] A Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003 define as normas e regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976 (Brasil, 2023). A organização da CMED inclui o Conselho de Ministros, o Comitê Técnico-Executivo (CTE) e a

o qual destaca que nesse período o mercado industrial farmacêutico, com registro de 223 empresas, teve faturamento de 142,43 bilhões de reais (crescimento de 8,53% em relação ao ano anterior), a venda de mais de 5,77 bilhões de embalagens de medicamentos, totalizando 6955 produtos comercializados, distribuídos em 508 classes terapêuticas, 1913 princípios ativos e associações, em 14108 tipos de apresentações (ANVISA, 2024, p. 14).

Desses números, é importante destacar que o maior percentual de faturamento quanto tipo de registro sanitário se refere aos "medicamentos novos"[79], representando 33,55% do faturamento total, corroborando a crítica supracitada a qual Cordeiro já apontava na década de 1980 sobre o impacto no faturamento com o "lançamento de novas especialidades" a cada ano. Quanto aos grupos anatômicos, os maiores faturamentos referem-se aos agentes antineoplásicos e imunomoduladores (21,82%), seguidos do aparelho digestivo e metabolismo (14,35%) e do Sistema Nervoso Central (13,91%). Em relação à comercialização, por unidades comercializadas, lideram os grupos: sistema cardiovascular (17,22%), sistema nervoso central (16,42%) e aparelho digestivo e metabolismo (13,58%). O anuário também desvela a tendência do capital da ofensiva dos monopólios, visto que 212 empresas possuem 5.683 diferentes nomes comerciais, o faturamento das monodrogas representam 79,57% do faturamento total, valor de 112,7 bilhões de reais.

Os números apresentados no anuário desvelam um panorama de dominação do mercado farmacêutico, com pouca competitividade[80], no qual "As subclasses terapêuticas fortemente concentradas detêm a maior fatia do faturamento, com R$ 75,7 bilhões, representando 53,18% do total, e concentram 359 subclasses terapêuticas, que correspondem a 70,53% do total" (ANVISA, 2024, p. 32), destaca-se ainda que os oito maiores faturamentos ultrapassam as cifras de 5 bilhões de reais cada (p. 34). A tabela a seguir (Tabela 1) representa os dados da comercialização de medicamentos no ano de 2023 por porte de empresa com a apresentação do faturamento e das apresentações comercializadas:

Tabela 1 - Dados referentes aos medicamentos com comercialização em 2023, por porte da empresa[81].

Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (SCMED). "A SCMED é uma unidade administrativa operada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme estabelecido no artigo 7º do Decreto nº 4.766, de 26 de junho de 2003, e vinculada ao Gabinete do Diretor-Presidente da Agência" (ANVISA, 2024, p. 7).

[79] "Medicamento novo - utilizado para se referir a medicamentos novos com princípios ativos sintéticos e semissintéticos, associados ou não" (ANVISA, 2024, p. 44).

[80] "Para calcular o nível de concentração no mercado farmacêutico, a SCMED utiliza o Índice Herfindahl-Hirschman (HHI). Esse índice é determinado pela soma dos quadrados das participações em faturamento de cada classe terapêutica de nível 4. Assim, quanto maior o HHI, maior é a concentração de mercado, o que indica uma menor concorrência entre as empresas envolvidas" (ANVISA, 2024, p. 32).

[81] Nota: Dados processados em setembro/2024

Porte da Empresa	Quantidade de empresas	Faturamento		Apresentações comercializadas	
		R$	Participação Faturamento	Unidade	Participação quantidade
Grande Porte	82	131.555.020.379,30	92,37%	4.936.423.354	85,56%
Médio-Grande Porte	48	8.709.258.868,21	6,11%	641.772.102	11,12%
Médio Porte	48	1.948.915.938,70	1,37%	153.829.199	2,67%
Pequeno Porte	25	202.112.927,91	0,14%	10.504.121	0,18%
Microempresa	20	10.000.134,29	0,01%	27.262.250	0,47%

Reproduzida pela autora.
Fonte: Tabela 17 - CMED/ANVISA - Relatório de Comercialização enviado pelas Empresas (ANVISA, 2024, p. 33).

O documento destaca a relevância da participação de iniciativas internacionais no mercado nacional, bem como o estímulo ao comércio exterior que é priorizado pelo Sindicato da Indústria Farmacêutica (Sindusfarma, 2024), conforme definição:

> A expansão do setor farmacêutico no Brasil por meio da conquista de mercados externos depende de uma modernização tarifária, que passa, entre outras medidas, pela revisão das alíquotas de importação e a retirada dos entraves às exportações. *Algumas empresas brasileiras estão em pleno processo de internacionalização*. Iniciativas recentes de implementação de gerenciamento de risco diminuíram consideravelmente os prazos para liberação de produtos importados para o Brasil. (p. 8, grifos nossos).

Em janeiro de 2024 o Conselho Federal de Farmácia (CFF) anunciou a nova política de medicamentos no Brasil como um plano que "[...] delineia metas ambiciosas para impulsionar o setor industrial até 2033" em referência ao plano pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI) de investimentos de 300 bilhões em financiamentos até 2026, no qual "O programa Nova Indústria Brasil (NIB) compreende uma série de iniciativas governamentais destinadas a estimular a industrialização no país, destacando o governo como o principal impulsionador do desenvolvimento setorial" (CFF, 2024). A NIB define entre seus objetivos "nortear o investimento, engajando, liderando e criando confiança nos agentes públicos, privados e do terceiro setor" e como missão especificamente no âmbito da saúde dedica-se ao "Complexo econômico industrial da saúde resiliente para reduzir as vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso à saúde", numa perspectiva de ampliação da produtividade (Brasil, 2024, p. 6). Cabe ponderar que a Portaria MS/GM 843/05 cria a Rede de Laboratórios Farmacêuticos

Nota: As faixas de faturamento das empresas, relacionadas ao indicador Porte das empresas, foram definidas de acordo com a classificação de porte de clientes do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que é realizada conforme a Receita Operacional Bruta das empresas. No caso, as faixas de faturamento utilizadas nas análises da CMED são referentes apenas à comercialização de medicamentos e não se referem ao faturamento total das empresas (p. 33).

Públicos tendo como objetivo o fortalecimento da indústria nacional (Bermudez *et al.*, 2018, p. 1946).

O trabalho de Bermudez *et al.* (2018), vinculado ao Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fiocruz), faz uma análise de três decênios (1988-1997, 1998-2007 e 2008-2017) da Assistência Farmacêutica no país, destacando as mudanças na legislação frente à reorientação da assistência farmacêutica, o uso apropriado de medicamentos[82], o desenvolvimento científico e tecnológico do setor, a regulamentação sanitária, garantia da segurança e a eficácia e qualidade dos medicamentos, numa análise que desvela contradições, avanços e desafios do setor em face do princípio da integralidade no SUS. Observa-se que no primeiro decênio analisado, as iniciativas voltadas para o uso apropriado de medicamentos eram escassas, recebendo maior relevância a partir de movimentos no final dos anos 1990 e fortalecendo-se no decênio seguinte.

Contudo, a despeito de avanços como a regulamentação das propagandas e publicidade de medicamentos comercializados por meio da Resolução da ANVISA, RDC nº 96/2008, destacam que além da baixa fiscalização "ainda que a infração fosse detectada posteriormente, o baixo valor das multas faria com que o ganho recuperado com as vendas promovidas pela circulação das peças, ainda que num curto período, compensavam o risco" (Bermudez *et al.*, 2018, p. 1944). Ademais, é importante salientar que a referida Resolução ainda permite a propaganda e a publicidade de medicamentos em eventos científicos, conforme definição no Art. 39:

> Nos eventos científicos pode ser distribuído aos profissionais de saúde não habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos e aos estudantes da área de saúde material científico contendo o nome comercial do medicamento, a substância ativa e o nome da empresa (2008, s/p).

A despeito da determinação na referida Resolução de que os apoios e/ou patrocínios em participação de eventos aos profissionais de saúde não devem estar condicionados à condição de prescrição, dispensação ou publicidade de medicamentos (Art. 42) e que havendo conflitos de interesses de palestrantes de qualquer sessão em evento científico que tenham relações com laboratórios devam informar sobre o "potencial conflito de interesses" à organização do evento (Art. 42, §2º), a necessidade de maior controle e efetividade na fiscalização para o cumprimento da lei foi apontada por Abdalla e Castilho (2017) e por Soares (2008). Ambos os estudos

[82] "Há uma tendência atual de adotar a designação de "Uso Apropriado de Medicamentos" (UAM) em lugar de "uso racional", uma vez que o mal uso pode ser respaldado por racionalidades espúrias" (Bermudez *et al.*, 2018, p. 1943).

realizaram a análise de peças publicitárias e identificaram o não cumprimento da legislação vigente, incluindo estratégias que incitam a automedicação e o uso indiscriminado de medicamentos por parte da população, irregularidades na apresentação das informações sobre as indicações e contraindicações do uso dos medicamentos e ainda o atravessamento da indústria farmacêutica na formação dos profissionais de saúde.

Destarte, reiteramos que no modo de produção capitalista a saúde é metamorfoseada de um valor-de-uso, que atende as necessidades humanas, a um valor-de-troca para a satisfação das necessidades do mercado. Nesse bojo, a medicalização é propulsora da lógica do consumo de medicamentos como forma de fetichizar as relações e os processos tipicamente humanos na individualização e reducionismo de questões que são determinadamente sociais. Corroborando Abdalla e Castilho (2017):

> A publicidade valoriza o produto e, com sua natureza mercantil, é parcial[15]. O objetivo é apresentar os atrativos do medicamento, e não um juízo da honestidade do que é apresentado, induzindo o consumidor a adquirir o produto[16]. A ideologia de consumo propaga a ideia de que quanto mais consumirmos bens e serviços, mais felizes seremos[17]. A invasão crescente da medicina e seus recursos terapêuticos no dia a dia dos indivíduos se dá por meio da comercialização de uma pílula para todo e qualquer problema[18] (p. 105).

A problemática central de nosso estudo versa sobre o processo de medicalização e a produção do cuidado no âmbito da APS, temática que tem sido objeto de diversos estudos contemporâneos. Destarte, no item a seguir serão apresentadas discussões referentes a este nível de atenção à saúde, paradigma de assistência em saúde que tem como princípios o cuidado integral, longitudinal e territorial, e que portanto, consoantes com seus pressupostos, deve caminhar na contramão do processo de medicalização.

2.2. **Atenção Primária à Saúde: a vida no território**

"É muito bom estar aqui... Quando estou aqui, não penso em mais nada"[83]

A epígrafe que enuncia esta seção é inspirada na fala de uma usuária[84] participante do grupo de pintura desenvolvido por profissionais da UBS do estudo, uma manifestação

[83] Fala de uma usuária no contexto do grupo terapêutico desenvolvido por profissionais da Unidade Básica de Saúde do estudo.

[84] O termo "usuária/o" do serviço remete à compreensão do seu caráter ativo em oposição ao termo "paciente" tradicionalmente relacionado a uma relação vertical na qual o profissional de saúde aparece como uma figura de autoridade que age sobre um "objeto" passivo que fica incumbido de seguir as prescrições determinadas pelo "sujeito do conhecimento".

espontânea numa conversa informal que traduz a potência de atividades consoantes com a lógica da Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica)[85], no território, e que converge com a dimensão ética da felicidade, imprescindível ao cuidado de pessoas em sofrimento (Kinoshita et al, 2016, p. 50). Para a concepção espinosiana[86], a felicidade é uma ideia ética e não é um sentimento, tampouco um aspecto puramente individual, pois nela "parte-se da multiplicidade das esferas da vida e do protagonismo do sujeito para a atuação no universo compartilhado e coletivo, orientado para a liberdade e felicidade" (Kinoshita *et al.*, 2016, p. 54). Nesta perspectiva, a felicidade é um projeto político voltado para a autonomia e o desenvolvimento pleno dos sujeitos em coletividade o que inclui ser afetado e afetar-se uns com os outros, ampliar essas relações, projetos de vida e atividades geradoras de sentido[87], e que encontra terreno fértil e estratégico na APS.

Nas páginas a seguir, intencionamos discorrer sobre a APS a partir de conceitos, diretrizes e princípios que delinearam seu desenvolvimento, evidenciando assim a potencialidade do cuidado integral e territorial das pessoas em sofrimento, que vão na contramão de práticas tutelares e medicalizantes. Ademais, destacamos aspectos históricos dessa política, em permanente construção, elucidando as suas contradições no contexto do avanço das políticas neoliberais, corroborando as discussões do item anterior.

Principiamos pela delimitação do campo da APS e o lugar da PNAB no SUS. Convergente com os princípios da Reforma Sanitária e ainda sob influência também de movimentos internacionais[88], o reordenamento da saúde pública no país nas últimas décadas incluiu a Atenção Básica como estratégia privilegiada na busca pelo acesso universal, integral e equânime da assistência à saúde. Nesse processo, destacam-se pioneiras experiências municipais, na década de 1980, com a integração entre universidade e serviços vinculados à Atenção Primária que posteriormente inspiraram a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), consolidado em 1997, e do Programa de Saúde da Família

---

[85] De acordo com a PNAB, "A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes" (Brasil, 2012a, p. 22). No texto utilizaremos APS. Todavia, serão apresentadas citações de autores que utilizam o termo Atenção Básica.

[86] Espinosa (1632-1677) defende a dimensão ética dos afetos alegres como potência de agir. Para Sawaia (2009), as desigualdades sociais caracterizam o *sofrimento ético-político* que limitam a capacidade dos sujeitos para a ação, fadando-os a um estado de servidão. Vygotski tomou as contribuições espinosianas no seu estudo sobre os afetos como base da criação, na crítica à dicotomia entre razão e emoção. Analisando ambos os autores, Sawaia (2009) defende que "A alegria e a criatividade potencializam a força do nosso corpo e da nossa mente para não capitularmos ante as tragédias que a desigualdade social nos reserva, bem como para mantermos aceso nosso desejo de nos organizarmos em mil diferentes níveis coletivos para resistir ao mal. Potencializam, ainda, nossa sensibilidade de nos alegrarmos com nossa descomoditização e nos indignarmos com a desigualdade social" (p. 370, grifo da autora).

[87] A categoria "sentido", na perspectiva vygotskiana, foi abordada no quarto item do Capítulo 1.

[88] Nos quais destacamos a publicação da Declaração Alma-Ata, em 1978.

(PSF), instituído no ano de 1994, em âmbito nacional, o qual constituiu as Equipes da Saúde da Família, compostas por: médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde[89]. A aprovação da PNAB, pela Portaria nº GM/648 em 2006, trouxe o reconhecimento do papel estruturante do PSF na reorganização da saúde (Pinto; Giovanella, 2018, pp. 1904-1905).

A revisão da PNAB em 2011, através da Portaria nº 2.488/2011, consoante aos princípios da primeira versão, foi afirmada "a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil" (Brasil, 2012a, p. 15), a qual "É desenvolvida com o mais alto grau de *descentralização* e *capilaridade*[90], próxima da vida das pessoas" (p. 19, grifos nossos). A Atenção Primária à Saúde é a "porta de entrada" de preferência dos usuários ao sistema de saúde, primeiro porque a sua constituição no território aproxima essas equipes de saúde do cotidiano da sua população e por esse motivo, o acompanhamento, além de territorial, é "atemporal", contínuo, sem que haja um "momento" de encerramento desse acompanhamento às famílias e aos usuários do seu território, isto é, o cuidado é longitudinal. A segunda questão complementa a primeira e se refere à multiplicidade da assistência integral realizada nesse nível de atenção, abrangendo: "[...] ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde" (Brasil, 2012a, p. 44).

Dito de outro modo, os atendimentos em outros níveis de atenção[91] imprescindem da Atenção Básica, visto que ela se caracteriza pela função de referência do cuidado do usuário para toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) à medida em que cabe a ela o compromisso de acompanhar todos os "momentos" da assistência à saúde, como exemplo: desde o desenvolvimento de ações de promoção de saúde no território, vacinação, acompanhamento de pré-natal... à permanência de referência dos usuários acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial ou por outros serviços especializados... até a alta hospitalar após internação hospitalar, cuidados paliativos, etc. Destarte, na posição de referência do cuidado no acompanhamento de saúde da sua população, a Atenção Básica é o "centro de comunicação com toda a Rede", o que significa que ela desempenha o papel de ordenadora da RAS e

[89] O profissional agente de endemias foi incluído na ESF no ano de 2010.
[90] Conforme definição no Art. 7º da Lei nº 8.080/90: "IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios" (Brasil, 1990).
[91] A Rede e Atenção à Saúde é operacionalizada em serviços organizados em níveis hierarquizados de atenção, e de modo regionalizado, consoante com o princípio organizativo da Regionalização e Hierarquização dos serviços, conforme disposto no Art. 7º da Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990).

coordenadora do cuidado, na articulação entre todos os outros serviços e pontos de atenção, organizando e acompanhando os fluxos de atendimento, comprometendo-se com a continuidade do cuidado de modo integrado, e impreterivelmente com a corresponsabilização dos usuários nesse processo.

A ênfase na participação dos usuários do serviço na construção da política de saúde também reafirma o princípio organizativo da Participação Popular, a esfera do controle social, estabelecida nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), e que caracteriza o SUS como um movimento social de luta e reivindicação por direitos desde a sua concepção. A referida lei dispõe que o Conselho de Saúde é um órgão colegiado e independente da gestão, com caráter permanente e deliberativo, cujas competências do Conselho de Saúde são definidas na Resolução nº 333/2003, deve ter composição paritária, sendo: 50% de usuários de saúde, 25% de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviços ao SUS e gestores. Além do Conselho Municipal de Saúde, é esperado que as unidades de saúde instituam Conselhos Locais como meio privilegiado de acompanhamento das necessidades e problemas de saúde do seu território.

Quanto aos princípios doutrinários, além da Universalidade, definida como direito de todos e dever do Estado no Art. 6º da Constituição Federal de 1988 e como direito fundamental de todo ser humano no Art. 2º da Lei nº 8.080/90, reforçado pelo desenho da PNAB, o princípio da Integralidade, além da amplitude das ações desempenhadas na APS, remete a uma compreensão ampliada dos processos de saúde e doença: *o sujeito é o foco do cuidado*, e não na sua patologia e/ou queixa; tanto as "causas" dos problemas em saúde (demandas) quanto às suas "soluções" (a busca pela produção do cuidado) são redimensionados em direção à totalidade da realidade na qual se inserem e às particularidades das relações dos sujeitos, isto é: são multideterminados pelas condições de moradia, trabalho, educação, alimentação, lazer, qualidade das relações, acesso a outras políticas públicas etc., em dado contexto histórico, social, econômico e cultural, mas com as nuances singulares a cada sujeito.

Diante da compreensão da complexidade dos processos de saúde como multideterminados, a interdisciplinaridade e a valorização de diferentes saberes é condição fundamental e que amplia a capacidade de cuidado. Assim, "Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica" (Brasil, 2012a, p. 22). A Integralidade ata-se à historicidade dos processos humanos, ao reconhecimento do caráter ativo dos sujeitos em suas relações e ao imprescindível posicionamento ético e político da ciência. Tal como tratamos no

início do capítulo anterior, toda *práxis* se dirige, impreterivelmente, ao atendimento de determinadas necessidades e valores. Assim, esse princípio também culmina no reconhecimento das iniquidades de condições de vida e saúde dos sujeitos e na busca por sua minimização e/ou superação, integrando a tríade dos princípios doutrinários do SUS com a Equidade[92].

Somando-se aos princípios organizativos e doutrinários do SUS, destacam-se os pressupostos da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 com o atributo da transversalidade, isto é, a PNH não se caracteriza como um programa e sim como uma estratégia de cuidado que atravessa todas as ações e serviços no âmbito do SUS, sem exceção. Como valor norteadora no cuidado, apreende a Autonomia e o Protagonismo dos sujeitos como objetivos fundamentais no processo de produção da saúde, numa perspectiva de corresponsabilização de todos os atores envolvidos, à medida em que refuta uma posição tutelar por parte dos profissionais e convoca os usuários do serviço a participarem do próprio processo de cuidado, como polo ativo da relação. Especificamente na Atenção Primária à Saúde, a PNH define como parâmetros para sua operacionalização:

> - Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
> - Incentivo às práticas promocionais da saúde;
> - Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas (Brasil, 2004).

Como política que visa o fortalecimento dos princípios do SUS, a PNH reitera os pressupostos da PNAB quanto à valorização da singularidade e da autonomia dos sujeitos e de seus territórios, a partir de uma visão ampliada de saúde, para além das ações de "prevenção da doença" – no sentido de evitar condições que acarretem agravos de saúde – enfoca nas estratégias de promoção de saúde, numa conotação positiva, isto é, na ênfase na promoção de vida, saúde, cuidado e, acrescentamos, da felicidade. Essa lógica sustenta a posição de que o fortalecimento da APS tem o potencial de diminuir significativamente as demandas de saúde nos outros níveis de atenção. Acrescenta-se ainda que como função gerencial, "[...] a PNH lança

[92] Embora a Lei nº 8.080/90 descreva o princípio da Igualdade como: "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (Art. 7º, inciso IV), recuperamos a definição de Equidade, segundo o qual: "[...] o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior" (Brasil, s/d). A despeito desse avanço em termos conceituais, não desconsideramos que não há consenso em meio a críticas dirigidas a este princípio: assim como sinalizamos no item anterior, é uma estratégia no modo de produção capitalista a cooptação de termos e movimentos com propostas emancipatórias na subsunção à lógica do capital.

mão do apoio institucional como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres" (Moura, 2020, p. 169).

Estima-se que a APS possui capacidade de resolutividade de cerca de 80% dos problemas de saúde (Machado; Fonseca; Borges, 2014). Notadamente, o desinvestimento na APS se caracteriza como uma contravenção à saúde da população e resulta no encarecimento dos custos da saúde pública diante do preço pago na recuperação de danos evitáveis. Cunha (2005), médico e pesquisador da área, destaca que o Modelo de Pronto Atendimento – oposto à lógica do cuidado na APS – tem consequências negativas como: "[...]medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos" (Cunha, 2005, p. 18).

O autor discorre sobre as peculiaridades da clínica na Atenção Primária à Saúde em contraposição à Atenção Hospitalar, escolha justificada pela hegemonia do modelo biomédico e curativista dessa última[93]. Compartilhar da perspectiva da valorização da formação generalista converge com as características típicas da Atenção Primária à Saúde, apresentadas por Starfield (2002)[94], em oposição à lógica do especialismo que resulta na fragmentação do sujeito em demandas cada vez menores e mais específicas, oriundas do modelo de atenção hospitalocêntrico, ao que, acrescentamos, pode se reproduzir em outros serviços e níveis de atenção, inclusive na APS, por questões institucionais e pela limitação na formação profissional, empecilhos que ainda estão por serem superados.

A título de exemplo, imaginemos que muitos usuários, com faixa etária próxima, têm buscado atendimento em uma dada UBS com frequência nos últimos meses, apresentando "queixas respiratórias". Além do tratamento medicamentoso para o alívio imediato dos sintomas, os usuários são encaminhados para "o especialista" que poderá diagnosticar e tratar

[93] No item seguinte, recuperamos a origem da medicalização da instituição hospital. Todavia, consideramos a ressalva apresentada pelo autor: "[...] a caracterização do espaço hospitalar que faremos não significa que desconsideramos as mudanças do hospital, inclusive ensinando e tensionando a Atenção Básica. Apenas utilizamos as características que nos parecem hegemônicas (ainda) e que são também as mais estudadas, por nos parecerem também as mais influentes na clínica da Atenção Básica" (Cunha, 2005, p. 24).

[94] *Carta Para Clínica Geral e Medicina de Família na Europa*: "1. Geral (não é restritiva a faixas etárias, tipos de problemas ou condições); 2. Acessível (em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura); 3. Integrada (curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades); 4. Continuada (longitudinalidade); 5. Utiliza o trabalho em equipe; 6. Holística (perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos e das comunidades); 7. Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; 8. Orientada para a família; 9. Orientada para a comunidade; 10. Coordenadora; 11. Confidencial; 12. Defensora dos pacientes em questões de saúde, em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde" (Starfield, 2002, p. 53 *apud* Cunha, 2005, pp. 21-22).

o problema. Apartado de um olhar generalista e integral não ocorre aos profissionais compreender essa demanda numa perspectiva mais ampla, ou seja, os usuários acabam "fatiados" pelo serviço, de modo que as queixas são descoladas do próprio sujeito. Na lógica da integralidade e da humanização, por outra via, o cuidado a esses usuários buscará compreender: as suas condições de vida, trabalho, moradia, relações, anseios e desejos, e às características desse território, a partir do acolhimento e de uma escuta qualificada. Além de novos parâmetros para a compreensão de sua etiologia[95] e dos seus contextos particulares, as condutas também se comprometem com valores e posicionamento qualitativamente diferentes: a equipe de referência da APS amplia também as suas possibilidades de compreensão e recursos de intervenção. Essa equipe poderá identificar, por exemplo, que esses usuários são trabalhadores de uma fábrica que os expõe ao contato com fuligem sem o devido uso de equipamentos de proteção individual, e, a partir dessa ampliação do olhar poderá promover ações e estratégias de cuidado mais resolutivas às necessidades da população desse território. Com o desenho desse cenário hipotético, desejamos ilustrar a discrepância entre um trabalho voltado para a lógica das especialidades, que individualiza e reduz o sujeito, e um modelo de assistência e gestão calcado no princípio da integralidade e da humanização[96].

Outro aspecto que diferencia a assistência ofertada pelo viés hospitalocêntrico em relação à Atenção Primária à Saúde se refere às relações assimétricas entre os profissionais e entre profissionais e usuários. No primeiro, a assistência é centrada em prescrições definidos pelos profissionais, sobressaindo o poder médico em relação a outras áreas, com pouco ou nenhum espaço para o diálogo e negociação com os usuários e protocolos homogeneizados. Além disso, o sujeito é apreendido de modo "isolado", "*in vitro*", apartado da cotidianidade do seu viver como sujeito "*in vivo*". A imposição – seja implícita ou explícita – da obediência dos usuários na "adesão ao tratamento" – no âmbito do hospital ou mesmo de ambulatórios especializados, conforme exemplificado por Cunha (2005, p. 27) – como condicionalidade para continuidade da oferta do serviço é ainda mais controversa no âmbito da Atenção Básica pela sua caracterização do cuidado contínuo e de "porta aberta":

> Nos serviços de especialidade é comum que os profissionais recusem-se a fazer o seguimento dos pacientes, caso não sejam obedecidos – tal como acontece numa enfermaria hospitalar, onde a recusa de submissão a um

[95] Aqui empregamos o termo etiologia num sentido que transcende as "causas orgânicas" e o "curso natural do desenvolvimento da doença" para uma compreensão social do fenômeno.

[96] Cabe citar que o exemplo também é pertinente e tange às ações da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e à Saúde do Trabalhador, campos de atuação do SUS, conforme estabelecido no Art. 6º da Lei nº 8.080/90, mas que não é o foco da discussão nesse momento.

> tratamento geralmente significa “alta a pedido”. Nos serviços de Atenção Básica com clientela adscrita, não existe esta possibilidade de negar o atendimento dos discordantes. Além do mais, o convívio periódico e a presença de agentes comunitários, possibilita uma percepção bem menos parcial do Sujeito doente (Cunha, 2005, p. 28).

Destacamos que no modelo assistencial biomédico há uma centralidade do tratamento farmacológico de modo que a “efetividade” do cuidado é vista, muitas vezes, a partir da “adesão” do usuário ao uso dos medicamentos prescritos para a remissão dos sintomas, de modo que há uma tendência de que a apreensão dos profissionais em relação ao usuário se dê em partes, isolada do todo. Utilizando uma metáfora, o autor descreve o cuidado na Atenção Básica “análoga a um filme” enquanto o cuidado na Atenção Hospitalar é “análogo a uma fotografia”. Num quadro comparativo (Cunha, 2005, p. 35), aponta que na primeira o critério de eficácia é a qualidade de vida, os resultados são a médio e a longo prazo e o cuidado se volta para o “momento crônico”. Por outro lado, na segunda o critério é a alta hospitalar, os resultados são imediatos e o momento do atendimento é de agudização. Cunha (2005) chama a atenção para a cultura institucional do hospital universitário “em que predomina a ideia de ‘produzir ciência’” a partir do trabalho de Camargo Junior (2003) no qual ele:

> [...] demonstra, estudando professores de hospitais universitários, a valorização do Diagnóstico, considerado tarefa mais nobre em relação à terapêutica. Na Atenção Básica esta atividade não é nem suficiente nem é a mais complexa. O Sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a Vida tem espaço para exercer influência (Camargo Junior, 2003 *apud* Cunha, 2005, p. 29).

Esse arranjo também tem repercussões no imaginário social em relação aos diferentes níveis de atenção com um desprestígio aos serviços que não atuam diretamente na iminência do risco de morte para “salvar vidas”, também pela lógica biomédica, tomada como a principal tarefa da assistência em saúde (Cunha, 2005, p. 35-36). Nesse sentido, complementa que “O mal-estar produzido pela ineficácia dos instrumentos hospitalares na Atenção Básica, associado à desvalorização de outras atividades (mesmo que eficazes), provavelmente contribui para uma ‘cultura’ de desprezo e baixo envolvimento na Atenção Básica” (Cunha, 2005, p. 36). A este respeito, é importante pontuar que além da supervalorização da lógica instrumental, herdeira do paradigma da ciência moderna, no modo de vida atual impera o imediatismo nas relações sociais que corrobora com uma perspectiva de soluções simplistas para questões complexas e que vai na contramão da integralidade do cuidado em saúde no território.

Diante da relevância da categoria "território" como norteadora do trabalho na Atenção Primária à Saúde, recorremos às valiosas contribuições do geógrafo brasileiro Milton Santos (2002) o qual define que:

> O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, instituições e as empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil) (Santos, 2002, p. 84).

A essência social do espaço apreende duas dimensões fundamentais: além da configuração geográfica ou espacial, que se refere aos objetos naturais geograficamente distribuídos em um território[97], os processos sociais na realização de suas funções de determinadas formas. O espaço contém as demais instâncias da sociedade e, ao mesmo tempo, é contido por elas, pois "A economia *está* no espaço, assim como o espaço *está* na economia. O mesmo se dá com o político-institucional e com o cultural ideológico" (Santos, 2023, p. 12, grifo do autor).

Destacamos algumas considerações acerca do método de análise proposto pelo autor: o conteúdo e a significação dos elementos (ou variáveis) do espaço estão em constante transformação, para que sua análise apreenda a concretude da totalidade é necessário contextualizá-lo, isto é, dirigir-se ao momento atual, sem perder de vista a sua historicidade e sempre articulando os elementos em sua interação, numa condição de interdependência. Apartado da totalidade, os elementos são abstrações vazias, pois "o contexto leva em conta o movimento do todo" (Santos, 2023, p. 22). A indissociabilidade das partes e do todo imprimem o caráter do espaço como constituído e constituinte da realidade social, assim, "[...] quando uma variável muda o seu movimento, isso remete imediatamente ao todo, modificando-o, fazendo-o outro, ainda que, sempre e sempre, ele constitua uma totalidade" (Santos, 2023, p. 27). Notadamente, Santos refuta a compreensão mecanicista de causa-efeito, o todo é significado de modo particular com as especificidades dado em cada espaço-tempo e em movimento. Desse modo,

[97] Fazemos a ressalva de que: "A natureza primeira, como sinônimo de 'natureza natural', só existiu até o momento imediatamente anterior àquele em que o homem se transformou em homem social, através da produção social" (Santos, 2023, p. 19).

> [...] o espaço total, que escapa à nossa apreensão empírica e vem ao nosso espírito sobretudo como conceito, é que constitui o real, enquanto as frações do espaço, que nos parecem tanto mais concretas quanto menores, é que constituem o abstrato, na medida em que o seu valor sistêmico não está na coisa tal como a vemos, mas no seu valor relativo dentro de um sistema mais amplo (2023, p. 31).

Assim, a análise de um território remonta a uma periodização com complexidade inversamente proporcional ao seu tamanho: quanto menor a escala, isto é, quanto menor o espaço em análise, "[...] maior o número de níveis e determinações externas que incidem sobre ele" (Santos, 2023, p. 13). Por esse caminho, a aproximação do território de um serviço de saúde deve considerar que a produção de cuidado na lógica do território ratifica uma compreensão ampliada dos processos de saúde e doença, haja vista que o reconhecimento das particularidades de cada território como elementos constitutivos nos modos de vida de cada população implica em respostas particulares às suas necessidades de saúde, impreterivelmente conectadas à totalidade da qual fazem parte.

Nesse bojo, o conceito de territorialização, como pressuposto da Estratégia da Saúde da Família estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, objetiva o reconhecimento da população, e de suas condições e necessidades de saúde, pelo processo de adscrição do território, como forma de facilitar o acesso aos serviços, a continuidade do cuidado e o vínculo com os usuários, estabelecendo a responsabilidade sanitária da equipe de saúde na atenção aos usuários de uma determinada área. Podemos afirmar a territorialização como o instrumento central no planejamento das ações de saúde na APS, o qual deve acompanhar o dinamismo e vitalidade dos processos tipicamente humanos em seu cotidiano ao longo do tempo. Para Morgado (2017), a territorialização:

> Constitui-se em um processo dinâmico ao expressar as constantes mudanças da vida: o nascimento ou a morte de alguém, o adoecimento de outro, o rompimento de algum relacionamento ou o início de outro, a mudança ou a perda de um emprego, a chegada de um novo vizinho, a partida de outro, a construção ou demolição de moradias, fábricas, escolas, estradas, o desmatamento (Morgado, 2017, p. 96).

Recuperando o trabalho de Molken e Barcellos (2007), Morgado (2017) apresenta os conceitos de Território-Área, relativo à abrangência de uma unidade de saúde, Território-Microárea, como área de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e Território-Moradia ou Território-Domicílio, como o espaço próprio da residência dos usuários (Morgado, 2017, p. 28). No processo de territorialização, os ACS são os profissionais mais inseridos no território e

por esse motivo, muito além da realização do cadastro das famílias, eles desempenham um papel-chave na "[...] organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros" (Brasil, 2012a, p. 61-62).

Em seu trabalho de campo realizado numa cidade do norte paranaense, Morgado (2017) demonstra a potencialidade dessa ferramenta na construção do cuidado entre profissionais e usuários, e na compreensão dos processos de saúde e doença da população. Por outro lado, aponta para os desafios frente à escassez de recursos na saúde pública, a extensão do território, ao fator cultural da valorização, por parte da população, dos atendimentos médicos em detrimento das ações de outros profissionais, a incompatibilidade de horários para o atendimento da população trabalhadora e a importância da estratégia da Educação Permanente nos processos de trabalho das equipes.

Destarte, com o objetivo de "apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde" (Brasil, 2010a, p. 10), em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM nº 154/2008, compostos por equipes de profissionais de diferentes áreas[98], comprometidos com:

> [...] a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2010a, pp. 10-11).

Desse modo, o NASF se tornou parte da Atenção Primária à Saúde, e a sua relação com a Saúde da Família foi caracterizada pela sua função de Apoio Matricial que como tecnologia de gestão objetivou complementar os processos de trabalho das Equipes de Referência, no caso,

[98] A configuração das equipes do NASF foi definida em duas modalidades: O NASF 1 com a composição mínima de cinco profissionais de curso superior de diferentes áreas entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional; e o NASF 2, delimitando o mínimo de três profissionais de nível superior, também não coincidentes, entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, com limites estabelecidos para o número de equipes da Saúde da Família a serem vinculados em cada modalidade. Acrescenta-se que a definição dos profissionais quem compõem o NASF é de responsabilidade do gestor municipal (Brasil, 2010a, p. 20). É importante destacar que a definição da composição do NASF deve partir de uma negociação compartilhada entre a gestão, as equipes de Saúde da Família e o controle social, consoante com as necessidades de cada território (p. 24).

das equipes da Saúde da Família, por meio do suporte assistencial, o qual implica diretamente na assistência aos usuários, e do suporte técnico-pedagógico, com efeito de apoio educativo com e para a equipe, sendo que essas duas dimensões são entrelaçadas em diversos momentos. Ao desempenhar o papel de "retaguarda especializada" por meio do matriciamento, a estratégia do NASF também caracteriza a função da educação permanente (Brasil, 2010a, p. 12).

No cotidiano do trabalho, o NASF foi situado frente ao desafio e à potência de tensionar os saberes tradicionais e hegemônicos em direção à ampliação da compreensão dos processos de saúde e doença e dos modos de intervenção na lógica da interdisciplinaridade, do cuidado longitudinal e territorial, compromissados com o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia dos usuários. Desse modo, os profissionais do NASF não deveriam ocupar o lugar de especialistas para o atendimento das demandas de consultas especializadas[99], visto que o "[...] conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista" (Brasil, 2010a, p. 12), a atuação se realiza na forma de Cogestão do trabalho compartilhado com as equipes de Referência na qual o planejamento e a execução das ações são indissociáveis.

No apoio à gestão o NASF pode atuar por meio da Pactuação do Apoio, com destaque às atividades de avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de Saúde da Família e o Conselho de Saúde e de pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe SF e com a participação social. No âmbito da atenção em saúde, o NASF tem a contribuir com o apoio na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de usuários, famílias e/ou grupos, destinado a situações de maior complexidade no caso da Atenção Básica, e ainda, no território com o desenvolvimento de Projeto de Saúde no Território (PST) a partir da identificação das necessidades de um território e/ou população (Brasil, 2010a, p. 24).

Entre as ferramentas tecnológicas que também são atribuídas ao NASF, destacamos a Clínica Ampliada[100], como uma proposta de construção compartilhada de "diagnósticos e terapêuticas", com a ressalva de que aqui a compreensão de "diagnóstico" não incide no significado posto pelo modelo biomédico. Ao contrário, se dirige para uma complexificação do

[99] Renata Heller de Moura (2020) analisa criticamente a descrição constante na Portaria GM nº 154/2008 sobre a possibilidade de que os profissionais do NASF realizassem atividades clínicas conforme sua responsabilidade profissional, ainda que o *Caderno de Diretrizes do NASF* (2009) e o documento da oficina de qualificação do NASF (2010) reforcem a ideia de que essas ações devem ocorrer apenas "em situações extremamente necessárias". Essa abertura controversa "abriu margem para alguns municípios interpretarem o NASF como uma possibilidade para se implantar uma espécie de centro de especialidades" (p. 162), e, portanto, na contramão de sua proposta original.

[100] Proposta de Gastão Wagner de Sousa Campos em *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada* (1997), presente na PNH.

seu objeto de trabalho e implica na necessária transformação dos instrumentos, meios de trabalho e na relação entre os próprios trabalhadores, pois:

> [...] são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais (Brasil, 2010a, p. 26).

Inspirado no trabalho de Gastão Wagner de Sousa Campos (1997), Cunha (2005) discorre sobre a construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica e analisa que ela "é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que *não apenas o biológico*, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde" (Cunha, 2005, p. 12, grifos nossos). Nessa direção, apresenta a proposta de um antiprotocolo para a cogestão da Clínica Ampliada na Atenção Básica[101], o qual é composto por três movimentos, a saber: o diagnóstico (a definição de indicadores), a escolha dos recursos possíveis (que se refere ao *que* e *como fazer* coletivo) e a assimilação de suas diretrizes (que se refere ao aporte teórico para o trabalho). Nesse último ponto, Cunha sintetiza nove sugestões práticas visando a maior resolutividade no cuidado:

> Evitar recomendações pastorais e culpabilizantes. Doença multifatorial não tem causa única. Negociar restrições sem rancor e levando em conta investimento do doente [...] Trabalhar com ofertas e não apenas com restrições [...] Especificar ofertas para cada sujeito [...] Evitar iniciar consultas questionando aferições e comportamentos. Valorizar a qualidade de vida [...] Perguntar o que o paciente entendeu do que foi dito sobre sua doença e medicação [...] Evitar dizer "sempre" ou "nunca" (preferir o conceito de possibilidades) [...] Evitar assustar o paciente [...] Lembrar que doença crônica não pode ser a única preocupação da vida. Equilibrar combate à doença com produção de vida [...] Atuar nos eventos mórbidos com o máximo de apoio e o mínimo de medicação. Preferir fitoterápicos a diazepínicos (Cunha, 2005, pp. 167-171, destaques do autor).

Cunha ainda reitera como recursos úteis ao trabalho na Atenção Básica, na perspectiva do antiprotocolo: a realização de reuniões de equipe, o instrumento, já citado, do PTS, a anamnese ampliada e as visitas domiciliares. O paradigma que sustenta essas propostas parte de uma mudança institucional da clínica tradicional, na qual "Abrem-se então possibilidades de

[101] Oriunda da demanda de profissionais, médicos e enfermeiros, entre 2002 e 2003 no município de Campinas-SC, e da própria Secretaria Municipal de Saúde para a qualificação das equipes da Saúde da Família (Cunha, 2005, pp. 158-159). Cabe destacar que o autor participou desse processo o qual também deu origem à sua dissertação de Mestrado.

construção de novos saberes (terapêuticas) e novos Sujeitos (novas identidades de Sujeitos e saberes" (Cunha, 2005, p. 183). Destarte, a superação da clínica tradicional tem como implicação o reconhecimento de que toda teoria é ancorada em uma ontologia, isto é, num paradigma que sustenta uma dada visão de ser humano (e, por conseguinte, de sua saúde/doença) a qual privilegia determinados aspectos em detrimento de outros. Ou seja, é sempre limitado e parcial frente à impossibilidade da apreensão total e absoluta de seu "objeto", daí decorre a necessidade de um olhar ampliado e interdisciplinar.

A fim de ilustrar a discussão, tomemos os seguintes cenários hipotéticos, como demandas de uma Unidade Básica de Saúde a serem discutidas entre a equipe e a gestão do serviço: 1) A população de uma UBS apresenta alta prevalência de diabetes e hipertensão arterial entre as pessoas idosas, com "pouca adesão" ao tratamento medicamentoso prescrito pelo médico da ESF; 2) Uma UBS tem recebido muitos encaminhamentos da escola do ensino fundamental do bairro, a maioria de crianças entre sete e 11 anos de idade, com queixas de "indisciplina, desatenção e dificuldade de aprendizagem", solicitando avaliação psicológica para fins diagnósticos; 3) Nos últimos meses houve o aumento significativo de tentativas de suicídio, identificadas a partir das Contrarreferências à Unidade realizadas pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município; 4) No território da Unidade há pessoas em situação de rua com diversas demandas de saúde e sociais, incluindo casos de tuberculose com tratamento irregular, uso abusivo de álcool e a falta de acesso à documentação pessoal. Do exposto, questionamos: quais as implicações da atenção na perspectiva da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade frente a essas situações?

A descrição de quadros aparentemente tão diversos e múltiplos remete ao caráter generalista e do alto nível de complexidade das demandas que se apresentam no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Na perspectiva da integralidade, nem mesmo as queixas diretamente relacionadas às causas orgânicas, como é o caso da diabetes, podem ser satisfatoriamente atendidas, exclusivamente, pelo viés biológico. Convergente com os pressupostos da Atenção Primária à Saúde que têm sido discutidos ao longo dessa seção, os processos de saúde-doença incluem elementos sociais, econômicos, históricos, climáticos e culturais. Ainda que dois sujeitos compartilhem do mesmo diagnóstico, os seus contextos e necessidades perpassam particularidades de sua existência, como as condições de moradia, trabalho, alimentação, relações sociais, rede de apoio, a compreensão e o sentido atribuído ao seu diagnóstico, sua história de vida, entre outras, que devem ser consideradas no seu processo de adoecimento e devem ser consideradas no seu processo de cuidado, com ênfase no instrumento da territorialização.

Ao tratarmos especificamente das demandas do campo da saúde mental, em referência às vivências de sofrimento psíquico que usualmente são expressas em diagnósticos de "transtornos mentais", essa relação tende a se complexificar ainda mais, não pela existência de uma natureza apartada de objetividade, pois, como buscamos demonstrar ao longo da discussão, na perspectiva da integralidade não há a possibilidade de subjetividade apartada de objetividade. O desafio posto incide, sobretudo, na tradição do saber biomédico, ainda hegemônico, sustentado pelo paradigma da racionalidade da ciência moderna e positivista a qual busca explicações estritamente orgânicas para condições sociais, e para o qual o tratamento tende a se restringir às tecnologias duras, como procedimentos técnicos e medicamentos, distanciando-se do aspecto relacional e afetivo envolvido no processo de cuidado. Assim, na lógica da "neutralidade científica", nesse modelo de assistência à saúde almeja-se também uma espécie de "neutralidade dos afetos".

Um exemplo já problematizado em outro momento (Kian; Borges, 2021) se refere ao uso de instrumentos de estratificação e classificação de risco em saúde mental[102] que têm como proposta servirem de subsídio aos profissionais como avaliação de risco, mas que, como observamos em nossa prática, muitas vezes acabam sendo utilizados como aspecto central do atendimento com foco na identificação de sinais e sintomas, com o objetivo de obtenção de escores, isto é, de uma análise prioritariamente quantitativa, como principal critério para a definição dos encaminhamentos e da terapêutica para o sujeito.

Essa perspectiva, quando assentada no paradigma biomédico tradicional, incorre na perniciosa estruturação de fluxos de atendimento cujo diagnóstico é o fator dominante na definição dos serviços que atenderão ou não os usuários segundo a gravidade de seu quadro. Como exemplo: um sujeito é estratificado como "baixo risco" e o outro como "alto risco" e, tomando como fator decisório o escore da estratificação, o primeiro é "recusado" pelo CAPS enquanto o segundo é, por esse motivo, necessariamente encaminhado ao CAPS. Com essa análise não abdicamos da lógica na referência ao CAPS de situações de sofrimento psíquico que requerem recursos pertinentes à complexidade do serviço especializado da RAPS, e sim apontamos para o questionamento da tecnização que pode levar a uma rigidez na avaliação e

[102] No Estado do Paraná, a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) é estruturado em "Sinais e sintomas distribuídos tendo como pano de fundo as principais síndromes psicopatológicas que ocorrem na população em geral e na APS (OPAS/OMS,2005), fatores agravantes e atenuantes" (Paraná, 2020), organizados em seis grupos, a saber: Transtornos Mentais Comuns; Transtornos Mentais Severos e Persistentes; Uso problemático de Álcool e outras Drogas; Alterações na SM que se manifestam na infância e/ou na adolescência; Fatores agravantes ou atenuantes de problemas de SM já identificados. Ao final, a pontuação entre 0 e 40 representa baixo risco; de 42 a 70, médio risco e de 72 a 240 pontos, alto risco. Esse documento afirma que em caso de "crise aguda em SM ou "emergência psiquiátrica" deve-se aplicar a "classificação de risco" ao invés da ERSM.

no acolhimento de cada sujeito, que exige um olhar atento às singularidades de cada caso em dado momento. Além disso, quando a preocupação gira em torno da "lógica do encaminhamento" essa posição desvela a desarticulação e desresponsabilização entre os profissionais e serviços da Rede.

Consideramos que além da visão reducionista sobre as demandas de saúde mental, essa lógica de atendimento também é corroborada pelas precárias condições e sobrecarga de trabalho dos profissionais que culminam em condições de adoecimento[103] diante do desmonte das políticas públicas, da burocratização dos processos de trabalho, da falha na formação desses profissionais, da precarização e intensificação da exploração do trabalho, da ofensiva reacionária que fortalece práticas e ideologias racistas, patriarcais e capacitistas, do individualismo em detrimento do trabalho coletivo, da falta de perspectiva de futuro da classe trabalhadora, entre outros fatores que aqui poderiam ser elencados. Como consequência, esse arranjo também deságua nos processos de medicalização da vida.

Retomando as situações supracitadas das possíveis demandas dirigidas à Atenção Primária à Saúde, pelo viés da medicalização as respostas dirigir-se-ão para explicações que localizam no sujeito – no corpo biológico, mais especificamente – as causas dos seus "problemas" e, como consequência, a psicofarmacoterapia como principal via de tratamento. As crianças com problemas de aprendizagem receberão um laudo que justificará a sua "não aprendizagem" e o seu "mau comportamento". As pessoas com tentativas de suicídio serão diagnosticadas com "depressão". Alterações nos seus neurotransmissores, possivelmente associada a uma origem genética. A "não adesão" ao tratamento, no caso dos diabéticos e das pessoas em situação de rua serão identificadas como resistência ao tratamento (que poderão, inclusive, ter relação com problemas de ordem psíquica, assim como a causa do uso abusivo de álcool e outras drogas que será mais bem tratada numa internação em um hospital psiquiátrico e/ou comunidade terapêutica para que se mantenham abstêmios). Ademais, o problema das pessoas que vivem em situação de rua, esse sim, de origem "social", será devidamente encaminhado à responsabilidade nos serviços de Assistência Social. Tais formulações se apresentam no extremo oposto da proposta que defendemos – do cuidado no território, na lógica da integralidade, interdisciplinaridade e da intersetorialidade – e como desafios enfrentados cotidianamente, visto que o saber hegemônico tende a individualizar e reduzir esses complexos processos humanos e sociais.

[103] Notícia publicada em 10/03/2025: "Crise de saúde mental: Brasil tem maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos". Fonte: https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml#1.

Em oposição à lógica cartesiana que ancora a dicotomia entre "corpo" e "mente", entre "razão" e "emoção", as discussões constantes no *Caderno da Atenção Básica 34 – Saúde Mental* (Brasil, 2013) corroboram a perspectiva da integralidade em direção à superação das "doenças mentais" pela compreensão da condição de sofrimento, apresentando elementos e ferramentas para a atuação dos profissionais nesse âmbito. Amparando-se nas contribuições do médico da família Eric Cassell, o referido documento define que "[...] podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa" (Brasil, 2013, p. 32), reiterando assim que uma visão multidimensional do sujeito possibilita o desenvolvimento de estratégias mais "abrangentes" e "menos iatrogênicas" (Brasil, 2013, p. 32). Nesse sentido, recupera o PTS e o território[104] como potenciais de produção de cuidado da pessoa em sofrimento, apresentando como importantes indicadores de saúde das populações a *coesão social*, o desenvolvimento de *novos modos de grupalidade*, a *valorização da criatividade*, a *utilização do tempo livre* e a *consciência social* (Brasil, 2013, p. 35, grifos dos autores).

Contudo, no movimento contraditório da realidade, a despeito dos avanços na política de saúde por meio dos movimentos sociais, práticas e construções teóricas, o atual contexto de desmonte do SUS – já referenciado no item anterior – em direção à mercantilização da saúde, especificamente no âmbito da Atenção Básica, destaca-se que a promulgação da Portaria nº 2.436/2017 representou um atroz retrocesso à PNAB. Destarte, Morosini, Fonseca e Lima (2018) demonstram os principais impactos a essa política no contexto da ofensiva neoliberal frente aos ataques aos direitos sociais da população brasileira: sob a justificativa de medidas "racionalizantes" para a recomposição do "equilíbrio fiscal" que significaram o ataque aos direitos trabalhistas e previdenciários. As autoras discutem como a concepção da regionalização foi utilizada como manobra para flexibilizar a implantação da Atenção Básica no país mascaradas de pretensas alternativas atentas às especificidades locorregionais[105] (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, pp. 13-14).

---

[104] Além da noção de "território-vivo", de Milton Santos, apresenta também a concepção de "territórios existenciais", de Guattari (1990), os quais "podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas" (Brasil, 2013, p. 34), incluindo as subjetividades dos usuários e também dos trabalhadores de saúde.

[105] A discussão das autoras corrobora a crítica já enunciada por Soares (1999) em relação à "Descentralização Destrutiva" e da "Universalização Interrompida" (p. 28; p. 43). A este respeito, contudo, há uma divergência em relação ao Eugênio Vilaça Mendes (1996) que apresenta uma visão positiva do movimento de descentralização do SUS, contudo, o autor também trata da "Universalidade Excludente" (p. 75). Morosini, Fonseca e Lima (2018), por sua vez, tratam da "Relativização da Cobertura" na nova PNAB, remetendo ao princípio da Universalidade (p. 15).

Na nova PNAB, o sentido da relativização da cobertura (e da Universalidade), a qual flexibiliza a referência de população adscrita (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 15), relativiza-se também o princípio da Integralidade e deturpa a concepção da lógica territorial: a definição da existência de "serviços essenciais" e "serviços ampliados" deixa a cargo da gestão local a definição dessas prioridades, de modo que o delineamento da APS lhe confere um caráter seletivo e acabam por deturpar também o princípio da Equidade. Como consequência,

> A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores público e privado suplementar como partes de um todo único. Nesse sentido, ampliam-se as condições para que a saúde suplementar passe a integrar o sistema de serviços de saúde, desta vez diretamente impulsionado pelo desenho das políticas públicas (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 17).

Destacam ainda o reposicionamento da Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica na retomada do modelo tradicional mediante a exclusão do ACS como parte da composição mínima das equipes da APS, a flexibilização da carga-horária dos profissionais e do arranjo das equipes, favorecendo ao barateamento – e enfraquecimento – da PNAB. Acrescenta-se ainda a descaracterização da função dos ACS a partir da fusão de suas funções com os Agentes Comunitários de Endemias (ACE). Ao que tange especificamente ao papel do ACS na APS frente às mudanças na Política Nacional, as autoras avaliam que:

> O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 18).

Acrescentam, por fim, que o novo desenho da PNAB fragiliza a coordenação do pacto federativo da saúde, uma vez que "[...] a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos" (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 20). Essa flexibilização, somada às limitações e dificuldades presentes na maior parte dos municípios brasileiros, de pequeno e médio porte populacional em assumir a responsabilidade de suas atribuições, implica na regulamentação da possibilidade de implantação de uma Atenção Básica tradicional, no sentido contrário ao modelo centrado na estratégia da Saúde da Família.

> A escassez de recursos públicos disponíveis para a saúde também tenderá a aumentar as disputas redistributivas, favorecendo a influência de interesses particulares nas decisões alocativas do setor, a implantação de planos privados de cobertura restrita e de modelos alternativos à ESF, com resultados duvidosos para a organização da AB (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 21).

A análise das autoras aponta para a regulamentação de mudanças de importantes diretrizes na PNAB (Brasil, 2017), cuja consequência resulta no fortalecimento do setor privado e, portanto, das necessidades do mercado em detrimento das necessidades humanas, no bojo dos nefastos ataques aos direitos e à vida da classe trabalhadora. No bojo desse projeto político, as mudanças na forma de financiamento da Atenção Básica e na retirada de parametrização na composição das equipes culminou também no desmonte do NASF[106] como núcleo de apoio à Estratégia da Família, com o agravante da Pandemia de Covid-19 (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022; Oliveira; Freitas, 2022). Destaca-se que além da retirada de incentivos para o financiamento dessas equipes houve também a retirada do conceito de apoio matricial num claro movimento que prioriza a atuação voltada para a assistência clínica individual, discussão também empreendida por Moura (2020).

Mattos, Gutiérrez e Campos (2022) analisaram 17 documentos do Ministério da Saúde de 2003 a 2021 no percurso histórico-normativo de construção do NASF e sistematizaram cinco períodos, a saber: os movimentos antecedentes (2003 a 2007), marcados por reivindicações e experiências municipais que culminaram na criação do NASF. O segundo período com a promulgação das diretrizes de apoio com a Portaria nº 154/2008 e os Cadernos de Atenção Básica 27 e a PNAB de 2011 (2008 a 2011). Na sequência, o período denominado pela universalização com a (re)organização das modalidades do NASF 1, 2 e 3 e os Cadernos de Atenção Básica 39 (2012 a 2015). O período de ampliação do apoio, marcado pela epidemia congênita por zika vírus e a promulgação da PNAB de 2017 (2016 a 2018). Por fim, o período de desmonte (?) do NASF com a implantação do Programa Previne Brasil[107] e o contexto da Pandemia de Covid-19 (2019 a 2021) (p. 3504). O estudo demonstra que nos quatro primeiros períodos, a despeito da existência de tensões e conflitos de interesses, houve uma expansão do modelo de apoio à Saúde da Família com experiências exitosas na produção do cuidado integral e territorial, convergente ao modelo de cogestão e valorização das ações de promoção e

---

[106] "Carta aberta contra o desmonte do NASF". Prefeitura Municipal de Campinas, em 09 de outubro de 2020. Disponível em: https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campinas.sp.gov.br/files/2020-12/CARTA%20ABERTA%20CONTRA%20O%20DESMONTE%20DO%20NASF%20-%20v%20sem%20assinaturas.pdf.

[107] O referido estudo "conclui que, nos dois primeiros anos de vigência, o Programa Previne Brasil promoveu o desmonte do NASF, com a redução de 379 equipes, significando um retrocesso a números próximos das eNASF que estavam cadastradas em fevereiro de 2018" (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022, p. 3513).

educação permanente. Esse processo foi interrompido com “A omissão do conceito apoio matricial da PNAB, a retirada do substantivo apoio do nome da equipe e fim do incentivo financeiro discricionário sugerem um direcionamento intencional e coordenado para o desmonte” (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022, p. 3513).

Não por acaso, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental desenhada ao longo de algumas décadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, vivenciamos um período reconhecido como “Contrarreforma” (Nunes *et al.*, 2019). Nessa direção, a promulgação da Portaria GM/MS Nº 635, em 22 de maio de 2023, institui as Equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, as eMultis, que “[...] atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS” (Brasil, 2023). Embora estabeleça entre as diretrizes a facilitação do acesso da população ao cuidado em saúde e a integração das ações em saúde na APS, a primeira ação definida denota o caráter assistencial como: “o atendimento individual, em grupo e domiciliar”, e também prevê: “a oferta de ações de saúde à distância”. O Art. 15 da Portaria, que dispõe sobre as formas de financiamento por desempenho, denota o caráter produtivista imposto como modelo de trabalho dessas equipes, notadamente priorizando o aspecto quantitativo do trabalho:

> Art. 15. São indicadores do Pagamento por Desempenho a serem observados na atuação das eMulti:
> I - percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas;
> II - satisfação da pessoa atendida pela eMulti;
> III - resolução das ações interprofissionais com as eMulti;
> IV - quantidade de ações realizadas pela eMulti; e
> V - percentual de atendimentos remotos mediados por TIC realizados pela eMulti (Brasil, 2023).

A descaracterização da APS e o desmonte do SUS, conforme discussões empreendidas até o momento, apresenta-se como um projeto político em curso. Em meio ao arranjo das reformas neoliberais o processo de medicalização é fortalecido e, conforme já sinalizado, reafirma a lógica do individualismo e do consumo. Essa razão mercadológica acarreta numa “crise de saúde mental” cuja solução se encerra na indicação de psicofarmacoterapia como única ou principal via de tratamento, e, ao mesmo tempo, mina as possibilidades da prática de um cuidado integral, da coletividade e da felicidade em sua dimensão ética.

2.3. *Em nome da razão*[108]*:* a medicalização como uma "nova" forma de manicomialização

"Ela prefere viver dois anos livre, do que viver cinco anos... bem... trancada num lugar..."[109]

"Eles... estão sabe fazendo o quê? Dopando! Quem quer que seja! Com um só remédio! Não pode! O remédio? Quer saber mais do que a Estamira? Presta atenção!"[110]

As falas presentes na epígrafe desta seção, extraídas do documentário *Estamira* (2006), denunciam pelo menos dois aspectos importantes acerca da história da loucura. O primeiro: a contraposição da vida em liberdade e da manicomialização na qual se tem de um lado a autonomia do sujeito e, do outro, a exclusão e o silenciamento do sujeito nas instituições totais (Goffman, 2004) ou instituições da violência (Basaglia, 1985). O segundo: a reprodução da lógica dessas instituições nos serviços substitutos que, mesmo no contexto da Reforma Psiquiátrica, mantém a centralidade nos tratamentos psicofarmacológicos cujo objetivo principal é a supressão de sintomas, a despeito da supressão do próprio sujeito denominado, pela *razão* psiquiátrica, como "louco".

O modelo de tratamentos degradantes, centrados na exclusão, no silenciamento e na violência foram eximiamente denunciados por trabalhos como: o clássico documentário *Em nome da razão* (Ratton, 1979), a obra investigativa *O holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil* (Arbex, 2019), o livro *Cemitério dos Vivos*, de caráter autobiográfico, de Lima Barreto e o filme *Bicho de Sete Cabeças* (2001), inspirado no livro *Canto dos malditos* de autoria e vida de Austregésilo Carrano.

Em seu clássico *O alienista*, Machado de Assis (1839-1908) conta a história do médico alienista Simão Bacamarte, ambientada no Brasil do século XIX, na qual o mesmo, tomado pelo nobre "espírito da caridade", inaugurou a Casa Verde com o objetivo de "[...] estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal" (Assis, 1999, p. 37). Em tonalidade cômica e incisiva crítica, o enredo nos leva à elucidação de como a psiquiatria moderna forjou os critérios diagnósticos como fatos descobertos pelo dito conhecimento científico, afirmados como verdade irrefutável sob o domínio médico no exercício do poder e do controle sobre a população. Uma vez diagnosticado fora "dos limites da razão" (p. 46), todos os aspectos da vida (seus comportamentos, gostos, ideias e modos de viver) são tomados como manifestação

[108] Referência ao icônico documentário "Em nome da razão", dirigido por Helvécio Ratton (1979), produzido pelo Grupo Novo de Cinema e TV e pela Associação Mineira de Saúde Mental (Goulart, 2010).
[109] Fala de Carolina, filha de Estamira, protagonista do documentário homônimo, de Marcos Prado (2005).
[110] Fala de Estamira ao se referir ao tratamento de saúde recebido em serviço de saúde mental.

da alienação mental e a este sujeito, louco, é negado o direito do exercício de seu próprio desejo e autodeterminação.

A falta de critérios médicos e a crença na cientificidade do discurso psiquiátrico hegemônico – nos parâmetros da ciência moderna – configuravam-se como uma contradição. Sem a crítica de seus próprios métodos e apartada da historicidade dos processos humanos, a psiquiatria "fechava os olhos" para a incoerência da produção da "loucura" a qual ela pretendia combater e que ela mesma forjava. Para Amarante *et. al.* (2018) o caráter reformista do modelo proposto por Pinel, o qual desde o início também foi alvo de críticas, mas que permanece influente na prática psiquiátrica até os dias atuais, teve sua validação social, sobretudo pelos seus efeitos de exclusão. Nesse sentido, avaliam criticamente a função exercida pelas "colônias" que seriam propostas progressistas de tratamento da loucura, mas que:

> Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (Amarante *et al.*, 2018, p. 27).

Freitas e Amarante (2015) analisam que a medicina se legitimou como a instituição de maior poder e controle social, anteriormente exercidos pela religião e pela lei. Em seu estudo, os autores recuperam os trabalhos do psiquiatra húngaro Thomas Szasz que, na década de 1970 já defendia a tese da "fabricação da loucura" evidenciando como a psiquiatria, ao longo da história, se apropriou de comportamentos humanos, como a homossexualidade[111]e o uso de substâncias psicoativas[112], transformando-os em doenças mentais. Assim, Freitas e Amarante (2015) definem que "[...] a doença mental é uma *doença metafórica*" (p. 29, grifos dos autores). Esse modelo explicativo, assentado no paradigma da ciência moderna, remonta à crítica de Marx e Engels (2011) à lógica especulativa hegeliana na qual uma abstração – fruto da racionalização do sujeito – é tomada como uma categoria universal, desconsiderando a totalidade e o movimento real dos fenômenos. Empregando os termos de Marx (2013), toma-se a aparência da coisa sem apreender a sua essência, isto é, os seus processos sociais e históricos constitutivos. Desse modo, a definição dos padrões de normalidade impostos em um

[111] Cabe salientar que até 1973 a "homossexualidade" era classificada como um transtorno mental pelo DSM e somente em 1990 foi retirada da nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID). A "transexualidade" deixou de ser considerada um "transtorno de identidade sexual", mas sendo considerada como "incongruência de gênero, relacionada à saúde sexual" na décima primeira edição da CID em 2018 que entrou em vigor no Brasil em 2022, e tratada como "disforia de gênero" pelo DSM-V, de 2013.

[112] Na contemporaneidade, além da patologização, a criminalização do uso de substâncias historicamente exerce a função do genocídio e do encarceramento em massa da população preta, pobre e periférica (CFP, 2019b).

determinado período histórico são tomados como verdades universais e absolutas de modo que todas as manifestações consideradas desviantes (dessa norma arbitrária) são tomadas como anormais ou, nos termos da medicina, patológicos (Canguilhem, 1943/1995 *apud* Almeida, 2018).

Faz-se a ressalva de que com essa análise não se nega, de modo algum, que a forma de produção da vida na atualidade não produza condições de adoecimento e sofrimento em massa. Ao contrário, a intensificação da exploração, dos sistemas de dominação-opressão e do individualismo na contemporaneidade justamente produzem a deformação dos processos de humanização, resultando em obstáculos à objetivação plena dos sujeitos, como gênero humano (Oliveira, 2001; Vygotsky, 2004). O ponto aqui apresentado destaca a fragilidade epistemológica do paradigma biomédico na conceituação da doença mental (Caponi, 2018)[113]. Para Illich (1976, p. 96 *apud* Freitas; Amarante, 2015, p. 28): "[...] quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer nosso amigo, e mais a doença se despolitiza".

A partir da segunda metade do século XIX a psiquiatria foi se firmando no terreno das ciências naturais, seguindo o modelo biomédico e os pressupostos da ciência moderna positivista com a sua pretensa neutralidade e objetividade científicas. "Esse território – matizado pelos cânones científicos – pretende garantir credibilidade de ciência à medicina psiquiátrica emergente" (Amarante *et al.*, 2018, p. 26). A aliança entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria foi decisiva para a assombrosa e crescente epidemia dos ditos transtornos mentais ao longo das próximas décadas, a qual os autores descrevem como uma biopolítica que:

> [...] potencializa o poder para o governo do corpo múltiplo, sejam eles grupos sociais, a população, o homem como ser vivente. Os fenômenos abordados pela medicina passam a constituir fenômenos de massa, seriais, de longa duração – cada vez mais fenômenos passa a ser objeto de governo (Freitas; Amarante, 2015, pp. 34-35).

Nesse sentido, corrobora Ferrazza (2009) quanto à relevância da neurociência e da indústria das drogas psiquiátricas, visto que:

> Com o desenvolvimento dos discursos da neurociência e com o investimento na criação de drogas psicofarmacológicas, as concepções formuladas pela

[113] Cabe considerar que neste trabalho dialogamos com autores que, embora não compartilhem dos pressupostos epistemológicos marxistas, apresentam importantes contribuições à reflexão dos processos de medicalização da vida.

> psiquiatria na segunda metade do século XIX sobre a origem orgânica das doenças mentais ganhariam, finalmente, algum recurso terapêutico efetivo para enfrentar as disfunções biológicas supostamente inerentes à loucura (p. 41).

Assim, a psiquiatria promoveu a tese do desequilíbrio neurofisiológico cerebral para explicar a gênese dos transtornos mentais e da consequente necessidade do desenvolvimento de drogas – "a pílula mágica" – que pudessem corrigir essas alterações, tal como no caso dos antibióticos e da terapia insulínica. Contudo, a própria história do desenvolvimento da psiquiatria contemporânea entrelaçada à indústria farmacêutica, objeto do minucioso trabalho investigativo de Whitaker (2017), desvela a arbitrariedade e a falta de fundamentos científicos e epistemológicos que as mantêm até os dias atuais[114]. A história não contada à população desvela como a tese do desequilíbrio neurofisiológico foi construída em suposições a partir da observação do efeito das drogas psiquiátricas, ao modo que:

> [...] pesquisadores identificavam os mecanismos de ação de uma classe de drogas, viam como essas drogas reduziam ou elevavam os níveis de um neurotransmissor cerebral e, em pouco tempo, o público era informado de que as pessoas tratadas com esses medicamentos sofriam do problema oposto (Whitaker, 2017, pp. 90-91).

O início da "revolução psicofarmacológica"[115], na década de 1940, foi marcado pelo desenvolvimento da Torazina e da Prometazina, inicialmente útil para a sedação em cirurgias. Ocorre que, em 1949, o médico da Marinha francesa, Henri Laborit observou que além de suas propriedades anti-histamínicas, a Prometazina promovia um estado de "serenidade eufórica" (Whitaker, 2017, p. 64). Dois anos depois, a Clorpromazina, que já havia sido utilizada em experimentos com ratos, testou a substância combinada com outras drogas em pacientes cirúrgicos e observou um "estado crepuscular". Diante desses achados, o cirurgião sugeriu em uma conferência de anestesiologia em Bruxelas que a Clorpromazina poderia ser usada na psiquiatria, promovendo uma espécie de "lobotomia medicamentosa" (Whitaker, 2017, p. 65). No ano seguinte, a Clorpromazina começou a ser administrada em pacientes psicóticos no Hospital Sainte-Anne em Paris pelos psiquiatras Jean Delay e Pierre Deniker e logo foi

[114] Sem desconsiderar a arbitrariedade da tese da psiquiatria tradicional, uma contradição posta pelo nosso modo de produção e reprodução da vida se refere ao fato de que o uso/consumo de psicotrópicos é, muitas vezes, o que possibilita que os sujeitos continuem realizando o seu trabalho e as suas atividades frente às exigências impostas.

[115] Sandra Caponi (2018) problematiza a compreensão da denominada "revolução psicofarmacológica" ou "revolução terapêutica" no campo da psiquiatria com o advento dos primeiros neurolépticos. Concordando com Foucault, avalia que essa mudança se assenta mais no terreno das permanências e continuidades do que com rupturas (p. 22).

difundida na Europa. As “enfermarias calmas e pacientes de fácil manejo” foram descritas no seguinte cenário:

> Sentado ou deitado, o paciente permanece imóvel na cama, amiúde pálido e com as pálpebras abaixadas. Mantém-se em silêncio na maior parte do tempo. Quando interrogado, responde após uma pequena demora, devagar, em tom monótono e indiferente, expressando-se em poucas palavras e emudecendo depressa. Sem exceção, a resposta costuma ser válida e pertinente, o que mostra que o sujeito é capaz de atenção e reflexão. No entanto, raras vezes toma a iniciativa de formular alguma pergunta; não expressa preocupações, desejos nem preferências. Em geral, tem consciência da melhora trazida pelo tratamento, mas não manifesta euforia. *A aparente indiferença ou a demora na reação aos estímulos externos, a neutralidade emocional e afetiva, a redução da iniciativa e da preocupação, sem alteração da percepção consciente ou das faculdades intelectuais, constituem a síndrome psíquica decorrente do tratamento* (Whitaker, 2017, p. 65, grifos nossos)[116].

Logo, a Clorpromazina começou a ser comercializada nos Estados Unidos, como um “potente tranquilizante”, sob o nome comercial Thorazine. Os efeitos calmantes e energizantes de outras drogas, como relaxantes musculares e medicamentos para tuberculose foram investigados com euforia e interesse na sua aplicação para a psiquiatria. Nesse caminho, entre 1957 e 1957 houve o desenvolvimento de calmantes para pacientes maníacos e de energizantes para pacientes com depressão.

> Mas *nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas*. Elas provieram das pesquisas pós-Segunda Guerra Mundial para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas, quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneiras desconhecidas. Os testes da clorpromazina, do meprobamato e do clordiazepóxido com animais revelaram que esses agentes cerceavam acentuadamente as respostas físicas e afetivas normais, porém o faziam sem causar a perda da consciência. Foi isso que houve de tão inédito nos tranquilizantes potentes e leves. Eles cerceavam o funcionamento cerebral de modo seletivo. Não se sabia ao certo como funcionava a iproniazida – ela parecia acelerar o cérebro, de algum modo –, mas, como assinalou o *New York Times*, suas propriedades de melhoria do humor foram adequadamente vistas como um “efeito colateral” de um agente antituberculose. Seria mais apropriado descrever essas drogas como “tônicos”. Nos meios de comunicação, entretanto, contou-se uma história muito diferente (Whitaker, 2017, p. 69, grifos nossos).

[116] Nota de rodapé 5 – Referência: J. Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry* (Cam bridge, Massachusetts: MIT Press, 1974. Notas: 2 (p. 78); 3 (p. 79); 4 (p. 105); 5 (p. 134-135).

Se por um lado o desenvolvimento das primeiras drogas utilizadas como antipsicóticos permitiram o tratamento fora dos hospitais psiquiátricos, o sequente desenvolvimento dos ansiolíticos demonstrava uma melhora em curto prazo, porém com reincidência dos sintomas após a sua retirada e questionamentos quanto ao uso de longo prazo. Nas décadas seguintes às primeiras descobertas ocasionais de efeitos colaterais que agiam no sistema nervoso,

> [...] os pesquisadores determinaram que essas drogas funcionavam mediante a perturbação do funcionamento normal de vias neurais do cérebro. Em resposta, o cérebro passava por "adaptações compensatórias", para lidar com a intromissão das drogas em seus sistemas de mensagens, e isso o deixava funcionando de maneira "anormal". Em vez de corrigir desequilíbrios químicos cerebrais, os fármacos *criavam* (Whitaker, 2017, p. 216, grifo do autor).

Essa perspectiva reducionista, portanto, desconsidera tanto a dimensão social e histórica do sofrimento psíquico – cunhado em termos diagnósticos – quanto às alterações causadas pelas drogas empregadas no tratamento dessas disfunções, isto é, a iatrogenia denunciada por Whitaker (2017) na qual o autor cita estudos que apontam mortes prematuras em pessoas com diagnósticos psiquiátricos associadas ao uso prolongado de antipsicóticos ou coquetéis de psicofármacos. Entre os agravos, estão: doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, doenças metabólicas, diabetes, insuficiência renal (Whitaker, 2017, p. 220). No caminho do desenvolvimento, aprovação, lançamento e publicização de psicofármacos, as grandes companhias farmacêuticas utilizaram como estratégia a manipulação de dados em suas pesquisas, suprimindo resultados de sua ineficácia e de seus efeitos colaterais que incluíam até risco de morte precoce e suicídio. Como exemplo, na década de 1970 cientistas da Eli Lilly afirmaram que a fluoxetina fazia a serotonina "acumular-se" na sinapse e assim causava uma alteração fisiológica no cérebro. A despeito disso, a droga recebeu autorização para comercialização nos Estados Unidos (Whitaker, 2017, p. 293). As autoavaliações de pacientes tratados com a fluoxetina concluíram "pouca ou nenhuma melhora", além de diversos sintomas como alucinações, aumento da ansiedade, agitação, insônia e um significativo aumento do risco de suicídio (Whitaker, 2017, p. 294).

Diante dos péssimos resultados, a Alemanha proibiu a droga. Todavia, nos Estados Unidos o Laboratório Eli Lilly acabou por ocultar as informações atribuindo os efeitos da droga à doença, alterando as informações individuais de "ideação suicida" para "depressão" e retirando os casos de suicídio que julgaram não serem suicídio, dados constatados através de

perícia numa ação pública de 1994 (Whitaker, 2017, p. 294). Nessa esteira, as queixas e agravos provocados pelo Prozac, nome comercial da fluoxetina, não passaram despercebidos:

> No verão de 1997, a FDA havia recebido 39.000 desses relatórios sobre o Prozac, o que ultrapassava o número recebido sobre qualquer outro medicamento naquele período de nove anos [1988-1997]. Os históricos enviados ao MedWatch falavam de centenas de suicídios e de uma longa lista de efeitos colaterais incômodos, entre eles depressão psicótica, mania, raciocínio anormal, alucinações, hostilidade, confusão, amnésia, convulsões, tremores e disfunção sexual (Whitaker, 2017, p. 295).

Contudo, propagavam-se inúmeras publicações médicas e publicitárias que afirmavam a alta eficácia da fluoxetina, negando efeitos colaterais, para a correção da baixa quantidade de serotonina no cérebro como causa da depressão. Analistas da Wall Street fizeram uma previsão de que a Eli Lilly poderia faturar 135 a 400 milhões de dólares com o Prozac, assim, para a difusão de seus efeitos miraculosos:

> A companhia inundou as publicações de medicina com anúncios que exibiam pessoas bonitas, irradiando felicidade, que alardavam o Prozac como igual à imipramina em termos de eficácia e bem mais tolerado. A ciência havia provado que a psiquiatria dispunha de um comprimido novo e muito aperfeiçoada para a depressão, o qual parecia corrigir um desequilíbrio químico do cérebro (Whitaker, 2017, p. 297).

Como estratégia para o maior alcance da população, em 1986 o NIMH [*The National Institute of Mental Health*] lançou o DART [*Depression Awareness, Recognition and Treatment*] com a intenção de promover uma campanha de "conscientização da população". Supostamente preocupada com a parcela dos pacientes subnotificados e subtratados, em 1988, meses após o início da comercialização do Prozac, o Programa convocou grupos de trabalhadores, educadores, religiosos e empresários para divulgação do conhecimento acerca dos tratamentos para a depressão. A Eli Lilly também investiu na impressão e distribuição de oito milhões de brochuras do DART, intituladas: "Depressão: o que você precisa saber". Como resultado, as vendas de Prozac dispararam e em dezembro de 1989 a *New York* estampou em sua capa a "nova droga milagrosa" e na reportagem, um usuário "anônimo" afirmava que, com o uso do Prozac, numa escala de 1 a 100 sentia-se acima de 100 (Whitaker, 2017, pp. 297-298). Após o lançamento do Prozac e de outros inibidores de receptação da serotonina (ISRS), a prescrição de antidepressivos teve um explosivo aumento também para crianças e adolescente, visto que esse percentual triplicou entre 1988 e 1994 (Whitaker, 2017, p. 237).

Cabe acrescentar que a sedutora promessa de que todo mal-estar pode ser resolvido através de "pílulas mágicas" denota o caráter imediatista de uma sociedade que mistifica as relações sociais subtraindo, no âmbito da aparência, a sua determinação essencialmente humana. Marx (2013, p. 150) denominou como caráter fetichista a tomada da forma acabada das relações sem o reconhecimento dos seus processos constitutivos. Portanto, a incompreensão e/ou naturalização de seus modos de vida e das suas particularidades relacionadas ao sofrimento implicam na aceitação de soluções imediatistas, seja como estratégia de adaptação, para manter-se útil e produtivo ao sistema, seja para anestesiar-se das nefastas condições de sobrevivência impostas por uma sociedade cujo objetivo é a produção de valores-de-troca (Alvarenga; Dias, 2021).

Destarte, o processo de medicalização da vida no contexto da ascensão do capitalismo e do neoliberalismo transformou os medicamentos em mercadorias que satisfazem determinadas necessidades de consumo. Oliveira (2018, p. 12) ressalta os dispositivos do projeto mercantilista da medicalização, a saber: a compreensão de que os problemas de saúde devem ser atendidos com dispositivos industriais e tecnológicos; esses produtos, por sua vez, são regulados por um segmento industrial cujos interesses não são regulados pelo bem-estar dos sujeitos; o fortalecimento desse complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico por meio de mecanismos que se retroalimentam; a produção científica integrada a esses interesses à serviço do financiamento de pesquisas e publicidade comercial para a população. O êxito dessa articulação resulta no fato de que, segundo o autor, o consumo excessivo de medicação se tornou independente do próprio médico:

> O esquema macro se apresenta na vida cotidiana de diversos atores envolvidos no fenômeno da medicalização de diversas formas. Informações chegam diariamente à população sobre a necessidade de impor costumes, hábitos, que incluem o consumo de uma variedade de dispositivos tecnológicos como os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica (Oliveira, 2018, p. 13).

Ao tratarmos da história dos transtornos mentais e da psicofarmacoterapia, portanto, identificamos o processo de comoditização[117] da medicina (e mais especificamente, da psiquiatria), isto é, da transformação do (pretenso) cuidado, enquanto valor-de-uso que atende às necessidades humanas, em valores-de-troca para o atendimento às necessidades do mercado,

[117] "O significado social de um bem advém de sua condição de *commodity*, ou seja, o fato de ser um produto mercantilizado, produzido para a troca, no intuito de gerar lucro. Dessa forma, o processo de *commoditização* passa pelo enriquecimento de valor de uso e pela síntese de necessidades. Uma vez que a satisfação de necessidades depende cada vez mais de *commodities*, o mercado passa a figurar como uma instituição poderosíssima na sociedade contemporânea (Bradshaw & Firat, 2007 *apud* Alvarenga; Dias, 2021, p. 6, grifos dos autores).

na qual, reiteramos, a mídia teve fundamental papel na captação ideológica da população para a sua adesão ao modelo centrado no consumo das drogas psiquiátricas. Na década de 1950, diversos jornais, incluindo o *The New York Times*, publicizavam reportagens enfatizando o caráter milagroso desses medicamentos que levavam a "paz de espírito" e a "liberdade da confusão" a pacientes psiquiátricos. O Thorazine foi descrito pelo *Changing Times*, como "a pílula da felicidade" (Whitaker, 2017, p. 73). Não por acaso, após a publicação do DSM-III, a APA investiu na publicização ao público do seu modelo biomédico e para tanto criou, em 1981, uma "divisão de publicações e marketing" a fim de "aprofundar a identificação médica dos psiquiatras", notadamente com o interesse na proteção da renda dos psiquiatras (Whitaker, 2017, p. 279). Nessa mesma década, a APA permitiu que as indústrias farmacêuticas passassem a patrocinar seus simpósios científicos. Assim, os psiquiatras foram se tornando "porta-vozes" dos laboratórios farmacêuticos (Whitaker, 2017, pp. 283-284).

Todavia, como contraponto da história comercializada pela psiquiatria e pela *Big Pharm*, Whitaker (2017) reúne relatos de familiares e pessoas vitimadas pela iatrogenia de tratamentos com drogas psiquiátricas as quais ele entrevistou. Rachel Klein avalia que nenhuma das drogas psiquiátricas que lhe foram prescritas como tratamento a ajudou, fala especialmente do Xanax, enfatizando o seu potencial viciante e da significativa piora dos sintomas que a levaram a buscar atendimento, em suas palavras: "Tive uma reação serotoninérgica aguda, uma reação tóxica [...] Aquilo provocou uma vasoconstrição no meu cérebro, o que causou uma lesão cerebral. Acabei numa cadeira de rodas, sem conseguir raciocinar, falar nem andar" (Whitaker, 2017, p. 223). A mãe de Scott Sexton descreveu uma série de efeitos colaterais decorrentes do tratamento psiquiátrico do filho, incluindo ganho excessivo de peso, insuficiência renal, pancreatite, colesterol e triglicerídeos altíssimos e, tragicamente, a sua morte prematura. Conclui que: "[...] lá estava ele, fazendo tudo o que pensava ser necessário para funcionar na nossa sociedade, para ser um membro produtivo da sociedade, e isso o matou" (Whitaker, 2017, p. 224). A mãe de Andreu, criança diagnosticada com TDAH, relembra que o diagnóstico lhe trouxe conforto na esperança de que o filho recebesse ajuda. No entanto, teve receio de medicar o filho, mas foi convencida pela equipe médica de que se não o fizesse, seria negligente. A curto prazo, descreve que os resultados foram satisfatórios, mas percebeu os prejuízos a longo prazo, descrevendo seu filho como um "zumbi", apático e sem senso de humor. A Ritalina foi substituída por outros estimulantes, mas, resumiu a mãe, "eram sempre mais remédios" (Whitaker, 2017, p. 259).

Num panorama histórico, o autor apresenta os assombrosos números de pessoas consideradas incapacitadas por doença mental nos Estados Unidos ao longo das décadas, desde

o advento da dita “revolução psicofarmacológica”. Essa epidemia, afirma o autor, incapacita até 850 adultos e 250 crianças diariamente.

> Em 1955, a depressão grave e o transtorno bipolar não incapacitavam muita gente. Havia apenas 50.937 pessoas em hospitais psiquiátricos municipais e estaduais com diagnóstico de um desses transtornos afetivos. Durante a década de 1990, entretanto, pessoas em luta com a depressão e com o transtorno bipolar começaram a aparecer nas listas da SSI[118] e do SSDI[119] em número cada vez maior, e hoje estima-se que haja 1,4 milhão de pessoas de 18 a 64 anos que recebam pensão federal por invalidez em decorrência de transtornos afetivos (Whitaker, 2017, p. 25).

Na sequência, Whitaker também apresenta dados dos impactos à infância a adolescência:

> Em 1987, havia 16.200 crianças abaixo de 18 anos que recebiam pensão da SSI como incapacitadas por doença mental grave. Essas crianças correspondiam a apenas 5,5% das 293.000 incluídas no rol dos inválidos – na época, a doença mental não era uma causa preponderante de invalidez entre as crianças do país. A partir de 1990, porém, o número de crianças com doenças mentais começou a sofrer uma elevação drástica, e no fim de 2007 havia 561.569 delas no rol dos inválidos da SSI (Whitaker, 2017, p. 26).

A despeito da busca por fundamentos organicistas dos transtornos mentais, sobretudo, com referência às formulações morelianas, a prática hegemônica de nossa época é caracterizada como uma psiquiatria neokraepeliana na qual os critérios diagnósticos são definidos a partir da observação de sinais, sintomas e do curso dos transtornos mentais (Compton, 1995 *apud* Kimati; Cruz; Amarante, 2023, p. 17), centrada nos manuais diagnósticos como instrumentos que delimitam as fronteiras entre o normal e o patológico (Garcia-Jr.; Pereira, 2020, p. 132). Destarte, a exacerbada expansão dos diagnósticos de transtornos mentais pode ser explicada a partir do chamado “aumento artificial” das doenças mentais, sobretudo a partir da terceira edição do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)[120], em 1980, momento que demarca uma ampliação significativa dos parâmetros diagnósticos ao lado da expansão da lucrativa indústria farmacêutica.

---

[118] Supplemental Security Income (Renda de Segurança Suplementar).
[119] Social Security Disability Insurance (Seguro por Incapacitação do Seguro Social).
[120] “Publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é o dispositivo oficial de traçar os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos, sendo utilizado em grande escala no mundo e, tendo assim, grande influência sobre a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além de ser usado por profissionais da área clínica, o DSM visa a ser incorporado globalmente em outras áreas de atuação, tais como a jurídica, escolar e organizacional” (Resende; Pontes; Calazans, 2015, p. 535).

A discussão empreendida por Kimati, Cruz e Amarante (2023) reúne as principais críticas ao modelo de classificação diagnóstica inaugurado no DSM-III do qual a principal mudança "[...] reside na migração de um modelo de unificação de sistemas diagnósticos baseados na psicanálise e em abordagens etiológicas para uma abordagem descritiva e pragmática" (Tsou, 2011 *apud* Kimati; Cruz; Amarante, 2023, p. 15). Para Resende, Pontes e Calazans (2015), a partir dessa versão, o manual passou a se configurar como "um instrumento científico e principalmente ateórico de diagnóstico" (p. 353). Como pressuposto, suprimem-se os fatores culturais com a suposição de um funcionamento psíquico a-histórico e universal, somado ao impacto da publicidade em larga escala dos psicofármacos sobre a sua efetividade e que, segundo Rachel Cooper, induz a população à identificação com os quadros diagnósticos aumentando assim, artificialmente, a sua prevalência (Cooper, 2005 *apud* Kimati; Cruz; Amarante, 2023, pp. 15-16).

A este respeito, acrescentamos os impactos do uso das redes sociais por profissionais da área e até pela população em geral na propagação de informações sobre diagnósticos psiquiátricos de modo superficial e banalizado. Em resumo, essa relação se apresenta da seguinte forma: a publicação de vídeos independentes de curta duração que apontam para sinais e sintomas de uma determinada patologia/transtorno com o intuito de conscientizar a população para o (auto) diagnóstico, sem a necessidade de referências científicas que sustentem os conteúdos que se difundem em meio à infinidade de *reels*[121] acessados e compartilhados a cada toque na tela do celular com regulamentação questionável.

O curso da evolução da psiquiatria, portanto, é dinâmico e inclui novos elementos, tais como o uso das tecnologias da informação, que ratificam e expressam com as mudanças oficialmente definidas em seus manuais diagnósticos. Em termos quantitativos, observa-se que na primeira edição do DSM, publicada em 1952, classificava 106 categorias diagnósticas, em 1968. O DSM-II ampliou esse número para 182. No DSM-III, o número saltou para 265 categorias diagnósticas e apenas sete anos depois a sua versão revisada inclui mais 27 categorias. Em 1994, o DSM-IV publicou 297 categorias, com alterações na edição revisada no ano de 2000 e, em 2013, a quinta edição ultrapassou a definição de 300 categorias diagnósticas, (Garcia-Jr.; Pereira, 2020, pp. 226-228), com a versão revisada em 2022.

[121] Segundo publicação oficial do Instagram, uma das redes sociais mais consumidas no Brasil na atualidade: "Os reels são uma tela de conteúdos criativos rica e em crescimento na qual as marcas podem transformar a atenção em ação e onde a criatividade multiplica o sucesso no Instagram. Podes facilmente transformar reels em anúncios em reels de forma a impulsionar os resultados comerciais" – Fonte: https://www.facebook.com/business/instagram/instagram-reels?locale=pt_PT.

Nessa direção, antes mesmo da publicação do DSM-V, Resende, Pontes e Calazans (2015)[122] já discutiam os riscos de novas epidemias de transtornos mentais – com destaque ao transtorno bipolar, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e o autismo infantil – a partir da inclusão de novas categorias com caráter preditivo de síndromes dos transtornos mentais diante da inexistência de marcadores etiológicos orgânicos de diversos quadros definidos em critérios diagnósticos, e ainda, do uso do referido manual exclusivamente clínico, sendo amplamente difundido em outros contextos como o escolares e jurídicos.

> As consequências dessa tentativa de predição são graves. Para os sujeitos, incluem tratamento desnecessário com medicamentos que não têm eficácia comprovada, além de apresentarem efeitos colaterais conhecidos, tais como estigma, diminuição da responsabilidade e controle próprio, uma vez que os problemas da vida diária serão medicalizados como transtornos mentais para a melhor adaptação do homem à sociedade moderna (Resende; Pontes; Calazans, 2015, p. 542).

Esse caráter preditivo difunde a noção de risco e da importância de sua identificação e tratamento precoce, reforçando assim a legitimidade da vigilância e controle do poder médico sobre a população, ao modo neokrapeliano, fortalecendo a criação de estratégias e mecanismos de medicalização da vida. E, de modo alarmante, com destaque à valorização da detecção de riscos em crianças e adolescentes (Garcia-Jr; Pereira, 2020). Os autores discorrem sobre essa problemática a partir do trabalho de revisão da quinta edição do DSM a qual propôs a "síndrome de risco para psicose" e que foi substituída pela "síndrome de psicose atenuada" antes da sua publicação. Avaliam que "[...] os riscos não se resumem a efeitos e danos ocorridos, mas apresentam um componente futuro, tendo relação fundamental com os esforços para antecipar e evitar o que ainda não ocorreu, mas se constitui como ameaça iminente" (Garcia-Jr; Pereira, 2020, p. 135).

Ambos os estudos supracitados apresentam a crítica de Allen Frances, presidente da força-tarefa na revisão da quarta edição do DSM, e que se tornou um importante contraditor do manual. Em reportagem publicada no ano de 2010 a respeito da revisão da quinta edição, Frances alertou para as graves mudanças enunciadas, a saber: "[...] escrita pobre e inconsistente, aumento significativo no número de transtornos, diminuição das especificidades para traçar diagnósticos, consequências imprevistas de uso (forense/educação/ organizações)" (Frances, 2010 *apud* Resende; Pontes; Calazans, 2015, p. 539). Na mesma publicação, "Frances (2010) critica a preocupante sugestão de que o DSM-V produz novos diagnósticos que seriam

[122] Artigo escrito em março de 2013 e aceito para publicação em agosto de 2014.

extremamente comuns na população, especialmente devido aos baixos limiares das categorias diagnósticas e em meio aos interesses da indústria farmacêutica" (Garcia-Jr; Pereira, 2020, p. 133).

Com efeito, a epidemia de diagnósticos de transtornos mentais, de prescrições e uso indiscriminados de psicofármacos exercem a função de poder e controle sobre a população que servem à manutenção do modo de organização social centrado nos sistemas de exploração e opressão, tal como no modelo de tratamento asilar dos manicômios pinelianos. Nesse sentido, compreendemos tratar-se de uma nova forma de manicomialização, conservando os efeitos de desumanização dos sujeitos através das práticas modernas da psiquiatria e intensificada com a apropriação e reprodução desse discurso pelos próprios sujeitos. Nessa perspectiva, na lógica da medicalização perde-se a compreensão da dimensão humana do desenvolvimento subjugando-a exclusivamente ao aspecto (supostamente) biológico e do individualismo em detrimento da dimensão social e coletiva da vida. A crítica à medicalização é, portanto, uma posição ética e política a qual se vincula com o compromisso com a emancipação humana, à produção do cuidado e da vida em oposição à sua mercantilização. Corroborando Oliveira (2018) ao referenciar a tendência necrófila da sociedade do consumo descrita por Paulo Freire, o projeto de sociedade capitalista o qual:

> Não precisa, não deseja e não quer seres humanos viventes e desejantes, lutadores e transformadores. Precisa robotizá-los, precisa destruir suas esperanças e direcionar suas energias para um só fim: consumir. Para isso não respeita intenções quaisquer que não sejam as de lucrar, a qualquer custo, com o consumo de seus instrumentos de dominação. A medicalização da vida é um deles (Oliveira, 2018, p. 15).

O manifesto de Estamira, registrado em seu documentário homônimo, dá voz a milhares de sujeitos silenciados pelos "doutores" da ciência. Os seus comportamentos, gestos e modos de viver foram classificados e definidos em diagnósticos e, a partir desse momento, a *razão* médica assume o direito de se impor às suas vidas ditando-lhes a maneira certa de ser. Dito de outro modo, diante de suas "disfunções" ditando-lhes a forma de corrigir esses defeitos para que se adaptem à vida em sociedade. Via de regra, por tudo o que já foi dito, toma-se como a principal via o uso de medicamentos, quando não exclusiva. O desconforto, a agonia e o sentir-se "dopada" vociferados por Estamira são representativas do descompasso entre a "cura" e o cuidado prometidos na administração de psicofármacos. A remissão de alguns sintomas, quando alcançada, não exime os sujeitos de seus efeitos adversos e tampouco dão conta da complexidade do seu sofrimento que, por óbvio, não podem ser resolvidos de maneira simplista.

Cabe o questionamento: enquanto profissionais da saúde (especialmente da saúde, mas também cabe a inclusão da atuação nos campos da assistência social, da educação, entre outros) como lidamos com a recusa dos usuários dos serviços no uso dos tratamentos (e aqui podemos ampliar a prescrição para outras intervenções além do medicamento) prescritos? Basaglia (1985) discorre sobre a função de poder exercida pelo "novo psiquiatra social" como uma figura intermediária que acaba mascarando a reprodução de relações estruturais que permanecem inabaladas:

> O papel dessas figuras intermediárias será, portanto, *mistificar a violência através do tecnicismo*, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento [...] são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global (Basaglia, 1985, p. 102, grifo do autor).

Dialogamos com Campos (2016), em suas reflexões acerca da saúde mental e da integralidade a partir do referencial da clínica ampliada e compartilhada para a qual a saúde mental não deve se voltar apenas para o âmbito clínico – no sentido remediativo – mas também se constituir como preventiva, com o olhar tanto para o sujeito nas suas particularidades de modo a "[...] ampliar a capacidade de análise e de maiores graus de liberdade de ação das pessoas em seu contexto" (p. 33). Nesse sentido, evocamos o seu questionamento se as nossas práticas se caracterizam como: "Terapias para aumentar a resiliência ou para ampliar a capacidade de crítica e de rebelião?" (Campos, 2016, p. 33). Como resposta temos a via da coletividade, a saúde mental, para o autor, seja nas práticas clínicas, institucionais ou sociais, "[...] em geral, trata de fortalecer sujeitos e grupos em dificuldade de viver, com dificuldade de lidar consigo mesmo e com afetos inerentes às diversas formas de socialização, sejam elas familiares, laborais, de lazer, etc." (Campos, 2016, p. 34). Nessa perspectiva é necessário abandonar o lugar de especialista na relação com os sujeitos, na sua integralidade, em prol do desenvolvimento de sua autonomia, em oposição ao paradigma reducionista e assistencialista da psiquiatria moderna assentada no modelo biomédico.

Assumindo, portanto, a premissa da complexidade inerente à historicidade e à totalidade que abrange o campo da saúde mental, Amarante (2007) propõe uma compreensão ampliada de Atenção Psicossocial a qual não se resume à reestruturação dos serviços, aproximando-se do

conceito de desinstitucionalização[123] proposto por Rotelli; Leonardis; Mauri (2001, p. 18) como um "processo social complexo" que envolve diversos atores sociais (muito além da estrita relação 'médico-paciente' num contexto institucional específico) e que modifica as relações de poder da sociedade. Ratifica, nesse sentido, com a compreensão ampliada que envolve usuários, familiares, profissionais, relações sociais, econômicas, políticas e culturais. Assim, Amarante (2007) analisa a Atenção Psicossocial em diferentes dimensões, metodologicamente diferenciadas, mas indissociáveis no movimento da realidade, a saber:

A dimensão teórico-conceitual: que se refere aos pressupostos epistemológicos de um determinado padrão científico e, portanto, invariavelmente vinculada a posicionamentos éticos, políticos e ideológicos (Amarante, 2007, p. 65). Examinamos ao longo desta seção os fundamentos que sustentam a psiquiatria ancorada na ciência moderna burguesa para a qual o centro de suas produções e intervenções incide na "doença mental". Tal como exemplifica Amarante (2007, pp. 67-68), ao centralizar a doença, secundariza-se o sujeito a ponto de suprimi-lo dessa relação: suas ações, comportamentos, gestos e sentimentos não são vistos como singularidades, características tipicamente humanas, e sim como manifestações da doença, o sujeito se torna invisível diante de seu diagnóstico, supre-se assim a sua própria humanidade, reificando-o num objeto (mais especificamente, na sua doença) e de modo individualizante, isto é, suprimindo também a dimensão social da determinação do sofrimento[124]. Nessa mudança, o olhar passa da fragmentação do sujeito para a sua integralidade. Desse modo, afirma que:

> A ideia da doença entre parênteses [referenciando Franco Basaglia] pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos (Amarante, 2007, p. 67).

A dimensão técnico-assistencial: imbricada na primeira dimensão, o deslocamento da compreensão da doença (do louco, irracional e perigoso) para o sujeito em suas experiências (e na complexidade de suas múltiplas determinações) incorre na mudança radical no modelo de

[123] Os autores são incisivos ao afirmar a diferenciação entre a simples "desospitalização" como a saída do hospital psiquiátrico para a desinstitucionalização como um arranjo social complexo para o qual é necessário modificar as relações de poder e as condições estruturantes da vida, tais como: trabalho, moradia, lazer, educação, cultura, relações intersubjetivas, etc. Em outras palavras, não basta a libertação do manicômio, é necessário que esses alforriados tenham condições plenas de vida para além da superação da instituição asilar.

[124] Cabe relembrar que em nossa perspectiva, a dimensão epistemológica (paradigma científico) também implica na dimensão ontológica de sujeito (da própria constituição do ser social).

atenção do tratamento voltado para a supressão de sintomas, da perseguição pela "cura" para o cuidado e o investimento na vida. Essa dimensão tange aos processos de trabalho, ao ato do cuidado enquanto trabalho vivo em ato (Merhy; Franco, 2008). Nessa lógica, substitui-se o manicômio como "*o lugar zero dos intercâmbios sociais*" para uma rede capilarizada e articulada que visa a "[...] *multiplicidade extrema das relações sociais*" (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 36, grifos dos autores), de modo que:

> Os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica (Foucault, 1977a). Devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (Amarante, 2007, p. 69).

A dimensão político-jurídica: como marco legal, Amarante (2007) destaca a Lei nº 10.216/2001, também conhecida como a "Lei da Reforma Psiquiátrica", e aqui acrescentamos a o Decreto nº 3.088/2011 o qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Todavia, enquanto uma instância reguladora das práticas e instituições sociais, esta dimensão é, ao mesmo tempo, expressão das outras dimensões. Dado o fato de que o movimento da realidade é contraditório e não linear, a coexistência de movimentos sociais, organizações, instituições e o Estado é também arena de disputa de interesses e poder. Assim, ao reafirmar o pressuposto de Amarante (2007) de que a Atenção Psicossocial é processo, pondera-se que na análise da história da humanidade, observamos que os direitos são sempre fruto de lutas sociais e que essas conquistas não são permanentes. Além disso, em períodos de crise socioeconômica há ainda uma tendência de perdas de direitos, sobretudo para a classe trabalhadora, para as mulheres, para a população negra e pessoas com deficiência. Com um olhar atento e crítico, o autor orienta para a importância da análise da legislação e aponta para a existência de "referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico" (Amarante, 2007, p. 69), e cita como exemplo a instituição do Benefício de Prestação Continuada (BPC), estabelecido na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) para pessoas com deficiência o qual veda a possibilidade de que o beneficiário tenha qualquer tipo de trabalho. Também destaca que a promulgação de uma lei não garante, na prática, a garantia dos direitos nela estabelecidos, tal como exemplifica com a própria Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2007, p. 70).

A dimensão sociocultural: se refere ao imaginário social, especificamente à "mentalidade das pessoas e relações sociais" acerca da loucura. Diante da construção

epistêmica da periculosidade, irracionalidade e, acrescentamos, inferioridade da loucura, e das suas consequentes práticas e estatutos político-jurídicos pautadas na exclusão e na violência, não é inesperado que a ideologia dominante se identifique com esses valores e conceitos e os reproduza. A relação da sociedade com o sujeito marcado como louco é, referenciando Franco Basaglia, a "ideologia da tolerância" para a qual a dignidade do outro está limitada a ser suportado (Amarante, 2007, p. 72). Nesse sentido, também recuperamos a análise de Basaglia (1985, p. 106) ao definir que o manicômio (e a lógica manicomial), através da relação do psiquiatra com o paciente desvela, na realidade, a relação da sociedade com esse "doente". Amarante (2007) destaca a potência da dimensão sociocultural como "estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica" para uma mudança radical na relação que vai da tolerância para a solidariedade e reciprocidade (Amarante, 2007, p. 73). Aponta caminhos futuros ao recuperar experiências exitosas e que foram fundamentais ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, a citar: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), na década de 1970, Associações e Cooperativas, Fóruns, Conferências e Encontros locais e nacionais, Comissões e Conselhos de Saúde em diferentes nas diferentes esferas de poder, produções culturais, programas de rádio e televisão. Em suma, enfatiza que a riqueza dessa dimensão está na "[...] participação social e política de todos os atores sociais envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica" (Amarante, 2007, p. 77).

Na mesma obra, Amarante (2007) analisa as principais experiências da Reforma Psiquiátrica num período histórico específico, na busca de respostas às atrocidades das Guerras Mundiais (e à necessidade econômica de recuperação de força-de-trabalho para a recuperação econômica), diferenciando-o dos movimentos que são mais bem definidos, conforme sua definição, de ruptura com a psiquiatria. No primeiro campo estão: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional que buscavam mudanças no hospital psiquiátrico; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva que consideravam o esgotamento do hospital psiquiátrico e propunham a construção de serviços substitutivos de forma gradual e, no segundo: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, propostas radicais que refutavam o modelo científico que sustentava o hospital psiquiátrico (Amarante, 2007, p. 41). O autor destaca, contribuições e limitações das experiências reformistas, mas é incisivo ao se posicionar na compreensão da necessidade de uma mudança de paradigma em relação à psiquiatria tradicional e da abolição do manicômio.

A despeito de sua limitação pela perspectiva reformista, a experiência das Comunidades Terapêuticas[125], proposta de Maxwell Jones, a partir de 1959, na qual ele chamava internos dos manicômios para participar ativamente do seu tratamento por meio de grupos operativos e grupos de discussão, e reuniões e assembleias diárias envolvendo pacientes, familiares e trabalhadores, em oposição às práticas violentas e das relações hierarquizadas (Amarante, 2007, pp. 42-43). De modo semelhante, a Psiquiatria Institucional, denominada "Coletivo Terapêutico" pelo seu principal representante foi François Tosquelles, no contexto do pós-guerra na França. Tosquelles propôs a busca pela ampliação dos referenciais teóricos e enfatizou a importância da equipe de referência para os internos do hospital, ademais, ele também recuperou a ideia do "trabalho terapêutico" como estratégia na oferta de participação e protagonismo dos internos (Amarante, 2007, pp. 43-44).

Ambas as experiências são problemáticas na medida em que propõem reformar o hospital psiquiátrico, com a ideia de que seria possível humanizá-lo ou produzir cuidado nessa instituição (e, especificamente, sem o abandono de seus pressupostos epistemológicos). Distanciando-se dessa noção, no âmbito da Saúde Mental Comunitária, analisa Amarante (2007), a Psiquiatria de Setor se voltou para as limitações da experiência da psicoterapia institucional, mais evidentes entre 1950 e 1960, diante da compreensão da necessidade de oferta de tratamento após a alta hospitalar. Destarte, foram criados Centros de Saúde Mental (CSM) em diferentes regiões na França. Diferenciando-se os ambulatórios de saúde mental, esses centros inauguraram na história da psiquiatria a ideia de regionalização, num princípio de setorização definido a partir da organização administrativa das regiões. Destaca também a contribuição da ampliação da assistência ofertada por uma equipe multidisciplinar que acompanharia o paciente tanto no interior do hospital quanto em sua residência (Amarante, 2007, pp. 45-47). Nos Estados Unidos, a Psiquiatria Preventiva, por sua vez, teve como principal representante Gerald Caplan, e também foi denominada de Saúde Mental Comunitária, como resposta à visibilidade dos horrores praticados no interior dos hospitais psiquiátricos, na década de 1950, corroborando com o marco legal do decreto publicado em 1963 o qual redirecionou a assistência psiquiátrica no país. Todavia, essa corrente compartilhava de uma compreensão etiológica a-histórica de doença mental e visava a detecção de "suspeitos" como uma estratégia para o tratamento precoce. Assim, valeu-se da noção de

[125] Ressalta Amarante (2007, p. 43) que as Comunidades Terapêuticas de Jones em nada se aproximam das atuais "fazendinhas" para "tratamento" de dependência química por meio do trabalho não pago e associadas a práticas religiosas, com condições degradantes denunciadas no "Relatório da Inspeção em Comunidades Terapêuticas" (CFP, 2018).

prevenção (primária, secundária e terciária) da medicina preventiva de Joel Birman e Jurandir Freire Costa. Nesse bojo, o conceito de crise foi construído principalmente a partir das ideias de (des)adaptação social. A Psiquiatria Preventiva cunhou o conceito "desinstitucionalização", mas que, na realidade, seria mais bem definido como "desospitalização", visto que se limitava à redução da institucionalização ou do tempo de permanência na instituição. Propôs como estratégias a criação de centros de saúde mental, hospitais-dia, leitos em hospitais gerais entre outras (Amarante, 2007, pp. 47-50). Todavia,

> [...] em que pese o fato de terem sido instalados tantos serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, mas também para os hospitais psiquiátricos: os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007, p. 51).

A experiência da Psiquiatria Preventiva é exata para demonstrar que a existência do hospital psiquiátrico impediu, impede e impedirá a realização plena da Atenção Psicossocial e a superação desse paradigma. Assim como afirmou Macieira: "Enquanto existir hospital psiquiátrico vai ter paciente para ser internado, seja de um lugar ou de outro, entendeu? Eu acho até que, se não tivesse, a gente daria conta né. A gente teria que lidar de outro jeito, não ia?"[126] (Kian; Borges, 2021, p. 171). Nessa perspectiva da recusa ao paradigma psiquiátrico, Ronald Laing e David Cooper iniciaram no final dos anos de 1950 o movimento que, só mais tarde foi denominado Antipsiquiatria, num primeiro momento, apropriando-se das experiências da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Institucional no interior dos hospitais onde trabalhavam na Inglaterra. Todavia, logo perceberam as suas limitações e assim "Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade" (Amarante, 2007, p. 52). Assim, Langer e Cooper denunciavam a incoerência teórico-conceitual da psiquiatria e os seus equívocos metodológicos, de modo que o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas também aprofundaria os conflitos oriundos das estruturas social e familiar. Esse movimento teve influência da Teoria da Lógica das Comunicações, com o conceito de "duplo sentido" o qual remete ao caráter contraditório entre a mensagem comunicada e às suas reações emocionais. Desse modo, a terapêutica se propunha a auxiliar os sujeitos em suas experiências de vida, rejeitando a concepção tradicional de doença mental. O sociólogo Erving Goffman, embora não

[126] Fala da Gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos acerca dos processos de trabalho nesses dispositivos em *O trabalho na atenção psicossocial: perspectivas de trabalhadores de residências terapêuticas* (2022).

pertencesse ao grupo da Antipsiquiatria, aproximou-se da crítica às instituições no estudo da estigmatização e da violência presente no que denominou “instituições totais”, refutando a ideia de “curso natural da doença” compreendendo essa identificação como a “carreira moral do doente mental” (Amarante, 2007, p. 54).

Por fim, a Psiquiatria Democrática tem como principal expoente Franco Basaglia. A experiência italiana teve como berço a Província de Gorizia, nos anos 1960, e foi a experiência de maior impacto internacional. Tal como o caminho da Antipsiquiatria, partiu das experiências da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Institucional no interior das instituições que, para esse grupo de psiquiatras, era equiparado a uma prisão ou a um campo de concentração. Fortemente influenciado pelas produções de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia se posicionou no sentido de negar o manicômio e todo o seu aparato (epistemológico e assistencial), ampliando a compreensão para “[...] o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (Amarante, 2007, p. 56). Na década seguinte, Basaglia e seus companheiros iniciaram um trabalho original no hospital psiquiátrico da cidade de Trieste. Para Amarante (2007): “[...] a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo” (p. 56), inclusive o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Propuseram o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos (não simultâneos nem complementares), como os CSM, na lógica territorial:

> [...] mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (Amarante, 2007, pp. 57-58).

Portanto, muito além de centros de saúde, foram criadas cooperativas de trabalho, residências para egressos das internações, organizações culturais tais como grupos musicais e de teatro ou oficinas de trabalho... Em suma, estratégias que de fato conferissem uma nova posição social para sujeitos tidos como loucos, com o objetivo da ampliação de suas possibilidades de inclusão social (Amarante, 2007, p. 58) e, reafirmando, sem concessão para a manutenção da existência do hospital psiquiátrico. Sob influência da experiência italiana, no Brasil a Reforma Psiquiátrica define em seu Art. 4º da Lei nº 10.216/2001 que: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se

mostrarem insuficientes", tendo como "finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (Brasil, 2001).

A despeito das conquistas e avanços do movimento com a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, da criação de serviços substitutivos previstos na RAPS e das inúmeras experiências exitosas e potentes ramificadas em todo o país que transformaram milhares de vidas a partir da Reforma Psiquiátrica e da constituição de políticas públicas, do avanço no desenvolvimento da pesquisa, do ensino e da extensão na formação dos profissionais, o projeto de extinção do hospital psiquiátrico jamais foi concretizado e a lógica manicomial não foi plenamente superada. Diante do cenário de desastrosas crises do capital e de suas danosas consequências econômicas, sociais, culturais e climáticas, e da ofensiva reacionária conservadora no país, atualmente vivenciamos o movimento reconhecido por Nunes *et al.* (2019) como Contrarreforma. Desse modo, vivenciamos no presente momento, além dos desafios inerentes a um processo de transformação social da realidade, conquistas outrora outorgadas sendo desmanteladas, num curso caracterizado por danosos retrocessos, demarcados pelos acontecimentos desde o Golpe de 2016, perpassando pelo nefasto governo de Jair Messias Bolsonaro (2019 a 2022) com o agravante da pandemia por Covid-19, já referenciados no item anterior.

Pelo exposto, não é estranho nem ocasional que o processo de medicalização seja reproduzido no âmbito da Atenção Psicossocial e, conforme os interesses de nosso estudo, destacamos, na APS. Destarte, pelo comprometimento com o paradigma da desinstitucionalização, reafirmamos a emergência dos desafios e da necessidade da assunção ética e política voltada para a lógica da integralidade, da autonomia e do cuidado no território, concordando com Kinoshita *et al.* (2016) que, inspirados em Benedetto Saraceno (2011) defendem:

> A aproximação com o território [como estratégia que] possibilita desvelar os recursos existentes na comunidade, aquilo que o olhar acostumado não enxerga: os equipamentos públicos (escolas, serviços sanitários e sociais) e privados (associações, clubes, partidos, igrejas) e as próprias pessoas da comunidade são recursos ativos e concretos para a transformação nos modos de se produzir saúde (Kinoshita *et al.*, 2016, p. 58).

Com esse olhar, defendemos a importância e a função do trabalho científico no desvelar dos processos mistificados no âmbito da aparência das relações. Buscamos identificar os recursos existentes no território, na afirmação de que por essa via de cuidado potencializamos a coletividade, a produção de afetos e sentidos, em oposição ao saber-poder hegemônico que

sustenta os processos de medicalização da vida. Na sequência, apresentamos um recorte das produções científicas brasileiras sobre a temática, a fim de contextualizar o objeto, e que também inspiram as nossas análises.

2.4. **Uma fotografia dos estudos sobre Medicalização e Atenção Primária à Saúde**

Com o objetivo de ilustrar um panorama dos estudos acerca da temática da medicalização no âmbito da APS, realizamos um levantamento na plataforma dos Periódicos da CAPES, em 27/08/2025. Utilizando os descritores “Medicalização” e “Atenção Primária à Saúde” foram encontrados 74 resultados e com os descritores “Medicalização” e “Atenção Básica”, 38 resultados. Do total de 112 resultados, 12 eram repetidos, totalizando, portanto, 100 trabalhos. Os trabalhos foram organizados numa planilha de Excel, ordenados em números cardinais, com o ano de publicação, o tipo de publicação, o título do trabalho e a autoria. Numa segunda etapa, os resumos dos trabalhos foram inseridos num arquivo para uma aproximação qualitativa dos estudos, identificando o enfoque e as metodologias e dos enfoques de cada um.

Em relação ao período das publicações, o intervalo foi do ano de 2004 ao ano de 2025, com expressivo aumento do volume em relação aos períodos anteriores no ano de 2019 (com o total de 13 publicações, mais que o dobro em relação às máximas dos anos anteriores). O ano de 2023 foi o período com maior número de publicações (com 16 no total). A exceção com a diminuição de publicações ocorreu no ano de 2020 (no qual foram encontradas 5 publicações), queda para a qual lançamos a hipótese de se tratar do ano de eclosão da pandemia por Covid-19, visto que já no ano de 2021 o número de publicações aumentou expressivamente (14 publicações), mantendo-se estável nos anos seguintes (acima de 9 publicações anuais), com a exceção do ano vigente, 2025, que no momento deste levantamento encontrou duas publicações, conforme o gráfico (Gráfico 1) a seguir:

Gráfico 1: Número de publicações por ano (2004-2025):

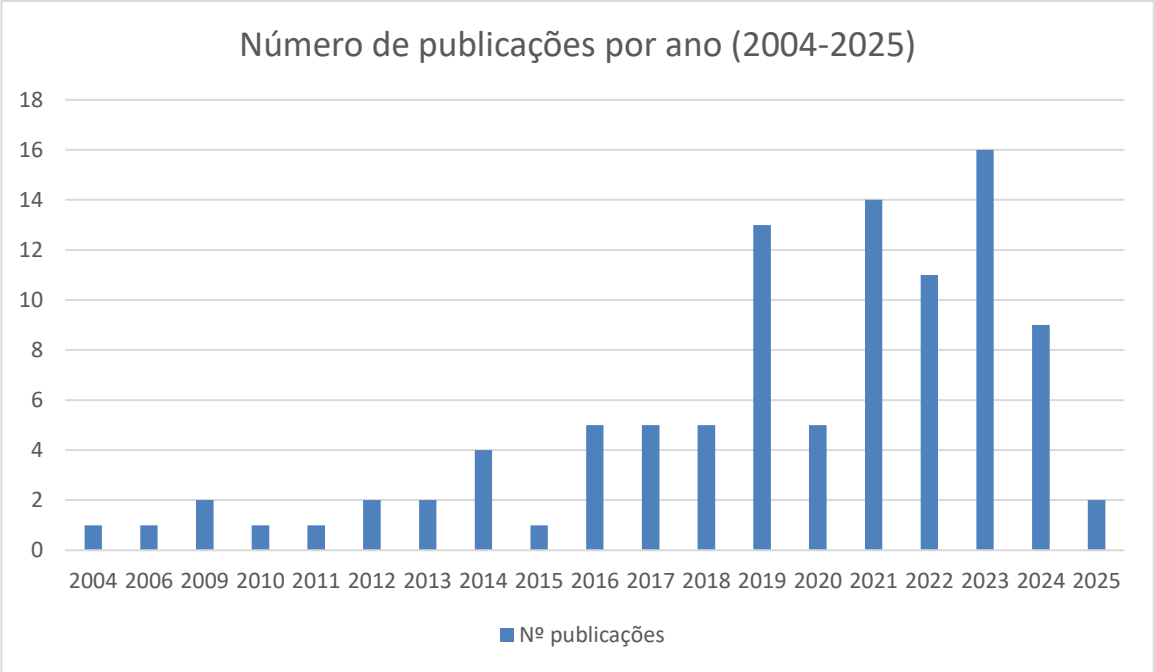


Gráfico elaborado pela autora (2025).

Dirigindo a investigação para os interesses do nosso estudo, a partir da análise dos resumos das pesquisas do levantamento, excluímos aquelas que não abordavam a temática da saúde mental na APS, dentre os quais foram abordados especificamente voltados para: a assistência hospitalar (Neto; Malik, 2017), as práticas obstétricas e assistência ao parto (Baggio; Contiero; Schapko, 2024), a assistência de enfermagem a mulheres no climatério (Carvalho *et al.*, 2023), a formação profissional (Souza *et al.*, 2018; Moura; Andrade, 2019), a prevenção do câncer de colo de útero (Santos; Vigário, 2023), a judicialização de medicamentos de alto custo (Claro; Bulgareli, 2019), a prevenção (Neiva; Vianna; Moraes, 2014), entre outros.

Alguns trabalhos perpassaram pela temática da saúde mental na RAPS, sem contudo, manter o foco na Atenção Primária à Saúde, tais como: o abuso de benzodiazepínicos entre mulheres em um CAPS (Pontes; Silveira, 2017), o processo de medicalização de queixas escolares em um CAPSi (Freire; Viégas, 2018), a atenção à saúde mental de adolescentes em Unidades Socioeducativas (Silva; Gama; Costa, 2019), a intersetorialidade a partir de um relato de experiência de CAPSij (Tãno; Matsukara, 2019) e a avaliação de um programa de intervenção sobre a medicalização de queixas escolares (Lopes; Martins; Gesser, 2023). O estudo de caso apresentado por Becker *et al.* (2014) sobre uma exitosa parceria entre universidade, unidade escolar, serviço de saúde e família demonstrou a potencialidade do cuidado em Rede intersetorial no desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para uma criança como uma alternativa à medicalização.

A análise documental normativas da RAPS, realizada por Araújo *et al.* (2023), demonstra que, a despeito do caráter prescritivo desses documentos, a efetivação da Atenção Psicossocial encontra impasses na prática por fatores como o desmonte das políticas de saúde mental, do despreparo dos profissionais e da desarticulação da Rede, elementos que culminam na medicalização a vida da população. Campos, Bezerra e Jorge (2020) analisam as práticas territoriais desenvolvidas por enfermeiros e agentes comunitários de saúde e usuários da UBS e do CAPS, evidenciando a necessidade de maior articulação entre os serviços da Rede e o desafio da superação da lógica da medicalização.

Destacando os trabalhos que versam explicitamente sobre a temática da medicalização e/ou da saúde mental no âmbito da APS, encontramos pesquisas que partem da perspectiva dos profissionais que desvelam a centralidade do uso dos medicamentos (Santos *et al.*, 2023a) e defendem a necessidade da superação da lógica da institucionalização para o alcance dos objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira (Santos; Bosi, 2021), discutem o uso de psicotrópicos em longo prazo na perspectiva de usuários (Molk; Barbosa; Domingos, 2021), investigam a prevalência do uso de psicotrópicos na população idosa (Silva *et al.*, 2023), o processo de patologização e medicalização da infância a partir das queixas escolares encaminhadas das unidades escolares à Saúde (Leite *et al.*, 2025) e de adolescentes em acolhimento institucional cujas demandas de sofrimento e vulnerabilidades são reduzidas pelos profissionais de saúde ao âmbito individual (Silva; Faria; Cardoso, 2022).

Outros estudos analisam a relação entre gênero, sexualidade e medicalização de homens (Pinheiro; Couto; Silva, 2011), a medicalização da violência doméstica (Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Machado; Castanheira; Almeida, 2025) e a relação de fatores sociais que corroboram para a predominância do uso de benzodiazepínicos em mulheres (Silva *et al.*, 2016). O estudo de Ebling; Silva; Farias (2021) aponta para o cuidado à saúde de mulheres sertanejas centrados na medicalização e na desconsideração, por parte dos profissionais, de que o uso abusivo de álcool também afeta mulheres.

O trabalho de Maeyama *et al.* (2017) analisa o papel da APS no cuidado em saúde mental, a partir do estudo com profissionais e pesquisadores da área, enfatizando a importância das ações de Educação Permanente dos profissionais, estratégia também identificada como uma necessidade por Schiavi *et at.* (2024) na investigação acerca das demandas de saúde mental de uma população ribeirinha para a qual a equipe oferta escuta e acolhimento. Ao encontro dessa perspectiva, a discussão empreendida por Tesser (2006) propõe a ressignificação dos saberes biomédicos tradicionais para o abandono da lógica curativista em prol de uma prática voltada para a produção de autonomia.

As relações de poder entre profissionais e usuários na atenção às demandas de saúde mental foram objeto de estudo de Caminha *et al.* (2021), tendo a medicalização como uma de suas repercussões. Santos, Rota Junior e Sampaio (2012) identificaram a existência da prática profissional voltada para a medicalização e a visão da pessoa em sofrimento psíquico associada à periculosidade. Os desafios para as práticas de cuidado na superação da lógica da medicalização e para a efetivação do princípio da integralidade e da Clínica Ampliada foram desenvolvidos no estudo de Moliner e Lopes (2013). A pesquisa-intervenção realizada com uma equipe por meio de grupos focais apontou para a potência dessa estratégia no avanço da discussão da atenção às demandas de saúde mental da população, numa perspectiva contrária à medicalização e à fragmentação do cuidado (Yamaguti; Morais, 2021). Utilizando dessa metodologia, Fonseca, Dellalibera e Friestino (2021) analisaram o dispositivo do acolhimento na atenção às pessoas em sofrimento, discutindo a necessidade de superação do viés biologizante e hospitalocêntrico. A análise das prescrições de psicotrópicos evidenciou, além do levantamento do perfil desses usuários, a ausência de diagnósticos em mais da metade dos casos, e a predominância dos diagnósticos de depressão e ansiedade (Oliveira *et al.*, 2023). As autoras enfatizam, por fim, a necessidade de práticas além da medicalização e da renovação de prescrições medicamentosas.

A análise da assistência prestada pela enfermagem voltada para a lógica da medicalização, incutida tanto na população quanto nos profissionais (Azevedo; Duque, 2016), e ainda, da defasagem nos processos formativos e no medo como dificultadores para o cuidado prestado por esses profissionais às demandas de saúde mental (Santos *et al.*, 2019). Nessa direção, as dificuldades na atenção às demandas em saúde mental da população foram demonstradas, além dos profissionais de enfermagem, também pelos profissionais de medicina, diante da necessidade de compreensão da concepção de saúde mental e dos recursos do território como alternativas à prescrição medicamentosa e o encaminhamento (Nascimento; Braga, 2004). Especificamente em relação à prática clínica médica, Tesser (2019) discute as concepções acerca da doença e do saber médico tradicionais propondo uma perspectiva contrária à "sobremedicalização", um desafio posto considerando que tradicionalmente a formação médica é vinculada à lógica biomédica e, assim, à valorização de práticas de medicalização (Rocha; Calheiros; Wyszomirska, 2023). Filard *et al.* (2021) analisam as contradições acerca do processo de medicalização, prescrição/uso de psicotrópicos para demandas de sofrimento, que são determinadas socialmente, diante de sua naturalização.

A revisão integrativa das publicações, entre 2018 e 2022, realizada por Gregório e Lima (2024) destaca a medicalização de mulheres ressaltando as relações de gênero, raça e classe, a

centralidade no tratamento farmacológico e a importância da rede intersetorial e das ações voltadas para o território. Esse estudo ratifica a revisão bibliográfica realizada por Gryschek e Pinto (2015) acerca das publicações de 2009 a 2012 que já apontavam para práticas centradas na medicalização e nos encaminhamentos, destacando a estratégia do Apoio Matricial e do papel da Gestão nesse processo.

Ademais, há estudos que apresentam o acolhimento (Tesser; Neto; Campos, 2010), as Práticas Integrativas Complementares (PICS) (Tesser; Dallegrave, 2020; Pinheiro *et al.*, 2022; Silva; Padilha, 2022; Silva; Santos; Tesser, 2022) e a prevenção quaternária (Schopf *et al.*, 2022) como possibilidades de desmedicalização do social no cuidado. A potencialidade da estratégia do Guia Autônomo da Medicação (GAM) como uma proposta de cuidado voltado para a superação da medicalização é apresentada a partir da experiência desenvolvida por Caron e Feuerwerker (2019). A relevância do papel dos agentes comunitários de saúde na atenção à saúde mental é enfatizada nos trabalhos, já referenciados, de Campos e Bezerra; Jorge (2020) e Signorelli, Auad e Pereira (2023).

Desta breve análise, de forma geral, observamos que os trabalhos convergem para a existência da manutenção de práticas voltadas para a lógica da medicalização. Entre os desafios, evidencia-se a necessidade de mudanças na formação dos profissionais, bem como da Educação Permanente nos serviços, pois estas implicam diretamente na dimensão teórico-assistencial e técnico-assistencial da produção do cuidado. Quanto à dimensão jurídico-política, destaca-se o projeto político – e determinadamente econômico – do desmonte do Sistema Único de Saúde – e de outras políticas públicas sociais – que, como já vimos, sequer chegou a ser de fato concretizada em sua plenitude, agravado pela precarização dos serviços e das condições de trabalho diante da ofensiva neoliberal. Nessa linha, a ideologia burguesa reproduz os valores do individualismo e do conservadorismo de modo a fortalecer a estigmatização da "loucura" e de todos os sujeitos dissidentes do ideal normatizador de ordem e progresso produtivista. Aqui tangenciamos a dimensão sociocultural que atravessa a formação da consciência dos sujeitos.

A despeito desses impasses, a perspectiva que defende a necessidade da superação do paradigma biomédico e da medicalização é vislumbrada em diversas experiências exitosas e pesquisas em todo o território nacional, reiterando assim a relevância de trabalhos que contribuam com essa empreitada. Na perspectiva crítica ao processo de medicalização da vida, partilhamos da compreensão de que a realidade é movimento e que novas alternativas podem ser alçadas no cotidiano dos serviços e das relações em que há possibilidade de produção de cuidado e de vida.

3. O ENCONTRO COM O TERRITÓRIO: DO CONCRETO AO CONCRETO PENSADO

Consoante ao Materialismo Histórico-Dialético tomamos o Método na busca pela compreensão da historicidade, do movimento, das contradições e da totalidade da realidade, numa perspectiva ontológica na qual o conhecimento não é uma construção subjetiva de conceitos com sentidos atribuídos pelo sujeito, a despeito da objetividade, tal como no paradigma pós-moderno e nas abordagens subjetivistas. Por outro caminho, tomamos as categorias como expressão da realidade, em sua materialidade e indissociabilidade dos aspectos objetivos e subjetivos nessa relação. Desse modo, reiteramos a premissa de que método e teoria não são apartados como diferentes etapas de uma pesquisa, tampouco dissociados da materialidade da vida ou isentos de posicionamento ético e político, sobre o qual reafirmamos o nosso compromisso com a emancipação humana.

3.1. **Recursos e aspectos éticos e metodológicos**

A pesquisa é a atividade básica da ciência e está condicionada às necessidades da realidade social, o seu motivo, portanto, se dirige à satisfação de uma necessidade – que pode ser uma dúvida ou uma inquietação (Minayo, 2002). Na pesquisa social o seu objeto carrega a característica de ser histórico, por esse motivo, a historicidade se torna a sua categoria central. Toda investigação social se volta para a totalidade dos processos humanos na relação dinâmica entre passado (constituições históricas até o presente momento) e futuro (enquanto projeção e continuidade da história) e, como consequência desse fato, compreendemos que:

> [...] a sociedade e os indivíduos têm uma *consciência histórica*. Ou seja, não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade dão significado e intencionalidade e interpretam suas ações e construções. As instituições e as estruturas nada mais são que ações humanas objetivadas (Minayo, 2008, p. 40, grifos da autora).

O delineamento da natureza qualitativa da pesquisa social considera que essa se refere ao "[...] universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (Minayo, 2002, p. 21-22). Todavia, a autora faz a ressalva de que a natureza qualitativa e a quantitativa não são dicotômicas, mas considera que o aprofundamento no campo das significações das ações e relações humanas não

são apreensíveis quando limitada a dados e médias estatísticas (Minayo, 2002, p. 22). Nesse sentido, ela propõe a abordagem dialética, na superação das perspectivas positivista e compreensiva, visto que: “A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (Minayo, 2002, pp. 24-25).

Transcendendo, pois, o aspecto estritamente quantitativo a partir do levantamento de informações realizado, tomamos a entrevista como um recurso interessante na pesquisa qualitativa à medida que permite um mergulho em profundidade, desvelando a forma com que cada sujeito percebe e significa sua realidade, aproximando a pesquisadora das relações no contexto estudado (Duarte, 2004). Destarte, buscando ampliar a compreensão sobre o fenômeno estudado e, na tentativa de abarcar as possíveis interfaces que compõem tal investigação, como recurso metodológico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, visto que elas possibilitam a delimitação dos conteúdos a serem abordados, diferente das entrevistas abertas ou não estruturadas, e ao mesmo tempo oferecem aos sujeitos mais espaço e liberdade para se expressarem, em comparação às entrevistas estruturadas ou fechadas.

Além da realização das entrevistas, a inserção no campo (o qual preferimos denominar como território) é uma etapa fundamental na relação estabelecida entre a pesquisadora e a população participante da pesquisa. De acordo com as definições de Neto (2002), a observação participante é delimitada ao contexto da pesquisa como uma estratégia complementar às entrevistas. Acrescenta-se que a construção de um diário de campo é um recurso que facilita tanto a apreensão desse território-vivo quanto da reflexão da sua relação entre a pesquisadora e a população na dinamicidade desse espaço-tempo.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, como parte dos procedimentos o projeto da pesquisa foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (CAAE nº 78156824.0.0000.0104) mediante o Parecer nº 6.893.545 em 18/06/2024, com prévia autorização do Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Ofício nº 214/2024/GPLAN/SAÚDE para a realização da mesma. Ademais, ressalta-se que o convite para a participação na pesquisa esclareceu o seu caráter voluntário mediando concordância e assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) em duas vias, sendo uma delas destinada à pesquisadora e a outra ao participante.

No tocante às análises do produto das entrevistas, os elementos manifestos a partir dos encontros e das entrevistas da presente pesquisa serão analisados à luz da perspectiva do

Materialismo Histórica-Dialético e da construção da informação (Aguiar; Ozella, 2006), considerando: 1) a historicidade e a complexidade dos processos de cuidado em saúde mental e da medicalização; 2) o modo de produção da sociedade, visto que ele condiciona os modos de produção da vida; 3) as contradições intrínsecas nestas relações: a produção de cuidado e saúde como um valor-útil contraposta à mercantilização da saúde e às práticas alienantes e patologizantes; 4) a busca pela construção de formas de superação destas contradições compreendendo que se a realidade é essencialmente social e histórica ela pode ser transformada.

Em *Introdução de 1857* ou *Introdução à crítica da economia política* Marx critica a equivocada posição que parte da abstração de uma forma mais geral sem considerar os seus elementos constituintes (como, por exemplo, ao iniciar a análise pela população – que se apresenta como um todo caótico – apartada da compreensão da classe social, do trabalho, etc.). Em sentido oposto, a totalidade das relações só pode ser compreendida na medida em que os elementos mais simples são articulados de modo a exprimir a sua existência como formas concretas da realidade mais geral e complexa.

> O concreto é concreto por ser uma síntese de muitas determinações, logo, uma unidade do múltiplo. Eis a razão por que aparece no pensamento como processo de concentração (síntese), como um resultado e não como um ponto de partida, embora ele seja o ponto de partida efetivamente real e, assim, também, o ponto de partida da intuição e da representação (Marx, 2019, s/p).

Diferente de Hegel que parte da representação em direção à realidade, Marx defende que deve se partir do concreto e, como método científico, analisá-lo como parte da totalidade para então retornar ao concreto pensado. Esse caminho é feito por Marx quando ele inicia a sua exposição das leis gerais do valor pela mercadoria: esta, enquanto categoria que expressa a forma de existência da realidade, só pode ser corretamente compreendida após longo percurso de análise da do seu desenvolvimento histórico e social. O que parece, a princípio, uma coisa trivial, é analisado como síntese de uma complexidade da qual só pode ser corretamente compreendido à luz da grandeza dessas relações. Nesse sentido, Marx também diferencia o caminho do pensamento da forma de exposição do pensamento:

> [...] *as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto no plano do pensamento*. Foi o que levou Hegel a extraviar-se na ilusão de conceber o real como resultado de um pensamento que, em si mesmo se concentra, em si se aprofunda e por si se move, enquanto o método de se elevar do abstrato ao concreto é apenas a maneira de o pensamento apropriar-se do concreto e o reproduzir como concreto espiritual, mas de maneira nenhuma se trata do processo da gênese do próprio concreto (Marx, 2019, s/p, grifos nossos).

Marx elucida que o pensamento não é a realidade, em si, pois a realidade e o pensamento da realidade não são a mesma coisa, cabe ao pensamento, à ciência, a apreensão do movimento real. No nível da aparência, as relações são tomadas pela sua forma acabada, mistificando o seu processo real de constituição (Marx, 2013). Assim, compreende que as formas mais simples só podem ser compreendidas a partir das formas mais elaboradas. Por esse motivo, a análise da sociedade burguesa – a forma mais complexa e múltipla – pode explicar as formas de organização social anteriores, pois "O chamado desenvolvimento histórico repousa em geral sobre o fato de que a última forma considera as formas passadas como degraus que a ela conduzem" (Marx, 2019, s/p).

Destarte, apropriando-nos da proposta de análise na construção de núcleos de significação como recurso para auxiliar na apreensão dos sentidos constantes no conteúdo manifesto na pesquisa como expressão da totalidade e do movimento contraditório nos processos constitutivos da realidade. Nessa perspectiva, amplia-se o olhar para além dos significados verbalizados – num sentido restrito à semântica – em direção ao não dito, ao que não está posto fora do âmbito da aparência, embora esse seja o ponto de partida. Aguiar e Ozella (2006) apresentam os procedimentos para análise através dos núcleos de significação, a saber: a definição de pré-indicadores, de indicadores, a construção de núcleos e a análise. A aproximação com o texto (tratando-se de entrevistas, de seu conteúdo transcrito) por meio de leituras flutuantes identifica, a partir dos seus significados e com foco nos objetivos da investigação, diversas e variadas temáticas denominadas como pré-indicadores. A partir desses, faz-se uma leitura mais apurada a fim de aglutiná-los em indicadores segundo critérios de similaridade, complementaridade ou contraposição. Nesse momento, sugerem os autores, extraem-se excertos do texto que referenciam cada indicador para que, no procedimento seguinte, segundo os mesmos critérios, chegue-se ao processo de articulação entre aquilo que denota centralidade na constituição e manifestação do sujeito – os elementos que se mostram determinantes aos sentidos atribuídos pelo sujeito – e o seu contexto social e histórico. Assim, na construção dos núcleos de significação:

> [...] é possível verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas (Aguiar; Ozella, 2006, p. 231).

Ao que tange ao procedimento de análise dos núcleos, os autores pontuam que essa se inicia por uma análise de cada núcleo e, posteriormente, de uma análise inter-núcleos. A análise dos significados e dos sentidos em seu contexto social e histórico – acrescentamos, dado o caráter ontológico da constituição do ser social – dirige-se às necessidades dos sujeitos, visto que elas são mobilizadoras dos seus modos de "sentir/agir/pensar" (Aguiar; Ozella, 2006, p. 232).

3.2. **Apresentação do território como campo do estudo**

A pesquisa teve como cenário o município de Maringá, cidade de médio porte localizada no norte paranaense a qual possui três distritos administrativos: Maringá, Floriano e Iguatemi. O município possui grau de urbanização de 99,40% e destaque às atividades econômicas na indústria, comércio e prestação de serviços. A população estimada em 2024 é de 425.983 habitantes. Quanto à raça, segundo censo de 2022, a população maringaense é: branca (274.733), parda (102.581), preta (18.560), amarela (13.465) e indígena (294). De acordo com os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,808[127] e a renda *per capita* é de 1.202,63. Maringá teve origem como um distrito de Mandaguari. Sua instalação como município ocorreu no ano de 1952 (IPARDES, 2025).

A região metropolitana de Maringá abrange 26 municípios, com população estimada, segundo o Censo de 2022, de 848.450 habitantes o que representa um aumento de mais de 18% em relação ao último levantamento[128]. Quanto aos aspectos socioeconômicos, remontando os aspectos históricos de constituição do polo maringaense, Cordovil, Barbosa e Ferreira (2022) demonstram um padrão de segregação socioespacial do município em relação aos municípios de sua região metropolitana, considerando critérios econômicos de trabalho e renda, escolarização, de habitação e mobilidade urbana. Na relação do polo com os municípios da região, apenas Sarandi, Paiçandu e Mandaguaçu apresentam alto nível de integração (Acorsi; Rodrigues, 2015 *apud* Cordovil; Barbosa; Ferreira, 2022, p. 29), todavia, apresentando também

[127] "O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano [...] O IDHM é um índice composto que agrega 3 das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda" (PNUD, s/d. Disponível em: https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idhm.

[128] Fonte: https://www.parana.pr.gov.br/aen/Noticia/Regioes-metropolitanas-do-Parana-cresceram-acima-da-media-nacional-aponta-Censo-2022.

alto nível de dependência na oferta de empregos e serviços (Chianev, 2016 *apud* Cordovil; Barbosa; Ferreira, 2022, pp. 29-30).

As desigualdades da cidade polo em relação a outras cidades também são perceptíveis no quesito renda, visto que em 23 municípios da Região Metropolitana de Maringá a maior parte dos trabalhadores recebe menos que um salário-mínimo (IBGE, 2010; PNUD, 2010; Rodrigues, 2015 *apud* Cordovil; Barbosa; Ferreira, 2022, p. 30). Enquanto no município de Maringá mais de 50% da população com mais de 18 anos tem o ensino médio completo, nas outras cidades esse percentual não passa de 30%, sendo Paiçandu e Sarandi as cidades com piores índices (Rodrigues, 2015 *apud* Cordovil; Barbosa; Ferreira, 2022, pp. 30-31). No âmbito intramunicipal, o estudo também aponta para as desigualdades do centro em relação às periferias da cidade, incluindo a precariedade do transporte coletivo monopolizado (p. 34). Contudo,

> Mesmo as áreas periféricas da cidade polo, apresentam maior qualidade de vida que as demais cidades do aglomerado, reforçando o caráter polarizador da cidade no território, e a quase ausência de políticas regionais, com vistas à promoção de um território mais equilibrado do ponto de vista socioeconômico (Cordovil; Barbosa; Ferreira, 2022, p. 40).

Na análise do processo de urbanização do município de Maringá entre os anos de 1947 e 1986, Garcia (2018) demonstra como o caráter elitista e higienista do projeto das suas políticas habitacionais, inclusive com práticas violentas de expulsão da população proletária num processo de extinção de favelas e cortiços. Com o agravamento de práticas repressoras aos movimentos de resistência, sobretudo durante o período da ditadura militar, em prol da valorização de investimentos imobiliários no planejamento que atendesse o ideário de cidade bela, moderna e próspera, tomando a precarização das condições de moradia da população mais pobre como uma "mazela social" a ser combatida. Apesar de características peculiares no desenvolvimento de Maringá, destaca a autora que:

> [...] o plano inicial, os padrões definidos nas legislações e, principalmente, as ações estatais articuladas com interesses do mercado e da elite delinearam um território urbano de exclusão da população de menor renda, por meio de diferentes mecanismos, assim como evidenciado nas demais cidades brasileiras (Garcia, 2018, pp. 208-209).

As desigualdades no âmbito econômico são atravessadas pelas categorias de raça e gênero. Ao analisarem os dados do IPEA (2020) quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) nas décadas de 2000 e 2010 no município de Maringá, Luz *et al.* (2020) destacam que a

despeito de uma melhora nessas taxas, a população negra manteve maior vulnerabilidade em relação à população branca em todas as dimensões avaliadas: IVS, IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho (Luz *et al.*, 2020, p. 47). Nesse sentido, também houve melhora nos índices de empregabilidade de uma década para a outra, no entanto, as mulheres mantiveram maior taxa de desocupação em relação aos homens (Luz *et al.*, 2020, p. 50). Essa dinâmica, concluem os autores, mantém-se o processo de segregação por meio de práticas subordinadas à lógica mercantil (Luz *et al.*, 2020, p. 62).

A história de Maringá, assim como a de sua região metropolitana, portanto, evidencia a luta de classes, o racismo e o patriarcado sobrepondo os interesses de mercado em relação às necessidades humanas, mantendo políticas voltadas à exclusão e à segregação espacial. Publicizada com uma cidade planejada e modelo, conhecida como cidade arborizada e pelos seus parques com preservação de mata atlântica no meio da cidade, a análise dos dados e do seu processo histórico de constituição apontam para um cenário de desigualdades sociais com ideário elitista, elementos relevantes à análise das políticas públicas de saúde.

Ao que tange à organização da Rede de Atenção à Saúde no município em tela, a Atenção Primária à Saúde possui atualmente 35 Unidades Básicas de Saúde, das quais quatro contam com uma Unidade de Apoio à Saúde da Família (UASF), uma equipe de Consultório na Rua e um Serviço de Atendimento Domiciliar. Considerando que a UBS (APS) é a ordenadora de todas as Redes, o município estabeleceu entre os seus objetivos e metas até 2025 em seu Plano Municipal (Maringá, 2021), a saber: a ampliação da cobertura populacional da APS e o fortalecimento das ações de promoção da saúde. Transversalmente, destaca o fortalecimento da Saúde do Trabalhador e da diretriz de Educação Permanente no SUS. Especificamente à saúde mental, almeja o fortalecimento dessa linha de cuidado em toda a Rede, incluindo a manutenção do matriciamento nos CAPS e a APS.

O Município conta com um cargo para profissional de psicologia em todas as Unidades Básicas de Saúde. A este respeito ressaltamos que consoante à Resolução nº 17/2022 do Conselho Federal de Psicologia, no âmbito da Atenção Básica a/o psicóloga/o deve atuar, para além do atendimento específico, nas ações compartilhadas e no território (CFP, 2022), de modo a corroborar os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Outra peculiaridade da Rede de Atenção à Saúde no município diz respeito à presença de psicólogos residentes em uma das Unidades de Pronto Atendimento do município, entre outros cenários de prática, possibilitada pela integração entre o serviço público e a Universidade pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência (HUM/UEM). A Rede de Urgência e Emergência de Maringá é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU) e duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA Zona Sul, de porte III e UPA Zona Norte, de porte II).

Em relação aos serviços especializados em saúde mental do município, a Rede de Atenção Psicossocial inclui quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo: um CAPS infantojuvenil, um CAPS Álcool e Outras Drogas II, um CAPS II e um CAPS III com 12 leitos de acolhimento. Conta ainda com um serviço de atenção hospitalar com 30 leitos[129] de saúde mental em hospital geral (Hospital Municipal de Maringá). Também há assistência ambulatorial de consultas de psiquiatria no CISAMUSEP (convênio intermunicipal) e no Hospital Memorial (vinculado a uma faculdade privada). Em termos de estratégia de desinstitucionalização possui três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Como apoio intersetorial dispõe de uma Clínica de Apoio ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). É mister ressaltar que o município possui uma gestão exclusiva à política de saúde mental e uma Comissão de Saúde Mental[130] vinculada ao Conselho Municipal de Saúde.

Quanto à estrutura da RAPS no município, cabe a crítica à centralização dos Centros de Atenção Psicossocial num "Complexo de Saúde Mental"[131], inaugurado em 2015 sob a gestão do prefeito Carlos Roberto Pupin (PP) numa região periférica da cidade, na contramão da lógica territorial. Em nossa prática profissional, evidenciava-se nos discursos dos usuários a dificuldade de acesso aos serviços pela distância somada à precarização do transporte público no município. Entre os desafios da Luta Antimanicomial nesse território também se coloca a existência de um Hospital Psiquiátrico que foi denunciado por práticas violentas, de isolamento e indiscriminadas e excessivas contenções mecânica e química, ausência de Projeto Terapêutico Singular, trabalho forçado não pago (inclusive envolvendo adolescentes), inadequações estruturais, degradantes condições de acomodação e alimentação, cerceamento de contato dos usuários com seus familiares (CFP, 2019a) e que, a despeito de estar interditado pela Vigilância Sanitária desde julho de 2022, sua reabertura é alvo de interesses econômicos e políticos[132],

---

[129] Informação atualizada da Secretaria Municipal de Saúde; no ano de 2021 havia 26 leitos.

[130] "As Comissões Temáticas Permanentes e/ou Temporárias não são deliberativas ou normativas, têm a finalidade de recolher e articular as propostas das instituições e setores de interesse para o Sistema Únicos de Saúde - SUS, visando subsidiar o plenário do CMS/MGÁ sobre a formação de estratégia e controle da execução de políticas de saúde. As comissões serão compostas com representação de todos os segmentos, escolhidos entre os membros do CMS/MGÁ, podendo contar com a participação de outras entidades/instituições interessadas e envolvidas com o tema da comissão. As comissões serão coordenadas por um membro efetivo do CMS/MGÁ e indicará, entre seus membros, um relator". Fonte: http://www3.maringa.pr.gov.br/portal/?cod=portal/16/pagina/institucional/173

[131] Fonte: https://historia.diariodonoroeste.com.br/maringa-ganha-primeiro-complexo-de-saude-mental-do-brasil/.

[132] Em reportagem de agosto de 2024, vice-presidente do Hospital Psiquiátrico de Maringá afirma a intenção de reabrir e atribui o fechamento à "perseguição política". Fonte: https://maringapost.com.br/cidade/2024/08/05/temos-toda-a-intencao-de-reabrir-a-instituicao-afirma-vice-presidente-do-hospital-psiquiatrico-de-maringa/.

além de posição de parte da população acrítica sobre a lógica e a função dessa instituição, sobretudo por um viés higienista de institucionalização de pessoas em situação de rua e de pessoas com sofrimento associado relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

No âmbito da assistência farmacêutica, destaca-se a existência de 16 Unidades de Dispensação de psicotrópicos[133], sendo elas: CAPS AD II, Farmácia 24 horas Zona Norte na Policlínica Zona Norte, Farmácia 24 horas Zona Sul no Hospital Municipal, Policlínica Zona Sul, UBS Alvorada III, UBS Guaiapó-Requião, UBS Iguatemi, UBS Iguaçu, UBS Mandacaru, UBS Morangueira, UBS Olímpico, UBS Pinheiros, UBS Quebec, UBS Tuiuti, UBS Ney Braga e Farmácia Móvel que, conforme descrição no site da Prefeitura é um projeto que:

> [...] visa aumentar o acesso da população maringaense a assistência farmacêutica integral, e garantir o cumprimento da farmacoterapia ao usuário SUS-Maringá. Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, o projeto atende a todas as Unidades de Saúde, passando a dispensar medicamentos psicotrópicos, por profissional farmacêutico, em dia estabelecido, de acordo com o Calendário prévio, publicado trimestralmente no site da Prefeitura e da Secretaria de Saúde[134].

Além dos serviços de saúde, destaca-se a relevância da existência de serviços e projetos de outras secretarias: no âmbito da Secretaria de Esportes e Lazer a existência de uma Vila Olímpica e 15 Centros Esportivos dispersos no território, com ofertas de aulas, atividades e recreação para públicos de todas as faixas etárias[135]. A cidade tem feiras livres diariamente com a comercialização de produtos de pequenos produtores rurais. Outras áreas fortalecem a estrutura dos serviços públicos, com destaque à existência de uma Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres[136] a qual possui um Centro de Referência e Atendimento à Mulher, Patrulha Maria Penha vinculada à Guarda Municipal e um serviço de acolhimento emergencial, entre outros projetos. Quanto aos serviços socioassistenciais, a Secretaria de Assistência Social, Políticas Sobre Drogas e Pessoa Idosa a Proteção Social Básica é organizada em 11 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e uma Unidade de atendimento no distrito de Floriano, a Proteção Social Especial possui dois Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), um serviço de Medidas Socioeducativas (MSE), um Centro Dia para pessoas idosas, um Centro Pop voltado para população em situação de rua e um Serviço de Abordagem Social (SEAS). Por fim, na Alta Complexidade, há serviços de acolhimento nas

---

[133] Disponível em: https://www.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/dad2fdb65ea0.pdf.
[134] Fonte: http://www3.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=assistencia-farmaceutica-movel.
[135] Fonte: https://www3.maringa.pr.gov.br/esportes/?cod=centro.
[136] Fonte: http://www3.maringa.pr.gov.br/portal/?cod=portal/7/wwwmaringaprgovbrmulher.

modalidades institucional e familiar, para crianças, adolescentes, famílias, idosos e adultos em processo de saída da rua[137]. E ainda, a Secretaria de Cultura promove atividades culturais semanalmente e possui leis de incentivo ao desenvolvimento de artistas locais. Outro aspecto relevante no município se refere à presença da Universidade estadual a qual contava, em 2023, com mais de 370 projetos de extensão[138], além de outras instituições privadas de ensino superior.

Destarte, na sumária apresentação de aspectos socioeconômicos e da rede de serviços públicos do município buscamos caracterizar o território para então contextualizar a demanda da investigação. Corroborando Minayo (2002), partimos do pressuposto de que "*nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática*" (p. 17, grifos da autora). Desse modo, a construção desta pesquisa voltada para os processos de cuidado e a medicalização no âmbito da Atenção Primário à Saúde (APS) surgiu do diálogo demandado por profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Maringá-PR a pesquisadoras/es da Universidade. Consoante com a premissa da indissociabilidade entre "ensino-pesquisa-extensão" e, portanto, da também da "teoria-prática", com esta investigação almejamos a construção de informações que sejam úteis ao planejamento das ações e serviços de saúde que atendam às necessidades da realidade particular, e, por outro lado, contribuir com a produção de conhecimentos científicos na área do estudo.

O cenário da demanda apresentava-se da seguinte forma: a partir da mobilização de um grupo de profissionais de psicologia dos serviços de saúde do município foi criada pela Gestão uma Comissão de profissionais com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção à saúde mental no âmbito da APS, tendo como norteadores os pressupostos da Atenção Psicossocial, da Reforma Psiquiátrica e do SUS, e, portanto, voltados para a produção de cuidado no território a partir da integralidade e autonomia, contrária à lógica da medicalização. Assim, desde o ano de 2023 diversas ações e estratégias promissoras foram articuladas e desenvolvidas a partir da mediação do apoio institucional à Atenção Primária à Saúde local.

Nesse mesmo contexto, outras duas pesquisas acerca do cuidado em saúde mental e da medicalização foram realizadas concomitantemente no município: um trabalho de conclusão de Residência em Saúde dedicado à análise dos 15 pontos de dispensação de psicotrópicos na Rede de Atenção à Saúde (Furyama; Borges, 2024) e um trabalho de iniciação científica voltado para as prescrições de psicotrópicos nas 35 Unidades Básicas de Saúde (Souza; Borges, 2024).

---

[137] Fonte: http://www3.maringa.pr.gov.br/sasc/?cod=secretaria.
[138] Fonte: https://pld.uem.br/uemnros/extensao/projetos-de-extensao.

A necessidade de um critério para a escolha de uma UBS como campo da investigação para o estudo de caso foi definido a partir do número de prescrições de psicotrópicos, conforme dados disponibilizados no Relatório do Sistema Gestor do município, proporcionalmente à população adscrita, do período de referência: o mês anterior à análise do Projeto de Pesquisa pelo COPEP, portanto, o mês de maio de 2024. O critério de escolha do período visa conceber a construção de dados atuais e fidedignos à realidade investigada.

Todavia, cabe ressaltar que a definição do município e da UBS não teve como critério a existência de alguma característica singular dos fenômenos em questão. Desse modo, estabelecemos um parâmetro quantitativo para seleção diante da necessidade de organização do trabalho, mas que considera que a realização da pesquisa em outro serviço também apresentaria validade para os objetivos propostos. Assim, a investigação das dimensões do cuidado e das práticas de medicalização no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Maringá-PR possibilitou desvelar, além de suas particularidades, o movimento e a totalidade inerentes ao modo de produção da vida que as constituem.

O levantamento dos dados foi realizado no mês de junho de 2024, e cabe acrescentar que nessa etapa as encontramos dificuldade no tratamento dos dados, visto que o sistema de registro de informações não apresentava o número de prescrições por unidade de saúde, e sim por profissional. Desse modo, foi necessário comparar e contabilizar os números de prescrições nas situações em que o mesmo profissional atuava em mais de uma unidade de saúde. Todos os dados foram salvos em Relatórios no formato de pdf e organizados em planilhas de Excel. Foram extraídos relatórios na relação do "número de prescrições de psicotrópicos" (obtendo também os dados de medicamentos psicotrópicos) por "unidade de saúde" (selecionando os códigos dos profissionais lotados em cada unidade), considerando os 10 medicamentos psicotrópicos mais prescritos em todo o município (Tabela 2):

Tabela 2: Quantidade de prescrições dos 10 psicotrópicos mais prescritos de 01 de maio de 2024 a 31 de maio de 2024.

Medicamentos psicotrópicos mais prescritos	**Número de prescrições**
VENLAFAXINA SAL CLORIDRATO 150MG CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	1.240
VENLAFAXINA 75MG CAPSULAS DE LIBERACAO CONTROLADA	1.733
Total de VENLAFAXINA	**2.973**
FLUOXETINA 20 MG CAPSULA	**2.201**
AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO	**1.789**
CLONAZEPAM 2MG COMPRIMIDO	1.108
CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOLUCAO ORAL GOTAS FRASCO COM NO MINIMO 20 ML	615
Total de CLONAZEPAM	**1723**
RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO	**721**

CARBONATO DE LITIO 300MG COMPRIMIDO	**681**
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	**555**
VALPROATO DE SODIO 576 MG (EQUIVALENTE A 500 MG DE ACIDO VALPROICO) COMPRIMIDO	**546**
CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	**545**
DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	**432**

Tabela elaborada pela autora (2025).

O maior número de prescrições foi do medicamento Venlafaxina somando as duas posologias disponíveis (Venlafaxina 75mg e Venlafaxina 150mg), seguido de Fluoxetina 20mg, Amitriptilina 25mg, Clonazepam nas suas formas de comprimido e gota (Clonazepam 2mg e Clonazepam 2,5mg/ml, com a ressalva de que o medicamento na forma líquida foi contabilizado por frasco, isto é, sendo uma unidade igual a um frasco), Risperidona 2mg, Carbonato de lítio 300mg, Clomipramina cloridrato 25mg, Valproato de sódio 576mg (equivalente a 500mg de Ácido Valproico), Carbamazepina 200mg e Diazepam 5mg, respectivamente. Não afirmamos que o número de prescrições seja equivalente ao número de pessoas que receberam prescrições de psicotrópicos, pois pode ocorrer que um usuário tenha recebido prescrição de mais de um medicamento.

Cabe acrescentar que há psicotrópicos prescritos nas UBS que não estão cadastrados no Sistema Gestor de Saúde, para os quais as prescrições são realizadas manualmente, conforme relato de um profissional de Medicina em uma das visitas ao campo, fora do contexto da entrevista. Segundo esse profissional, entre os medicamentos não inseridos no Sistema Gestor estão a Sertralina e a Paroxetina. Portanto, visto que em alguns casos os dados não ficam registrados em sistema eletrônico, não foi possível acessá-los, de modo que o levantamento do número de prescrições foi limitado às informações às quais tivemos acesso.

Ademais, o tratamento estatístico dos dados contou com o apoio de uma farmacêutica do município, e o cálculo realizado se deu na seguinte fórmula: número de prescrições de psicotrópicos dividido pela população adscrita (de cada unidade) vezes 10 (sendo a multiplicação uma forma de facilitar o trabalho com os números), compreendendo o período de 1º de maio de 2024 a 31 de maio de 2024. Como resultado, foi possível obter o percentual dessa relação em cada uma das unidades (Tabela 3):

Tabela 3: População adscrita de cada UBS, número de prescrições de psicotrópicos e número de psicotrópicos prescritos no período de 01 de maio de 2024 a 31 de maio de 2024, com o percentual de número de prescrições proporcionalmente à população adscrita.

UBS	População adscrita	Nº de prescrições	Nº de psicotrópicos prescritos	Percentual (Nº de prescrições por População adscrita)
Aclimação	17.688	149	12.641	0,08%

Alvorada I	18.414	314	27.843	0,17%
Alvorada III + UASF	19.459	440	35.186	0,22%
Céu Azul	7.341	53	4.529	0,07%
Cidade Alta	18.929	271	21.609	0,14%
Floriano	3.603	111	9.116	0,3%
Grevíleas III + UASF	18.894	181	14.498	0,09%
Guaiapó Requição + UASF	21.455	454	36.346	0,21%
Iguatemi	13.837	275	19.023	0,19%
Império do Sol	12.175	89	7.063	0,07%
Internorte	13.035	103	8.118	0,07%
Iguaçu	19.385	190	14.716	0,09%
Industrial	14.731	199	17.946	0,13%
Olímpico + UASF	20.266	427	32.179	0,21%
Pinheiros	24.296	295	23.015	0,12%
Universo	11.348	158	14.149	0,13%
Mandacaru	14.469	274	21.064	0,18%
Maringá Velho	13.256	58	5.291	0,04%
Morangueira	20.899	312	27.557	0,14%
Ney Braga	16.025	284	24.343	0,17%
Paraíso	9.965	149	12.614	0,14%
Parigot de Souza	20.571	266	21.254	0,12%
Paris	10.366	177	16.602	0,17%
Quebec	30.079	383	34.059	0,12%
Paulino	12.899	277	23.235	0,21%
Piatã	11.477	185	14.398	0,16%
Portal das Torres	12.380	201	15.620	0,16%
São Silvestre	10.025	155	12.452	0,15%
Tuiuti	18.288	228	16.231	0,12%
Vardelina	8.248	145	12.624	0,17%
Vila Esperança	16.939	209	16.119	0,12%
Vila Operária	17.020	90	6.935	0,05%
Zona 06	9.019	76	6.100	0,08%
Zona 07	16.394	124	11.131	0,07%
Policlínica Zona Sul	25.813	268	21.948	0,1%

Tabela elaborada pela autora (2025).

Do levantamento realizado, destaca-se que os maiores percentuais de prescrição se referem à: UBS Floriano (0,3%), UBS Alvorada III + UASF Sumaré (0,22%) e UBS Guaiapó Requião + UASF Paulista e UBS Paulino (ambos com 0,21%). Quanto aos menores percentuais, tem-se: UBS Maringá Velho (0,04%), UBS Vila Operária (0,05%), UBS Céu Azul e UBS Zona 7 (ambos com 0,07%). Desse modo, delineou-se como campo do estudo a UBS de Floriano, Distrito de Maringá, instituído pela mesma lei de criação do município (Lei Estadual nº 790/1951)[139], embora sua ocupação tenha se iniciado anteriormente. Localizado a cerca de 20 quilômetros de Maringá, o Distrito faz divisa com os municípios de Floresta e Paiçandu. Por se tratar de um Distrito pequeno, chamou-nos a atenção desde a primeira visita ao território (e

[139] Fonte:https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?view=detalhes&id=31660.

questões confirmadas pelos profissionais no contexto das entrevistas) que além dos equipamentos públicos há poucos serviços/empresas na oferta de emprego (há poucos comércios de pequeno porte). Além disso, também não encontramos pesquisas que tratem especificamente do Distrito de Floriano, fato que pode indiciar a dificuldade de acesso dessa população a serviços e projetos, a despeito de fazerem parte do terceiro maior polo paranaense.

O contato inicial com o serviço foi realizado por telefone, com a diretora da UBS, a fim de combinar a ida à Unidade. Entre 11 de julho a 1º de agosto de 2024 foram realizadas seis visitas no território e 10 entrevistas com profissionais. Acrescentamos que as idas e a permanência no território não se limitaram à realização das entrevistas. Oportunamente, nos momentos em que foi necessário aguardar a disponibilidade de profissionais para as entrevistas, foi possível estar na Unidade, acompanhando o cotidiano daquele serviço como observadora, mas também respondendo a eventuais interações de usuários e profissionais do serviço, e ainda, transitar pelo território conhecendo outros serviços e espaços, a saber: a Unidade de Atendimento da Assistência Social (no âmbito da Proteção Social Básica), o Centro Esportivo do distrito e a Farmácia Móvel na própria Unidade. Nesses encontros com o território foi possível conhecer um pouco do funcionamento e da realidade desses dispositivos a partir de trocas com os profissionais, além da visita à Horta Comunitária (projeto municipal desenvolvido com apoio da Universidade) e da participação em um encontro do grupo terapêutico desenvolvido por profissionais da Unidade, realizado no espaço do Centro de Convivência do território. Todas essas vivências foram registradas num Diário de campo o qual contemplou em 32 páginas os relatos e análises dessas visitas.

Na tentativa de ilustrar ao/à caro/a leitor/a, compartilhamos parte do registro do nosso primeiro encontro com o território: “O dia estava bonito, sol, céu azul... as ruas – ao menos da região mais central do distrito – possuem árvores grandes... a maioria das casas, pelo que observei até agora, não tem muros ou grades muito altas, os terrenos permitem um espaço além da construção das casas, muitas delas, com jardins e árvores... um tom de cidade do interior... é comum ver vizinhas conversando no portão. O Distrito, todavia, possui poucas unidades comerciais, pelo que se vê. Próximo à igreja católica (que possui uma praça bem florida e que fica localizada bem no centro), recordamos ter visto alguns bares e uma padaria na primeira vez que fui ao território (ainda informalmente, antes de chegar à Unidade de Saúde)”.

3.3. **Participantes do estudo: atores do cuidado em saúde**

Inicialmente, foram definidos como público-alvo da pesquisa: profissionais contemplados no Programa da Saúde da Família (Agente Comunitário de Saúde, Médico e Enfermeiro), dado o reconhecimento da centralidade do PSF na Atenção Primária à Saúde; o Diretor da Unidade pela sua competência de gestão do serviço; o Farmacêutico e o Auxiliar de Farmácia (caso houvesse na Unidade) pela aproximação desses profissionais com a dispensação de medicamentos. Outros profissionais da UBS foram incluídos, cujas práticas profissionais, ao menos supostamente, aproximam-se das demandas ditas "de saúde mental", a saber: Psicólogo, Educador Físico e Assistente Social. Além desse direcionamento conforme o cargo, ponderou-se como critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; consentir com a participação no estudo.

Durante a permanência no território, contudo, houve mudanças em relação à previsão dos profissionais a serem entrevistados, com a inclusão de categorias profissionais não previstas inicialmente. Ao final, foram realizadas 10 entrevistas com 11 profissionais na Unidade, a saber: um ACE, dois Técnicos de Enfermagem, um Enfermeiro do Programa da Saúde da Família e um ACS (entrevista conjunta a pedido dos participantes), um Médico do Programa da Saúde da Família, um Educador Físico (que também atende outras UBS), um Agente Administrativo, um Psicólogo, o Diretor da Unidade que também tem formação em Enfermagem, um Assistente Social (que também atende outras UBS). A fim de assegurar o sigilo, houve a identificação por codinomes inspirados em nomes de flores (Quadro 1).

Quadro 1: Identificação dos profissionais participantes da pesquisa.

Entrevistado(a)	Identificação (codinome)
1	Girassol
2	Dália
3	Violeta
4	Camélia
5	Hibisco
6	Perpétua
7	Crisântemo
8	Calêndula
9	Azaleia
10	Tulipa
11	Gérbera

Quadro elaborado pela autora (2025).

Em todas as entrevistas, foi utilizado o mesmo roteiro, com exceção de uma pergunta feita exclusivamente para o profissional de medicina, dada a especificidade da sua atribuição de prescrição de psicotrópicos. Diante do consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas (em aproximadamente 75 páginas), respeitando o cuidado com o sigilo das informações.

Quanto às variações entre o estabelecido nos critérios de inclusão do projeto de pesquisa e aos profissionais entrevistados, pontuamos que tais mudanças não trouxeram prejuízo aos objetivos do estudo e, mais do que isso, expressam a dinamicidade e a imprevisibilidade nas pesquisas envolvendo pessoas. Embora não houvesse profissional de Farmácia na Unidade, na ocasião em que o profissional de referência da Farmácia Móvel[140] estava na UBS, diante da alta demanda de atendimentos e organização do trabalho não houve tempo hábil nem espaço apropriado para que a entrevista fosse realizada. Durante o período da pesquisa no território, o Auxiliar de Farmácia estava afastado. Por outro lado, a participação do ACE e do Agente Administrativo partiu do próprio interesse desses profissionais, fato que aponta para a importância e a potência do uso das entrevistas como meios de promover a escuta de trabalhadores em seus locais de trabalho, além do fato de que a participação desses profissionais foi de grande contribuição.

Nesse sentido, retomamos o fato de que a proposta de construção dessa pesquisa elegeu os profissionais do SUS, especificamente da APS, considerando-os como atores do processo de produção do cuidado nos seus processos de trabalho. E ainda, como classe trabalhadora, a pesquisa também diz sobre a saúde dos próprios trabalhadores e trabalhadoras que, como não poderiam deixar de ser, são afetados pela lógica da medicalização e da mercantilização da saúde. Essa demanda, inclusive, foi frequentemente verbalizada por esses profissionais, de modo que o estudo também visa contribuir com reflexões que possam auxiliar na melhoria das condições de trabalho. No quarto capítulo, trataremos especificamente das análises das entrevistas e das vivências no encontro com o território.

3.4. **Roteiro das entrevistas semiestruturadas**

[140] O Projeto Farmácia Móvel visa aumentar o acesso da população à assistência farmacêutica integral. O atendimento é feito em Unidades de Saúde, dispensando medicamentos psicotrópicos, por profissional farmacêutico, em dias específicos, de acordo com um calendário previamente estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Maringá. Disponível em: Secretaria de Saúde (maringa.pr.gov.br). Acesso em 21 jun. 2025.

1. O que é “saúde mental” para você?
2. Na sua percepção, quais são as principais demandas em saúde da população deste território?
3. Você identifica características mais comuns/um perfil das/os usuárias/os que apresentam demandas de saúde mental (como sexo, raça/etnia, idade, estado civil, tipo de trabalho, renda, composição familiar, etc.)?
4. Como é realizado o acompanhamento às/aos usuárias/os com demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas nesta Unidade Básica de Saúde?
5. Quais são os serviços e recursos em saúde mental disponíveis neste território para a população?
6. Quais os critérios/indicações para prescrição/uso de psicotrópicos? [pergunta exclusiva às/aos profissionais de medicina]
7. Como você avalia o uso de psicotrópicos pela população?
8. Na sua opinião, quais os principais desafios na atenção às/aos usuárias/os com demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas?
9. Na rotina de trabalho desta Unidade Básica de Saúde há um espaço para discussão/articulação entre a equipe dedicada às demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas?
10. Há ações intersetoriais entre os profissionais desta Unidade Básica de Saúde com os profissionais de outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (como, por exemplo, CAPS, UPA ou Emergência Psiquiátrica) em relação às demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas no território?
11. Há ações intersetoriais entre os profissionais desta Unidade Básica de Saúde com os profissionais de outras Redes (de Assistência Social, de Educação, Esporte e Lazer, serviços de convivência entre outras) em relação às demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas no território?
12. Você gostaria de complementar algo sobre o que conversamos aqui ou deixar sugestões de ações ou intervenções para a melhoria da qualidade da assistência às demandas de saúde mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas no território? Se sim, qual/is?

4. CONTRADIÇÕES ENTRE A PRODUÇÃO DE VIDA E O PROJETO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

4.1. **Pré-indicadores, Indicadores e Núcleos de análise**

Tomando como referência os procedimentos propostos por Aguiar e Ozella (2006), o quadro a seguir apresenta o total de 56 pré-indicadores (coluna direita) aglutinados em seis indicadores (coluna central), considerando os critérios de frequência, importância e contradições presentes nas entrevistas realizadas e, posteriormente, organizado em três núcleos de significação (coluna esquerda).

Quadro 2: Pré-indicadores, Indicadores e Núcleos de significação.

NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO	**INDICADORES**	**AGLUTINAÇÃO DOS PRÉ-INDICADORES**
Saúde mental: um ideal de felicidade a ser perseguido?	1. Aspectos subjetivos positivos	1. Saúde mental como estado emocional 2. Saúde mental como equilíbrio 3. Saúde mental e funcionalidade (produtividade) 4. Saúde mental e integralidade (o sujeito como um todo) 5. Saúde mental e determinantes dos processos de saúde-doença 6. Saúde mental a partir da própria vivência (relação com o trabalho e relações sociais)
	2. Senso comum e saúde mental	7. Saúde mental além da saúde física 8. Problemas de saúde mental como causa de problemas físicos 9. Saúde mental como um bem-estar completo 10. Saúde mental como ausência de problemas

		11. Saúde mental como invisível (em comparação à saúde física) 12. Saúde mental e estigma/preconceito (besteira, algo sem importância) 13. Saúde mental e estigma/preconceito (recusa/receio nos encaminhamentos 14. Problemas de saúde mental – falta de "força de vontade"
Raízes do adoecimento e da medicalização: "Tristeza não tem fim... felicidade sim"	3. Determinação social da saúde/doença	15. Problemas de saúde mental (isolamento, solidão, falta de diálogo, de comunidade) 16. Problemas de saúde mental (problemas/conflitos na família, no trabalho, preocupação socioeconômica, vulnerabilidades e violências) 17. Problemas de saúde mental (sobrecarga ou ausência de trabalho/atividade) 18. Problemas de saúde mental – raça (ausente) 19. Problemas de saúde mental – mulheres (sobrecarga de trabalho, tarefas domésticas; procuram mais os serviços de saúde, tem mais demandas em saúde mental?) 20. Problemas de saúde mental – homens (relação com o trabalho, separação, usam menos os serviços de saúde) 21. Problemas de saúde mental – crianças e jovens (ansiedade, problemas de aprendizagem encaminhados pela escola, problemas familiares, violências, redes sociais)

		22. Problemas de saúde mental – idosos (solidão, falta de suporte familiar) 23. Problemas de saúde mental – ansiedade e depressão (principais demandas) 24. Particularidades do território – falta de estrutura e recursos 25. Saúde do trabalhador – demandas (sobrecarga de trabalho, falta de profissionais, adoecimento e afastamento
	4. Visão médico-biológica	26. Problemas de saúde mental – uso de substâncias psicoativas (pouca demanda na unidade: recusa ou preferência pelo CAPS?) 27. Uso de psicotrópicos – uso em excesso (dependência) e irregular 28. Uso de psicotrópicos – recusa e uso irregular 29. Uso de psicotrópicos – boa adesão e uso correto 30. Uso de psicotrópicos – período de adaptação e tempo mínimo de tratamento 31. Uso de psicotrópicos – avaliação para prescrição e desmame de benzodiazepínicos 32. Uso de psicotrópicos – automedicação 33. Uso de psicotrópicos – uma das vias de tratamento (outras terapêuticas) 34. Uso de psicotrópicos – função de alívio ou supressão dos sintomas (caráter remediativo)
Produção do cuidado: amarELOS	5. Cuidado, Rede e Território	35. Recursos no território – formais e informais

		36. Acompanhamento em saúde mental na unidade – Reuniões de equipe (PSF e multidisciplinar – não específicas para saúde mental) 37. Atenção à crise (atenção na UBS e encaminhamentos) 38. A busca da população pela Unidade (apoio e vínculo ou obrigatoriedade e falta de outros recursos?) 39. Visitas domiciliares (estratégia de cuidado próximo) 40. Grupos terapêuticos (estratégia de cuidado x "perda de tempo") 41. Atividade física (UBS x Centro Esportivo) 42. Acompanhamento de psicologia (busca e recusa por parte da população) 43. Projetos com potencial de geração de renda (não identificados)
	6. Gestão da Unidade e organização do trabalho	44. Problemas de saúde mental – pós-pandemia (maior demanda e necessidade de reestruturação dos atendimentos) 45. Gestão e processos de trabalho – saúde mental centrada nas áreas da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social 46. Acompanhamento em saúde mental na unidade – Acolhimento, Estratificação de Risco e Encaminhamentos (médicos) 47. Gestão e processos de trabalho – o papel do acolhimento na identificação de demandas de saúde mental

		48. Gestão e processos de trabalho – avaliação quali x quantitativa dos atendimentos (produtividade) 49. Articulação em Rede – encaminhamentos e discussão de caso (individualmente) x Fluxo de acompanhamento CAPS > UBS 50. Acompanhamento em saúde mental – UBS x Outros serviços (CAPS e CISAMUSEP) 51. NASF – Mudança no modelo de atenção (prejuízo na promoção à saúde) 52. Farmácia Móvel – dispensação de psicotrópicos x acompanhamento em saúde mental 53. Saúde do trabalhador – estratégias e recursos de cuidado (grupos terapêuticos, reuniões de equipe e acolhimento mútuo) 54. Educação Permanente – demanda por capacitações para os profissionais e para a população (saúde mental, medicação, APS, RAPS) 55. Gestão e processos de trabalho – PSF x UBS (lógica da promoção x lógica curativa) 56. Gestão e processos de trabalho – falta de suporte e recursos para os trabalhos em grupo e reuniões de equipe

Quadro elaborado pela autora (2025).

4.2. **Saúde mental: um ideal de felicidade a ser perseguido?**

"Se tens um coração de ferro, bom proveito
O meu, fizeram-no de carne, e sangra todo dia
É humano, assim deveria ser o seu também
Precisamos de mais carne e menos ferro"[141]

No caminho da nossa investigação acerca dos processos de produção do cuidado, iniciamos a conversa com os profissionais pelo questionamento acerca de suas compreensões da categoria "saúde mental" [142]. A este respeito, fazemos o esclarecimento de que partimos da perspectiva crítica, segundo a qual, não há dicotomia entre "saúde" e "saúde mental", tal como no paradigma cartesiano. Aproximando-nos da literatura científica, referenciamos o trabalho de Alcântara, Vieira e Alves (2022) que buscou compreender os modelos teóricos que fundamentam o conceito de saúde mental, no âmbito da produção brasileira, a partir de uma revisão bibliográfica entre os anos de 2013 e 2017. A polissemia desse conceito desvela a transversalidade do tema, objeto de estudo de diferentes matrizes de pensamento. As autoras destacam que o maior número de produções se filiava às áreas da Ciência Médica/Medicina, Psicologia e Saúde Coletiva. De modo geral, as pesquisas associaram o conceito a duas categorias: à psiquiatria e à reforma psiquiátrica, todavia, dos 31 artigos analisados, apenas um teve como tarefa explícita a preocupação com a conceituação de "saúde mental" [143]. Problematizam, assim, a indefinição da utilização do conceito como de modo presumido sem que haja a fundamentação do paradigma que o sustente, questão observada em nosso trabalho. De modo geral, nas entrevistas analisadas, as falas fizeram referência às vivências dos próprios participantes, nas relações pessoais e familiares e de modo especial nas relações e processos de trabalho, achado que reforça a tese de que o trabalho é a atividade determinante da consciência, contudo, convergindo com a crítica de Alcântara, Vieira e Alves (2022) acerca da necessidade de conceituação teórica-epistemológica das categorias trabalhadas.

Analisamos o estudo de Gama, Campos e Ferrer (2014) que buscou refletir sobre a relação entre o conceito de saúde mental e de vulnerabilidade social contrapondo dois paradigmas: o da psiquiatria tradicional fundado na compreensão de doença ou o transtorno mental a partir do modelo biomédico que opera com a classificação nosológica e tem na farmacoterapia a principal via de tratamento para a supressão dos sintomas. Nesse sentido, criticam os limites dessa racionalidade científica e a epidemiologia tradicional a qual trabalha

[141] José Saramago (1922-2010). Poesia rememorada dia desses numa conversa sobre o "rasgar-se e remendar-se" que constitui a vida humana – referência a Guimarães Rosa (1908-1967) – e seus afetos.
[142] Reiteramos que de acordo com a perspectiva Materialista Histórica-Dialética, compreendemos a categoria "saúde" abrange a "saúde mental", na recusa à dissociação a uma concepção de "saúde física *versus* saúde mental".
[143] Gama, C. A. P.; Campos, R. T. O.; Ferrer, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat**. Fund., São Paulo, 17(1), 69-84, mar. 2014.

com escalas e médias estatísticas na classificação sintomatológica. No âmbito da saúde mental essa abordagem é especialmente problemática, pois trabalha com a ideia de padrão de normalidade (Canguilhem, 1990 *apud* Gama, Campos e Ferrer, 2014, p. 74). E por outro lado, a perspectiva que orienta a Reforma Psiquiátrica a qual se dirige para uma compreensão mais ampla do sofrimento psíquico, na valorização da singularidade e da experiência dos sujeitos. A despeito da referência à perspectiva construtivista, os autores propõem uma ampliação da compreensão da saúde mental numa complexificação dos elementos que a constituem abrindo assim a para a possibilidade (e a necessidade) de um modelo de atenção com ações intersetoriais e territoriais o qual incumbe aos profissionais um papel de mediação a comunidade e os recursos sociais na construção de saúde (Ayres, 2003 *apud* Gama, Campos e Ferrer, 2014, pp. 79-80). Desse modo, os autores problematizam que se a noção de "risco" favorece à culpabilização individual e estigma das pessoas em sofrimento, a noção de vulnerabilidade, em suas dimensões individual, social e programática (Ayres *et al.*, 2003) possibilita uma leitura relacional desses elementos (Gorovitz, 1994) em direção à superação de um modelo de atenção curativista para a produção de sentidos e ampliação das relações sociais.

No campo da saúde a intersecção entre o paradigma biomédico e as ciências humanas, incluindo a antropologia, as ciências sociais, a psicologia (e, sem dúvidas, considerando que mesmo nessas inter-áreas há a existência de diferentes abordagens teóricas) é um desafio posto para a interdisciplinaridade na produção do cuidado diante de matrizes de pensamento diversas. Partindo do pressuposto de que toda produção científica é também produto de determinado contexto histórico e social (Engels, 1894), compreendemos que a construção do modelo hegemônico no campo da saúde se mostra insuficiente para a apreensão da totalidade das relações que também a constituem. Nessa direção, Minayo *et al.* (2003) discutem, teoricamente, a articulação entre a epidemiologia e as ciências sociais no campo da saúde pública na qual criticam as produções das ciências sociais alinhadas ao modelo tecnicista presente nas perspectivas tradicionais da epidemiologia que se assentam nas áreas das ciências biológicas, sociais e estatísticas, todavia, com ênfase na biologia e na estatística (Pereira, 2000 *apud* Minayo *et al.*, 2003, p. 99). As autoras recuperam o trabalho de Goldberg (1990) que aponta para a tendência da reprodução do tecnicismo do método, assim, "Goldberg mostra em sua análise que a tendência maior da disciplina é a marginalização dos fatores sociais, ou, quando muito, a apropriação de problemas sociais como variáveis" (Minayo *et al.*, 2007, p. 99).

No caminho da superação dessa visão tradicional, as autoras destacam a relevância da epidemiologia social latino-americana a partir da década de 1970, representada por autores como Breilh (1979), Breilh & Granda (1985) e Laurell (1977), na compreensão crítica da

determinação social, isto é, das condições de vida e trabalho e suas desigualdades, bem como nos processos de saúde e doença das populações. Todavia, analisam o declínio dessa tendência já no início dos anos 2000 diante da crise do marxismo na sociedade e no pensamento sociológico (Minayo *et al.*, 2003, p. 100). Por fim, no embate desses paradigmas opostos, destacam o trabalho dos expoentes alemães Wright Mills, Adorno & Horkheimer (1991) da sociologia crítica à denominada, por eles, "sociologia americana" na "reificação e fetichização" da técnica e do esvaziamento teórico. Corroborando a perspectiva do aprofundamento teórico e com o papel das ciências sociais com a historização e crítica dos conceitos e categorias, as autoras tratam da prática interdisciplinar como uma proposta de articulação entre as diferentes áreas de acordo com Japiassu (1976) na definição de que "[...] debate epistemológico [deve ser] o principal fio dessa tessitura" (Minayo *et al.*, 2007, p. 104). Avançando nessa discussão, partimos da crítica à compreensão do sujeito como um organismo individual e não como um ser social e historicamente constituído, por essa via, concordamos com Martín-Baró (2017) na afirmação de que:

> O problema da saúde mental deve ser situado no contexto histórico em que cada indivíduo elabora e efetiva sua existência na rede de relações sociais [...] não como encarnação do funcionamento individual interno, mas como a materialização na pessoa ou no grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma estrutura de relações históricas (p. 251).

Nessa concepção, defende o autor, é necessário partir da racionalidade histórica das condições de vida dos sujeitos, diferenciando a reação anormal numa situação normal e da reação normal numa situação anormal elucidando como as condições adversas que afetam substancialmente as relações humanas como a guerra, as catástrofes e as crises econômicas produzem as condições de saúde ou de transtornos mentais (p. 256). Para compreender a categoria saúde mental, portanto, é necessário, em primeiro lugar, ter a clareza da visão ontológica que a sustenta. É necessariamente a partir de determinada visão de ser humano e de mundo, de pressupostos epistemológicos e filosóficos, que todo modelo teórico é fundado, independentemente de se ter consciência ou não dessa relação, fato é que toda perspectiva parte de um posicionamento frente às necessidades humanas e a respectivas formas de explicá-las e atendê-las. E, em todo caso, se dirige à manutenção ou à transformação das relações, motivo pelo qual no primeiro capítulo nos dedicamos aos pressupostos do Materialismo Histórico-Dialético, reiterando o nosso compromisso com a superação do modelo hegemônico em direção à emancipação humana. Numa análise histórica, Scliar (2007) observa que:

> *O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural.* Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. *Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.* O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais [...] Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapetes*, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel (p. 30, grifos nossos).

A afirmação do autor remete à categoria da historicidade dos diferentes modelos teóricos explicativos sobre os processos de saúde e doença, e à imprescindível vinculação de juízo de valor, refutando assim, a suposta neutralidade científica promovida pela racionalidade científica do paradigma da ciência moderna. Destarte, no processo de construção da compreensão da realidade, partindo das entrevistas e da observação participante, buscamos compreender a dimensão teórico-conceitual que embasa as práticas dos profissionais, a dimensão técnico-assistencial da atuação (Amarante, 2007), dos significados em direção aos sentidos e, portanto, para além do dito, o não dito (Aguiar; Ozella, 2006).

Na análise do material, para a construção do presente núcleo de significação, agrupamos dois indicadores, a saber: "Aspectos subjetivos positivos" e "Senso comum e saúde mental". Nas entrevistas realizadas foram encontradas explicações acerca da compreensão de saúde mental que tangenciam uma dimensão "física" para diferenciá-la da "mental", como um: "[...] *estado emocional"* (Girassol) e um *"*[...] *bem-estar físico, psicológico..."* (Dália), mas especialmente em: *"*[...] *situações mais psicológicas"* (Dália) ou ainda como: *"*[...] *essa parte da mente [...] mais difícil que a saúde física"* (Violeta). Nessa contraposição, a "saúde mental" também foi mencionada como possível causa de problemas físicos: *"*[...] *se eu não estou enganado, que, o estresse também causa problemas de saúde, desencadeia outras coisas"* (Girassol) de modo que queixas clínicas podem desvelar condições de sofrimento psíquico: *"*[...] *a glicemia pode ser emocional, né... talvez você vê lá, não tem histórico nenhum de glicemia alta... daí está 400, 500... pressão [arterial] a mesma coisa...".* Algumas falas destacaram a invisibilidade do sofrimento dito psíquico, como uma demanda menos palpável em relação a doenças localizadas no corpo, como considerado por Violeta:

> [...] *porque a saúde física é mais fácil da gente perceber que está doente, né, porque a saúde mental, às vezes você está no esgotamento, você está cansado, mas você vai tocando o barco, porque... até porque nós, às vezes, a gente deixa de lado, né* (Violeta).

Adiante Violeta ainda complementa: *"*[...] *aí a gente volta naquela parte... você está com uma amigdalite, com uma perna quebrada, você visualiza... agora, a saúde mental... o seu chefe, ele não vai visualizar"* (Violeta). Nesse sentido, também para o sujeito que sofre uma secundarização no próprio cuidado: *"*[...] *as pessoas, meio que, negligenciam essa parte... então deixam pra lá e acabam não cuidado, depois vira uma bola de neve que é difícil de voltar"* (Hibisco). Ainda sobre a invisibilidade do sofrimento psíquico, Girassol pontua que: *"*[...] *eu já tive colega meu com depressão e rindo... conversando assim que eu descobri que tinha depressão. Outro eu até descobri que tentou se matar... que é uma coisa silenciosa, né"* (Girassol). Nesse sentido, Girassol avalia que muitas vezes as pessoas não buscam atendimento por não terem conhecimento:

> *É, eles não buscam, assim, porque é difícil, porque às vezes a pessoa nem sabe que está... não entende, não.... nunca leu nada, nunca ninguém falou nada, acha que é besteira... eu mesmo, já aconteceu que eu achei que depressão era bobeira... depois que eu fiquei pra UBS que eu descobri que é uma coisa séria, e tudo, mas antes...* (Girassol).

A noção de equilíbrio também foi significada na reprodução da dicotomia entre o físico e o mental: *"*[...] *essa parte da mente mesmo né, a gente tem que estar em equilíbrio, e eu falo que é até mais difícil do que a saúde física"* (Violeta). E ainda:

> *Bom, eu entendo que a saúde mental ela envolve... você estar num bem complexo, um bem-estar de saúde... o que você tem que fazer no dia, trabalho... todas as áreas, financeira, social... tudo assim, bem equilibrado... é... área de saúde, de doença em si... bem equilibrado assim pra você conseguir manter a saúde porque quando a gente está em desequilíbrio qualquer coisinha a gente já se estressa"* (Camélia).

No excerto acima, evidencia-se também uma faceta da medicalização pela noção de produtividade da compreensão de saúde à medida que estar bem, em termos de saúde mental, é estar apto para a realização das tarefas exigidas pelo trabalho e ter êxito em todas as áreas da vida. Essa ideia se relaciona ao caráter adaptacionista frente às exigências sociais da sociedade do consumo pautado na ideologia do desempenho (Alvarenga; Dias, 2021), assim:

> A busca incessante por produtividade e melhor rendimento das máquinas e das pessoas tem gerado uma sociedade na qual torna-se imperativo explorar-se a si mesmo como forma de realização, visto que se impõe em todos os âmbitos a necessidade de obter sucesso e ser perfeito (Hans, 2015 *apud* Alvarenga; Dias, 2021, p. 10).

As definições de saúde e doença que tangenciam a ideia de equilíbrio e desequilíbrio, encontram suas raízes na teoria proposta por Hipócrates (460-377 a.C.) – noção que será apropriada séculos depois pela teoria do alienismo, precursora da psiquiatria – para o qual a saúde era compreendida como o equilíbrio dos elementos corporais constituintes do ser humano, em oposição à concepção religiosa. Mais tarde, Galeno (129-199) revisitou essa teoria e teorizou a doença como um estado de desequilíbrio de causa endógena, isto é, localizada no próprio sujeito, seja por sua constituição física ou por hábitos de vida, na medicina oriental, de forma análoga, a origem dos desequilíbrios, e, consequentemente da doença, seriam explicados a partir de forças vitais do corpo que quando funcionam de forma não harmoniosa (Scliar, 2007, pp. 32-33).

O autor demonstra que na Idade Média, período histórico que teve a Igreja no centro do poder político e ideológico, a noção de saúde manteve uma perspectiva religiosa na qual a doença era associada ao pecado e a cura se daria pela fé. O desenvolvimento da química fundamentou a teoria do suíço Paracelsus (1493-1541) para a qual a causa das doenças seria explicada por agentes externos. A despeito das transformações sociais, como o desenvolvimento da mecânica e especificamente no âmbito da filosofia, marcada pelas ideias de René Descartes (1596-1650) na formulação do cogito cartesiano que definia o dualismo mente-corpo, a influência da religião ainda remanescia sendo a enfermidade entendida como um caminho para purificação espiritual (Scliar, 2007, pp. 33-34).

No século XVII encontramos precursores que buscavam relacionar dados sociodemográficos de populações ao adoecimento e à mortalidade, como foi o caso do médico William Petty (1623-1687) que denominou um estudo de "anatomia política" e John Graunt (1620-1674), membro da Royal Society, que conduziu os primeiros estudos de analítica vital. Nesse caminho, dois séculos depois, com a valorização do desenvolvimento tecnológico na área da saúde que possibilitaram o conhecimento, o controle, o tratamento e a prevenção de fatores etiológicos caracterizaram a chamada revolução pasteuriana, formulações importantes para o desenvolvimento da estatística aplicada à saúde nesse período. Em meio às transformações da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, destaca-se a relevância da obra de Friedrich Engels, *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra*, publicada em 1845, na análise crítica das condições de trabalho e de vida em relação às condições de saúde e adoecimento dessa população[144]. A expansão do desenvolvimento de estudos e intervenções estatais ocorreu em

[144] No capítulo 8 do volume 1 de **O Capital**, no qual Marx (2013) trata da jornada de trabalho, ele recupera da legislação trabalhista de diversos países demonstrando como a jornada de trabalho é determinante da possibilidade

diversos países, a citar os Estados Unidos, a França e a Alemanha. Todavia, foi somente após o término da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que um conceito universalmente reconhecido de saúde foi cunhado com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da publicação da Carta de princípios, em 7 de abril de 1948, descrito da seguinte forma: "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (Scliar, 2007, pp. 34-37).

Nessa definição, a saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização do sistema de saúde. Todavia, esse modelo desde o início não foi isento de críticas por sua acepção ideal e inatingível e ainda pela abertura à possibilidade de abusos de intervenções do Estado sobre a vida da população sob a justificativa de promoção da saúde. Desse modo, em Christopher Boorse cunhou em 1977 o conceito de que "saúde é a ausência de doença" a qual "[...] seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor" (Scliar, 2007, p. 37). Desse modo, no ano seguinte, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde instituiu a afamada Declaração Alma-Ata (1978) definindo em seu primeiro inciso:

> I - A Conferência reafirma enfaticamente que *a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade* - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (OMS, 1978, grifos nossos).

Nesse documento, referência para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, são consideradas a existência de desigualdades de saúde de diferentes povos, o papel do desenvolvimento econômico e social na promoção da saúde, participação social na construção dos sistemas de saúde pública como direito e dever e os cuidados primários como cerne do desenvolvimento do espírito de justiça social. Scliar (2007, pp. 38-39) ressalta o fato de que, não por acaso, a Conferência teve influência dos países socialistas, uma vez que Alma-Ata ficava na ex-União Soviética, enfatizando o seu caráter político e, desse modo, questiona a possibilidade da construção de uma política de saúde esvaziada de critérios sociais e juízo de

---

de tempo para satisfazer as suas necessidades intelectuais e sociais (p. 306), relação a qual compreendemos se tratar dos padrões de desgaste e reposição a qual já referenciamos em Laurell (1989 *apud* Almeida, 2018). Nesse embate político da luta de classes, analisa que: "O que a experiência mostra aos capitalistas é, em geral, uma constante superpopulação, isto é, um excesso de população em relação às necessidades momentâneas de valorização do capital, embora esse fluxo populacional seja formado por gerações de seres humanos atrofiados, de vida curta, que se substituem uns aos outros rapidamente e são, por assim dizer, colhidos antes de estarem maduros[111]" (p. 341), conclui adiante que: "O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração" (p. 342).

valor. Faz-se a ressalva de que a Declaração Alma-Ata não apresenta o termo "biopsicossocial". Em seu inciso VII define que os cuidados primários: "refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública" (OMS, 1978).

A visão positiva, no sentido de um caráter benéfico, de saúde mental como um estado de bem-estar completo, todavia, também num sentido de negação, da definição pela ausência, não só de doença, mas de problemas de toda ordem também esteve presente em algumas falas: *"*[...] *saúde mental, pra mim, é estar bem, né... não ter nenhum problema que afete a sua vida emocional ou... né, no trabalho, não ter, sei lá, algum trauma... Então, todas as pessoas que eu acho que não tem esses problemas, têm uma boa saúde mental"* (Tulipa). Para Perpétua: *"Saúde mental!? Ah... é bem-estar, né... a gente viver bem... se relacionar bem... no trabalho, em casa... ter saúde mental é... estar bem consigo mesma, né"* (Perpétua). O aspecto "psicológico" foi destacado em: *"Ah... saúde mental eu acho assim que é a pessoa estando bem psicologicamente, daí também vai afetar o físico, né, o humor dessa pessoa, o convívio social, né, dentro da família... e estar bem consigo daí"* (Crisântemo). A conotação da saúde como um estado de bem-estar, consigo mesmo, com as relações interpessoais e com a sua atividade, isto é, como um bem-estar geral, pressupõe a existência de um critério aceitável para um modo de vida saudável, num sentido asséptico e ideal, com a ausência de desconfortos de toda natureza. Como consequência lógica, por essa via, o objetivo do cuidado em saúde se volta para a supressão de todo mal-estar, usualmente expressos e denominados como sintomas, e, por esse caminho, como anestésico de todo sofrimento (Alvarenga; Dias, 2021), sendo essa uma segunda faceta do processo de medicalização.

Dantas (2009) analisa esse processo como a "tecnificação da vida" no qual o processo de medicalização se assemelha ao pensamento mítico (Japiassu, 2005), sobretudo, por meio do uso/consumo de medicamentos de maneira fetichizada como a "solução mágica" e imediata dos conflitos tipicamente humanos, atuando na manutenção dos interesses econômicos e políticos vigentes. Referenciando Birman (2001, p. 185), a cura, no sentido clássico da etiologia da medicina transmutou para "uma direção totalmente funcional" na regulação do mal-estar na contemporaneidade. Assim, "Os sofrimentos e os dramas existenciais foram absorvidos pela lógica de mercado e transformados numa química a ser ingerida cotidianamente numa maneira 'eficiente' e 'prática' de resolução dos problemas que atravessam a vida na contemporaneidade (Dantas, 2009, p. 577, destaques da autora). Nesse processo, podemos metaforizar, em

referência ao poeta José Saramago, passamos a almejar um coração de ferro no lugar de um coração humano que sente e sangra.

Nessa direção, Furtado (2018) analisa o desenvolvimento biotecnológico no apogeu dos campos da genética e da neurociência, e suas implicações para a condição humana. Ao revisitar diferentes perspectivas ontológicas desde a Antiguidade na relação com o sofrimento, demonstra a contradição da sociedade contemporânea na qual o padrão de normalidade de vida tem se tornado cada vez mais artificial com a naturalização do consumo de tecnologias na busca inalcançável de um estado pleno de bem-estar. Esse movimento implica na supressão não só do sofrimento, mas inclusive de particularidades do ser humano que passam a ser compreendidas como fragilidades ou infortúnios a serem corrigidos pela técnica, e, como consequência, culminam a supressão da própria subjetividade do sujeito. Desse modo, a autora evidencia que não se trata de negar o desenvolvimento científico e tecnológico, e sim da necessidade de refleti-lo no campo da filosofia como uma problemática inerente ao campo ético e político para além de uma mera adaptação aos avanços técnicos. Referenciando Sfez (1996), nesse paradigma o ser - no sentido ontológico - situa-se no corpo biológico:

> Na filosofia clássica dualista, esta dimensão do *ser* chamava-se "alma", e era distinta do corpo (aparência). O que este autor sinaliza é que este sentido de "alma" transmigrar, ela passou a habitar um lugar preciso. Mantendo seus traços de interioridade e segredo, ela mudou de nome e de matéria: agora são os genes que compõem nossa alma. Eles desempenham o papel dela, são nossa essência individuada (Furtado, 2018, p. 45).

Nesse processo denominado como a "farmacologização de si", a autora discorre sobre o lugar estratégico ocupado pela biotecnologia na produção de subjetividades:

> A este respeito, Pedro (2009, p. 72) chama atenção para a construção de um novo paradigma que busca então manipular a vida biológica, no sentido de pensar o modo como as intervenções moleculares têm se transformado em determinantes dos nossos desejos, personalidades, humores, patologias e naquilo que definimos como saúde. Resultando na produção de novas técnicas e terapêuticas capazes de manipular esses estados. Tais técnicas e práticas prometem não somente o alívio da dor e cura, mas atuam no sentido de corrigir e reprogramar aquilo que somos (Furtado, 2018, p. 45).

Dada a determinação econômica da produção da vida em todas as suas esferas – ideológica, científica, cultural, etc. – esse ideal de vida e de saúde notadamente atende aos interesses de mercado com a criação de novas necessidades. Além da aliança entre a indústria farmacêutica e a medicina na produção da mercadoria-psicotrópicos para o tratamento de

transtornos mentais (seja para o alívio do sofrimento ou para o aumento da produtividade), cabe destacar o crescimento da lucrativa indústria "*Wellness*"[145] (do inglês: "bem-estar") que, muito além da promessa de saúde, vende a promessa de um estilo de vida que inclui o consumo de suplementos, vitaminas e vários outros tipos de mercadorias relacionadas à atividades de autocuidado e lazer. Referenciando Le Breton (2005, p. 66), Furtado (2018) define que nessa "gestão de si [...] todas essas práticas testemunham um imaginário no qual o indivíduo se coloca diante de si como um 'bioengenheiro' ocupado em gerir seu capital físico e afetivo, em corrigir os defeitos de sua 'máquina corpórea', otimizando e explorando seus amplos recursos" (p. 47, destaques da autora). Esse imaginário social é alimentado por influenciadores nas redes sociais que monetizam conteúdos na internet[146]. A despeito das críticas à concepção de saúde como "um estado de completo bem-estar" há décadas na qual Segre e Ferraz (1997) ressaltam o seu caráter positivista. Identificamos essa noção em nosso estudo e ponderamos que o contexto atual da expansão das novas tecnologias da informação, somado ao acirramento da "cultura do empreendedorismo" (Furtado, 2018) reforçam esse ideal de saúde - e de felicidade - tão inalcançável, quanto perseguido.

A definição de saúde da OMS foi referenciada em uma das falas, associando-a à integralidade como "além do emocional": *"*[...] *segundo a Organização Mundial da Saúde [risos] é o bem-estar biopsicossocial, né...* [...] *ultrapassa as barreiras, assim, né... por isso que ela é algo integral... não é só a parte emocional"* (Azaleia). Compreendemos essa conceituação como a alusão ao "estado de bem-estar", numa conotação positiva, embora não tenha incluído a adjetivação "completo", e introduz o termo biopsicossocial relacionando-o à integralidade em direção à abrangência de diferentes dimensões envolvidas no processo de saúde e ainda demarcando que o aspecto "mental" não se refere apenas ao estado emocional. Nesse contexto, Azaleia apresenta uma perspectiva de corresponsabilização com as/os usuárias/os na crítica à ideia de que a resposta para as situações de sofrimento esteja localizada no uso/consumo de medicamentos ou nos profissionais como um dos desafios no acompanhamento das demandas de saúde mental da população: *"*[...] *deles [usuários] acharem que a solução está fora... né... às vezes está no medicamento, ou está com a psicóloga"*

---

[145] "Indústria do bem-estar movimenta US$5,6 trilhões no mundo: Até 2027, gastos no setor vão crescer 57%, atingindo US$8,5 trilhões, segundo pesquisa de instituto internacional". Fonte: https://www.metropoles.com/negocios/industria-do-bem-estar-movimenta-us-56-trilhoes-no-mundo.

[146] O sociólogo Renato Ortiz analisa a relação entre "influenciadores" e "influenciados" como categorias contemporâneas no ensaio *Influência* (2025). Fonte: https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2025/05/influenciadores-sao-prisioneiros-de-seus-seguidores-diz-renato-ortiz.shtml.

(Azaleia). Destarte, a partir dessas colocações, analisamos esses elementos para a aproximação com o sentido dessa compreensão.

Em primeiro lugar, o modelo biopsicossocial foi proposto pelo psiquiatra George Engel em 1977[147], de referência teórica da psicossomática, e representa um avanço na direção da superação do modelo biomédico à medida em que considera, para além do biológico, as dimensões social e psicológica nos processos de saúde e doença, incluindo assim aspectos da vida do indivíduo e destaca ainda a importância da relação médico-paciente. Essa compreensão do indivíduo de forma holística orientou a criação de equipes multiprofissionais em serviços de saúde ampliando assim as estratégias para além do domínio médico clínico tradicional, como exemplo, ações de promoção, prevenção e a Estratégia da Saúde da Família no Brasil. Todavia, a limitação desse modelo incide no tratamento das dimensões psicológica e social como fatores e variáveis e, portanto, recaem ainda numa visão fragmentada dos processos de saúde e doença e acabam por subordiná-las à dimensão biológica, visto que o paradigma biomédico ainda é hegemônico. “E isso se refere não apenas a uma concepção de saúde mental, mas do próprio indivíduo, o qual é explicado por um conjunto de (re)arranjos neuroquímicos e/ou predisposições genéticas, reduzindo, portanto, toda a complexidade que representa o ser humano” (Silva; Almeida, 2024, p. 214).

Como segundo elemento apresentado na fala de Azaleia, a integralidade como princípio do SUS e como conceito quanto às suas possibilidades e implicações. O Art. 7º, inciso II, da Lei nº 8.080/90 define a: “[...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Embora a linguagem da lei não apresente a discussão epistemológica da definição, atentando-se à dimensão técnico-assistencial na abrangência da totalidade e da articulação das suas ações, o repertório de produções posteriores do SUS e a literatura científica (embora, nem sempre os estudos apresentem uma definição desse conceito) fornece elementos para o aprofundamento da dimensão teórico-conceitual desse princípio. Machado *et al.* (2007) abordam o conceito da integralidade no cuidado em saúde articulando-o com a promoção e a educação em saúde como um projeto político pedagógico, apresentando o seu desenvolvimento no contexto do

[147] Referência em: Engel, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, 1977, p. 129-36 *apud* Silva, F. G. **Da fragmentação à unidade biopsíquica no processo saúde doença**. Em: Silvana Calvo Tuleski, Adriana de Fátima Franco, Fernando Wolf Mendonça, Amanda Biasi Callegari. (Org.). Novas roupas, velhos fios: metamorfoses do facismo na sociedade contemporânea e o papel de uma psicologia anticapitalista. 1ed.Marília: Lutas Anticapital, 2024, v. 1, p. 205-228. Destaca-se que nesse período a psiquiatria passava por uma crise: de um lado, era negada como disciplina médica por sua falta de objetividade; por outro, reduzida a disfunções cerebrais (pp. 206-207).

movimento da Reforma Sanitária e da Constituição do SUS, tendo o Programa da Saúde da Família como uma proposta de reorientação da clínica tradicional centrada no indivíduo e na fragmentação do cuidado. Por esse caminho, a perspectiva da integralidade pressupõe a assunção de um posicionamento ético e político, contrário ao modelo liberal e privativista, e o caráter coletivo da produção do cuidado na corresponsabilização e participação ativa dos atores sociais envolvidos tanto no processo de cuidado quanto na construção da política pública de saúde, culminando assim na mudança da forma de relação (profissional-usuário). Quanto à dimensão ontológica, definem as autoras: "A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios"[148] (Machado *et al.*, 2007, p. 336).

Nesse bojo, mais uma vez referenciamos as discussões empreendidas por Cunha (2005) na proposta da construção da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde e do apoio Matricial cunhado por Campos (2015) como perspectivas de recusa à centralidade do modelo curativista, sustentado pela dominância do paradigma biomédico. Nessa crítica, definimos a integralidade como a compreensão ontológica do ser na relação dialética entre a universalidade, a singularidade e a particularidade (Oliveira, 2001), em oposição ao processo de medicalização da vida o qual toma os sujeitos de forma reificada, como objeto da intervenção do saber médico (e, podemos ampliar para as outras áreas da saúde, destacando a psicologia). Enfatizamos, desse modo, que a medicalização recai num reducionismo das categorias da totalidade e da historicidade a uma racionalidade a-teórica, normativa e universal numa suposta isenção de valores e posicionamento ético e político. Como consequência, sob o pretexto do cuidado, legitimam-se intervenções unilaterais, mantidas por uma relação de poder, que suprimem a autonomia dos sujeitos, isto é, da possibilidade de autodeterminação e autogestão da própria vida de modo a se tornarem tutelados pelo discurso científico que lhes impõe a maneira – certa – de viver.

A remanescência da conotação pejorativa da "loucura", cujas raízes foram apresentadas na revisão histórica de Ferrazza (2009), foi apontado por participantes como presentes no imaginário da população: *"Tem um estigma, existe um estigma, né... em relação à saúde mental, né... de se estar louco"* (Gérbera). Para Hibisco:

---

[148] Referência: Nietsche E. A. **Tecnologia emancipatória:** possibilidade para a práxis de enfermagem**.** Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.

> [...] *porque o pessoal acha que saúde mental é... a maioria acha que é besteira, que é coisa da cabeça, que está fazendo graça, que está querendo chamar a atenção... E não é. Então as pessoas têm meio que esse preconceito ainda"*, e adiante: *"eu acho que é o maior medo das pessoas, 'ah, não sou louco, não preciso de psiquiatra, não sou louco, não estou louco, não estou maluco* (Hibisco).

O conceito de "estigma" tem sua origem na Grécia Antiga e foi desenvolvido pelo sociólogo canadense Erving Goffman (1922-1982), já citado pelos seus estudos das Instituições Totais, tratou também da interação social e das relações de poder cotidianas[149]. Da teoria proposta pelo autor, destacamos a pressuposição de um padrão de normalidade no qual o sujeito estigmatizado não é incluído e das implicações na relação com ele de modo a inferiorizá-lo e discriminá-lo, sustentado por ideologias que as sustentam:

> As atitudes que nós, *normais*, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, *acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações*, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; *uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa*, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (Goffman, 2004, p. 8, grifos nossos).

Desse modo, compreendemos que a referência ao estigma e ao uso de termos metafóricos no cotidiano remetem ao imaginário social da loucura que repercute na realidade dos serviços. A este respeito, Violeta avalia que entre as dificuldades no acompanhamento das demandas de sofrimento psíquico, em atendimentos nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, incide o:

> [...] *pré-conceito porque quando fala CAPS, "mas eu não estou louco pra ir pro CAPS"... então tem ainda essa fala de preconceito de serviço de saúde que encaminhou... pra psicóloga estou achando menos... tem uns até que chegam aqui pedindo, 'já quero a psicóloga', porque tinha antes né... esse... "ah, pra que eu vou passar psicóloga, não serve pra nada"* (Violeta).

[149] Referência: Gastaldo, É. Goffman e as relações de poder na vida cotidiana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 149–153, out. 2008.

Nesse sentido, a hipótese apontada por Violeta para a não adesão aos acompanhamentos está relacionada a esse *"pré-conceito"* reproduzido, inclusive, por alguns profissionais:

> [...] *Tem essa parte da adesão que eu vejo também... esse pré-conceito porque... já é difícil pro paciente procurar, né... tem uns que até mais fácil, mas é difícil o paciente aceitar que ele está com uma ansiedade, depressão porque são coisas que a gente fala: não, eu controlo a ansiedade, deixa eu respirar aqui bem aqui... vai passar. Então ele vem e procura. Aí quando ele procura o serviço... não sei se em todos os lugares... mas aqui, né... às vezes tem um preconceito de alguns funcionários daqui de dentro, sabe? [...] Ah... você [usuário] está passando por que com a psicóloga? Tipo assim, não sabe resolver? Então assim, os pacientes às vezes escutam eles vêm comentar comigo... Ah... Fulano, né..." Então assim, acho que também tem isso... esse pré-conceito, tipo, "ah... está fazendo o acompanhamento com a psicóloga, não sabe resolver esse problema em casa? Então eles acham, tipo, né, meio que bobeira, então eu também vejo esse lado.... do pré-conceito... da falta de adesão* (Violeta).

Ademais, apontamos ainda para a presença da perspectiva individualizante com a conotação moral associada à "loucura" de modo descolado da totalidade na crítica à recusa das propostas terapêuticas da equipe por parte de alguns usuários, a despeito da crítica ao uso excessivo de psicotrópicos:

> *Eu acho assim uma das coisas simples é a força de vontade da própria pessoa mesmo... porque tem... eu vejo assim... uns, é exagerado... come remédio... outros você dá, eles ensinam, eles tentam de tudo... e não vem [o usuário] pra conversar com a psicóloga* [...] *A pessoa não quer... ah, não, então eu vou lá no posto... pra reunião eu vou... daí não aparece* (Girassol).

Quanto à percepção dos profissionais sobre o uso de substâncias psicoativas, foram manifestas expressões relacionando essa população à periculosidade, tal como na dimensão sociocultural da loucura (Amarante, 2007) diante da apropriação do paradigma proibicionista como o "Modelo que será estabelecido por meio do aparato jurídico, político, médico, policial e moral, que, nos últimos anos, também tem fomentado um movimento internacional de 'guerra às drogas'" (Carneiro, 2017, p. 28 *apud* Ferrazza; Rocha, 2020, pp. 236-237): *"[os usuários com] uso de drogas, eles são muito agressivos"* (Dália). Para os autores:

> [...] as transformações do imaginário social sobre as denominadas drogadições, que ganham atributos negativos relacionados a fraquezas, desvios de caráter, imprevisibilidade, periculosidade, também pode ser considerado um processo amplo e de uma complexidade necessária para romper com discriminações e estigmatizações em relação aos usuários de álcool e de outras drogas (Ferrazza; Rocha, 2020., p. 250).

Nessa direção, Ferrazza e Rocha (2020) defendem a necessidade da superação desse paradigma que criminaliza o uso de substâncias psicoativas e marginaliza as práticas de redução de danos em direção à efetivação da Atenção Psicossocial por meio de estratégias em respeito às singularidades do sujeito e da formação profissional voltada para a atuação inter/transdisciplinar e intersetorial. Desse modo, a articulação dos CAPS com a APS se apresenta como uma necessidade nesse processo de transformação da compreensão dos profissionais da Unidade, como se evidencia na fala de Violeta em relação ao dispositivo da RAPS de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas:

> *Eu conheço profissionais que trabalham lá, né... que comentam, que às vezes ficam até com medo porque eles entram mesmo lá [referindo-se a pessoas que vão vender drogas ilícitas no interior do serviço]... "Ah... Fulaninho está aí", quando é mais conhecido, já vai lá... Gente do céu, que medo...* (Violeta).

Ao abordar as relações de trabalho, avalia que as mulheres enfrentam mais dificuldades, associando o contexto do uso de substâncias psicoativas ao perigo: "[...] *por ser mulher, fica meio acanhada porque é difícil chegar numa casa... se você for numa casa que tem bastante drogado, entrar eu entro de boa... agora mulher não entra... eu qualquer coisa saio correndo [risos], mas ela [mulher]? Não consegue, é mais difícil"* (Girassol). Além da reprodução do estigma da periculosidade associada ao imaginário de periculosidade da "drogadição", a referência às diferenças das capacidades de homens e mulheres para o enfrentamento a situações de perigo desvelam a naturalização da concepção dicotômica de gênero na qual a mulher é lida como uma pessoa frágil e carece da proteção masculina.

Ao revisitar a história da loucura[150], Ferrazza (2009) elucida o percurso que culminou na concepção da loucura e nas suas formas de tratamento contemporâneas coroadas pelo processo de medicalização, visto que:

> [...] a medicina alienista da época já possuía aquela característica que jamais deixaria de ser marcante na medicina mental, que é a idéia de que só pela mão firme e absoluta do médico, o louco poderia recuperar a liberdade e o juízo um dia perdidos por seu descontrole (Ferrazza, 2009, p. 17).

[150] Referência: Foucault, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectivas, 1972.

A concepção na gênese do alienismo como um extravasamento das paixões e da consequente necessidade de tratamento moral e da ordem disciplinar a partir do crivo e da prescrição médica situa as origens da racionalidade da psiquiatria moderna. A centralidade na figura e no poder médico – e da medicalização – manteve-se hegemônica, embora diferentes concepções tenham surgido ao longo do tempo. Morel (1809-1873), na segunda metade do século XIX, introduziu a teoria da degenerescência, na busca por uma compreensão organicista da loucura. A despeito disso, as explicações morelianas se aproximavam ainda da compreensão medieval da loucura associada à ideia de pecado original (Rocha, 2004 *apud* Ferrazza, 2009, p. 18). O caráter hereditário da degenerescência fundamentou a compreensão e as práticas de moralização das populações pobres, justificando o controle exercido não apenas no interior da instituição manicômio, mas estendendo-o a todos os aspectos da sociedade com foco na prévia identificação da predisposição para a loucura. Destaca Ferrazza, (2009) que "A teoria proposta por Morel constituirá um novo discurso sobre a doença mental. O organicismo se estabelecerá como o mote inarredável da tutela psiquiátrica sobre a loucura. E a noção de degenerescência será central na disposição higienista da época" (p. 19).

Os fundamentos da teoria da degenerescência foram essenciais para que, no início do século XX, o trabalho realizado pelo alemão Emil Kraepelin (1856-1926) possibilitasse a consolidação da psiquiatria como disciplina médica. Kraepelin propôs a classificação nosográfica das doenças mentais, sistematizando "[...] a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos, etc." (Amarante, 2008, p.58 *apud* Ferrazza, 2009, p. 20). As elaborações de Kraepelin supõem que os distúrbios mentais são "hereditários, constitucionais ou, de alguma outra forma, organicamente 'determinados'" (Talbott *et al.*, 1992 *apud* Ferrazza, 2009, p. 20).

Observamos que no cerne dessas formulações, ainda que com diferentes teorias explicativas, incidem os elementos constituintes do que mais tarde foi nomeado como medicalização. Em primeiro lugar porque na história da loucura o terreno da construção dos modelos teóricos é a definição de um padrão de normalidade, definido pela racionalidade médica, sobre o que é saudável (no sentido da sanidade) e da necessidade da intervenção científica para correção desses desequilíbrios. Em segundo lugar ponderamos que, se as práticas de isolamento eram tomadas como a principal via de tratamento e a história demonstrou o caráter violento das práticas nessas instituições de asilamento, sobretudo no pós-guerra, o desenvolvimento tecnológico dos medicamentos se apresentou como respostas a duas inflexões fundamentais. Fortaleceu o argumento da origem orgânica do adoecimento mental,

respondendo assim à crise da psiquiatria diante da crítica de não ser uma ciência objetiva, e tornou mais fluido o controle exercido aos sujeitos doentes ou "destituídos da razão". Assim o medicamento passou a ser prescrito como terapêutica para além dos muros do manicômio, mas, em nossa hipótese, configurando-se como uma nova forma de manicomialização sem romper com a lógica que a sustenta,validando a análise de Caponi (2018) na reflexão acerca do termo "revolução psicofarmacológica", uma vez que: "[...] longe de representar uma ruptura com os procedimentos de choque que precederam aos neurolépticos, parece estabelecer uma continuidade absoluta com os tratamentos antes utilizados nos hospitais psiquiátricos" (p. 35). Para Zanella et al (2016), a primazia da medicalização incorre na reprodução de "manicômios velados disfarçados de 'tratamentos'" (p. 60, destaque da autora).

Além das noções de "saúde mental" até aqui discutidas, de forma geral, as entrevistas não apresentaram definições precisas diante da pergunta "o que você compreende como 'saúde mental'?", como na referência a uma tendência de adoecimento típico do nosso período histórico como *"a doença do futuro"*, associando a diagnósticos psiquiátricos como a depressão (Hibisco). Todavia, com exceção da referência teórica de Azaleia à definição de "saúde" pela Organização Mundial da Saúde e do modelo biopsicossocial proposto por Engels, não foram apresentadas referências teóricas no embasamento da concepção de saúde e/ou saúde mental pelos participantes. Gérbera menciona a saúde mental como um dos determinantes do processo de saúde e doença, todavia, sem defini-los:

> [...] *quando você faz um atendimento, considerar a saúde mental da pessoa, né... porque ali, esses determinantes, eles assim, direcionam, né, como ação, por exemplo, né... Então eu acho que a saúde mental é importante no processo de identificação dos processos de saúde e doença da pessoa* (Gérbera).

A compreensão acerca da categoria "saúde mental" presente nas entrevistas fez referência de forma direta às experiências e vivências pessoais no contexto do trabalho, da percepção das condições dos usuários do serviço e, especialmente, da percepção das/os trabalhadoras/es de suas próprias condições, com a exceção de uma definição teoricamente referenciada, como foi demonstrado. Desse modo, a análise corrobora outros estudos (Vecchia; Martins, 2009; Nunes; Jucá; Valentim, 2007) que discutem a insuficiência na formação dos profissionais da área da saúde e a necessidade de fundamentação filosófica e epistemológica (Oliveira, 2008) nos currículos e da educação permanente no âmbito do SUS para a apropriação de ferramentas teórico-conceituais de forma crítica para a superação de acepções assentadas no senso comum. Isto é, um tipo de conhecimento, diferente do conhecimento científico, que "[...]

mistura e recicla esses outros saberes, muito mais especializados, e os reduz a um tipo de teoria simplificada, produzindo uma determinada visão-de-mundo" (Bock, 1999, s/p). Reiteramos a nossa perspectiva de que teoria e prática não são dissociáveis na crítica à tendência ao tecnicismo presente, sobretudo, nas instituições de ensino privadas (Kian; Alves, 2025), afirmando o imperativo ético e político da educação para além da simples apropriação de conteúdos.

4.3. **Raízes do adoecimento e da medicalização: "Tristeza não tem fim... felicidade sim"**

"A felicidade é como a gota de orvalho numa pétala de flor
Brilha tranquila
Depois, de leve oscila
E cai como uma lágrima de amor"[151]

No segundo núcleo de significação abordamos as contradições, a partir da fala dos participantes do estudo, sobre a perspectiva da determinação social e do modelo biomédico como raízes do adoecimento. Sobre ele, o primeiro ponto a destacar se refere ao fato de que esses elementos emergiram como resposta às perguntas sobre as demandas de saúde mental da população e não à pergunta relacionada à compreensão de saúde mental, demonstrando assim que apesar do entendimento, assentado ora no paradigma biomédico, ora no paradigma da Reforma Psiquiátrica, a conceituação de "saúde mental" apresentou um grau de indefinição e de ausência de referenciais teórico-epistemológicos, conforme discutido no núcleo anterior.

Desse modo, ao tratar das demandas em saúde mental, do lado das determinações sociais foram elencados o isolamento e o esvaziamento das relações sociais e comunitárias, como evidenciado na fala de Girassol:

> [...] *falta um pouco de integração com as próprias pessoas mesmo. Comunidade mesmo aqui, não sei se é por ser daqui ou se do Paraná que é normal, eles não são muito hospitaleiros, né... cada um meio que longe... então eu vejo que tem essa dificuldade de fazer grupo, quando tem, o povo vai saindo [...] não tem muito assim essa união, está faltando bastante [...] muitas doenças mentais, muitas vezes falta o diálogo, um apoio para conversar* (Girassol).

[151] Trecho da música "Felicidade", de Tom Jobim (1958).

Todavia, Girassol levanta como hipótese que esta seja uma característica regional, e não uma forma estruturante da organização social na qual impera o individualismo. Essa percepção de Girassol foi identificada em sua prática profissional ao relatar vivências comuns em seu cotidiano nas visitas domiciliares:

> [...] *você sente uma carência, sabe? Que eles querem alguém pra conversar, porque você comenta: "nossa, acho que daqui a pouco vai começar a chover", daí logo [o usuário] já está falando de religião, falando do filho dele que deixou ele subir ali em cima pra pregar um prego ali em cima... então, falta muito isso* (Girassol).

Nesse sentido, Dália, assim como Girassol, remetem o sentido de "saúde mental" a um *"estado emocional"* (Girassol) ou situações *"mais psicológicas"* (Dália). Mas, ambos apontaram para a necessidade de relações interpessoais como demandas que chegam à Unidade:

> [...] *acho que deveria, assim... fazer a demanda ser grande pra psicóloga, muitos vêm, a maioria vem só pra conversar, né... Aí, às vezes a gente conversa com eles e eles vão embora até sem um atendimento... mais é conversa mesmo... não assim, exato a... uma doença específica* (Dália).

Assim como Girassol, Dália emprega o termo *"carência"*, referindo-se a *"*[...] *uma necessidade de desabafar... de conversar"*. Essa demanda é descrita por Calêndula da seguinte forma: *"*[...] *talvez... com uma conversa só a gente já consegue é... aliviar o problema deles"*. Os excertos tangenciam a linguagem na mediação dos sentidos e dos afetos como fundamental estratégia na produção do cuidado. Na oposição às teorias tradicionais sobre as emoções que partem de uma perspectiva atomista e da dualidade entre emoção e cognição, a abordagem vygotskiana assume uma posição monista, a partir das contribuições de Baruch Espinosa (1632-1677) e dos estudos da arte na compreensão da indissociabilidade entre afetos e racionalidade. Recusando as teorias que explicam a origem biológica das emoções numa acepção natural e universal, sem, contudo, negar a sua filogênese, Vygotski demonstra que, para além da dimensão interna, que numa interdependência com as outras funções psíquicas, as emoções são mediadas no contexto das suas relações sociais e históricas, e, portanto, invariavelmente articuladas ao externo (Alves, 2021). Desse modo, compreende que todo pensamento é emocionado, no sentido de carregar em si uma tendência afetivo-volitiva e que, por sua vez, se liga aos motivos e à estrutura da atividade dos sujeitos. Relembramos os três fundamentos do método genético-

experimental (Vygotski, 1994) na desfetichização da compreensão das emoções na ideologia burguesa. De acordo com Ratner (1995 *apud* Alves, 2021): "[...] quanto mais individualista é uma cultura, mais as pessoas vivenciarão suas emoções como 'pessoais' e não como parte de uma coletividade" (p. 27, destaque do autor). A perda do referencial da concretude e da totalidade atribuem uma conotação universal às emoções, como exemplifica o autor, no caso do amor romântico ou do amor materno. Nesse caminho, Alves (2021) recorre à síntese de Vygotski (2000) na crítica à compreensão tradicional das emoções:

> [...] se atrás das funções psicológicas estão geneticamente as relações das pessoas, então: 1) é ridículo procurar centros especiais para as funções psicológicas superiores ou funções supremas no córtex (partes frontais - Pavlov); 2) deve explicá-las não com ligações internas orgânicas (regulação), mas de fora - daquilo a que a pessoa dirige a atividade do Cérebro de fora, através de estímulos; 3) elas não são estruturas naturais, mas construções; 4) o princípio básico do trabalho das funções psíquicas superiores (da personalidade) é social do tipo interação das funções, que tomou o lugar da interação das pessoas. Mais plenamente elas podem ser desenvolvidas na forma de drama (Vygotski, 2000, p. 27 *apud* Alves, 2021, p. 28).

Para a compreensão da relação entre as emoções e o meio Vygotski propõe o conceito de vivência (perejevânie) como uma unidade afetivo-volitiva que "[...] influencia de forma determinante a constituição dos processos psíquicos, pois é a partir de sua vivência que o sujeito atribui sentido e se apropria dos significados incutidos na dinâmica da vida social" (Alves, 2021, p. 31). Essa relação, portanto, trata do nexo entre a experiência dos sujeitos e a representação, dialeticamente constituída pelas relações sociais, da totalidade às particularidades, e assim permite que o sujeito se aproprie de maneira única do meio em que vive e da autoconsciência ou consciência de si (Alves, 2021, pp. 34-35). Por esse caminho, as afirmações de Girassol e Dália sobre a necessidade de conversar e de Calêndula sobre os efeitos positivos dessa intervenção com as/os usuárias/os frente às suas condições de sofrimento, como forma de alívio, podem confirmar a análise do caráter de mediação dos afetos por meio da linguagem.

Nesse percurso, a pandemia por Covid-19 também foi citada como um agravante às demandas de saúde mental relacionado a diagnósticos: *"Depressão e ansiedade também... acho que depois da pandemia, né, cresceu bastante ansiedade"* (Violeta) e a uma desorganização típica do modo de organização da vida contemporâneo: *"*[...] *hoje em dia está todo mundo meio bagunçado, principalmente pós-pandemia"* (Hibisco). Para Crisântemo, esse evento afetou o cuidado ofertado às demandas de saúde mental da

população e foi, contraditoriamente, *"*[...] *o momento que mais necessitou, né... ficou bastante tempo, né... isolado"*. Cabe mencionar que a pandemia salientou iniquidades e agravou a crise social, enquanto projeto político, que já estava em curso (Antunes, 2020). Referenciando o projeto de Sawaia (2020, p. 3), Alves (2021, pp. 33-34) analisa a dimensão do sofrimento ético-político como um fenômeno psicossocial mediado pelas desigualdades sociais que não afetou igualmente a todos os sujeitos. Além disso, a gestão bolsonarista que recusou a compra e disponibilização da imunização da população teve como consequência, entre outros agravos, o genocídio de mais de 700 mil brasileiras/os restando aos sobreviventes a lida com o luto e a experiência de desumanização frente ao descaso com a vida, notadamente da classe trabalhadora.

Aprofundando a investigação em relação às queixas verbalizadas pelas/os usuárias/os, foram destacadas situações de conflitos familiares, ausência ou sobrecarga de trabalho e atividade. A produção de sentidos a partir de relações interpessoais significativas, e da necessidade de atividades para além do trabalho, foi referenciada na experiência pessoa de Hibisco num período no qual ele ficou longe da família: *"*[...] *longe de tudo, só trabalhava e dormia, trabalhava e dormia [....] foi um período bem difícil"* (Hibisco). Especificamente, ao tangenciar as demandas relacionadas ao excesso de trabalho, os participantes mencionaram a sua própria relação da saúde mental com o trabalho, já indicando caminhos para compreendermos os processos de trabalho na Unidade: *"E as... os funcionários eu acho que é... o estresse... que está prejudicando mais, sabe?"* (Perpétua). Explicou na sequência: *"*[...] *sobrecarga, de faltar funcionário, entendeu? Às vezes os próprios colegas de trabalho também"* (Perpétua).

Ao exemplificar a rotina de trabalho, Camélia falou da jornada de trabalho que *"cansa muito"*, remetendo ao trabalho intelectual: *"*[...] *que nem as pessoas pensam 'ali no físico, se ralando', né... a gente está trabalhando mais light"*. Acrescenta que: *"*[...] *a ansiedade inclui os profissionais de saúde também* [*risos*]*"* (Camélia) e na sequência: *"Ah, é, meu deus do céu... está feio. Essa sobrecarga, que nem a Camélia falou, sobrecarga de trabalho, de pressão, de tudo quanto é lado, né... Então os profissionais também, não só os pacientes, mas também os profissionais de saúde"* (Violeta). Nesse sentido, Violeta complementa relatando o *"desgaste mental"* e as *"cobranças"* de metas no trabalho:

> *Então a gente chega em casa tem toda a demanda, né... então a gente acaba ficando ansioso, meio deprê. E é a mesma coisa com o paciente quando ele vem procurar a gente... é por causa do filho, é porque não está dando conta disso... é a questão financeira que o dinheiro está curto pra todo mundo, tudo*

> *está subindo... Então tudo isso já vai causando ansiedade que fica pensando no próximo mês… O que vai acontecer? E depois a depressão, né... que eu acho que um fica meio interligado no outro [...] eu vejo que é mais procura por conta disso mesmo... desse monte de tarefas que tem... parece que não vai dar conta* (Violeta).

No capitalismo, o trabalho forçado aparece como um determinante das condições de sofrimento da classe trabalhadora (Marx, 2010) e, conforme demonstrado em nosso estudo, também como um impeditivo do seu cuidado:

> [...] *e também tem aqueles casos que a pessoa dá entrada aqui, está passando por um problema, daí ela dá entrada aqui com a psicóloga... daí ela está num problema que ela está de atestado naquele momento... aí depois ela volta pro mercado de trabalho... aí ela fala: Ah, mas se eu ficar indo em consulta depois o meu patrão vai achar ruim, eu apresentar atestado [...] Daí a pessoa às vezes a pessoa volta... é, não dá adesão por conta do trabalho* (Camélia).

Violeta concordou com Camélia concluindo que *"*[...] *muitos fogem* [em referência ao atendimento psicológico semanal] *porque não podem vir toda semana, por conta do trabalho, né"*. Sobre essa dificuldade de comparecer para os atendimentos na Unidade em função do trabalho, Calêndula exemplificou uma situação na qual uma usuária lhe demandou auxílio para conseguir a receita médica: *"Então, teve uma menina hoje que veio e falou assim pra mim: 'Calêndula, eu tenho consulta duas horas com o doutor... vou ficar sem remédio... você pode, a hora que for duas horas, você passa meu nome pra lá e a hora que me chamar você fala que eu vou pegar a receita?'"*. A concretude dessa relação também aponta para o motivo de o uso/consumo de psicotrópicos se apresentar como uma das principais ou a única possibilidade de estratégia para a atenção ao sofrimento psíquico, pois o investimento em outros recursos e terapêuticas requer, muitas vezes, a ausência do seu posto de trabalho, assim como explicitou Camélia. Destarte, afirmamos a necessidade de que a produção do cuidado na APS amplie o seu "cardápio de opções terapêuticas e de ações territoriais" (Tesser; Teixeira, 2011, p, 86 *apud* Borges, 2012, p. 122). Por esse caminho, revogamos a noção de "tratamento", assentado no modelo clínico-médico, para a qual a principal ou única via é a farmacoterapia, diante da compreensão do sujeito em sua integralidade. Por conseguinte, a significativa ampliação da compreensão do que seja "terapêutico" aponta para diversas e ricas possibilidades de cuidado com base no território para a produção de sentidos e de afetos, exploradas no trabalho de Borges (2012).

Dália pontua ainda a relação entre as demandas de saúde mental com as condições de trabalho, tanto nas relações sociais envolvidas, quanto no cerceamento ao acesso dos

meios para reprodução da vida, na explicação das origens do sofrimento da população atendida: *"Daí tem uns que você descobre que é problema de perseguição no trabalho"*. Perpétua avalia que*: "Alguns conflitos no trabalho, né... conflito familiar... Ou, até, alguns que estão... que não está, se relacionando bem com o trabalho... mas tem que trabalhar, por causa da... da situação financeira... situação financeira é outro problema grande também"*. Desse excerto, destacamos dois pontos: primeiro a necessidade de articulação intersetorial do campo da Saúde do Trabalhador com os serviços do SUS, enfatizando tanto a potencialidade quanto os desafios para a compreensão do adoecimento com nexo causal relacionado ao trabalho como um problema de saúde pública, sobretudo, no caso das demandas de saúde mental. Entre os elementos da discussão encontram-se a relação entre capital-trabalho e os aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da área da Saúde do Trabalhador. A complexidade do campo da saúde mental que historicamente tende à apreensão das condições de sofrimento psíquico de forma individualizante tem como consequências a dificuldade da identificação da relação do adoecimento com a organização do trabalho (e, assim, também da subnotificação[152] desses agravos), a culpabilização dos sujeitos e à propensão a uma abordagem puramente medicamentosa (Bernardo; Garbin, 2011). É possível acrescentar ainda que a recente aprovação da Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01)[153] a qual tem entre seus objetivos a atenção aos riscos psicossociais presentes no trabalho.

Em segundo lugar, destacamos as consequências da condição de privação dos meios de subsistência analisada por Marx (2006) no seu ensaio *Sobre o suicídio*[154], no qual ele demonstra que o suicídio – como manifestação de extremada condição de sofrimento – é "[...] um entre os mil e um sintomas do lugar social geral" (p. 29), compreendendo, desse

[152] A Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004 estabelece a notificação compulsória de "transtornos mentais relacionados ao trabalho". Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Além disso, é obrigatória a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e o encaminhamento para o INSS.

[153] O *Guia de informações sobre os Fatores de Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho* define que: "A NR-1 passou a incluir expressamente os fatores de riscos psicossociais relacionados ao trabalho no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), conforme Portaria MTE nº 1.419/2024. Isso significa que todas as organizações devem avaliar e controlar todos os perigos e riscos existentes na organização, incluindo os decorrentes de fatores de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, tais como sobrecarga de trabalho, assédio e suas derivações, integrando-os ao inventário de riscos. Ou seja, a redação da NR-1 com vigência até 25/05/2025 já determinava às organizações realizar o gerenciamento de **todos** os riscos ocupacionais, o que incluía os riscos psicossociais relacionados ao trabalho, no entanto, a redação atual deu ênfase a essa obrigação" (Brasil, 2025, grifos dos autores). Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/guia-nr-01-revisado.pdf.

[154] Esse escrito de Marx foi baseado nos relatos de Jacques Peuchet (de título original: *Mémoires tirés des archives de la police etc. par Jacques Peuchet*) a partir dos arquivos da Polícia de Paris e da sua longa experiência prática na polícia e na administração (Marx, 2006, p. 23).

modo, a relação do modo de organização social como determinante da condição de sofrimento e adoecimento da classe trabalhadora:

> Entre as causas do suicídio, contei muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda dos salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que a maioria delas ganha apenas para comer (Marx, 2006, p. 48).

Destarte, a condição socioeconômica também foi citada e associada a condições de famílias "desestruturadas", por Tulipa. Ao afirmar a principal demanda de saúde mental na Unidade como: *"É o socioeconômico que eu vejo... de pessoas que vêm, é... passar por psicologia... por isso, por... é, esse problema social mesmo, né... é baixa renda... é condições familiares... a desestrutura familiar também causa isso"* (Tulipa). As violências e as vulnerabilidades das famílias foram identificadas por Gérbera como determinantes do *"comprometimento mental mais sério"*. A este respeito, cabe retomar a discussão empreendida por Gama, Campos e Ferrer (2014) sobre a relação entre saúde mental e vulnerabilidade no qual as autoras problematizam pesquisas epidemiológicas no campo da saúde mental que correlacionam a "loucura" e a pobreza que não raramente é incorporada no imaginário social e até mesmo de profissionais da saúde como causa de agravos em saúde mental. Na esfera do fenômeno, pelo viés do paradigma biomédico, a partir da observação de dois dados - da condição econômica e da prevalência de diagnósticos de "transtornos mentais" - pode-se chegar à afirmação de que pessoas pobres têm mais predisposição para o adoecimento psíquico. Cabe ressaltar que a reprodução desses preconceitos possui uma dimensão institucional como projeto político na manutenção das relações de exploração-opressão, relembramos os movimentos do Higienismo e do Eugenismo do início do século XIX, já referenciados no estudo de Boarini e Yamamoto (2004), cujas ideias se mantiveram dominantes com novas roupagens, como por exemplo, no caso da medicalização e nas práticas higienistas contra a população em situação de rua nos dias atuais. Na área da educação, a "teoria da carência cultural" que desde a década de 1960 atribuía o "fracasso escolar" ao ambiente socioeconômico e familiar da criança, sem considerar a totalidade das relações, é alvo de uma consistente e persistente crítica desenvolvida por Patto (1990) e se mantém atualizada no processo de medicalização na escola (Facci, Silva e Ribeiro, 2012). Nesse mesmo sentido, a avaliação da *"desestrutura familiar"* como *"causa"* de "problemas de saúde mental", na fala de Tulipa, remete à sua contraposição ao ideal da "família tradicional" – monogâmica, burguesa e patriarcal (Lessa, 2012) – afirmada, desse modo,

como o padrão de normalidade (Silva; Mendonça, 2023). Ademais, é necessário considerar que no processo de invasão colonial e do genocídio da população indígena no Brasil, a catequização impôs a monogamia, num paralelo ao monoteísmo, como valor moral e controle social no processo de colonização (Núñez, 2023). Contudo, a apreensão dialética dessa relação desvela a complexidade a ela inerente deslocando o olhar individualizante para a totalidade e a historicidade que a constituem, sem perder de vista as suas particularidades.

Observamos que mesmo nessas teorias que incluem as condições sociais na explicação das causas do adoecimento, o fundamento que as sustentam não apreende a totalidade nos seus processos constitutivos, pois na afirmação de que a pobreza ou formação familiar fora de um determinado modelo acarretam "problemas mentais", desconsidera a historicidade e as necessidades da forma de organização social que produziram a pobreza e que construíram um modelo ideal/universal – "saudável" – de família. Desse modo, essas perspectivas repercutem diretamente no campo ideológico com a reprodução de preconceitos e discriminações por localizar nos indivíduos e/ou famílias a responsabilidade, em maior ou menor medida, pelos seus problemas de saúde. Trata-se do processo de naturalização, isto é, da tomada como natural o que é essencialmente social e histórico.

No campo da saúde, todavia, mantém-se ainda a hegemonia da primazia do paradigma biomédico, como fica evidente na organização dos currículos e dos serviços de saúde, centrados no diagnóstico por meio de manuais com classificações cujo critério se dá pela sintomatologia, e da apropriação da própria população do discurso médico como verdade absoluta e inquestionável, elemento central no processo de medicalização da vida. Na contramão desse movimento, do qual já discorremos sobre aspectos do seu desenvolvimento histórico, a Medicina Social Latino-Americana, designada como Saúde Coletiva diante da crítica à subordinação à medicina já que se dirigia à busca por uma alternativa multiprofissional ao modelo médico-centrado (Breilh, 1979/1991 *apud* Almeida, 2018, p. 74). O campo da Saúde Coletiva teve inicialmente a referência teórica do materialismo histórico-dialético e, posteriormente, ampliou-se a uma diversidade de compreensões teóricas nas quais predominaram as perspectivas pós-modernas, sem que a tradição da epidemiologia clássica deixasse de ser hegemônica. Todavia, o legado do movimento sanitarista latino-americano possibilitou ao campo da Saúde Coletiva novas e importantes contribuições para a compreensão dos processos de saúde-doença:

> Uma dessas contribuições é a concepção da *determinação social do processo saúde-doença, de orientação marxista*, representada por autores como Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Sergio Arouca, entre outros. Esta teoria desenvolve-se em oposição à concepção multicausal e propõe outro modo de explicação para a relação entre o biológico, o psicológico e o social (Almeida, 2018, p. 75, grifos nossos).

Na teoria da determinação social do processo saúde-doença, como sugere o termo, na relação entre as dimensões há uma hierarquia da determinação social em relação à biológica e à psicológica. Nas tentativas de superação das limitações do modelo biomédico, as teorias multifatoriais para a explicação dos processos de saúde e doença, das quais destacamos o modelo biopsicossocial e a conceituação de saúde da Organização Mundial da Saúde, embora afirmem o caráter multicausal, em ambas as acepções o social e o psicológico são considerados como "fatores" ou "variáveis", frequentemente apreendidos como "fatores de risco" e, portanto, mantendo a hegemonia do biológico. Ao citar a crítica realizada por Tambellini e Schütz (2009) sobre o documento "Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde", da Conferência Mundial sobre Determinantes sociais da saúde , realizada pela OMS em 2011, Almeida (2018) chama a atenção para o fato de que há um reducionismo da categoria "classe social" à "posição social", ou seja, "considera-se, então, como determinantes estruturais, não as relações de produção e a inserção social de classe, mas suas consequências, como a renda" (Almeida, 2018, p. 84). Desse modo, para a autora:

> Apesar desse teor progressista, que relaciona condições de vida com saúde, Nogueira (2009) não economiza nas críticas ao sublinhar o reducionismo presente na concepção dos determinantes sociais da saúde que, para ele, teriam o significado de causa ou causalidade social. Assim, do mesmo modo que haveria determinantes da saúde com caráter social, haveria outros de natureza biológica, ambiental ou genética (Nogueira, 2009 *apud* Almeida, 2018, p. 84).

Na crítica à concepção de riscos adotada pela epidemiologia clássica, Breilh (2006) propõe a substituição do termo "fatores" para a ideia de "processo" e denomina os "processos protetores" e os "processos críticos" conectada à determinação pela reprodução social, categoria que explica os modos de vida dos indivíduos e dos grupos sociais:

> Não se trata de que haja processos protetores e destrutivos separadamente, mas de que, *em seu desenvolvimento concreto, os processos de reprodução social adquirem facetas e formas protetoras ou facetas e formas*

> *destrutivas*, conforme sua operação desencadeie mecanismos deste ou daquele tipo nos genótipos e fenótipos humanos do grupo envolvido (Breilh, 2006, p. 203 *apud* Almeida, 2018, p. 86, grifos nossos).

Por esse caminho, reafirmamos a compreensão da determinação social dos processos saúde-doença como uma abordagem dialética que explica as raízes do adoecimento em nossa sociedade, compreendendo o sujeito histórico como síntese de múltiplas determinações o qual possui na atividade trabalho a sua constituição ontológica enquanto ser social. Em oposição às raízes da medicalização que, mesmo quando intenciona à ampliação da compreensão do sujeito incorre na sua fragmentação, mantendo-se no terreno das explicações do paradigma biomédico. Partindo da base comum do Materialismo Histórico-Dialético, essa perspectiva valida a compreensão da Psicologia Histórico-Cultural sobre a natureza social da "unidade biopsíquica" humana na direção da superação da fragmentação do ser em direção à totalidade (Silva; Almeida, 2024). Assim como define Vygotski (2004), no caso do ser humano as leis biológicas do desenvolvimento não são suprimidas, a sua "superação" remete ao significado de conservação, de modo que no curso da história o desenvolvimento humano revestiu-se de um caráter social no qual as leis sociais são determinantes. Destarte, nesse movimento de recuo das barreiras naturais (Lukács, 1979), o desenvolvimento das capacidades tipicamente humanas não obedece puramente às leis biológicas como potência geneticamente programada a se desenvolver espontaneamente, como nas explicações maturacionistas e no caso dos animais. Para efetivar a sua potencialidade de tornar-se ser humano é necessário que o indivíduo tenha condições concretas para desenvolvê-la, por meio da categoria mediação. A forma e a qualidade dessa mediação, contudo, depende das suas particularidades (às particulares condições de vida do sujeito quanto ao tempo e ao lugar em que vive, às suas teias de relações, suas características singulares, etc.) de modo conectado à dimensão universal da história humana.

Destarte, na seara das relações de classe, gênero, raça[155] e idade, categorias citadas no roteiro das entrevistas na relação com a identificação das demandas de saúde mental – e também as três fontes de iniquidades identificadas por Breilh (2006) – foram relatadas relações entre diagnósticos/demandas e gênero e idade de forma direta. Corroboramos a compreensão do autor de que:

[155] Breilh denomina a etnicidade como uma das fontes de iniquidade, em nosso estudo adotamos a categoria "raça" por considerá-la mais ampla.

> [...] não se deve confundir a centralidade na análise com a hierarquia na determinação. Segundo nossa perspectiva, a base ontológica primordial de qualquer poder é a acumulação de riqueza, como já explicamos, mas, quando se estuda a epidemiologia dos gêneros, a categoria especificadora é o 'gênero'; quando se procura conhecer os processos epidemiológicos ligados ao etnoracial e cultural, a categoria especificadora que se destaca na análise é a 'etnicidade'; quando se trava conhecimento com os processos particulares da saúde do adolescente, a categoria especificadora proeminente é a 'idade' (Breilh, 2006, p. 216 *apud* Almeida, 2018, p. 81, destaques do autor).

A determinação da classe social esteve presente nas menções às condições de trabalho enquanto "preocupação e problemas financeiros", nos excertos supracitados. Ao que tange à relação de gênero, considerando a literatura que desvela uma predominância da medicalização de mulheres em relação a homens em diferentes regiões do país (Molck; Barbosa; Domingos, 2021; Pereira *et al.*, 2021; Carvalho, 2016; Silveira *et al.*, 2016; Rocha; Werlang, 2013), essa percepção não foi consenso no comparativo da busca pelo serviço: *"*[...] *eu vejo que é igual, tanto homem quanto mulher... não tem muita diferença, não"* (Tulipa). Perpétua também avalia que a demanda é tanto de mulheres quanto de homens. Girassol avalia que apesar da opinião de que *"*[...] *mas sabe como é homem também, né... não liga muito pra coisa de saúde",* também compartilha dessa percepção: *"*[...] *está mais ou menos o mesmo tanto* [*de homens e mulheres*]*"*. Mas, na sequência explica que: *"mas eu acabo conversando mais com mulher do que com homem. Acho que homem é um pouco mais fechado né, que mulher"* (Girassol). Girassol também avalia que há menos recursos ofertados para os homens do que para as mulheres e justifica a causa pelo *"machismo, né... pra simplificar... porque homem aqui, antigamente era bocha... tinha muito... mas daí não sei o que aconteceu, parou [...] eles acabam se reunindo mais pra jogar truco mesmo... acho que a maioria só joga truco... ou está no bar"* (Girassol).

As falas de Girassol remetem à faceta da iniquidade de gênero que afeta a saúde dos homens, reconhecida pelo Ministério da Saúde diante da instituição da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diante da menor busca e adesão aos serviços de saúde para o cuidado e prevenção de agravos dessa população, demarcando as barreiras socioculturais e institucionais pelo patriarcado (Brasil, 2008b). Zanello (2018) analisa a relação entre saúde mental e gênero (que também engendra as relações de classe e raça) a partir da categoria "dispositivo" (e das tecnologias de gênero como parte de seus constituintes) na construção das subjetividades "masculinas", por meio do dispositivo da eficácia, e "femininas", pelos dispositivos amoroso e materno, dicotomia assentada na reprodução das relações de poder e da violência. O estudo de Saffioti (2001) acerca da constituição das masculinidades e

feminilidades também nos dá elementos para a compreensão desses dois modelos dicotômicos e hegemônicos na constituição das subjetividades de homens e mulheres. A autora define o patriarcado como o "[...] sistema de relações sociais que garante a subordinação da mulher ao homem" (p. 16), explicitando as relações de poder que permeiam essas relações social e historicamente constituídas, de modo indissociável aos sistemas de opressão de classe e raça. Essas diferenças que, sem dúvidas, imputam a mulher a um lugar de desvalorização, também implicam consequências de prejuízos ao homem, a despeito da manutenção dos seus privilégios. A masculinidade é constituída por um conjunto de atributos, socialmente valorizados, como a virilidade, a força, a agressividade, o poder. Pelo caráter dicotômico desse paradigma, o masculino se coloca em oposição a qualquer referência ao feminino, assim como a razão à emoção. Desse modo, a esfera dos afetos e das emoções, que são condições tipicamente humanas, é tomada pelo patriarcado como fraqueza, justamente por ser valorada como uma característica feminina. Todavia, é necessário ressaltar que nunca houve homogeneidade em relação a mulheres brancas e negras, de modo que no caso das mulheres "não brancas" há especiais contradições nesse processo. A forma de socialização predominantemente pautada em estereótipos de gênero, portanto, são elementos que nos ajudam a compreender a menor procura dos homens por atendimento e do menor investimento no cuidado à sua saúde, especialmente às demandas de saúde mental. Na assimetria dessas relações é fundamental considerar ainda que o modelo hegemônico é assentado numa rígida heteronormatividade a qual impacta diretamente nas vivências, na saúde e na assistência ofertada às pessoas que não se enquadram nesta norma na forma da reprodução de violências (Fébole; Moscheta, 2020).

Por conseguinte, há profissionais que afirmam a maior demanda de atendimentos por parte das mulheres, confirmando os achados da literatura. Para Calêndula: *"Mais mulheres, mais mulheres... de idade também"* e para Dália: *"Mais mulheres... eu vejo assim que é mais mulheres, porque elas vêm: 'ah, eu estou com crise de ansiedade e tal, não sei o que..."* (Dália). Camélia observa que: *"*[...] *eu acho que mais* [*demandas*] *em mulheres, mas eu não sei se é fidedigno porque as mulheres procuram mais a Saúde, os homens às vezes estão, mas não aparenta, né..."* (Camélia). Nesse sentido, valida a percepção de Girassol de que os homens procuram menos os serviços de saúde pela falta de autocuidado em consequência do machismo. Para Azaleia, contudo, esse cenário esteja se modificando: *"Assim... quem procura e busca o cuidado à saúde... a maior parte é do sexo feminino, né... mas é... quando eu comecei e até agora, né, depois de uns dois anos pra cá... eu tenho, assim, percebido uma procura do sexo masculino também, né".* Concordando que a maior

demanda é composta por mulheres, Violeta avalia que *"*[...] *às vezes por essa pressão de trabalho e também pelo ócio. Mas eu vejo que são mais mulheres"* (Violeta).

Além da associação das condições de sofrimento presentificadas como demandas na Unidade pela sobrecarga de trabalho já elucidadas, a ausência de trabalho/atividade também foi mencionada pelos profissionais, como no relato de Camélia sobre mulheres em idade produtiva, e em Perpétua no destaque à demanda da população jovem: *"*[...] *hoje está pegando muito... muito jovens, né... Também... não é só a pessoa de idade... Mais é, meia idade assim, mais jovem... procurando mais".* Ou, ao considerar a existência de conflitos familiares e o cenário no qual *"*[...] *não tem muito trabalho, ocupação... daí eles procuram muito a UBS"*, afirmando assim a dificuldade da população jovem em conseguir trabalho. Nesse sentido, Perpétua também analisa os recursos do território e concluir que há: *Uma falta, tem... principalmente nos jovens... no idoso eu acho que tem um pouquinho... mais... tem, tem os grupos, né, da terceira idade... pro jovem não tem nada".*

Por essas afirmações, é possível refletir sobre alguns aspectos: a dimensão estrutural da condição atual da classe trabalhadora, das particularidades do território e no âmbito do serviço de saúde, das ofertas disponíveis para a produção de cuidado da população em idade produtiva. Nesse sentido, Camélia observa a falta de atividade como um determinante do adoecimento: *"*[...] *assim, na população, às vezes tem gente que está com depressão porque está ocioso também"* (Camélia). Girassol associa o uso de psicotrópicos por parte da população atendida: *"Porque aqui é um lugar meio isolado, né, você viu, pra chegar aqui... não tem muito o que fazer, não tem muita atividade, quando tem, às vezes não tem suporte... então, tudo isso ajuda, né..."* (Girassol). Na sequência, afirma que a população em idade produtiva, com exceção dos servidores públicos, *"Só trabalha fora"*, e explica:

> *Porque assim, oh: tem uma padaria que é o dono que trabalha e tem uma mulher só que trabalha ali... daí tem a farmácia que ele é o dono, que ele se mudou pra cá pra abrir farmácia, e a mulher dele abriu a loja de "1,99"... Daí tem uma loja de ração que é a dona que trabalha... Tem um mercadinho aqui em cima que é agora, duas pessoas, três pessoas que estão trabalhando... aí deu o que? Dez pessoas? Numa população de 4 mil* [*habitantes*], *o resto é tudo* [*trabalhando*] *pra fora* (Girassol).

Para elucidar tais apontamentos, recorremos às valiosas contribuições da patopsicologia experimental de Bluma Zeigarnik (1900-1988)[156], definida como uma teoria

[156] Psicóloga lituana, Zeigarnik teve em sua trajetória trabalhos com psicólogos alemães de orientação da Gestalt e com os psicólogos soviéticos. Trabalhou com o grupo de Vygotski na formação da Psicologia Histórico-Cultural.

particular da Psicologia Geral com aplicação prática à psiquiatria, mas com substanciais diferenças da psicopatologia ocidental (Silva, 2014, p. 176). Nas palavras de Zeigarnik (1976-1981, p. 8 *apud* Silva, 2014):

> A patopsicologia, como disciplina psicológica, parte das leis de desenvolvimento e da estrutura do psiquismo em *estado normal*. Estuda as leis da *desintegração da atividade* psíquica e das propriedades da personalidade, comparando-as com as leis de formação e desenvolvimento dos processos psíquicos normais, estuda a regularidade nas alterações da atividade reflexiva do cérebro (p. 175, grifos nossos).

Por essa definição, evidenciam-se as diferenças da psicopatologia tradicional, descritas por Silva (2014, p. 177): ao passo que a psicopatologia tradicional opera com conceitos clínicos-médicos e critérios patológicos gerais, com o método clínico-descritivo, a patopsicologia experimental opera com as categorias psicológicas, destacando a atividade, motivação-necessidade e a personalidade, a partir do método psicológico experimental. Cabe ressaltar que a denominação de desenvolvimento "normal" e "anormal" em nada se aproximam do padrão de normalidade com o qual trabalha a psiquiatria tradicional criticada por Canguilhem (1943/1995 *apud* Almeida, 2018), partindo da Teoria da Atividade de Leontiev na qual a atividade principal, isto é, a atividade que guia o desenvolvimento em cada estágio, é determinado na relação com a realidade, isto é, "[...] o conteúdo dos estágios depende das condições históricas concretas de vida, conforme as exigências da sociedade e não da idade cronológica da criança" (Leontiev, 1988a *apud* Silva, 2014, p. 179). Desse modo, compreendemos que o parâmetro para o desenvolvimento normal é aquele que corresponde às máximas potencialidades de acordo com o grau de desenvolvimento da humanidade (Oliveira, 2001). Acrescentamos, todavia, que Almeida (2018) considera as contribuições da patopsicologia experimental, mas aponta limitações por compreender que, "[...] muitas vezes não estabelece relações mais amplas com as determinações sociais do processo de adoecimento" (p. 162). Em todo caso, buscamos manter a determinação social nos processos de saúde e doença como um pressuposto fundamental em direção à totalidade dessas relações.

A atividade tem como característica básica a sua objetividade. Toda atividade parte de uma necessidade, isto é, por meio de ações e operações, a atividade busca atender a uma necessidade específica, dirigida a um objeto. É importante salientar que as necessidades têm

---

Dirigiu o laboratório de patopsicologia no Instituto de Psiquiatria do Ministério de Saúde Pública da URSS (Silva, 2014).

caráter social e histórico. Como exemplo, citamos o uso/consumo de psicotrópicos: nessa forma de sociabilidade, as drogas psiquiátricas atendem a necessidades cujas raízes encontramos na determinação social do nosso tempo. Embora o uso de substâncias psicoativas seja tão antigo quanto a história da humanidade, nesse momento histórico as drogas – sejam lícitas ou ilícitas – têm contornos que só podem ser verdadeiramente compreendidos a partir da totalidade histórica correspondente. Destarte, por trás de uma necessidade a ser atendida numa atividade, há um motivo que a impulsiona. Assim, "[...] a atividade, com sua própria estrutura, que se diferencia por sua forma, pelos modos que se realiza, por sua tensão emocional e por sua característica temporal ou espacial, motiva o sujeito a ter objetivos e a realizar ações para supri-los" (Silva, 2014, p. 181). Concordando com a autora, destacamos o papel da consciência na clarificação da necessidade e dos motivos da atividade para o sujeito. Por esse caminho, analisa que nem sempre os motivos correspondem diretamente ao fim geral da atividade. Exemplificando: a realização de um curso de pós-graduação (objeto) objetiva a realização de uma pesquisa (finalidade) e, para tanto, prescinde de ações e operações (leitura de textos, realização das atividades em campo, escrita, etc.). Todavia a motivação (os motivos) podem se dirigir à obtenção do título acadêmico, ao desenvolvimento e apropriação de conhecimentos, à contribuição com uma produção científica relevante, etc., podendo coexistir numa hierarquia de motivos. Por esse caminho, considerando as proposições de Leontiev acerca da atividade, Zeigarnik realizou as suas últimas investigações no campo da patopsicologia experimental (Silva, 2014):

> As reações, opiniões e atos das pessoas são condicionados por seus motivos e necessidades, que são estabelecidos conforme a educação e ensino recebidos e determinam as atividades e ações da pessoa sã e doente, na evidência da relação com a estrutura da personalidade da pessoa. Baseada nesse pressuposto, a autora considera que as alterações patológicas da personalidade relacionam-se às necessidades patológicas e às mudanças na hierarquia dos motivos, que ocasionam desestrutração da atividade do sujeito (pp. 181-182).

Destarte, partindo das contribuições que versam sobre a periodização do desenvolvimento, na análise dos relatos que remetem às demandas na juventude e na idade adulta, consideramos as contradições que consideramos centrais no atual momento histórico. Abrantes e Bulhões (2020) compreendem a juventude como o início da vida adulta, sendo a relação do sujeito com o trabalho mais determinante que a idade na definição dessa etapa do desenvolvimento, destacando a "dimensão supraindividual" da autonomia como determinante das relações sociais, extrapolando assim esse conceito em sua dimensão

subjetiva (p. 247). Desse modo, para o jovem das classes populares a busca pela inserção no mercado de trabalho, muitas vezes iniciado já na adolescência, se apresenta como meio necessário para garantir as suas condições de qualificação e formação profissional ou até mesmo de subsistência. Por outro lado, para outros segmentos de classe, a autonomia na juventude se volta para projetos de estudo e formação profissional, não imediatamente relacionada ao trabalho (p. 248). Na idade adulta, a contradição posta incide na atividade trabalho como promotora do desenvolvimento humano e, ao mesmo tempo, do seu caráter de alienação dadas as condições que determinam a forma de organização do trabalho nessa sociedade (Carvalho; Martins, 2020, p. 269). Nesse sentido, identificamos que as demandas de saúde mental da população atendida apresentam tanto a face do sofrimento daqueles que estão inseridos no mercado de trabalho quanto a face do sofrimento daqueles para os quais o trabalho está ausente, enfatizando as particularidades do território e a totalidade que remete à condição da classe trabalhadora frente à reestruturação produtiva e a necessária manutenção do exército de reserva, conforme termo cunhado por Max (2013).

Embora as situações da vida tenham sido relacionadas com o adoecimento, refletimos sobre a sua aproximação com a compreensão de saúde mental como positiva (pelo "estado de completo bem-estar") e negativa (pela "ausência de problemas"), reiterando uma alusão de uma vida em condições ideais numa perspectiva normativa: *"Então acho que ansiedade e depressão porque né, por conta, que nem a Camélia falou... se é um problema financeiro, problema na família, um problema de saúde mesmo... aí a depressão"* (Violeta). Observamos que, mesmo com as críticas no caminho que percorremos acerca do paradigma biomédico e das limitações dos manuais diagnósticos pela arbitrariedade dos critérios diagnósticos evidentes em cada nova revisão, mesmo essas definições parecem ser muitas vezes banalizadas pelos profissionais de saúde e pela população. Não por acaso, mas como uma expressão do processo de medicalização no qual as vivências são prontamente classificadas como doença/transtorno. No cotidiano é comum nos depararmos com falas que atribuem um estado "meio depressivo" ao sentimento de tristeza ou o transtorno de déficit de atenção diante de esquecimentos e desatenções no dia a dia. Almeida (2018) recupera a definição de "transtornos mentais" do DSM-V:

> Um transtorno mental é uma *síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental*. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam

> atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (APA, 2014, p. 20 *apud* Almeida, 2018, p. 56, grifos nossos).

Nesse caminho, a autora problematiza a definição de "síndrome" apresentada por Dalgalarrondo (2008) por considerar que ela privilegia o fenômeno, isto é, a aparência, e negligencia as suas explicações causais: "[...] agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas" (2008, p. 26 *apud* Almeida, 2018, p. 56). Em termos diagnósticos, a ansiedade e a depressão foram citadas pelos profissionais como as principais demandas de saúde mental da população. De acordo com o DSM-V, no caso dos transtornos depressivos: "A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo" (APA, 2014, p. 155). Por sua vez, entre os transtornos de ansiedade, destacamos o diagnóstico que avaliamos como o mais genérico: "As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar" (APA, 2014, p. 290). Contrapondo essas definições à determinação social dos processos de saúde e doença fica evidente o quão superficial é esse modelo teórico e de atenção e da facilidade com a qual se pode receber um diagnóstico de transtorno mental num pronto atendimento.

Na análise dos ditos "transtornos de humor" o sofrimento psíquico se manifesta como "obstruções aos seus 'modos de andar a vida'" (Canguilhem, 1995 *apud* Almeida, 2020, p. 195, destaque do autor) e as alterações ocorridas na personalidade envolvem a esfera volitivo-afetiva e a motivação de forma central, com a alteração da estrutura hierárquica dos motivos. Para a autora, "No caso da depressão, o motivo vai perdendo sua função estimuladora, passando a uma função apenas sinalizadora" (p. 195). Ressalta ainda que "essa renúncia ou resistência de modo geral não é consciente" (*idem*, p. 194). Ao tratar do transtorno bipolar, por conseguinte, discorre sobre as alterações no caso da mania, como o "[...] aumento da atividade como cessão às exigências sociais, mas que foge ao controle da pessoa ou como busca pela satisfação de suas próprias necessidades, interditadas pela vida social, o que é característico da mania" (p. 195). Para Zeigarnik, de acordo com Silva

(2014), na alteração patológica que envolve os motivos e as necessidades, incluem-se ainda as alterações da personalidade na formação de significados e no controle da própria conduta (p. 207):

> [...] a alteração da personalidade não consiste na liberação das necessidades biológicas [...], mas na decomposição da estrutura das necessidades formadas no transcurso da vida. A degradação da personalidade consiste em que se altera a estrutura da própria necessidade condicionada socialmente: converte-se em menos mediata, menos assimilada, perde-se a estrutura hierárquica dos motivos, modifica-se sua função significando, desaparecem os motivos a longo prazo (Zeigarnik, 1976/1981, p. 200 *apud* Silva, 2014, p. 209).

Desse modo, as causas relacionadas na fala dos profissionais quanto aos problemas relacionados ao trabalho, à condição financeira, aos conflitos familiares, entre outros, não deve ser tomada de forma determinista na caracterização de um "transtorno mental". Outrossim, devem ser apreendidas na totalidade do modo de organização social na complexa relação com as singularidades e particularidades do sujeito que vivencia essas situações de sofrimento. Além disso, muitas vezes a cronificação/persistência dessas condições não se refere à "etiologia da doença", mas sim à "[...] insuficiência ou desinteresse sociais em oferecer à pessoa em sofrimento as mediações adequadas, de suporte e de modificação das situações normativas que produziram e/ou continuam a produzir o sofrimento" (Almeida, 2020, p. 196).

Na investigação sobre a relação entre gênero e medicalização, destacamos que a análise de Silveira *et al.* (2016) defende a hipótese de que o maior uso/consumo de psicotrópicos em mulheres do que em relação aos homens se explica pela maior procura aos serviços de saúde e maior preocupação e cuidado com a saúde da parte delas. Todavia, os autores também recuperam o estudo de Luna *et al.* (2000) no qual foi identificado que mesmo apresentando os mesmos sintomas que os homens, as mulheres recebem mais prescrição de ansiolíticos. Nesse sentido, o estudo de Molck, Barbosa e Domingos (2021), citando outros estudos (Rose, 2019; Medeiros *et al.*, 2018), desvelou que por vezes os profissionais de saúde expressaram a percepção das mulheres como mais frágeis e mais suscetíveis a transtornos afetivos. Essa abordagem se aproxima da concepção biológica das emoções, conforme revisão de Alves (2021), na contraposição à compreensão da indissociabilidade da base filogenética com a determinação social e histórica do curso do desenvolvimento do psiquismo como um todo. Portanto, o argumento de que as mulheres são "mais emocionais" que os homens não é novo na história. A "histeria" (da origem

"hystera") originalmente se referia ao útero, desde a Antiguidade acreditava-se que era um mal que acometia apenas as mulheres. Na Idade Média foi associado à ideia de pecado e de má conduta de mulheres e, para a Freud (1856-1939), uma neurose a partir da repressão de desejos expressa como por um processo de "submissão somática" (Catani, 2014). Contextualizando o autor no seu tempo, a era vitoriana, deve-se lembrar que o cerne de sua teoria sobre o psiquismo considerava a existência de uma estrutura universal, o Complexo de Édipo, o qual tinha o homem em seu centro explicativo, e atribuía à mulher a "inveja do pênis". No senso comum, associa-se a ideia de "histeria" ao excesso e descontrole de sentimentos e emoções, como uma "incontinência emocional" ou "comportamento histriônico". Como um contraponto significativo, Signarelli, Auad e Pereira (2013) problematizam o risco de que os profissionais de saúde recaiam em práticas medicalizantes nas quais a busca frequente com "queixas difusas" ou resultados de exames inconclusivos podem velar vivências de violência doméstica que requerem investimento no acolhimento, no vínculo e o entendimento da categoria gênero por parte dos profissionais para serem desveladas. Acrescenta-se ainda que a violência doméstica é considerada um agravo em saúde, sendo de notificação compulsória. De acordo com os dados do SINAN[157]/Ministério da Saúde, no ano de 2022 foram registrados 567 casos de violência contra mulheres perpetrada por companheiros ou ex-companheiros no município em tela. Todavia, é necessário considerar o fenômeno da subnotificação como um impasse a ser superado (Kian; Ferrazza; Correa, 2024). A despeito dos avanços do movimento feminista e da promulgação de leis de proteção que reconhecem a iniquidade de gênero e buscam coibir essas violências, a destacar, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06), a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104//2015) e a tramitação do Projeto de Lei (PL nº 896/2023) que criminaliza a misoginia, somente no ano de 2023 o Supremo Tribunal Federal reconheceu a inconstitucionalidade da tese da "legítima defesa da honra"[158]. Sendo assim, os assombrosos dados da violência praticada contra mulheres no Brasil[159] não devem ser desconsiderados ao analisarmos a saúde mental das brasileiras.

---

[157] Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação compulsória dos casos de violência é definida na Lei nº 10.778/2003 e na Portaria nº 204/2016.

[158] Fonte: https://www.cnnbrasil.com.br/politica/stf-decide-que-uso-da-legitima-defesa-da-honra-em-crimes-de-feminicidio-e-inconstitucional/.

[159] De acordo com o Anuário de Segurança Pública (2025), no ano de 2024 houve o aumento dos registros dos casos de violência doméstica em relação ao ano anterior. No ano, houve 1.067.556 chamadas para a Polícia Militar por violência doméstica (o que representa duas chamadas por minuto). Há registro de 1.492 feminicídios consumados e 3.870 tentativas de feminicídio. Das mulheres assassinadas, 63,6% eram negras e 8 a cada 10 foram mortas por companheiros ou ex-companheiros, e em 64,3% dos casos a morte ocorreu em casa. Fonte: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf.

Outro elemento que deve ser considerado na atual conjuntura, além da violência doméstica, se refere à ascensão dos discursos misóginos com amplo alcance nas redes sociais denominados “redpill” (do inglês: “pílula vermelha”). A pesquisa de Farias (2024) analisou os meandros desse movimento, e da sua relação com o colonialismo, no âmbito digital na propagação dessa ideologia e na formação de grupos extremistas de ódio contra as mulheres. Ademais, a pressão imposta às mulheres pelo padrão de beleza inatingível – próprio de cada período histórico – é também uma forma de controle e produtora de sofrimento. Fomentada pela lucrativa “indústria da beleza”, essa imposição revela a problemática que envolve a ética e a estética, e, para Zanello (2018), conecta-se ao dispositivo amoroso na subjetivação das mulheres.

Especificamente em relação às demandas, como já foi citado, a queixa de ansiedade, entre outras demandas variadas, foi relacionada às mulheres, diferenciando-a das queixas mais relacionadas aos homens quanto a situações de crise, adoecimento no trabalho ou desemprego:

> *Acho que em relação à ansiedade é mais comum a mulher vir procurar... em relação à ansiedade é o mais comum... depressão também. Homem, eles agem mais quando estão em crise... e também mais usuários* [*de substâncias psicoativas*]*, né... também tem mulher usuária, com certeza, mas a maioria dos usuários é homem, que a gente observa... tem também mulheres, mas a maioria é homem* (Hibisco).

> [...] *assim, principalmente, é... no sexo masculino, vem, é... quando a pessoa está com muita insônia, né... é... por um processo de adoecimento no trabalho... ou por desemprego, né... e também por separação. Então, são assim, algumas queixas que vem, que... essa é a queixa inicial para a busca. Agora, do sexo feminino já é uma demanda variada, assim, né... Tem aquelas que vêm, que querem realmente conversar* (Azaleia).

Na busca pela compreensão dos motivos para as diferentes formas como as queixas e o respectivo tratamento de homens e mulheres são conduzidas nos serviços de saúde recorremos à historicidade, não somente das suas particulares formas de subjetivação - da internalização de valores e relações sociais - mas, também da totalidade histórica que explicam essas diferenças. Nos relatos dos profissionais, embora não tenham se apresentado com essa denominação, identificamos análises que remetem às determinações oriundas da divisão social (sexual e racial) do trabalho, visto que no modo de produção capitalista a apropriação dos sistemas de opressão, a destacar o gênero e a raça, são indissociáveis da esfera econômica. Federici (2017) discute como o início da crise na Idade Média, nos séculos XVI e XVII, marcou o período de separação entre o trabalho produtivo e o trabalho

reprodutivo implicaram na ascensão da misoginia e do controle sexual e reprodutivo da mulher para o atendimento aos interesses econômicos, processo que afetou tanto as mulheres europeias quanto as mulheres nativas no processo de colonização, cada qual com suas particularidades. A autora analisa que o controle se deu num primeiro momento no movimento de "caça às bruxas"[160] e, posteriormente, na "domesticação" da mulher e defende que a tese de que a desvalorização do trabalho doméstico e reprodutivo foi fundamental para o processo de acumulação primitiva.

Nesse caminho, destacamos também as contribuições de Lessa (2012) que analisa a família comunal na sociedade primitiva contrapondo-as à origem da família nuclear, monogâmica, burguesa e patriarcal como o atendimento a uma necessidade do sistema de produção capitalista, demarcando a historicidade e a determinação econômica dessas relações. Embora mulheres negras e da classe trabalhadora tenham se mantido em seus postos de trabalho ao longo dos séculos, esse modelo serviu à reprodução de relações pautadas na subordinação da mulher ao homem, "[...] como propriedade patriarcal de tudo o que é doméstico" (Lessa, 2012, p. 31). A reprodução da violência e do controle do corpo (e da sexualidade) da mulher é inerente à ideologia patriarcal na qual essa relação de oposição é uma das formas de expressão da alienação da sociedade formada por classes antagônicas, como uma deformação do desenvolvimento humano, é potencializada pela divisão social do trabalho. Partindo do pressuposto de que o privado é político, na crítica à sociedade burguesa, Marx (2006) analisa casos de mortes de mulheres por suicídio como sintomas das relações sociais pautadas no patriarcado e na tirania familiar, visto que "[...] está *na natureza de nossa sociedade* gerar muitos suicídios" (p. 25, grifos do autor)[161].

Destarte, a saúde mental de mulheres nessa sociedade não deve ser compreendida alheiamente à sua determinação social e histórica. Os elementos apresentados pelos autores são fundamentais para a análise das relações concretas das quais nos aproximamos. Para Camélia: *"*[...] *nós mulheres, que estamos no mercado de trabalho, a carga, a pressão é bem maior porque a gente tem dupla, tripla jornada".* Remetendo ao trabalho doméstico e de cuidado, assevera: *"*[...] *Aí você chega em casa cansada, estressada... tem marido, tem filho, tem janta pra fazer... tem casa pra organizar no final de semana... é bem puxado"* (Camélia). Na sociedade capitalista, o/a trabalhador/a vende a sua força-de-trabalho, uma

[160] Sobre o movimento de caça às bruxas, consultar *O martelo das feiticeiras* (Fróes, 2004), uma importante obra publicada em 1484 por Kramer e Sprenger, cujo título original é *Malleus Maleficarum*. Essa obra revela a profundidade da misoginia e da ideologia construída ao longo das sociedades patriarcais.

[161] Nessa obra Marx (2006) já trata de temas pertinentes às pautas feministas ainda muito atuais, como a questão do aborto como questão de saúde pública.

mercadoria única a qual possui duas especificidades que as diferencia de todas as outras: ela é a mercadoria que produz mais-valor, isto é, o capitalista paga o justo valor pelas horas trabalhadas, consome essa mercadoria – seu valor-útil – durante o processo de trabalho do trabalhador. Abstraindo a concretude das especificidades de cada tipo de trabalho (seja do construtor, do médico, do operário, etc.), no processo de trabalho o dispêndio de energia necessário é trabalho abstrato, o que possibilita a redução à igualdade de todo trabalho humano: o tempo de trabalho socialmente necessário. Todavia, ao final do processo se apropria de parte da riqueza produzida pelo/a próprio/a trabalhador/a (Marx, 2013).

O segundo aspecto a se destacar se refere ao fato de que para estar disponível para o trabalho, a/o trabalhador/a necessita de tempo para repor a energia gasta em sua jornada de trabalho, como explicita Marx (2013): "Durante uma parte do dia, essa força tem de descansar, dormir; durante outra parte do dia, a pessoa tem de satisfazer outras necessidades físicas como alimentar-se, limpar-se, vestir-se, etc." (p. 306). E, na sequência, demarca o caráter tipicamente humano como o primeiro ato histórico, a partir da satisfação das necessidades básicas para manter-se vivo, a criação de novas necessidades (Marx; Engels, 2005), as necessidades do espírito: "O trabalhador precisa de tempo para satisfazer as necessidades intelectuais e sociais, cuja extensão e número são determinados pelo nível geral de cultura de uma dada época" (Marx, 2013, p. 306). Nesse momento chamamos a atenção para a realização das atividades que atendem às necessidades do estômago, isto é, às necessidades básicas que garantem a existência dos indivíduos enquanto organismos vivos. No campo do marxismo a Teoria da Reprodução Social (TRS)[162] que, partindo da premissa fundamental da determinação do trabalho como atividade ontológica do ser social e com o pressuposto de uma abordagem integrativa entre o sistema de exploração, econômico, e os sistemas de opressão, raça e gênero, busca teorizar e atualizar essa relação com as atividades de reprodução da vida em referência ao trabalho familiar e comunitário (diferenciando-se nesses termos da reprodução geral do sistema capitalista)[163], como:

> Entre outras coisas, a reprodução social inclui as formas pelas quais alimentos, roupas e abrigo são disponibilizados para consumo imediato, como é realizada a manutenção e socialização das crianças, como os cuidados com idosos e enfermos são fornecidos e como a sexualidade é

[162] A Teoria da Reprodução Social foi um dos eixos temáticos da I Conferência Internacional Marxismo Feminista, que ocorreu entre 22 a 26 de abril de 2024, na Universidade de São Paulo (USP). A programação completa do evento e indicações de materiais podem ser consultados em: https://marxismofeminista.com/i-seminario-internacional-marxismo-feminista/

[163] Johanna Brenner e Barbara Laslett propõem o termo "reprodução societal" para diferenciá-la do sentido da "reprodução social" utilizado por Marx (Bhattacharya, 2023, s/p).

> socialmente construída (Brenner; Laslett, 1991, p. 314 *apud* Bhattacharya, 2023, s/p).

Com essas compreensões, as autoras da TRS buscam alumiar o caráter processual da relação do trabalho de reprodução social, refutando assim a sua naturalização como inexistente[164], ressaltando o seu caráter imprescindível à manutenção do sistema capitalista (Bhattacharya, 2023). A desvalorização e a invisibilidade do trabalho doméstico e do cuidado, como trabalho não pago, que, pelas razões históricas que pontuamos foi imputado às mulheres, sobretudo às mulheres racializadas, nos dá elementos importantes para a compreensão da sua sobrecarga de trabalho e consequente adoecimento, e ainda à sua medicalização como uma forma de controle na domesticação de seus corpos (e subjetividades) para a manutenção dessa relação de opressão.

Nessa direção, Pereira *et al.* (2021) analisam que a sobrecarga das mulheres com o trabalho doméstico e de cuidado, as situações de conflitos familiares e até mesmo a vivência do luto são apropriadas pelo processo de medicalização. Assim, as alterações de humor tomadas como indesejáveis resultam na prescrição de psicotrópicos e no seu rápido enquadramento diagnóstico. Todavia, há de se destacar que muitas vezes o medicamento é prescrito a despeito da ausência de um diagnóstico (Ferrazza, 2009; Carvalho, 2016). Carvalho e Dimenstein (2004) identificaram que o uso de ansiolíticos é a principal via de tratamento de mulheres com a predominância da atenção centrada no modelo biomédico e permeada pela relação de poder médico-paciente, na qual o medicamento frequentemente é utilizado com o objetivo de controle emocional, reiterando assim a sua posição de "objeto mágico" para o alívio de tensões cotidianas. As autoras problematizam o modelo de formação dos cursos de medicina com presença marcante da indústria farmacêutica (Rozemberg, 1994). Desse modo, defendem a necessidade da compreensão mais ampla do contexto sociocultural e econômico das condições produtoras do sofrimento para a

[164] Cabe pontuar que no capítulo que trata da maquinaria e grande indústria, Marx (2013) afirma que: "O trabalho forçado para o capitalista usurpou não somente o lugar da recreação infantil, mas também o do trabalho livre no âmbito doméstico, dentro de limites decentes e para a própria família" (p. 468). Na sequência ele explicita como a entrada da mulher na grande indústria significou a desvalorização de toda a classe trabalhadora (fato que já discutimos no item 1.4.) análise que compreendemos como importante elemento na manutenção do patriarcado como estratégia de desmobilização da classe trabalhadora. Contextualizando a totalidade de sua obra e pelo adendo em nota de rodapé sobre a crise do algodão durante a Guerra Civil Americana, compreendemos que a referência ao "trabalho livre" no âmbito doméstico se refere ao tempo livre no qual a mulher não vendia a sua força-de-trabalho para o capitalista e se dedicava à aprendizagem de habilidades e ao desenvolvimento de atividades consumidas pela própria família. Todavia, em relação ao excerto supracitado tomamos nota com a problematização de que pela sua subsunção a uma forma de produção pautada no trabalho forçado o trabalho doméstico não está isento da alienação com a subjugação da mulher em relação ao homem, no sentido da análise realizada por Lessa (2012) e compreendemos a necessidade de considerar o trabalho reprodutivo, nos termos da TRS, como um elemento apropriado pelo capital.

ampliação do campo subjetivo – de suas particularidades – para assim possibilitar a construção de novos sentidos em resposta a essas vivências.

Pelo caminho que buscamos evidenciar, compreendemos, portanto, que a relação entre saúde mental não se dissocia das determinações concretas de suas relações marcadas pela classe, gênero e raça, aludimos às condições das mulheres perpetradas pelas violências, pela divisão sexual do trabalho e pela imputação ao trabalho reprodutivo, e da implicação do seu "avesso" no impacto à saúde mental dos homens. Consoante com a compreensão de que o ser social é a síntese de múltiplas determinações, na busca pela compreensão dos processos de saúde e doença, destacamos nos roteiros das entrevistas as categorias de classe, gênero, raça, além da questão da faixa etária.

Um dado relevante é o fato de que a categoria raça esteve ausente em todas as entrevistas, não havendo, portanto, a identificação do sistema de opressão racial, como no caso do gênero e da idade, igualmente indissociáveis ao sistema de exploração de classe, como elemento constitutivo das demandas de saúde mental da população. Como hipóteses para essa informação – não dita – levantamos a questão da falta de discussões raciais nas formações profissionais voltadas para as relações étnico-raciais (Navasconi; Moscheta, 2020; Regis; Basílio, 2018) – a despeito do racismo estrutural que é uma marca histórica da sociedade brasileira (Oliveira, 2021) e do recente reconhecimento das iniquidades no âmbito da Saúde pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 – e da dimensão histórica e social da constituição do país que se assenta no "mito da democracia racial latino-americano" ao romantizar a história da identidade nacional como uma nação miscigenada (Carneiro, 2019). O mito da democracia racial mistificou – ou, também diríamos, fetichizou – as violências perpetradas pelos invasores europeus contra as mulheres indígenas que aqui já residiam e contra as mulheres negras aqui escravizadas. Para a autora, a violência sexual colonial é o "'cimento' de todas as hierarquias de gênero e raça presentes em nossas sociedades" (s/p, destaque da autora), cujas raízes se encontram no período da escravidão. Por esse caminho histórico, Carneiro demonstra a insuficiência de teorias feministas que desconsiderem a raça, bem como de movimentos anticapitalistas que desconsiderem o gênero.

> O racismo estabelece a inferioridade social dos segmentos negros da população em geral e das mulheres negras em especial, operando ademais como fator de divisão na luta das mulheres pelos privilégios que se instituem para as mulheres brancas. Nessa perspectiva, *a luta das mulheres negras contra a opressão de gênero e de raça vem desenhando novos contornos para a ação política feminista e antirracista*, enriquecendo tanto

> a discussão da questão racial como a questão de gênero na sociedade brasileira (Carneiro, 2019, s/p, grifos nossos).

A igualdade e a liberdade, na sociedade capitalista, possuem um status puramente jurídico-político. Para que fosse possível a nova forma do sistema de produção, a abolição da escravatura foi uma necessidade histórica e econômica para o estabelecimento de uma relação na qual os sujeitos estariam livres para trocar as mercadorias entre si. De um lado, a classe trabalhadora com a venda da sua força-de-trabalho e, por outro, os detentores dos meios de produção que poderiam comprar essa mercadoria especial e depois vender outras mercadorias, aos produtores de toda a riqueza, necessárias aos meios de subsistência. Portanto, na concretude dessa relação pautada no trabalho forçado e na apropriação da riqueza social pela classe dominante, a classe trabalhadora foi subjugada a precárias possibilidades de existência, sobretudo, as mulheres negras. A população negra, que inclui pretas/os e pardas/os, é a maior parte da população brasileira segundo os dados do IBGE (56,7% da população brasileira). Negros e negras têm o menor acesso à renda e ao trabalho digno. No segundo trimestre de 2024, mulheres negras ganhavam 38,9% menos que mulheres não negras, 53,7% menos que homens não negros e 20,3% menos que homens negros, enquanto homens negros ganhavam 41,9% menos que homens não negros e 23,3% menos que mulheres não negras. Além disso, 45,2% da população negra ocupada trabalhava informalmente. A população negra é maioria entre os desempregados (8,0% contra 5,5% da população não negra) e é minoria nos cargos de gerência e direção (apenas 33%)[165], e as mulheres negras ainda são a maioria das trabalhadoras domésticas (69%), sendo 55,4% chefes de família e 61% não concluiu a educação básica[166]. Esses fatos refutam qualquer argumento neoliberal que questiona a necessidade de ações afirmativas como uma

[165] Fonte: Dieese, 2025. Infográfico: "A inserção da população negra no mercado de trabalho", dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNDA Contínua) do IBGE, disponível em: https://www.dieese.org.br/infografico/2024/conscienciaNegraInfo.pdf.

[166] Fonte: Dieese, 2025. Infográfico "Trabalhadoras domésticas". dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do IBGE, disponível em: https://www.dieese.org.br/infografico/2025/trabalhadorasDomesticas.pdf

Acrescentamos que o caso de Sônia Maria de Jesus é emblemático na história ainda atual da escravização no país. Após 137 anos da assinatura da Lei Áurea (1888), Sônia, mulher preta, de 50 anos, está há mais de 40 anos em situação de trabalho análogo à escravidão na casa do juiz Jorge Luiz de Borba e sua esposa, Ana Cristina Gayotto de Borba, em Florianópolis-SC. Mesmo após ser resgatada, uma decisão do Tribunal de Justiça autorizou o retorno de Sônia para os seus algozes. Fonte: https://almapreta.com.br/sessao/cotidiano/sonia-livre-campanha-pede-liberdade-de-mulher-negra-vitima-de-trabalho-escravo/. A despeito da necessidade econômica da superação do modo de produção pautado na escravização diante da ascensão do capitalismo, a coexistência de situações de trabalhos análogos à escravização subordinados à produção capitalista não altera as leis do desenvolvimento desse sistema. Sônia é um nome entre tantos no Brasil cujas condições de existência escancaram o alto grau de desumanização no qual somos socializados.

reparação histórica necessária e urgente no enfrentamento do racismo nas suas distintas dimensões (Werneck, 2016).

Além da precariedade de condições de trabalho e renda, a população negra está mais exposta às violências[167]. Em 2024, 82% das vítimas fatais em decorrência de intervenção policial eram pessoas negras, sendo mais de 99% homens. Das mortes violentas intencionais, representaram 79% e 79,2% no caso dos homicídios dolosos. A população negra também representa maioria no número de prisões realizadas, 68,7% (Bueno; Lima, 2025), da qual é vítima do processo de encarceramento em massa[168], como estratégia política do movimento de criminalização da pobreza e de guerra às drogas (CFP, 2019b). O mito da democracia racial e o racismo estrutural e estruturante da sociedade brasileira é bem representado pela obra *A redenção de Cam* (1895)[169], de Modesto Brocos (1852-1936) pintor espanhol, radicado no Brasil. O ideal – ético e estético – eugenista e eurocêntrico do branqueamento da população, a despeito das conquistas da luta antirracista ao longo das décadas, no movimento contraditório da realidade, está longe de ser superado. Em pleno ano de 2025 se mantém latente com os contornos da extrema direita reacionária. Diariamente lidamos com notícias[170] que denunciam o racismo nas suas dimensões

[167] "60% dos jovens de periferia sem antecedentes criminais / Já sofreram violência policial / A cada 4 pessoas mortas pela polícia, 3 são negras / Nas universidades brasileiras, apenas 2% dos alunos são negros / A cada 4 horas, um jovem negro morre violentamente em São Paulo / Aqui quem fala é Primo Preto, mais um sobrevivente". Trecho de "Capítulo 4, Versículo 3", de Racionais MC's. A obra foi lançada no ano de 1997 e quase 30 anos depois, a música-denúncia mantém-se atual.

[168] A história deve ser lembrada para não ser repetida. O "Massacre do Carandiru", ação genocida do Estado assassinou 111 detentos do Pavilhão 9 em 2 de outubro de 1992. A memória e a luta por resistência a essa violência são preservadas pelo potente projeto "Memórias Carandiru", localizado no atual "Parque da Juventude", o coletivo realiza visitas guiadas abertas à população. Enquanto escrevemos, em 28 de outubro de 2025, o Governo e a Polícia Militar do Rio de Janeiro realizam a operação mais letal de sua história. O número de vítimas ultrapassa 100 mortes. A imprensa internacional noticiou o fato em: https://www.bbc.com/portuguese/articles/cdx4yd01dz1o. O projeto de necropolítica, discutido por Achile Mbembe (2017), trata da soberania de decidir quem pode ou não viver, do extermínio dos corpos não hegemônicos e da militarização do cotidiano: "[...] matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, as suas características fundamentais. Exercer a soberania é exercer o controle sobre a mortalidade e definir a vida como uma realização e manifestação do poder" (p. 108). Essa violência sistemática sustentada pelo aparato do Estado remete à violência estruturante da nossa sociedade. No Oriente Médio, o extermínio do povo palestino continua, sem cessar fogo. Consultar mais sobre o assunto em: Mbembe, A. **Necropolítica**. Em: Políticas da Inimizade. Lisboa: Antígona, 2017.

[169] As relações familiares inter-raciais são abordadas na interessante tese de doutorado: Santos, T. R. **Quem é da família de verdade: discursos de racialidade entre famílias inter-raciais**. Florianópolis, 2023. 131 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

[170] A fim de exemplificar, realçamos o caso da professora doutora Érica Bispo aprovada em primeiro lugar no concurso da Universidade de São Paulo para a cadeira de ensino de literaturas africanas e portuguesas não teve - até o momento - o direito à posse do seu cargo após a anulação do concurso a partir de questionamentos levantados por seis concorrentes brancos. A instituição de ensino que é uma das principais do país, entre os mais de 5 mil docentes, apenas 136 se declaram pretos ou pardos. Fonte: https://www.cartacapital.com.br/educacao/nao-sou-um-caso-isolado-professora-negra-da-usp-questiona-anulacao-de-concurso-e-fala-em-perseguicao/. Outro caso com significativa repercussão nos últimos dias trata do trágico fim de Paloma Alves Moura, uma mulher negra de 46 anos que morreu num hospital em Olinda-PE, após ter o seu atendimento negligenciado diante da suspeita da

institucional, interpessoal e pessoal/internalizado, conforme classificação de Jones (2002) recuperada por Werneck (2016). Destarte, as vivências de pessoas negras – e podemos acrescentar, indígenas, orientais, imigrantes fora do "Norte global" de uma forma geral – são permeadas por violências e privações de condições dignas de vida, de modo que a saúde mental, na perspectiva da integralidade, deve apreender as particularidades e a totalidade envolvidas nos seus processos de saúde e doença.

Ao que tange à idade, as/os profissionais discorreram sobre a demanda da população infantojuvenil, adulta e idosa. Concordando com Tulipa, Hibisco, quanto à faixa etária: *"Está bem variado... tem desde adolescente, criança, adulto, idoso... tem de tudo"* (Hibisco) o qual destaca, todavia, que:

> *Mas eu acho que mais tem assim de ansiedade, da adolescência até uns 25 anos que acho que é o que mais fica na rede social... "Ah, eu não tenho isso, e tal pessoa tem..." Daí fica aquela comparação... aí fica querendo que... acha que a vida na internet é igual, que todo mundo tem aquela vida perfeita, não tem a vida fora, então eu acho que é a... essa diferença assim, acho que é o mais comum na adolescência mesmo... Porque eu tenho muito paciente adolescente com crise de ansiedade. Então essa parte aí... principalmente pelo celular, principalmente pelo celular* (Hibisco).

No caminho que já percorremos ao apresentar algumas contradições do período de transição da juventude para a vida adulta (Abrantes; Bulhões, 2020), refletimos sobre a adolescência a partir da compreensão de que esse período do desenvolvimento "[...] surgiu em consequência de um determinado grau, historicamente alcançado, de complexidade da vida social" (Anjos; Duarte, 2020, p. 196). Os autores pontuam que Vygotski (1996) já criticava em sua época as teorias que consideravam o adolescente apenas em sua dimensão biológica e natural. Nesse sentido, reiteramos mais uma vez que não se trata da negação da base biofisiológica nos processos de desenvolvimento, e sim da sua superação frente à determinação social que é histórica e da absoluta recusa às teorias que naturalizam esse período do desenvolvimento humano, ora em reducionismos maturacionistas, ora na concepção dessa fase como "semipatológica" (p. 200). Destarte, Anjos e Duarte (2020) analisam a comunicação íntima e pessoal como a atividade-guia na adolescência na qual se forma a autoconsciência. A formação das relações sociais nesse período é caracterizado pelo "código de companheirismo" o qual tem grande relevância para a formação da personalidade do adolescente, da percepção de si e do seu futuro (Elkonin, 1987; Elkonin,

equipe de saúde de que ela teria provocado um aborto, vítima do racismo institucional e da misoginia. Fonte: https://catarinas.info/colunas/deixa-sangrar-ate-morrer-a-nao-morte-materna-de-paloma-alves-moura/.

1960 *apud* Anjos; Duarte, 2020). Na análise da atividade de estudo e da formação de conceitos na adolescência, os autores discorrem sobre o desenvolvimento do pensamento sincrético, ao pensamento por complexos até o pensamento por conceitos o qual "[...] revela os profundos nexos da realidade, revela as leis que a regem" (Vygotski, 1996, p. 71 *apud* Anjos; Duarte, 2020, p. 215). A partir dos seus argumentos, questionamos o quanto a escola – cuja função social é o ensino dos conhecimentos científicos mais elaborados pelo gênero humano – tem exercido (ou não) a sua função. E ainda: qual tem sido a qualidade das mediações nas relações sociais dos adolescentes? Vivenciamos o avanço da tendência de um ensino tecnicista voltado para a preparação para o mercado de trabalho, num caráter meramente adaptativo às necessidades do capital. Destarte, o esvaziamento da ciência, da arte, da filosofia, da história, da sociologia, da educação física, entre outras disciplinas fundamentais ao desenvolvimento humano em sua plenitude e à formação do pensamento por conceitos, é uma estratégia da classe dominante na luta de classes, haja vista que:

> Na sociedade capitalista, por exemplo, o fetichismo da mercadoria é um componente necessário da dinâmica social cotidiana. Assim, o realismo pragmático que muitas vezes acompanha as atividades cotidianas não necessariamente se opõe a concepções acentuadamente idealistas que podem ser opostas à essência de processos naturais e sociais (Anjos; Duarte, 2020, p. 215).

A reforma do Ensino Médio (o "Novo Ensino Médio" também chamado de "NEM") foi criticamente analisado por Ferretti (2018). O autor problematiza os retrocessos do esvaziamento dos currículos (com a retirada da obrigatoriedade das disciplinas de educação física, artes, sociologia e filosofia) e da tecnização notadamente atendendo aos interesses da classe dominante, relacionando esse movimento como projeto político vinculado aos interesses da Reforma Trabalhista (2017). A definição de que os cargos na Educação poderiam ser ocupados por pessoas com um "notório saber" evidenciam a desvalorização dos conteúdos científicos, além de significarem uma redução dos postos de trabalho para os cursos de licenciatura. A despeito da pretensão de algumas modificações da referida reforma instituída no governo de Michel Temer em 2017, a Lei nº 14.945/2024, promulgada no governo Lula, a tendência tecnicista e de flexibilização de conteúdos se manteve. Em nível estadual, no Paraná, a gestão do governador Ratinho Junior (2019 a 2022; 2023 a

2026) é marcada pelo projeto de militarização[171], fechamento e privatização de escolas[172], pela plataformização da educação[173], pelo ataque à carreira e à saúde dos trabalhadores da educação[174] sob o discurso falacioso de melhoria da qualidade da educação[175].

Somadas a essas mudanças político-institucionais destacamos a ideologia burguesa e neoliberal sustentada pelos processos de reestruturação produtiva e da "uberização" do trabalho (Antunes, 2018) que propaga a cultura do empreendedorismo[176], centrada na fetichização da ideia de ser "empreendedor de si" e no aviltamento aos direitos trabalhistas[177]. A avaliação de Hibisco sobre a relação entre o uso do celular (e das redes sociais) à ansiedade na população jovem e adolescente remete às mudanças das necessidades e das formas de sociabilidade do nosso tempo. Com o desenvolvimento das tecnologias da informação mudamos substancialmente a forma de nos comunicarmos e a forma como temos acesso às informações. Se, por um lado, esse avanço possibilitou inclusive a produção de conhecimento científico (já que hoje podemos ter acesso com mais facilidade a publicações, organizar/participar de eventos científicos e grupos de estudos via remota), por outro, vemos a enorme propagação de informações "acriteriosas" e de notícias falsas (*fake news*) numa ascensão do negacionismo e do irracionalismo[178]. Nesses espaços

---

[171] "Governador Ratinho Jr. quer aprovar 'cheque em branco' para militarizar mais escolas no Paraná". Fonte: https://appsindicato.org.br/governador-ratinho-jr-quer-aprovar-cheque-em-branco-para-militarizar-mais-escolas-no-parana/.

[172] "Ratinho Jr. planeja nova ofensiva autoritária para tentar ampliar privatização de escolas no Paraná". Fonte: https://appsindicato.org.br/ratinho-jr-planeja-nova-ofensiva-autoritaria-para-tentar-ampliar-privatizacao-de-escolas-no-parana/ . A este respeito é importante ressaltar a potência da adolescência na participação ativa de alunos e alunas na campanha "Não venda a minha escola".

[173] "Plataformas digitais custam caro e não melhoram o aprendizado dos(as) estudantes, conclui pesquisa". Fonte: https://appsindicato.org.br/plataformas-digitais-custam-caro-e-nao-melhoram-o-aprendizado-dosas-estudantes-conclui-pesquisa/.

[174] "Nova proposta de reforma administrativa acaba com direitos do funcionalismo e precariza o serviço público". Fonte: https://appsindicato.org.br/nova-proposta-de-reforma-administrativa-acaba-com-direitos-do-funcionalismo-e-precariza-o-servico-publico/.
"'É uma situação desesperadora', desabafa professora que teve salário reduzido por estar em licença-maternidade". Fonte: https://appsindicato.org.br/e-uma-situacao-desesperadora-desabafa-professora-que-teve-salario-reduzido-por-estar-em-licenca-maternidade/.

[175] "SAEB para quem?". Fonte: https://appsindicato.org.br/artigo-saeb-para-quem/.

[176] Em fevereiro de 2023 o Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná (APP Sindicato) publicou a seguinte notícia: "[...] o material de Educação Financeira adotado pelo governo do Paraná copia ideias do livro *Os Segredos da Mente Milionária*, de T. Harv Eker, publicado há 18 anos, em 2006. O autor acredita que as pessoas tem 'mentalidade' rica ou pobre. Para enriquecer, bastaria parar de pensar como pobre – uma triste tentativa de impor a lógica coach à escola pública". Fonte: https://appsindicato.org.br/mentalidade-coach-invade-a-educacao-na-esteira-da-bncc-e-do-novo-ensino-medio/#.

[177] "Direitos ou precariedade: o que está por trás da crítica da geração Z à CLT?". Fonte: https://www.brasildefato.com.br/2025/05/02/direitos-ou-precariedade-o-que-esta-por-tras-da-critica-da-geracao-z-a-clt/.

[178] "Nas épocas de crise, a ordem social emerge como algo incompreensível e aversivo aos indivíduos. Assim, o irracionalismo critica esta ordem social, mas recorrendo à única esfera do ser, que no nível imediato parece fazer sentido: a subjetividade" (Coutinho, 1972 *apud* Lacerda Júnior, ano, p. 61). A interessante contribuição de Lacerda sobre a ascensão do irracionalismo frente às crises do capital está disponível em: Lacerda Júnior, F. O

virtuais, nos quais há grande presença de adolescentes, quais são os conteúdos acessados/consumidos por eles? Quais referências e perspectivas de futuro têm sido apresentadas às novas gerações?

Lipovetsky (2007) analisa a relação entre o consumo como resposta à insatisfação existencial da "sociedade do hiperconsumo". Referenciando o economista Scitovsky na definição do prazer como um "bem positivo" e o conforto como "negativo" à medida em que trata da eliminação do desconforto de modo que essa relação se mostra paradoxal e o pleno gozo é inatingível, ele avalia:

> Nas sociedades desenvolvidas, o antagonismo do conforto e do prazer adquire um relevo particular, uma vez que elas privilegiam sistematicamente o conforto material, a funcionalidade, o ganho de tempo, a eliminação dos esforços físicos. Assim, instalam-se novos hábitos que levam os indivíduos a passar da busca do prazer à evitação do sofrimento. Nessas condições, o consumidor médio vive não tanto com vista à satisfação proporcionada pelos bens de conforto quanto para evitar os inconvenientes resultantes de seu abandono. A exemplo de um toxicômano, o consumidor moderno acha-se em estado de dependência em relação ao conforto: é o desejo de evitar o incômodo e a frustração provocados pela interrupção de um hábito que o motiva muito mais que uma procura de satisfação suplementar (Lipovetsky, 2007, pp. 159-160).

Consideramos as contribuições do autor na relação com a incessante busca por realização e sentido numa sociedade que se organiza a partir do fetiche da mercadoria (Marx, 2013) e do individualismo na qual o consumo se apresenta como uma resposta imediata às contradições inerentes ao seu processo de constituição. No campo da saúde mental, como vimos, a medicação se apresenta como um produto acessível para lidar com o sofrimento e qualquer desconforto que atinge também a infância e a adolescência. Para Violeta, depressão e ansiedade são colocadas como principais demandas, sobretudo, após a pandemia, não apenas dos adultos, mas também de crianças e adolescentes:

> [...] *e o que a gente vê é que às vezes a ansiedade é uma coisa mais em adulto, adolescente... porque aí o adolescente chega nessa fase está tudo diferente, né... mas, assim, até em criança também às vezes a gente percebe conversando com alguns professores ou quando os pais vêm assim... crianças bem ansiosas* (Violeta).

As demandas de crianças e adolescentes, além da interferência das redes sociais no modo de sociabilidade contemporâneo, foram associadas a encaminhamentos da escola, questões relacionadas ao desenvolvimento, a aprendizagem, problemas relacionados à família e violências:

> [...] *com relação às crianças, vem bastante encaminhamento... às vezes de ansiedade... é... distúrbio alimentar... alguns casos, assim... principalmente... é, quando os pais, a família está com algum problema, familiar, porque a gente tem bastante problema de... com relação ao relacionamento interpessoal mesmo, né... E que acaba afetando as crianças... então, das crianças é mais ou menos isso... é... de... dificuldade de aprendizagem... essas coisas...* (Azaleia).

Nesse sentido, Gérbera destaca as situações de negligência e vulnerabilidade, além dos ditos transtornos do desenvolvimento, e, adiante, analisando a importância dos pais em lidar com as questões do desenvolvimento infantil:

> [...] *eu vejo bastante, é... identificando assim... é... adolescentes, crianças que são vítimas de negligência, de violência e que apresentam indicadores mesmo de TDAH... até autismo, né... E isso até a tempos atrás, até que acabou assim, fechando aquilo que eu imaginava que seria, né... e isso, esse, esse... essas violências, essas vulnerabilidades que eles sofrem pelas famílias, né…[...] Então eu vejo que aqui em Floriano a demanda de criança e adolescente, e tem prejuízos na escola, né, de dificuldade de aprendizado, déficit de atenção ou TDAH, né, o autismo... familiares com dificuldade de saber lidar com a pessoa com deficiência mental* (Gérbera).

> *Mas quando tem violência... quando o comprometimento mental de crianças... eu acho que talvez seja, seja falta de conhecimento mesmo dos pais, ou então não sabe que tem essa relação, né, de conflito que isso pode prejudicar o desenvolvimento da criança. E a criança, até pelo ECA, você vê que... é pessoa frágil, em desenvolvimento... então não está preparada pra entender tudo ainda, como um adulto... Então eu vejo isso, né... essa falta de clareza... que é uma violência, né!?* (Gérbera).

Destacando os encaminhamentos realizados pela rede de Educação, os profissionais relataram as demandas de saúde mental de crianças em idade escolar, sobretudo com diagnósticos relativos aos "transtornos do desenvolvimento", além de questões relacionadas ao contexto familiar como "problemas familiares", situações de negligência e violência. Destacamos que nas diferentes áreas de atuação (seja Saúde, Educação, Assistência Social), a Psicologia possui a atribuição de contribuir com a compreensão do desenvolvimento humano, desmistificando acepções do senso comum ou teorias a-históricas que se limitam ao âmbito da aparência. Desse modo, o caráter essencialmente social do desenvolvimento

humano é irrefutável a começar pelo fato de que logo após o nascimento o bebê necessita da mediação dos adultos do grupo para manter-se vivo. Suas necessidades vitais só podem ser supridas na relação social estabelecida pelo grupo, numa relação de total dependência. Nessa direção, apresentamos, sumariamente, elementos desses processos em cada etapa do desenvolvimento da criança.

No primeiro ano de vida, a atividade dominante do bebê é a comunicação emocional direta com o adulto. A complexificação dos processos psíquicos do bebê, marcada por profundas transformações nos processos sensoriais, motores e de percepção, é mediada pelos objetos sociais apresentados pelo adulto. Destarte, as condições concretas de vida e a qualidade dessas mediações são a chave para a compreensão do desenvolvimento humano:

> *A história de vida de cada sujeito singular ocorre em condições sociais particulares, que refletem o "lugar" ocupado por ele na sociedade.* O acesso aos signos e bens culturais e a forma como esse acesso se realiza é um traço distintivo na formação de cada criança, determinando o reconhecimento de que o "motor" de seu desenvolvimento encontra-se fora dela, sendo-lhe disponibilizado, ou não! (Cheroglu; Magalhães, 2020, p. 107, grifos nossos).

Se no primeiro ano de vida a criança tem uma linguagem pré-linguística, por volta dos dois anos, por meio da atividade objetal manipulatória, a atividade dominante da primeira infância, essa etapa é marcada pelo entrecruzamento da linguagem com o pensamento e pela descoberta da função social do signo (Vygotski; Luria, 1996 *apud* Chaves; Franco, 2020, p. 113). Esse é o primeiro estágio de desenvolvimento de conceitos, o pensamento é do tipo sincrético no qual há um predomínio da percepção. Assim, as autoras enfatizam o papel do adulto na construção do uso social da palavra que "[...] possibilita que a criança passe a perceber que as palavras têm relação com as coisas da realidade" (p. 117). Lazaretti (2020) trata do período seguinte, a idade pré-escolar a qual tem a atividade lúdica como atividade dominante, a brincadeira de papeis sociais. Diante da insuficiência da manipulação objetal para o atendimento da sua necessidade de agir com os adultos e com o mundo (Leontiev, 1988, p. 125 *apud* Lazaretti, 2020, p. 132), os interesses da criança se dirigem para o significado social das ações e da sua relação com os objetos, desse modo, "[...] *fazer o que o adulto faz* é o que caracteriza a atividade-guia desse período" (Lazaretti, 2020, p. 131, grifos da autora). Por esse caminho, a autora enfatiza a necessidade de que os adultos – destacando também a função da educação infantil – possibilitem à criança o

enriquecimento do seu repertório, por meio de atividades orientadas em direção à "[...] formação cultural humano-genérica" (p. 146).

Ao discutir a mudança de atividade na criança em idade escolar, por volta dos 6-7 a 10 anos, Asbahr (2020) defende a posição política da definição do termo "atividade de estudo" pelo pressuposto de que o ensino é promotor do desenvolvimento, e não o contrário, visto que:

> [...] atualmente há uma grande quantidade de publicações na área educacional com enfoque na aprendizagem infantil como se esta fosse intrínseca às capacidades da criança. Nesse sentido, a escola e a atividade de aprendizagem ficam em segundo plano, há uma primazia da aprendizagem sobre o ensino. A escola e o professor perdem sua função nesse processo de psicologização da educação (Asbahr, 2020, p. 172).

A atividade de estudo, como atividade dominante, é aquela capaz de promover o desenvolvimento, no caso, a formação do pensamento teórico. Para Davidov (1988 *apud* Asbahr, 2020, p. 172) a entrada na escola implica numa mudança do lugar social ocupado pela criança e em profundas transformações internas em direção à assimilação da consciência social. À medida em que a criança vai complexificando o seu psiquismo por meio da mediação, surgem necessidades de adquirir novos conhecimentos e habilidades e na atividade de estudo emergem novos motivos para a atividade, de modo que essa transformação muda também a relação entre o afeto e o intelecto, aquisição fundamental para o desenvolvimento do controle da própria conduta: "[...] a habilidade da criança de subordinar motivos de sua conduta e atividade" (Bozhovich, 1985, p. 191 *apud* Asbahr, 2020, p. 175). Na sequência a autora discorre sobre o conteúdo e a estrutura da atividade de estudo e da organização do ensino na formação do pensamento teórico, afirmando a função da escola no ensino dos conceitos científicos e a produção da relação consciente entre motivos e ações da atividade de estudo como uma tarefa do trabalho pedagógico (p. 190).

Diante dessa breve caracterização da periodização do desenvolvimento infantil, voltamos a nossa atenção para os diagnósticos que têm sido amplamente atribuídos às crianças como a expressão das contradições e da alienação típica do nosso momento histórico: a cisão da sociedade em classes antagônicas marcada pelo cerceamento das condições para o alcance da genericidade (Oliveira, 2001). A insuficiência da escola no cumprimento da sua função social e as condições degradantes de vida da classe trabalhadora se apresentam como obstáculos ao pleno desenvolvimento das crianças e como resposta a essa contradição o processo de medicalização atinge a infância com a reprodução de

explicações individualizantes e biologizantes como “dificuldades de aprendizagem” ou “transtornos do desenvolvimento”.

Parte do resultado da pesquisa multicêntrica e interinstitucional intitulada “Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná”[179] foi discutida no trabalho de Lucena (2016). Os dados em relação ao município de Maringá, referente às matrículas do ano de 2013 na Educação Infantil (crianças de 1 a 5 anos) demonstraram que das 6.002 crianças, 86 usavam medicação controlada, sendo a maioria meninos (55 representando 1,77% do total de meninos) e os principais medicamentos a Risperidona (antipsicótico) e o Valproato de Sódio (anticonvulsivante / estabilizador de humor). Quanto ao diagnóstico, 26 crianças receberam diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dessas, 14 não realizavam nenhum acompanhamento além do uso da medicação. Chama a atenção o fato de que 24 crianças não tiveram diagnósticos especificados, 22 tinham diagnóstico de Convulsão/epilepsia e 7 de Transtorno Global do Desenvolvimento (Autismo; Asperger; Rett). A principal medicação prescrita para o tratamento de TDAH foi a Risperidona (13 crianças), seguido do psicoestimulante Cloridrato de Metilfenidato (7 crianças). A Risperidona também foi a principal medicação prescrita para os casos de Transtornos Globais de Desenvolvimento (7 crianças). Outro achado da pesquisa foi a observação de que a prescrição de medicamentos controlados aumentava com o passar das séries, do infantil 1 ao 5, respectivamente: 5, 9, 15, 24 e 26 crianças medicadas (Lucena, 2016).

Na contramão da esteira da medicalização da infância e da epidemia dos diagnósticos de TDAH, Leite (2015) analisa a passagem da atenção involuntária (reflexa) à atenção voluntária, como função psicológica superior enfatizando que esta é desenvolvida na mediação com a aquisição dos signos culturais e não como uma capacidade natural ou espontânea (a tese do modelo biomédico para a qual a ideia de “déficit” de atenção é localizada no organismo, alheiamente à sua determinação social e cultural). A autora se apoia nas contribuições de Luria (1981) na compreensão da estrutura e do funcionamento cerebral, cuja organização e desenvolvimento se dá por um complexo arranjo de sistemas interfuncionais, regido por três leis básicas. A primeira se refere à estrutura: o aumento progrsesivo da complexidade da primeira à terceira zona cortical. A segunda se refere à especificidade das zonas corticais em grau de hierarquia: das células muito específicas na primeira zona (visual, auditiva e sensorial) relacionadas ao estímulo, das células

[179] Pesquisa coordenada pela professora Silvana Calvo Tuleski (UEM).

relacionadas ao estímulo na segunda área e, portanto, menos específicas, até a terceira zona ainda com menor especificidade. Desse modo, as áreas secundárias e terciárias desempenham um importante papel organizador em processos mais complexos. A terceira lei corresponde à lateralização progressiva das funções, isto é, da transferência progressiva das áreas primárias às secundárias e às terciárias. Esse processo evidencia o trabalho como a categoria fundante do ser social (Lukács, 1979). Na síntese realizada pela autora:

> As áreas corticais primárias têm papeis idênticos em ambos os hemisférios cerebrais, o mesmo não acontece com as áreas secundárias e terciárias. Conforme a mão direita vai se destacando como mais apta para executar tarefas manuais, e, mais tarde, ocorrem outros processos como o desenvolvimento da fala, algum grau de lateralização das funções começa a ocorrer. De acordo com o autor, este fenômeno é específico do homem e se tornou um importante princípio da organização funcional do cérebro (Luria, 1981 *apud* Leite, 2015, p. 63).

Reiterando a Teoria da Atividade de Leontiev para a qual a atividade é promotora do desenvolvimento, as queixas e diagnósticos em crianças devem ser compreendidas à luz das condições sociais e históricas nas quais elas estão inseridas. Outrossim, Borges (2021) analisa a necessidade de que a escola (e, acrescentamos, a Saúde, a Assistência Social, a Justiça) compreenda quem é a criança de hoje. As tecnologias da informação mudaram a relação com o tempo, não apenas para os adultos, mas também para a população infantojuvenil, desse modo:

> Sendo considerada hiperativa, agitada, desatenta, preguiçosa, esperta ou "antenada" [e acrescentamos, ansiosa], a criança de hoje, assim como a maioria dos adultos, é totalmente focada nas tecnologias digitais, porém, diferentemente dos que nasceram nas gerações x, y e z (nascidos a partir de década de 1980, 1990 e 2000, respectivamente), são identificadas como geração alpha (nascidas a partir de 2010), que já "nasceram imersas no mar de tecnologia". Com isso, "são mais estimuladas a interagir com a máquina desde o nascimento" (Borges, 2021, p. 141, grifos da autora).

Ademais, as situações de violências contra crianças no ambiente escolar também foram relatadas por outros profissionais, conforme destacado por Azaleia: *"*[...] *eu tenho recebido... não coloquei aí, né... mas tenho recebido bastante queixas de bullying... é... de violência mesmo, né, nas escolas... é... e... a parte também de substâncias, né... é, do tabaco, do álcool"* (Azaleia). Ao tratar da geração atual, logo após afirmar que o trabalho na Unidade lhe permitiu descobrir que *"*[*depressão*] *é uma coisa séria"*, Girassol avalia que:

> *É essa geração mais fraca... parece que eles não têm assim, uma resistência da mente mais focada, porque muitas coisas foram criadas por muitas coisas que a geração sofria. Na minha época, apelido era uma coisa, era o segundo nome... Hoje se você apelidar uma pessoa, ela tenta se matar... se for gordinho, chamar de "balofo" alguma coisa, ela vai achar ruim. Na nossa época era normal, né... chamar o outro e tal... ela sobrevivia, né... hoje não* (Girassol).

A fala de Girassol remete ao caráter de naturalização da violência, o ato de "apelidar" com conotação de chacota, implicância ou humilhação se enquadra na definição de *bullying* de Nagel (2007, p. 2 *apud* Silva; Mata, 2020, p. 365). A despeito da compreensão de Girassol de que as práticas denominadas como *bullying* são consideradas um problema hoje em dia, Silva e Mata (2020) demonstram que esse tema não é novo. O primeiro estudo sistemático sobre o tema foi desenvolvido na Suécia por Dan Olweus, na década de 1970. O que mudou, segundo as autoras, foi a visibilidade ao tema, sobretudo a partir dos anos 2000, justificada pela crescente ocorrência de atos de agressão sistemáticas no ambiente escolar. A proposta de análise do fenômeno, todavia, busca a compreensão da sua essência. Ratificando a crítica de Francisco e Libório (2013), as autoras abalizam que as abordagens sobre o tema que se limitam ao contexto escolar e imediato para as quais a apreensão dos atos de violência incorre em um reducionismo limitado à aparência. Ao atribuir uma conotação individual ao ato ocorre a mistificação das violências estruturantes da sociedade, conforme define Vazquez (1977, p. 381 *apud* Silva; Mata, 2020, p. 377), visto que a forma violenta das relações sociais e dos modos de viver são constituintes da sociedade capitalista a qual se funda na propriedade privada e na divisão da sociedade em classes, por si só, antagônicas. Diante das vivências de crianças e adolescentes diante da reprodução das violências nas relações sociais, compreendemos que a fala de Azaleia sobre os encaminhamentos do uso de álcool e tabaco remete às suas implicações à saúde mental.

Outrossim, Violeta refere encaminhamentos da Rede (principalmente da escola) de *"*[...] *todos os tipos de violência"* contra crianças. Girassol mencionou, sem detalhes, a ocorrência de casos de violência sexual[180] no território e de maus tratos dos quais teve conhecimento informalmente. A este respeito, vale salientar as mudanças dos marcos legais na forma de se conceber as violências contra crianças e adolescentes, na contradição da remanescência de "velhas" concepções da forma de educar as crianças. O Estatuto da

[180] Sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, consultar: Zaniani, E. J. M.; Andrade, A. K. **Entre o possível e o necessário: formação e atuação do psicólogo para o enfrentamento do abuso sexual infantojuvenil**. Em: Zaniani, E. J. M.; Borges, R. F. (Orgs.). Psicologia e políticas públicas: perspectivas e desafios para a formação e atuação. Maringá: Eduem, 2020, pp. 267-303.

Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, visa a garantia da proteção integral de crianças e adolescentes, reconhecendo-as como sujeitos de direito e em desenvolvimento. Em seu Art .5º já define que: "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" (Brasil, 2021, p. 16). Todavia, somente em 2014 foi promulgada a Lei nº13.010/14 que dispõe especificamente sobre o uso da violência como justificativa de educação:

> Art. 18-A. A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los (Brasil, 2021, p. 179).

A criação de uma lei específica cujo objetivo é coibir a violência perpetrada por pais e responsáveis contra crianças e adolescentes desvela o caráter cultural e histórico dessas práticas, na naturalização da "palmada" como prática educativa, não somente aceitável, mas valorizada socialmente. Enquanto sociedade, reconhecemos primeiro que a violência entre adultos não é aceitável, cotidianamente ainda encontramos discursos que defendem a necessidade de correções punitivistas no trato com crianças e adolescentes como necessárias para "moldar o caráter". Na essência dessa aparência destacamos a constituição da família como propriedade patriarcal que toma, além da mulher, os filhos como propriedade privada (Saffioti, 2001; Lessa, 2012). O interessante trabalho de Paiva (2020) discorre sobre as concepções históricas de criança, adolescente e família em relação à cultura de institucionalização como medida de proteção, marcada por classe, gênero e raça. Para os interesses da nossa discussão, destacamos a reflexão da autora sobre a determinação do modo de produção capitalista na reprodução das violências nas relações familiares:

> Seja qual for a sua configuração, as estruturas familiares reproduzem as dinâmicas sócio-históricas existentes. Assim, movimentos da divisão social do trabalho, modificações nas relações entre trabalhador e empregador e o desemprego estão presentes e influenciam o sentido e a direção das famílias (Paiva, 2020, p. 80).

Ao falar do território, Girassol também manifesta preocupação com a segurança de crianças que ficavam na rua durante o dia no período em que o Centro Esportivo estava fechado para reforma (segundo relato, por cerca de dois anos e na época da entrevista, recém reinaugurado):

> *Ah... molecada na rua, viu... Mas é normal, da idade, né... só que é perigoso, porque assim, como ela* [*molecada*] *está na rua o dia inteiro, ela vê usuário* [*de "droga"*]*, e depois disso eu já fiquei sabendo que teve, de menores que estão vendendo droga... crianças que estavam perto, daí acaba influenciando* (Girassol).

A preocupação de Girassol sobre a existência de aliciamento de crianças e adolescentes pelo tráfico de drogas no território desvela uma importante contradição da nossa forma de sociabilidade. Numa sociedade que produz uma riqueza tão grande quanto desigual, de modo que diante da privação de recursos e da falta de perspectiva futura (não apenas de condições materiais de vida, mas também pelo esvaziamento das relações sociais e comunitárias, da perda de sentido na vida) a promessa do acesso a um retorno imediato e a um lugar social – de certo modo – valorizado, especialmente no período do desenvolvimento caracterizado pelo "código de companheirismo", se apresenta de forma sedutora. Do ponto de vista moralista, para esse problema sugere-se a redução da maioridade penal, recaindo à culpabilização dos indivíduos por um viés punitivista sem chegar à raiz da questão. Do ponto de vista da totalidade histórica e concreta, reafirmamos a necessidade de proporcionar às crianças e aos adolescentes condições para o seu desenvolvimento e construção de projetos e sentidos, o que perpassa pela decisiva tarefa de auxiliá-los no desenvolvimento do pensamento crítico e no conhecimento da realidade. Para tanto, é necessário destruir as velhas – mas ainda atuais – concepções patologizantes do adolescente como "naturalmente" problemático (Bock, 2007), sobretudo, da juventude preta, pobre e periférica, bem como historicizar essa categoria e voltar a atenção para as suas potencialidades.

Quanto às demandas de saúde mental da população idosa, Girassol discorre na mesma direção de sua compreensão sobre o isolamento: *"*[...] *tem muitos idosos que os netos já não vêm mais ver, os filhos já não vêm"*. Para ele, essa população é a que apresenta maior demanda: *"a população de idade"* (Girassol). De modo próximo, Calêndula também refere que a principal demanda é de: *"Mais mulheres, mais mulheres... de idade também"* e exemplifica: *"Porque... tem uma senhorinha ali, tadinha... que até... ela é muito carinhosa. Só que as filhas, as duas filhas largaram a mãe e foram embora para* [*cidade*]*,*

aí ela está morando sozinha. Então ela se sente sozinha ali" (Calêndula). Gérbera cita a violência intergeracional, contra a pessoa idosa, citando a existência de casos nos quais: *"*[...] *o filho com a pessoa idosa, às vezes a pessoa já vem e já quer institucionalizar, né... Não sabe lidar, ou então tem uma dificuldade de lidar quando o paciente é dependente de cuidados, né..."* (Gérbera). Neste ponto, refere-se ao acolhimento institucional da Assistência Social em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A demanda de suporte para a população idosa também foi mencionada por Azaleia, ao exemplificar uma situação na qual a intervenção intersetorial se faz necessária:

> [...] *por exemplo, a gente estava com um caso, estamos ainda, né... com um caso de um casal de idoso que está numa situação assim, bem... complexa... de dificuldade de autocuidado mesmo... e uma limitação é... bem importante dos cuidados da AVD [atividades da vida diária], né. E não tem familiar que possa dar suporte. Então, eles estão numa situação bem vulnerável, só que também eles têm dificuldade, não querem sair da casa. Então assim, né... uma articulação com o CREAS... com... é... tentando uma instituição de longa permanência, né.... fazendo com o Ministério Público* (Azaleia).

Os excertos acima tangenciam a necessidade da intersetorialidade na atenção às demandas de saúde mental da população idosa. Hoje vivenciamos um processo de envelhecimento populacional, de acordo com o IBGE[181] em 2022 havia 22.169.101 (10,9% da população) pessoas idosas no Brasil, um aumento de 57,4% em relação à 2010. Por outro lado, a população com até 14 anos teve uma queda de 12,6% no mesmo período. Reis e Facci (2020) recuperam as retratações da velhice em diferentes períodos históricos e analisam que na sociedade capitalista a passagem para a velhice é marcada por uma crise provocada pela aposentadoria que pode apresentar sentimentos ambíguos entre o cansaço (e o desgaste) da atividade do trabalho, mas ao mesmo tempo o sentimento de desvalorização social pelo cessar da função produtiva. No diálogo com os autores, refletimos sobre as possibilidades e a necessidade de outras atividades nesse período da vida que sejam promotoras do desenvolvimento, pois de acordo com o nosso referencial teórico, a ausência de atividades significa também a ausência de produção de sentidos e, muitas vezes, de manutenção das relações sociais e comunitárias.

Às/aos idosos com demandas de cuidado e auxílio para a realização das atividades diárias, como citam Gérbera e Azaleia, resultam frequentemente em encaminhamentos para os serviços da Assistência Social e em intervenções do Poder Judiciário para o atendimento

[181] Fonte: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos

às demandas de institucionalização[182]. Vale ressaltar que há muitos elementos a serem considerados nessa demanda, que perpassam a sobrecarga das cuidadoras - dialogando com as discussões da TRS, visto que as mulheres são as principais pessoas responsáveis pelo trabalho de cuidado de idosos -, a dificuldade das famílias se organizarem para o cuidado, uma vez que necessitam ausentar-se durante o dia para trabalhar, os conflitos e a violência intergeracional que culminam na fragilização das relações familiares e ainda a forma como envelhecemos diante das precárias condições de vida e saúde diante da nossa forma de organização social.

Destarte, é nessa complexidade de relações que analisamos as demandas de saúde mental da população idosa frente ao processo de medicalização. O estudo de Silva *et al.* (2023) demonstra a prevalência de prescrição de psicotrópicos na população idosa, sobretudo em mulheres em idade avançada, com a presença de sintomas depressivos e polifarmácia. Além disso, apontam para a predominância do uso dos benzodiazepínicos e discutem os riscos do uso de psicotrópicos em idosos pelas mudanças metabólicas ocorridas nesse período com a suscetibilidade à toxicidade causada por esses medicamentos. Leibing e Groisman (2001) também analisam a prevalência do uso de psicotrópicos em idosas moradoras da favela de Mangueira na relação com comorbidades e a reprodução do discurso médico-biológico, como uma expressão do processo de medicalização da velhice.

No curso das entrevistas, dois quadros diagnósticos mais destacados pelos profissionais, de forma geral foram: *"*[...] *acho que tem bastante questão desses quadros de depressão, de transtorno de ansiedade, né"* (Crisântemo), *"É mais depressão, né"* (Camélia), *"Depressão e ansiedade também"* (Violeta). Hibisco observa a prevalência de ansiedade e, na sequência, de depressão. Relaciona essas demandas principalmente à população que vive em locais mais afastados e, portanto, com menos relações sociais e comunitárias, destacando, inclusive, casos com ideação suicida:

> *Mais ansiedade. Bastante ansioso... depressiva, também tem... mas é mais ansiedade... eu percebo que o pessoal, mais afastado, quanto mais mora em sítio, assim... mais demandas assim, mais importantes, parece que tem ligação, relação com as pessoas, parece que fica mais afastado ainda... então é mais importante a depressão, a ansiedade... principalmente a ansiedade... hoje teve um caso de um paciente que estava com ideação suicida também, então... tem alguns casinhos assim... Não é uma maioria, mas tem bastante* (Hibisco).

[182] Sobre a relação entre institucionalização de idosos e desigualdades sociais, consultar: Pinheiro, N. C. G. *et al.*. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3399–3405, nov. 2016.

Quanto à atenção às situações de crises de ansiedade, Hibisco relata que essa é uma demanda quase diária na Unidade, incluindo: *"*[...] *muito paciente adolescente com crise de ansiedade [...] principalmente pelo celular"* (Hibisco). Destaca também casos de tentativas de suicídio (para além da ideação suicida): *"De crise de ansiedade tem bastante, toda semana tem pelo menos uns quatro, cinco casos... Mas tentativa de suicídio acho que foi umas quatro que a gente já pegou"* (referindo-se ao período de um ano). Na sequência, afirma que o principal meio empregado é o medicamentoso (por intoxicação exógena). Perpétua também relata que as crises de ansiedade são comuns e descreve algumas queixas: *"*[...] *hoje mesmo eu atendi uma. Com insônia, com irritabilidade... com ansiedade"* (Perpétua).

Na análise das referências ao uso de substâncias psicoativas, de forma geral, os profissionais não a destacaram como a principal ou uma das principais demandas. Azaleia avalia que:

> *Chega aqui pra mim... pouco... eu sei que tem bastante casos é... de uso de substância... Mas na UBS, assim, a procura, a demanda é bem baixa, bem baixa... então assim... é... pra mim, na parte de substância psicoativa. Se for 5% aqui, que eu faço atendimento, né, de estar fazendo. Faço assim, trabalho, é... com programa de tabagismo; Mas assim, de álcool e outras drogas... bem pouco...* (Azaleia).

A despeito de ser uma demanda que pouco chega à Unidade de Saúde, Girassol percebe que na população do território há o uso problemático de álcool, principalmente entre os homens:

> [...] *quando eu chego pro serviço se o bar estiver aberto está bebendo, na hora de ir embora vai estar aberto eles ainda estão lá. E tem homem que até assim, né... converso com todo mundo. Então falou que bebeu um monte, tropeçou, quebrou o chifre, com um vermelhão aqui [apontando para a cabeça] que bateu a cara no chão e falou "estou indo beber pra poder equilibrar... daí eu falo, "equilibrar só se bater o outro lado" [risos]... Daí ele fala, "não, sai fora", falei, "dói, né... ao invés de você parar de beber, não..." Daí eles falam desse jeito* (Girassol).

Silva (2014) recupera o estudo de Zeigarnik (1976/1981) sobre o alcoolismo a partir da desintegração da hierarquia de motivos no uso do álcool. Se inicialmente o álcool está inserido em outros contextos (motivos) na vida do sujeito, como em comemorações ou confraternizações com amigos, a sua conversão em motivo independente estimula uma

atividade independente. Ou seja, o álcool ocupa o lugar de uma nova necessidade, nas palavras da autora, "No alcoolismo, o álcool converte-se em sentido da vida" (Silva, 2015, p. 210). Como consequência da inadequação da personalidade diante dessa desestrutura, há perda de relações sociais e prejuízos em outras atividades, o álcool passa a tomar lugar como estratégia para lidar com outros problemas ou conflitos. Destarte, a epidemia do uso abusivo de álcool, assim como no caso de outras substâncias psicoativas, remete ao modo de organização da vida (no contexto das violências, desigualdades sociais, desemprego, adoecimento pelo trabalho, etc.), mas pelo viés da medicalização, as explicações para essas condições são predominantemente biologizantes e individualizantes. Devemos acrescentar ainda que a despeito de ser um problema de saúde pública, o consumo de álcool é valorizado em nossa cultura e aquecido pela indústria do ramo[183].

Quanto à procura de atendimento para essa demanda por parte das/os usuárias/os, foram mencionadas duas posições opostas. Para Violeta há uma recusa para os encaminhamentos para o CAPSad: *"*[...] *porque às vezes o próprio paciente não quer ir [no CAPSad] porque é do lado de uma boca... Então às vezes eles chegam assim... Ah, não, quero parar, não sei o que...', aí a gente fala assim: Oh, vou te encaminhar pro CAPS, Ah, não manda pra lá, não... manda pra lá não, porque daí eu já vou passar na vilinha que é do lado"* (Violeta). Para Tulipa, além de haver pouca demanda quanto ao uso de "droga": *"*[...] *a maioria prefere já ir lá pro CAPS... do que... entendeu? Já não gostam de se expor porque, né... é um local pequeno, né... que a gente tem contato com as pessoas aqui... eles não gostam muito de comparecer aqui, de passar por atendimento psicológico por isso"* (Tulipa).

Calêndula tem a percepção de que, embora o uso de "drogas" não seja uma demanda atendida na Unidade, essa é uma demanda que afeta os familiares que procuram atendimento: *"*[...] a*s pessoas, eu atendo ali.. às vezes é* [*conflito*] *entre casal, né... entre família e filhos que estão na droga, né"* (Calêndula).. Todavia, o grupo de tabagismo, citado por Azaleia, para Hibisco, também tem abrangido o uso de outras substâncias psicoativas: *"*[...] *o grupo de tabagismo [...] agora virou também mais um grupo do uso de substâncias... nosso... tem dois pacientes nossos que eram ex-usuários"* (Hibisco). Em resposta à pergunta sobre a demanda de uso de substâncias psicoativas, foi Dália quem incluiu os psicotrópicos

[183] "No Brasil, o mercado de bebidas alcoólicas cresceu a uma taxa média anual de 1,7% nos últimos cinco anos" (Viana, 2025). Sobre essa discussão, consultar: Viana, F. L. E. Indústria de bebidas alcoólicas: v. 10 n. 376, março, 2025. **Caderno Setorial ETENE**, Fortaleza, v. 10, 2025.

nessa categoria (Freitas, 2022, p. 29), problematizando o seu uso abusivo a partir da sua experiência profissional prévia:

> [...] *tem também... tem dependente químico, que faz tratamento na Unidade que eles tentam substituir a dependência química por medicação, né... aí que considera no mesmo, né... Porque eu trabalhei bastante tempo com dependente químico também. Então, daí, a gente também já tem essa noção... de, realmente da necessidade... precisa pra poder, né, se livrar de algumas dessas drogas psicoativas... Mas, tem outro que acho que eles usam pra tentar esquecer o mundo... também fica, né... dependente química e a mesma coisa dependente químico farmacológico* (Dália).

> [...] *onde eu trabalhei, eu vi que eles estavam fazendo a troca... a troca da medicação por,,, pelo mesmo efeito da droga... que nem Zoolpidem... esse tipo de coisa. Daí você tem que dar, como diz o outro, um espaço... Aí era duas, três horas da manhã pedindo medicação, pedindo medicação porque não conseguia dormir... a dependência dele era muito grande. Precisava de medicação pra dormir, pra esquecer um pouco da droga... daí acaba viciando, que nem o Zoolpidem também vicia... e era assim... você via as deficiências dos pacientes né. A falta do uso da droga, e eles faziam a troca por medicação* (Dália).

Especificamente em relação ao uso dos psicotrópicos pela população identificamos contradições entre a recusa e a busca, o uso inadequado (incluindo o uso abusivo, conforme o relato de Dália) e o uso adequado, uma terapêutica entre outras, porém indispensável, a iatrogenia e a melhora na qualidade de vida.

A avaliação de Tulipa acerca do uso de psicotrópicos pela população traz uma estimativa em números: *"Eu acho que... aqui... eu acho que de cada 100 pessoas... 1 ou 2 não usa... muito! Muito, muito! Grande demanda, viu"*. E ainda sobre a classificação desses medicamentos: *"*[...] *eu acho que... pelo que eu tenho visto... duas, três qualidades de medicação cada pessoa usa. Então eu acho que é uma grande, uma grande quantidade, viu"* (Tulipa). Kimati, Cruz e Amarante (2023) realizam uma valiosa contribuição para a compreensão da prescrição indiscriminada de psicotrópicos à população. A apropriação das condições de vida pelo processo de medicalização deságua na sua dissimulação em diagnósticos reduzidos a objetos da intervenção médica. Nesse sentido, a despeito das diferenças na forma das intervenções, o modelo assistencial centrado nos pressupostos da psiquiatria contemporânea se aproxima da lógica manicomial. Na análise das contradições da organização do sistema de saúde vigente, em meio à ofensiva do movimento da contrarreforma, os autores defendem um modelo de produção do cuidado com base de atuação no território, tendo como objeto as necessidades das/os usuárias/os incluindo seus

determinantes sociais[184]. Como estratégias elencam a criação de espaços coletivos em um sistema poliárquico e de negociação, envolvendo a lógica do apoio. Essa proposta refuta a visão do objeto de intervenção reduzido à supressão de sintomas, organizada a partir de referenciais médicos centrados em diagnósticos e na definição de protocolos normativos.

Girassol fala da sua percepção de que muitas/os usuárias/os usam psicotrópicos e da medicalização como uma estratégia para lidar com as demandas de sofrimento oriundas do modo de organização da vida:

> [...] *pra uma população aparentemente saudável que eu passo, eu acho que usa muito... acho que usa muito. Mas assim, não sei se realmente usa muito ou não, né... porque o certo é não usar nada, né* [*risos*]. *O bom seria não usar nada... mas tem gente que acaba usando por algum problema do serviço, alguma coisa, uso para a solidão mesmo. Então é cada, né... ou dorme mal, tem muita gente que uma das causas é dormir pouco, ou talvez não sabe... que eles reclamam que foi dormir tarde. Então, acordar cedo, não sei o que... aos pouquinhos vai dando problema, né* (Girassol).

Nesse sentido, destacando a relevância de outras terapêuticas, alguns profissionais refletem sobre a necessidade ou não da medicação:

> *Então, mas eu não sei, essas pessoas... porque... tem pessoa que pega o remédio... não toma. Aí tem uns que às vezes tomam... não dá certo, né... porque... não sei, como que... Eu acho que não é mais tanto remédio que eles precisam... é mais... se... tivesse um grupo assim, pra conversar... né. Eu acho que tem gente que nem precisa de remédio* (Calêndula).

> [...] *a gente já não pensa em medicação é... de... como primeira... lança mão desse recurso, né... Então, pensando na parte da alimentação, na parte da atividade física... de relacionamento social... e daí quando esses recursos não estão dando conta, daí... Eu faço, converso com o doutor e daí a gente pensa num trabalho conjunto daí* (Azaleia).

> [...] *não [é] só entrar com medicação, né... Você tem que ver o real problema, né... a situação da pessoa... Porque a medicação ela vai te trazer um bem-estar, né... Mas, não vai resolver o... O foco ali, né... Eu acho que tinha que ter assim... Fazer mais é... um acompanhamento mais de perto, né... da pessoa* (Perpétua).

Desse modo, a necessidade da medicação foi afirmada por alguns profissionais como uma das terapêuticas necessárias, mas não como primeira ou única opção. Para Hibisco, os principais desafios para as demandas de saúde mental, álcool e outras drogas, são:

[184] Reiteramos a nossa posição sobre a compreensão da determinação social dos processos de saúde-doença.

> *Eu acho que a aceitação do paciente... com medicação... alguns tomam dois meses, "Ah, eu já estou bem", e corta... E é no mínimo seis meses, tratando... acompanhando certinho... Além do tratamento medicamentoso, tem que estar acompanhando com a psicóloga e exercício físico... se o paciente faz essas três partes, o tratamento funciona 100%, mas a maioria não faz* (Hibisco).

Gérbera avalia que há *"*[...] *muitos adolescentes que são resistentes, que não querem* [*referindo-se ao Projeto Terapêutico Singular*. *Então, a mãe não entende"*. Em outro trecho reitera: *"É, na verdade eu vejo que tem muitos pacientes que são resistentes* [*ao uso de psicotrópicos*]*... responsáveis pelos adolescentes também"* (Gérbera).

A prática da renovação de prescrições de psicotrópicos é uma realidade nos serviços da APS (Onocko-Campos *et al.*, 2013; Carvalho, 2016; Molck; Barbosa; Domingos, 2021; Pereira *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2023). Em nosso estudo, identificamos que essa é uma problemática que parte também da população. Calêndula relata que a mudança da organização na Unidade com a exigência da consulta médica para a dispensação da prescrição médica gerou reclamações por parte de usuárias/os: *"*[*antes*] [...] *eles nem viam o médico. Era eu quem passava e pronto. Agora não, eles vão ver o médico, acabou o remédio, eles vão marcar a consulta"*. Refere que algumas/uns usuárias/os: *"*[*Reclamam*] *um monte, menina... porque... 'nossa, era tão bom quando você fazia'"* (Calêndula). Sobre essa mudança, Violeta também avalia a desaprovação por parte da população:

> [...] *vamos supor, quinta-feira à tarde pra fazer a replicação da receita, mas aí, com a presença do paciente... Você quer a sua receita? Você vai vir pelo menos, né, pra perguntar, se está dando certo, se não está, né... tentar ver se pode tirar ou não... e isso gerou um caos, né, porque o paciente... ah, vou lá só pra pegar a receita, né!?* (Violeta).

Violeta explica que essa estratégia adotada pela equipe como forma de garantir o acompanhamento não é bem aceita pela maior parte das/os usuárias/os: *"*[...] *até alguns ficam bravos, a gente tenta explicar... e tudo mais* [*risos*]*... mas a maioria ficou brava"* (Violeta). Tanto Calêndula quanto Violeta explicaram que no modelo anterior o médico replicava as receitas de psicotrópicos que ficavam disponíveis para serem retiradas no serviço, todavia: *"*[...] *tinha lá, pra ele replicar 30 receitas... e no final da semana, só 15, 18 vinham buscar... as outras ficavam ali paradas... então até o custo, né... "ah, replica aí pra mim, replica aí pra mim". Então eles acham que pode tomar assim, sem controle, sem nada"* (Violeta). Acrescenta ainda a existência da prática da automedicação: *"*[...] *e daí, infelizmente também tem muito aquela do vizinho, tá!? "Meu vizinho toma esse, eu gostei, eu quero esse agora" Então, tipo assim [risos]... meu deus do céu... "é medicação de uso*

controlado... não é assim, você tem que né, fazer uma avaliação e tudo mais" (Violeta). Crisântemo também menciona casos de indicações de medicamentos entre vizinhos no território: *"Às vezes até o controlado, psicotrópico... fala: "Não, foi bom pra mim, toma"* (Crisântemo).

A associação do uso de psicotrópicos como estratégia para lidar com esses sintomas e a condição de sofrimento foi identificada como um recurso utilizado não apenas pela população atendida.: *"Geralmente a gente já vai... já quer tomar medicação, né [risos]. Pra, pra... controlar essa ansiedade, essas coisas"* (Perpétua). O uso incorreto aparece de forma associada à dependência desses medicamentos diante do consumo, além da prescrição médica como possível resposta imediata para as situações de sofrimento:

> *Falo do grau de necessidade, do grau de necessidade mesmo... ah, é porque eu tomei um comprimido hoje, daí eu não estava melhor, eu fui e tomei outro, não, mas, qual a prescrição médica? A prescrição médica está recomendando um comprimido por noite e um de manhã, né. Daí eles super medicam eles mesmos, achando que vai aliviar o problema, e não vai... aí o que acontece... acaba a prescrição antes do tempo, aí eles vêm surtando porque está sem receita, precisa pegar a medicação e não tem mais* (Dália).

> [...] *inclusive teve uma paciente que veio aqui, até que hoje ela veio pedir desculpa, ela falou assim: Ah, mas é que aquele dia eu estava surtada... a medicação para 90 dias ela tomou em oito... oito dias... aí vem aqui surtando: Eu preciso da medicação! Mas porque ela tomou em oito [dias]? Porque ela estava num estado, né, em que ela achava que se tomasse, quanto mais comprimido ela tomasse, mais ela relaxava, mais ela ficava mais tranquila, e não é... e daí os outros dias? A compensação de oito para 90* (Dália).

Hibisco relata uma situação, na qual uma usuária havia recebido prescrição de medicação de psicotrópico da classe dos benzodiazepínicos há um mês, exemplificando as estratégias adotadas pela equipe para lidar com essas situações:

> [...] *ela chegou aqui no posto gritando que acabou a medicação... o Diazepam dela... daí eu falei: Mas foi passado pra tomar dois por noite, e ela: Ah, mas eu tomei mais. Então vai ficar sem... porque essa medicação, a gente sabe que difícil... a gente pode tentar passar pra você um Histamin pra ajudar a dormir... alguns casos Neozine pra ajudar a dormir também, um pouco em dose baixa... Só que os pacientes, eles não aceitam... esse é o problema... eles não aceitam... brigam, fazem escândalo... reclamam... daí a gente vai tentando desmamar... alguns pacientes assim a gente... vamos deixar a dose mínima assim pra continuar usando porque... paciente mais idoso, final de vida... a gente deixa mais pra conforto... Mas paciente que tem uma previsão assim de vida mais longa a gente tenta... tirar o mais logo possível... no máximo assim um mês, pra deixar... e os que estão fazendo uso a longo prazo a gente está fazendo um desmame contínuo* (Hibisco).

Diversos estudos versam sobre a problemática do uso abusivo e prolongado dos benzodiazepínicos (Borges *et al.*, 2015; Carvalho, 2016; Silva *et al.*, 2016; Filardi *et al.*, 2021), a despeito dos já conhecidos riscos do uso superior a três ou quatro meses pela sua capacidade de gerar tolerância e dependência. Corroborando a literatura, o Brasil se destaca na prescrição/uso de benzodiazepínicos, sendo as mulheres com mais idade as pessoas mais medicadas com essa classe medicamentosa (Nordon *et al.*, 2009). Nesse sentido, os profissionais do nosso estudo demonstram crítica em relação ao uso prolongado dos benzodiazepínicos e relatam a dificuldade por parte da população quanto ao seu desuso. Consoante com os achados de Filardi *et al.* (2021), o uso desses medicamentos atua como anestésicos de problemas de ordem social e que também explicam o motivo da predominância da dependência em mulheres: "Relatos de conflitos familiares associados a problemas sociais ocorrem nos depoimentos e revelam o vital papel desempenhado pela mulher na família. Com base na cultura, essa mulher recebe uma pesada carga de responsabilidades, que ela não consegue carregar sozinha" (p. 19).

Hibisco observa, inclusive, a importância do registro das informações em prontuário como um instrumento de comunicação com os outros serviços, visto que as/os usuárias/os com dependência de benzodiazepínicos recorrem às Unidades de Pronto Atendimento buscando obter a medicação quando não conseguem na UBS. Avalia que: *"*[...] *hoje o maior problema mesmo são os benzodiazepínicos... Tem paciente que faz escândalo aqui, quando fica sem... toma demais, fica sem remédio... Então é uma parte que a gente está tentando tirar, que causa mais problemas, né"* (Hibisco).

Entre as estratégias apontadas pela equipe para lidar com a problemática do uso incorreto dos psicotrópicos, Tulipa avalia a importância de que a população possa ter mais acesso à informação desses medicamentos, sugerindo a possibilidade de materiais informativos e grupos para esses fins: *"Sobre a dependência que causa também, né... sei lá, eu acho que... não sei, eu acho que essas informações aí... ajudaria, assim... eles terem mais conhecimento, né"* (Tulipa). Fortalecendo essa perspectiva, Azaleia avalia que ações de prevenção e promoção têm o potencial frente a essas demandas: *"*[...] *é muito melhor, né... e reduz de uma maneira gigante a medicalização, não é verdade!?* [*risos*]*"* (Azaleia). No seu trabalho cotidiano, relata trabalha sobre essa compreensão com as/os usuárias/os que atende e, a despeito da existência de pessoas que são resistentes à diminuição da medicação, há parte da população que utiliza psicotrópicos e deseja cessar o uso:

> [...] *eu sempre faço um trabalho com eles, mesmo em grupo, né... eu sempre falo: Olha... o medicamento, ele é importante, mas quando ele é bem prescrito, quando vocês fazem o uso correto... só que medicamento não faz escolhas. E muitas vezes a gente chega onde a gente está... por escolhas... que não foram muito assertivas, entende? É... muitos deles, assim, têm essa... essa coisa de... é... não querer fazer o uso de medicamento a longo prazo... de, às vezes querer fazer a retirada por conta própria, mas daí a gente vai fazendo as orientações* (Azaleia).

Nesse sentido, foi se evidenciando que a equipe busca estratégias alternativas aos medicamentos psicotrópicos, entre elas, do encaminhamento ambulatorial para o tratamento de homeopatia:

> [...] *aqueles que já estão... fazendo uso [de psicotrópicos], esses não têm uma boa aceitação, né... Então, por exemplo, principalmente aqueles que nunca fizeram uso de uma medicação, ou um ansiolítico, é... ou, por exemplo, distúrbio do sono, que eles nunca fizeram... e que... é, eles falam assim: Ah, eu queria tomar uma Valeriana", por exemplo... então começa e não deu certo... eu falo, daí: Olha..., a gente propõe: O que você acha de passar por uma avaliação? Esses são mais fáceis"* (Azaleia).

A despeito das dificuldades, Hibisco relata que há experiências exitosas nesse trabalho da equipe, das quais ele citou o caso de uma usuária que: *"*[...]) *ela estava tomando 25 gotas de Clonazepam gotas... ela está tomando cinco* [*gotas*] *agora... Então está diminuindo bem"* (Hibisco).

Se por um lado há a avaliação de que parte da população faz uso excessivo, caracterizando uma condição de dependência, de psicotrópicos. Por outro lado, há também a avaliação das recusas ao início e/ou manutenção do uso desses medicamentos. Sobretudo, pelos efeitos colaterais, visto que ao iniciar uma medicação: *"*[...] *são 20 dias no mínimo, de um mês que passa mal"* (Hibisco). Essa posição é tomada como "resistência" ao tratamento, conforme análise de Gérbera:

> [...] *eu tomo um psicotrópico* [*risos*]*... é... a primeira vez que a pessoa toma, tem um período de adaptação e tudo mais, dá alguns efeitos colaterais, né, então quando começa a ter alguns efeitos, algumas coisas nesse sentido... já param, né... Acabam tendo essa resistência eu vejo que eles não têm tanta, assim... resiliência de entender que precisa naquele momento de um remédio, né... psicotrópico, né... e daí tem que sentar, tem que conversar, tem que falar, tem que orientar* (Gérbera).

Na avaliação de Hibisco, apesar disso:

> *A grande maioria se adapta bem... esses primeiros 20 dias são bem ruins... eles reclamam que tem crise de ansiedade, fica nervoso, com dor de cabeça, tudo... choque pelo corpo, é muito comum falar que tem também... Mas depois que passa esses 20 dias melhora bastante, o pessoal fala que: "Nossa, nem parece que eu era ansioso... que a vida dá uma guinada assim, parece". Ajuda bastante, mas tem que tomar dias, não vai... alguns pacientes não tomam... daí ficam naquele ciclo vicioso* (Hibisco).

Além do uso de psicotrópico por conta própria, refere também que diante de percepção de melhora, há usuárias/os que cessam o uso por conta própria: *"É... tipo, toma uns dias aí vê que está bem e para... não tem aquela consciência assim de que... ah... é um desmame que precisa ser feito, né... um processo, tem que ter calma... eles param porque acham que estão bem e não tomam mais"* (Gérbera). No caso dos idosos, também é observado o uso incorreto por falta de suporte familiar: *"*[...] *tem idoso que toma errado porque fica sozinho e ninguém faz acompanhamento"* (Dália). E, no caso dos jovens: *"*[...] *eles sabem, e faz o uso incorreto devido a... 'ah, se eu tomar dois hoje não vai fazer mal, não... amanhã eu estou bem...' E assim vai"* (Dália). O uso irregular das medicações, na percepção de Hibisco, apresenta como consequências a iatrogenia e a diminuição das possibilidades terapêuticas:

> *Eles* [*pacientes*] *começam, "Ah, eu estou com crise de ansiedade... estou ficando meio mal, não está dando certo", daí você pergunta: "Mas você está tomando o remédio no horário certo?" Eu sempre falo: "Não pode atrasar nem meia hora, é sempre no mesmo horário... evita bebida alcoólica, no começo principalmente". Os pacientes que fazem o uso certinho, eles acostumam bem e fala: "Nossa... melhorei muito", aí eles tomam certo. Tem outros pacientes que fazem uso incorreto, eles apresentam muito mais causas de crise de ansiedade... então acho que é aquele, meio limbo ali... ajuda um pouco, piora um pouco... Então tem que ficar reforçando a necessidade da medicação... pelo menos por seis meses a dois anos, se já tirar o remédio, mas tem que tomar certinho nesse período... a maioria, quando vê que usa e melhorou, usa certo... mas aí são aqueles pouquinhos assim, que vão usando meio irregular, que daí é um trabalho mais em cima... mas a maioria usa bem* (Hibisco).

Essas interrupções abruptas de psicotrópicos feitas por conta própria por parte de usuárias/os, explica Hibisco, acarreta prejuízos terapêuticos, pois a medicação:

> [...] *perde o efeito dela já, daí a gente tem que trocar porque ela acaba perdendo... porque, né, o corpo vai se adaptando... as medicações vão liberando mais é... neurotransmissores pra pegar os neurotransmissores, então, os receptores, né... da parte da serotonina...então se você começa a usar ali, você para de usar... você vai ter muito receptor e vai ter pouca serotonina... vai continuar com esses sintomas depressivos e ansiosos. Se o paciente tomar certinho, essa modulação fica certa* (Hibisco).

Sem desconsiderar a avaliação acerca dos riscos da descontinuação abrupta ou do uso irregular de psicotrópicos, atentemo-nos ao movimento das/os usuárias/os na recusa ou receio pelo uso desses medicamentos. Além dos efeitos indesejáveis da medicação e da iatrogenia (Whitaker, 2017), o modelo de atenção centrado na psiquiatria moderna reduz os sujeitos ao objeto da intervenção médica cujo objetivo é a supressão dos sintomas (Kimati; Cruz; Amarante, 2023). No processo de medicalização da vida, o uso/consumo das drogas psiquiátricas exerce uma função que atende às necessidades do capital, seja no alívio do sofrimento de condições de vida tão nefastas ou no aumento da produtividade (Dias; Alvarenga, 2021). A reprodução da relação de poder, médico-paciente, nos serviços de saúde exerce uma função de controle sobre a população e, assim também, da lógica do manicômio. Com essas prerrogativas, a recusa pelo uso de psicotrópicos não se apresenta como uma manifestação legítima da pessoa? Não diz respeito à sua capacidade de manifestação do seu desejo e de sua autonomia? Não nos diz sobre a sua necessidade de efetivamente participar da construção do seu projeto de cuidado? Reproduzimos em nossa prática a ideia de saúde mental como um ideal de felicidade inatingível e artificial? O poeta Tom Jobim canta a felicidade como: "[...] a gota de orvalho numa pétala de flor, brilha tranquila, depois de leve oscila, e cai como uma lágrima de amor". Seriam a sutileza e a efemeridade as suas maiores grandezas? Ao incluir versos poéticos nessa composição, intencionamos reafirmar a compreensão da arte[185] como um potente antídoto da medicalização da vida e assumimos a concepção da felicidade em sua dimensão ética[186]. Com essas reflexões, passamos ao terceiro núcleo de análises, no qual tratamos da produção do cuidado no território.

4.4. **Produção do cuidado: amarELOS**

"Amar é um elo
Entre o azul
E o amarelo"[187]

"Eu sonho mais alto que drones
Combustível do meu tipo? A fome
Pra arregaçar como um ciclone (entendeu?)
Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome"[188]

---

[185] Gisele Toassa (2009) realiza uma importante contribuição sobre a Psicologia da Arte em Vygotski. Consultar mais sobre o assunto em: Toassa, G. **Emoções e vivências em Vigotski: investigação para uma perspectiva histórico-cultural**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2009.

[186] Kinoshita, R. T.; Barreiros, C. A.; Schorn, M. C.; Mota, T. D.; Trino, A. T. **Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade**. Em: Nunes, M.; Landim, F. L. P. (Orgs.). Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.

[187] Poema "Amar é um elo" do escritor paranaense Paulo Leminski (1944-1989).

[188] Trecho da música "AmarElo" de Emicida (2020), em alusão ao poema de Leminski.

No terceiro núcleo organizamos as questões relacionadas às potencialidades e aos desafios da produção de cuidado no território, analisando as suas particularidades, a organização da UBS do estudo com a Rede e os processos de trabalho na atenção às demandas de saúde mental, no qual destacamos as andanças pelo território registradas no Diário de campo. Principiando pelas particularidades do território, entrelaçando com a apresentação realizada no Capítulo 3, as/os participantes do estudo identificaram como recursos territoriais: as atividades desenvolvidas no Centro Esportivo, as visitas domiciliares, as reuniões de equipe e em Rede e os grupos terapêuticos desenvolvidos na UBS (destacando o grupo de pintura e o grupo de tabagismo), o encontro promovido mensalmente pela Unidade Assistencial, o Centro de Convivência, os espaços coletivos (como o parquinho e a academia ao ar livre) e as festas eventualmente promovidas pela Prefeitura como recursos formais e públicos. As festas promovidas pela igreja e a academia (privada) também foram citadas. Em uma das entrevistas foram citados os bares do Distrito como locais frequentados, principalmente por homens, e, embora essa fala tenha se relacionado com a problemática do uso abusivo de álcool por essa população. Esse dado se relaciona com o avesso (ou com a insuficiência) dos recursos promotores de saúde mental e atividades geradoras de sentido. Chamou a atenção o fato de que as hortas comunitárias[189], embora tenham sido citadas uma vez no contexto das entrevistas, não foram apreendidas propriamente como recursos de saúde mental, tampouco com a percepção de sua potencialidade de estratégia de geração de renda, a despeito de ser um componente da RAPS.

Os recursos identificados no encontro com o território e nas entrevistas desvelam contradições. O grupo de atividade física da Unidade é realizado no espaço do Centro Esportivo e, por vezes, confundido com as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Esportes e Lazer, embora tenha o diferencial da participação de Agentes Comunitários de Saúde e execução por um profissional de Educação Física alocado na Saúde. Segundo relato, são encaminhados pelo profissional de Psicologia, pessoas com quadros de depressão (além da participação de pessoas com queixa de ansiedade). Esses encaminhamentos são realizados informalmente e o

[189] No município de Maringá, o projeto intersetorial das hortas comunitárias foi iniciado em 2007. De acordo com o site da Prefeitura, atualmente há 37 hortas comunitárias. Fonte: https://www.maringa.pr.gov.br/hortas-comunitarias.
O projeto é uma "[...] ação conjunta que, por meio do plantio e venda de hortaliças torna possível fornecer alimentos de qualidade, promovendo o acesso e disponibilidade destes, de forma solidária, como instrumento de garantia da segurança alimentar, propiciando igualmente a oportunidade de trabalho e geração de renda". Referência: Palácios, A. R. O. P.; Salineiro, A. P. S. B.; Nardi, A. C. F.; Albuquerque, J. O. **O Projeto Hortas Comunitárias no Município de Maringá**. Disponível em: http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/784984bfc813.pdf.

profissional de Educação Física não participa das reuniões de equipe na Unidade pelo arranjo da organização do trabalho, pois ele permanece apenas algumas horas na semana nesta Unidade, durante a realização dos grupos e é referência para seis UBS. Essa atividade também foi identificada por um dos participantes como "grupo dos idosos", indicando a predominância da população participante e, por outro, foi destacada a presença de mulheres. No dia da visita ao grupo, participavam cerca de 20 pessoas (mulheres, idosas, algumas crianças que as acompanhavam, e poucos idosos). Na visita ao grupo foi perceptível a aceitação da atividade pelos participantes, que se apresentavam ativamente e de forma animada, bem como o vínculo estabelecido com os profissionais da Unidade. Ao final, o Educador Físico e o ACS aferem a pressão das/os participantes e conversam com elas/es. Ao identificar demandas a serem observadas/acompanhadas pela equipe da UBS, esse profissional conversa diretamente com o ACS ou com o psicólogo. Outras ações realizadas com a participação do Educador Físico, são as caminhadas e, pontualmente, a organização de passeios (o último foi realizado em um pesqueiro).

O Centro Esportivo do Distrito ficou por mais de um ano fechado para reforma. No período das entrevistas havia sido reinaugurado parcialmente em época recente (as atividades de natação e hidroginástica aguardavam as últimas manutenções. As piscinas – adulto e infantil – são cobertas e o aquecimento da água permitirá que as atividades continuem, inclusive no inverno). Durante esse período, as atividades de ginástica eram realizadas no Centro de Convivência. Na visita ao Centro Esportivo foi possível conhecer, além da sua estrutura física, a organização desse serviço vinculado à Secretaria Municipal de Esportes e Lazer. Seguindo a entrada do prédio há um longo corredor com várias salas, incluindo sala dos professores, uma copa e uma sala de ginástica, ao final do corredor há um salão – no qual o grupo de atividade física da Unidade é realizado – e ainda um depósito com diversos materiais novos para as atividades. A equipe é constituída por três educadores físicos com previsão do início de um quarto profissional nas semanas seguintes para atender as atividades promovidas em horário estendido para a população que trabalha em horário comercial, de segunda à sábado, até às 21h, sendo o sábado livre para a realização de atividades de lazer (incluindo a quadra e a piscina). Nessa conversa foi mencionada a existência de uma unidade administrativa da Prefeitura, denominada "Subprefeitura" e uma parceria entre o Centro Esportivo e a Unidade Assistencial na qual haverá aulas para crianças com diagnóstico de TEA, a partir do encaminhamento do referido serviço socioassistencial (articulação não mencionada pelas/os profissionais entrevistadas/os) e que inspira à possibilidade de mais iniciativas de projetos intersetoriais na atenção à saúde mental da população.

Na observação realizada no Centro Esportivo, o responsável pelo serviço menciona que os grupos de ginástica são realizados nas segundas, terças, quartas e sextas-feiras. Não diferencia, nesse sentido, que na terça-feira a atividade desenvolvida é uma ação da Saúde. A este respeito, o educador físico de referência da UBS verbaliza o desejo de que essa atividade fosse realizada no Centro de Convivência e não no Centro Esportivo para que as atividades dos serviços das duas Secretarias não sejam confundidas. Todavia, assim como outros profissionais, relata a dificuldade de ter autorização para utilizar o salão comunitário.

O grupo de pintura, "Compartilhando Saberes", também denominado como "o grupo de saúde mental" e como "o grupo de artesanato", é identificado pelas/os profissionais e usuárias como um recurso importante na atenção ao cuidado à saúde mental. Todavia, nos relatos foram citadas dificuldades para a sua manutenção: desde a falta de recursos materiais utilizados no grupo (tintas e panos de prato), dificuldades para o uso do Centro de Convivência (também denominado como "salão") e, contraditoriamente, assim como outras estratégias (como o grupo de tabagismo e as reuniões de equipe), avaliadas por parte da equipe como perda de tempo. A despeito desses percalços, o referido grupo se organiza de forma a mantê-lo com a verba da venda dos panos de prato produzidos nos encontros. Os participantes compram mais materiais para continuarem produzindo. Durante a participação nos grupos foi possível observar a coesão entre as participantes (incluindo os profissionais) na construção do vínculo e da identidade do grupo com a manutenção de um perfil em rede social na qual divulgam os trabalhos e com a organização de um encontro comemorativo de um ano da existência do projeto.

A avaliação dos profissionais e usuárias participantes do grupo parece ser unânime quanto ao cumprimento dos seus objetivos: *"Todas que estão com depressão falam que está ajudando elas"* (Camélia). Nos dois encontros que participei havia aproximadamente 10 mulheres no grupo, além das profissionais. O ambiente acolhedor e cooperativo no qual fomos inseridos foi traduzido pela fala de uma das participantes que espontaneamente disse que: *"*[...] *quando estou aqui, não penso em mais nada".* Nesse sentido, outras mulheres expressaram esse mesmo sentido, da importância do grupo para cada uma delas, do contentamento em participar do grupo e de realizar as atividades. Na organização grupal uma das participantes com notadas habilidades de pintura no pano de prato, desempenha uma função de coordenação auxiliando as outras integrantes do grupo e por elas é reconhecida como tal.

A função desempenhada pelo grupo, reconhecida na fala das usuárias e das profissionais participantes da atividade, afirma a potencialidade de intervenções terapêuticas coletivas no território. A construção do sentido pessoal é mediada pelas relações sociais e seus afetos. Sawaia (2009) recupera as contribuições de Espinosa para a Psicologia quanto à compreensão

indissociável entre o corpo e os afetos, entre a ideia e a emoção e entre o afeto e a ética. Por esse caminho, a promoção dos bons encontros - da construção de vínculos – e dos afetos alegres expandem a nossa potência de agir e, portanto, da nossa autonomia. Essa perspectiva desloca o lugar das emoções do viés medicalizante, como produto de base - estrita ou predominantemente – biológica para a decisiva constituição social do ser humano, como define Vygotsky: "No processo de desenvolvimento ontogenético, as emoções humanas entram em conexão com as normas gerais relativas tanto à autoconsciência da personalidade como a consciência da realidade (Vygotski, 1997, p. 87 *apud* Alves, 2021, p. 26). Entre as diversas experiências exitosas registradas na literatura, destacamos o trabalho desenvolvido por Borges (2012) converge para a produção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial na ampliação da compreensão dos espaços de intervenção:

> [...] para além daqueles considerados terapêuticos tradicionalmente, no sentido estrito do termo (psicoterapias, consulta médica com indicações e uso de medicação etc.), para outros que transcendem os limites da instituição psiquiátrica (oficinas de trabalho, passeios, atividades artísticas e de expressão corporal) (Scarcelli, 1999, p. 195 *apud* Borges, 2012, p. 119).

Destarte, o grupo de tabagismo, realizado semanalmente, foi valorizado pelas/os profissionais nas entrevistas e, para Violeta, assim como o grupo de pintura: *"*[...] *está por uma cordinha que estão querendo cortar... porque é aquela parte que 'está perdendo tempo com os profissionais no grupo para uma ou duas pessoas"*, nesse sentido, reiterou a necessidade de: *"*[...] *fortalecer o grupo que a gente tem e até criar outros também, sabe?"* (Violeta). Além dessa percepção da falta de incentivo para os atendimentos grupais, Perpétua também avalia pouca procura por parte das/os usuárias/os: *"*[...] *tem o grupo de tabagismo, né... que funciona toda semana... mas acho que está com pouca... dois só, ou três pacientes... eles não procuram muito, né"*. Ao citar o programa de tabagismo, Azaleia avalia que a demanda pelo uso de álcool e outras drogas é pequena, para Hibisco, por sua vez: *"*[...] *o grupo de tabagismo aqui no posto que a gente faz... das nove às onze da manhã... e agora virou também mais um grupo de uso de substâncias... nosso... tem dois pacientes nossos que eram usuários... então a gente essa acolhendo essa parte também"* (Hibisco). A fala de Hibisco demonstra ao acolhimento das demandas de usuárias/os para além da restrita definição na organização do grupo cuja demanda se refere ao uso de tabaco, convergente à direção do acolhimento às necessidades e singularidades dos sujeitos em oposição às intervenções centradas em classificações diagnósticas.

As visitas domiciliares também se apresentam como um importante recurso na produção de cuidado da população, porém, segundo a percepção de Camélia e Violeta, nem sempre compreendido, inclusive pela população:

> *É, eles acham que estamos passeando... no território passeando [risos]. Eles não entendem que a gente está indo atrás de uma demanda... que o serviço tem uma importância, eles não veem desse jeito. Aí realmente... aquela pessoa que falou assim pro usuário, que a gente vê isso também, é incentivado, a ouvir por alguém que fala: Ah... as meninas que só ficam andando, escuta às vezes, né, até de gente daqui de dentro... como verdade... aí aquela pessoa que fala isso pra gente... acontece de algum parente dele precisar dos nossos serviços... aí, eles olham com outro olhar... porque daí a gente começou a ir lá... muitos que, sei lá... o pai ficou acamado... a gente vai lá, ajuda no curativo, vai lá com a psicóloga, vai lá com não sei o que... Aí eles falam: Nossa, o serviço de vocês é importante, né* (Camélia).

Girassol destaca os esforços empenhados pela equipe no atendimento das demandas da população, a despeito da falta de condições e de força-de-trabalho suficiente, incluindo a realização dos atendimentos domiciliares como uma estratégia de cuidado:

> [...] *Porque assim, elas são... acabam aceitando meio do jeito que está... tenta suprir o que precisa nas ACS, correr atrás... A enfermeira, mesmo sendo fora de mão, elas acabam indo, e o médico que está aí atendendo, ele é bom, ele gosta de ir visitar... acho que por mês é só quatro visitas, às vezes eles fazem até o dobro... ele sempre tenta ajudar bastante... e nós também, se precisar de alguma coisa com ele, ele ajuda também* (Girassol).

Mesmo no caso de usuárias/os que são referenciados para o CAPS a equipe da UBS realiza busca ativa nas situações de não comparecimento aos atendimentos:

> [...] *um dos desafios é a adesão, né, o paciente, um exemplo do que ela [Violeta] falou, não ir lá no CAPS, né... porque demora e não sei o que... Dar fuga, faltar, daí faz busca ativa e tal... às vezes a psicóloga vem aqui atrás da gente... Ah, vamos visitar esse, ou manda bilhetinho e às vezes o paciente não quer mesmo... aí a gente vai lá na casa, conversa... Olha, se você não for, tal dia na consulta, infelizmente vou ter que te tirar da fila, ela fala... aí a pessoa fala que vai vir e não vem... então... eu não sei porquê, tem uma fugas* (Camélia).

Convergente ao princípio da territorialização (Morgado, 2017) e da categoria território (Santos, 2002) na produção do cuidado na APS, Moreira e Amaral (2016) salientam a visita domiciliar como uma:

> [...] estratégia de aproximação e vinculação com usuários e familiares, com o diálogo como um dos principais instrumentos de trabalho, contribuindo para a difusão de informação e para a ampliação da possibilidade de intervenção e monitoramento dos casos de saúde mental. A visita configura-se, ainda, como uma estratégia importante na busca ativa dos casos acompanhados, possibilitando aos usuários o acesso e a continuidade do cuidado (p. 369).

Nesse sentido, Santos e Nunes (2014) destacam o estratégico lugar ocupado pelos ACS por serem profissionais que "transitam no território", sendo esta: "[...] a principal maneira de produzir saberes sobre os processos de adoecimento mental e práticas de cuidado condizentes com a realidade do trabalho" (p. 113). Nesse caminho, referenciando Merhy (1998), Moreira e Amaral (2016) discorrem sobre a potencialidade do trabalho criativo voltado para as tecnologias leves na construção de vínculos, confiança e empatia com as/os usuárias/os e na desconstrução do imaginário da periculosidade associada à loucura, de modo que: "[...] rompe-se com o demarcado isolamento social que ainda caracteriza os sujeitos em sofrimento psíquico e constroem-se novas possibilidades de ampliação do cuidado" (p. 372). No estudo de campo realizado, os autores exemplificam a atuação de uma ACS que, para se aproximar de uma usuária que apresentava resistência na aproximação dos profissionais de saúde: [...] observou que a usuária gostava de costurar e começou a desenvolver essa atividade com ela, nas calçadas, quando, então, conseguiu iniciar uma vinculação e confiança mútua" (p. 372). Desse modo, analisamos que a redução do "terapêutico", limitado ao modelo clínico biomédico tradicional, ainda hegemônico, faz com que usuárias/os e profissionais não reconheçam a potencialidade e a importância de estratégias de cuidado que aparentemente não se relacionam com a *práxis* do cuidado. Cabe ressaltar que ambos os trabalhos citados destacam a importância do matriciamento como estratégia fundamental na formação dos profissionais para uma efetiva atuação na perspectiva da integralidade frente à condição de sofrimento psíquico.

Assim como foi citado, o não reconhecimento das duas hortas comunitárias do território como um recurso, as quais foram apenas mencionadas apenas uma vez nas entrevistas, sem que houvesse a menção à articulação entre a Unidade de Saúde com esse projeto e/ou mais informações sobre seu funcionamento. Desse modo, destacamos que a identificação desse recurso aponta para uma potencialidade a ser investida. Na visita realizada a uma das hortas, gentilmente fomos recebidas pela presidente daquela unidade. Conversamos por mais de uma hora e, nesse tempo, pudemos acompanhar pessoas da comunidade indo até o local para realizar a compra de hortaliças frescas e conhecer mais da história da constituição daquele projeto no território e de seus impactos positivos na vida de seus participantes. Ao todo, aquela horta contempla 11 famílias (sendo que apenas uma família, por ser numerosa, não realiza as vendas

e produz apenas para consumo próprio). Há um modelo de colaboração mútua, como pessoa responsável pelo cuidado da horta realiza as vendas, registra e repassa o valor para cada proprietário do canteiro das respectivas vendas, menciona ainda que num caso o proprietário de um dos canteiros está afastado por motivo de doença, ela mesma realiza o cuidado de suas hortaliças, demonstrando assim o caráter de comunidade presente no projeto. O potencial da geração de renda foi exaltado em nossa conversa: *"Foi presente de Deus"*, e, adiante: *"Se eu falar que faltou alguma coisa, arroz, feijão... que eu fiquei com vontade de comer uma banana, uma laranja, eu estou mentindo"*, e ainda, observada a relevância desse trabalho como atividade geradora de sentidos. Ao todo, o Município de Maringá possui quase 40 hortas comunitárias em parceria com a Universidade Estadual de Maringá (UEM). Contam com o apoio técnico de um profissional de referência do curso de Agronomia. Antes de ir embora, pedimos para comprar produtos da horta e tivemos como resposta uma negativa: gentilmente ouvimos que estava sendo abençoada e que nenhum pagamento seria aceito, assim, nos presenteou com lindas e frescas hortaliças, num tom afetuoso e convidativo para que retornássemos mais vezes.

O trabalho desenvolvido pelo equipamento da Assistência Social no território foi apresentado pelo profissional de referência, do serviço social, na visita realizada. A estrutura física é organizada numa casa adaptada, com um quintal florido, uma sala de recepção, salas de atendimento, estrutura de copa para os profissionais e nos fundos. Anexo a uma varanda, um espaço para realização de atividades em grupo, também possui mesinhas com lápis de cor e desenhos disponíveis para as crianças. Embora os profissionais da UBS tenham denominado o serviço como CRAS (com exceção de Gérbera), trata-se na realidade de uma Unidade de Atendimento da Assistência Social vinculada a um CRAS do município. Desse modo, a Unidade conta com apenas um assistente social além da equipe administrativa (da recepção). Um profissional de Psicologia do CRAS referenciado atua no território duas vezes por semana. Segundo o assistente social, o território apresenta demanda para a implantação de um CRAS (o que demandaria o investimento de recursos para a composição de equipe mínima), embora não atinja os critérios de população (a este respeito, esclarece que oficialmente o Distrito possui três mil habitantes, mas que na realidade a população já se aproxima dos quatro mil habitantes). Ainda destaca a importância da mobilização da população, instância do controle social da política do SUAS. O assistente social informa também que recentemente um psicólogo foi contratado com a verba do Programa Nossa Gente Paraná[190] e que ele desenvolve uma atividade

[190] "O Programa Nossa Gente Paraná é uma ação do Governo do Estado que visa a superação da pobreza e o acompanhamento intersetorial das famílias em situação de vulnerabilidade social. É coordenado pela Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho, reunindo ações de diversas secretarias e órgãos do Estado, em parceria com

em grupo uma vez por mês, trabalhando temas de interesse da população. A maior parte dos participantes são mães. Como uma particularidade do território, o assistente social compreende que por se tratar de um Distrito pequeno o vínculo com as famílias é facilitado. No entanto, ele tem o ônus de atuar sozinho (sem psicólogo em período integral).

Além do acompanhamento do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família), da liberação de transporte para a população e do encaminhamento para vagas de emprego, a Unidade Assistencial realiza uma vez por mês o encontro denominado "Café com a Comunidade", realizado no Centro de Convivência. O assistente social afirma essa atividade como um importante momento para escuta e acolhimento da população, com intervenções voltadas para orientações relativas aos direitos sociais e à promoção de autonomia das/os usuárias/os em oposição à perspectiva assistencialista e normatizadora. Descreveu que essa posição se insere no "pensar com" e não no "pensar por". Essa atividade foi citada em algumas entrevistas realizadas na Unidade como um recurso existente no território. Todavia, sem que haja a articulação entre os serviços. Girassol observou a este respeito que: *"*[...] *teve uma vez que o assistente social ia fazer um negócio que ia chamar o pessoal do posto para participar, uma vez só que eu vi ele chamar"* (Girassol). Outras atividades realizadas no território no âmbito da Assistência Social não foram citadas nas entrevistas, por exemplo: o grupo das "Arpilleras"[191], um curso voltado para a aprendizagem desta técnica com potencial para geração de renda por meio da arte. Na conversa abordamos temáticas voltadas para o posicionamento ético da atuação e a sua dimensão política. Com uma visão crítica, o assistente social problematizou a falta de ofertas de trabalho no território e, a despeito da existência de vagas abertas (relativamente maiores do que em períodos anteriores), observa que a condição de sofrimento, isto é, as demandas de saúde mental das/os usuárias/os são fatores que as/os impossibilitam para o trabalho. Além disso, foram abordadas demandas das unidades escolares do território e seus atravessamentos com a intervenção das forças de segurança para a resolução de conflitos envolvendo situações de violência nas escolas. Esse profissional tinha o conhecimento do grupo de pintura desenvolvido no âmbito da UBS e reiterou a importância das atividades desenvolvidas no Centro Esportivo para a saúde da população. Na despedida, mencionamos que retornaríamos a uma das hortas comunitárias que havíamos conhecido na semana anterior, destacando a sua potencialidade como recurso de atenção à saúde mental e

os municípios e a comunidade". Fonte: https://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/Pagina/Programa-Nossa-Gente-Parana.

[191] "Arpillera é uma técnica têxtil antiga e popular criada por bordadeiras de Isla Negra, no litoral do Chile. Feitas com retalhos e sobras de tecidos bordados, as arpilleras eram fonte de sobrevivência e, com o tempo, se tornaram também meio de expressão". Fonte: https://memorialdaresistenciasp.org.br/exposicao/arpilleras/.

como projeto de geração de renda. O assistente social informou que não conhecia o projeto pessoalmente e que se organizaria para conhecê-lo.

Inspiradas no trabalho de Rodrigues e Yasui (2016), afirmamos a potencialidade dos trabalhos de geração de renda como uma estratégia promissora na produção do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Para os autores, ao refletirem sobre o trabalho realizado no Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) em um equipamento de saúde na cidade de Campinas, avaliam que seus efeitos: "[...] estão na perspectiva do trabalho includente, emancipatório e na identificação do louco não mais no lugar de segregado social, mas de pertencimento e participação social" (p. 2). Nesse sentido, os autores ressaltam que há uma preocupação ética de que essas intervenções não incorrem na apropriação utilitarista própria do mercado de trabalho. A ênfase incide na potencialidade da realização de uma atividade, geradora de sentido para si, e de um novo lugar social a partir das relações e trocas sociais, convergente aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Outrossim, as estratégias de geração de renda fazem parte do componente de Reabilitação Psicossocial instituído na RAPS, em seu Art. 12, tendo como premissa as ações intersetoriais[192].

A partir do rico relato da pesquisa cartográfica dos autores, destacamos que a proposta da atuação junto ao NOT imprescinde o abandono do lugar de especialista para o compartilhar do lugar comum da afinidade dos princípios da economia solidária e com os pressupostos éticos da Atenção Psicossocial. Destarte, a economia solidária pressupõe a posição contra a hegemonia do trabalho alienado como a única forma possível de trabalho (Santiago; Yasui, 2015 *apud* Rodrigues; Yasui, 2016) e a incorporação da autogestão e da propriedade coletiva. Por essa lógica, valoriza-se a construção da autonomia dos sujeitos e da coesão do grupo. Ademais, essa forma de organização da atividade busca valorizar as suas singularidades e, ao mesmo tempo, a coletividade, assim, definem os autores: "A geração de trabalho e renda é misturada com a geração de sentido para cada um, no mesmo espaço-tempo da oficina, na intenção de que os participantes sejam cada vez mais autônomos e protagonistas de suas histórias" (Rodrigues; Yasui, 2016, p. 20).

[192] Os autores recuperam a definição na Lei nº10.216/2001 quanto à afirmação do trabalho como um dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, e ainda, duas Portarias que tratam do tema, a saber: Portaria Interministerial MS/MTE nº 353 de 07/03/2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, incluindo a participação de Usuários de Saúde Mental inseridos em Experiências de Geração de Renda e Trabalho vinculados a Serviços de Saúde Mental (Brasil, 2005a); e a Portaria nº 1.169 de 07 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2005b). Esta foi substituída pela Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, a qual institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2012b).

Na literatura encontramos trabalhos que versam sobre os projetos e geração de renda. Oliveira *et al.* (2018) realizaram um levantamento de iniciativas de geração de trabalho/renda e empreendimentos econômicos e solidários para pessoas em sofrimento psíquico. Na pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, identificaram 1.008 experiências, de 2005 a 2013, em todas as regiões do Brasil, com maior repasse financeiro às regiões Sudeste e Nordeste. Os estudos de Pessoa Silva e Lussi (2010) e de Lussi e Morato (2012), ambos realizados em municípios do interior paulista, apontam para a potencialidade desses projetos na produção de sentido pessoal para os participantes, mas também para desafios em direção à plena efetivação dos princípios da Atenção Psicossocial. A pesquisa de Oliveira, Souza e Penha (2021), realizada em um município cearense, corrobora a compreensão desses projetos com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização na produção de autonomia dos sujeitos e avalia a importância do maior envolvimento de familiares nas atividades. Todavia, acreditamos que esse recurso deve ser mais explorado no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O trabalho de Mattioni e Rocha (2023) analisa a potência das ações de promoção da saúde e da adoção de elementos da Clínica Ampliada no enfrentamento ao processo de medicalização na APS em um município gaúcho. Entre as ações, a prática da geração de renda através da produção de artesanato em um grupo de convivência, a despeito dos desafios impostos pelo avanço do projeto neoliberal de desmonte da política pública de saúde.

Em nosso estudo, identificamos que o grupo de pintura em pano de prato realiza a venda dos seus produtos como forma de prover matérias-primas para a continuidade do grupo. Inclusive, em resposta à falta de suporte da gestão municipal no fornecimento de materiais. Todavia, esse movimento inspira potência de ampliação dos seus objetivos para a organização voltada à geração de renda. Além disso, é importante destacar o grau de autonomia das integrantes do grupo nessa autogestão como meio de garantir a continuidade das atividades. Por esse caminho, os projetos de geração de renda já existentes no território. Mesmo que não tenham sido identificados como tal pelos profissionais de saúde, também inspiram a possibilidade de articulações intersetoriais e territoriais na produção do cuidado em saúde mental. Especificamente a horta comunitária também reafirma a potência da articulação dos serviços públicos com a universidade pública em um de seus tripés: a extensão.

No curso do estudo, acrescentamos ainda que foram citados recursos que deixaram de existir no território. Girassol mencionou a quadra de bocha e, assim como Crisântemo, aulas de artes marciais. Na conversa com Girassol, ao tratar dos recursos no território, ele mencionou também a existência de uma *"chacrona"*, referindo-se a uma comunidade terapêutica:

> [...] *outra coisa também que eu lembrei... ali na estrada, logo que você chegou, você viu uma chacrona, meio bonita e meio que meio abandonada? Logo que você faz a curva. Quando você saiu da rodovia e pegou à direita para pegar a estrada [que dá acesso ao Distrito]... tem um matinho, tipo campo de futebol, umas árvores, meio sujinho... Ali é o centro de recuperação dos alcoólicos* (Girassol).

Adiante, observa que a comunidade existe há bastante tempo no território e que: *"Dizem que é bom lá, e tem bastante [gente]"*, e fala sobre a forma de atendimento no serviço: *"*[...] *eles fazem trabalho de... de plantar as coisas, de... tem um ali que, até um dia, eu fiquei conversando com ele, só uma hora só... que ele era usuário, ficou lá e agora ele está ajudando outras pessoas também a recuperar... tem bastante trabalho, tem bastante gente"* (Girassol). Quando perguntado se a comunidade terapêutica era atendida pela UBS, explicou que: *"*[...] *está no território da gente... Ali, ali, é o limite que elas podem ir de carro"*, mas que:

> *Não necessariamente assim [referindo-se ao acompanhamento realizado pela ESF aos internos]... os pacientes atendidos aqui... Porque assim, né... lá de um lado é pra ser particular... só que eles acabam tentando usar o médico daqui quando precisa de alguma coisa... então tem sido alguma coisa... às vezes eles vão lá em atendimento, encaminhamento alguma coisa de lá, mas é um pouco separado, que é pra ser particular tentando usar o público, mas tem um esquema meio bagunçado* (Girassol).

Embora não realizem visitas na comunidade terapêutica, Girassol refere que já conversou com o pastor que é responsável pelo local. Sobre os limites territoriais para a visita, relata que as empresas *"do lado de lá da rodovia"* são visitadas pela equipe da UBS. A despeito desta instituição ter sido lembrada e até reconhecida como um possível recurso de "tratamento", o *Relatório de inspeções em comunidades terapêuticas* (CFP, 2018), realizadas em 28 instituições em 12 estados da federação, desvelou práticas de caráter asilar com isolamento, restrição do convívio social, de visitas e comunicação exterior, retenção de documentos pessoais e dinheiro e intervenções involuntárias e compulsórias. Todas as comunidades terapêuticas reproduzem a lógica da abstinência e são vinculadas a práticas religiosas. Sob a justificativa da "laborterapia", a inspeção identificou o trabalho forçado em condições degradantes, com fortes indícios de crime análogo à escravidão.

Nesse sentido, Kimati, Cruz e Amarante (2023) recuperam diversos estudos na crítica às comunidades terapêuticas, demonstrando o seu caráter de instituição total (Goffman, 2010), exatamente para contrapor esse modelo de produção de cuidado com base territorial, na perspectiva da Atenção Psicossocial, com destaque ao Projeto Terapêutico Singular como uma das tecnologias na construção da rede de atenção à saúde mental no país. Todavia, ao analisarem

o processo de contrarreforma destacam os retrocessos[193] incluindo a destinação de recursos públicos para as comunidades terapêuticas (Portaria Interministerial nº 2 – MJSP, MS e MDST; Edital 1/18 – SENAD/MJ (MS, MT e MDS; Lei nº 13.840; Decreto presidencial nº 9.761, de 11 de abril de 2019; Lei nº 13.840). Destacam ainda a inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Portaria MS 1.482), o financiamento e a estimulação da ampliação de comunidades terapêuticas (Portaria Interministerial nº 2 – MJSP, MS e MDST; Resolução nº1 do CONAD; Edital 1/18 – SENAD/ MJ (MS, MT e MDS); Decreto presidencial nº 9.761; Lei nº 13.840; Resolução CIT 32), o estabelecimento de novas diretrizes de atuação do Estado frente aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Resolução nº1 do CONAD; Edital 1/18 – SENAD/ MJ (MS, MT e MDS); – Decreto presidencial nº 9.761; lei nº 13.840; Resolução CIT 32), a promulgação da "Nova Política de Saúde Mental" (Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS), entre outros retrocessos que culminam na legitimação e manutenção do discurso manicomial.

Diante de nefastos retrocessos que vivenciamos em nível nacional, cabe mencionar a existência de movimentos reacionários no município em tela, a fim de uma aproximação com as suas singularidades. A gestão municipal, reconhecendo a demanda para a abertura de mais um CAPSad na região norte da cidade, iniciou o projeto para uma nova unidade. Todavia, um movimento popular opõe-se à instalação do equipamento no bairro, sob alegações estigmatizantes e preconceituosas relacionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas[194]. Lembramos ainda que na ocasião da implantação da primeira Residência Terapêutica do município, em 2006, em um bairro nobre da cidade, houve manifestações contrárias por parte dos moradores (Kian; Borges, 2021). Nesse mesmo sentido, o fechamento do hospital psiquiátrico existente no município em julho de 2022, por irregularidades sanitárias, também foi alvo de críticas por parte da população e parte da mídia local, a despeito das inúmeras denúncias e mortes suspeitas (que hoje estão sob investigação do Ministério Público Estadual) ocorridas naquela instituição ao longo de algumas décadas de funcionamento.

Reiteramos que entre os diversos desafios para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira o aniquilamento das instituições manicomiais é uma premissa fundamental. A coexistência do manicômio com serviços substitutivos incorre no movimento "*revolving door"*

[193] Informações organizadas pelos autores em cinco, a saber: 1) Medidas de aumento ou alocação de novos recursos públicos para instituições asilares; 2) Medidas de diminuição de recursos para serviços de base comunitária; 3) Mudanças estruturais na concepção/definição dos serviços afastando-os da lógica do território; 4) Criação de uma política sobre drogas à parte da saúde e de caráter asilar; 5) Efeito simbólico (Kimati; Cruz; Amarante, 2023, pp. 27-29).

[194] Fonte: https://www.maringamais.com.br/2025/09/17/construcao-de-caps-ad-e-denunciada-ao-ministerio-publico/.

(porta giratória), pelo qual: "A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução no período das internações e por um aumento complementar de altas e de recidivas" (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 20-21). Destarte, reiteramos a experiência do trabalho de Borges (2012) na afirmação da potencialidade da produção de vínculos, sentidos e relações sociais no âmbito da APS como uma estratégia eficaz na redução da demanda por internações psiquiátricas, notadamente iatrogênicas.

Nesse caminho, além dos recursos mencionados, para além da resposta às condições de sofrimento pela via da medicação, no processo de produção do cuidado as/os profissionais demonstram compreensão da inclusão de outras estratégias como o acompanhamento psicoterapêutico, a prática de atividades físicas e alternativas (antes de iniciar o tratamento com psicotrópico) como a homeopatia[195]. Quanto às práticas integrativas, cabe apresentar que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)[196] foi consolidada por meio das Portarias Ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (Brasil, 2015). No estudo de método bibliométrico de Aguiar, Kanan e Masiero (2019) sobre as produções científicas sobre as PICs no Brasil, entre 2006 e 2016, as categorias de análise incluíram a caracterização e a tipificação das PICs, os seus principais resultados e problemas, as potencialidades e dificuldades para implementação, a percepção dos profissionais. As autoras problematizam a falta de definição exata de que práticas podem ser registradas como PIC na PNPIC e estudos que apontam para a falta de conhecimento dessas práticas por parte dos profissionais. Por outro lado, ao discorrerem sobre as potencialidades das PICs, reiteram que elas não devem abandonar o seu caráter complementar à assistência em saúde. Destacamos que o referido artigo inclui as hortas comunitárias como uma prática integrativa complementar. Citando o estudo de Costa *et al.* (2015), Aguiar, Kanan e Masiero (2019) acentuam:

> A horta comunitária, conforme referem os autores dos artigos, representa uma técnica rica para abordar saúde no âmbito integral. Para os autores, o cultivo de plantas medicinais e alimentos orgânicos por si só é uma atividade promotora de saúde, que origina espaços para a criação de hábitos saudáveis e capacitação da comunidade para fazer uso desses recursos (p. 1215).

[195] De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde: "Sua principal característica é a escuta atenta, feita em longas consultas com anamneses bem detalhadas, e um olhar mais abrangente sobre o paciente, em sua integralidade. Outro pilar fundamental é o tipo de remédio usado nos tratamentos, feito com extratos provenientes dos reinos animal, mineral e vegetal, sempre muito diluídos". Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/21-11-dia-nacional-da-homeopatia-2/.

[196] "O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (M/MCA) (WHO, 2002)" (Brasil, 2015, p. 13).

O estudo de Tesser e Dallegrave (2020) alerta sobre os riscos de conceber as PICs como estratégias desmedicalizantes por si mesmas a partir de uma ampliação da compreensão do que seja a medicalização, ratificando a afirmação de Illich (1981): "[...] quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer [...], e mais a doença se despolitiza" (p. 113 *apud* Tesser; Dallegrave, 2020, p. 5). Desse modo, a definição do que sejam práticas medicalizantes ou não, deve ser analisada contextualmente. Nesse sentido, os autores problematizam a lógica privada e da sua interferência no SUS, e recuperam o estudo de Ning (2018) na revisão bibliográfica realizada sobre o tema a qual demonstra que há décadas a sociologia da saúde já criticava a tendência individualizante na esteira neoliberal, do holismo no cuidado em saúde. A despeito disso, Tesser e Dallegrave (2020), ressaltam que essas práticas, comparadas aos tratamentos dispensados pelo modelo biomédico, tem menor potencial iatrogênico. Todavia, afirmam que a sua potencialidade como prática desmedicalizante incide na clareza e posicionamento ético dos profissionais, de modo que:

> [...] o uso de PICS no cuidado clínico individual e coletivo em sentido desmedicalizante, sobretudo na APS, demanda clareza mínima sobre a medicalização e maior protagonismo desmedicalizante dos profissionais, que prepara o terreno de sua atuação no sentido de ele usar e explorar PICS em sentido empoderador e desmedicalizante, apoiando os usuários nesse sentido (p. 9).

Ao que tange à percepção das/os profissionais na busca da população pelos atendimentos na Unidade não foi consenso. Por um lado, a fala de que as/os usuárias/os, por vezes, recusam o encaminhamento para os serviços da Rede pela preferência pelo atendimento no território e, por outro lado, a compreensão de que há uma recusa pelos atendimentos na Unidade por se tratar de um território pequeno no qual todos se conhecem. Ademais, a busca pela UBS como uma referência é mencionada como um possível indicador de falta de recursos no território, de modo que assim a população frequenta a Unidade para além do objetivo estrito dos atendimentos. Diante da pergunta sobre o que a população tem para fazer no território, Dália avalia:

> *[risos] Olha, sinceramente, hoje? Sei lá... eles vêm mais pra cá... tem hora que a gente fala: nossa, UBS virou shopping agora, né... mas tudo bem. Mas assim, tem a atividade física que são feitas pelas meninas do PSF, tem grupo de pintura, tem o grupo de tabagismo, né... assim, e só eu acho, que dá pra entreter eles mais ali* (Dália).

Sobre essa questão, Perpétua analisa que: *"*[...] *não tem muito trabalho, ocupação... daí eles procuram muito a UBS"*, e adiante: *"Ah, aqui não tem nada, né... Tudo, tudo vai pra Maringá, geralmente... E acho que é uma cultura, né... que vai crescendo e vai ficando assim a mesma coisa... cultura que não muda... Mas a maioria das pessoas procura... cidade que tem mais estrutura, né"* (Perpétua). Outra faceta dessa observação poderia se referir ao vínculo das/os usuárias/os com o serviço e a sua relevância para elas/es. Assim como referenciado em algumas entrevistas, há uma percepção de que às vezes a população busca a UBS: *"*[...] *mais* [*por*] *uma necessidade de desabafar... de conversar"* (Dália). Calêndula menciona, inclusive, que eventualmente recebe mensagens de usuárias/os em seu número particular, solicitando algum apoio relacionado às demandas de saúde. Nos períodos de permanência na Unidade (e também nos outros serviços do território) foi possível observar a existência de vínculo da população com os profissionais, por meio dos cumprimentos e conversas cordiais e interações que aparentavam relações amistosas, tendo, inclusive, a aproximação espontânea de usuárias/os conosco (para falar sobre aspectos cotidianos como o tempo ou mesmo sobre questões pessoais).

Considerando que todas/os entrevistadas/os atuavam na referida unidade há pelo menos um ano e a maior parte há um tempo considerável (com a média de tempo de trabalho de 8,72 anos), embora não a pesquisa não tenha o delineamento transversal, nas entrevistas foi destacada uma importante mudança na forma de organização da Rede nos períodos da pandemia e pós-pandemia. Uma delas foi a dissolução do NASF, já determinada entre as reformas de desmonte do SUS por meio do Programa Previne Brasil em 2019. Contraditoriamente, a partir dos relatos se identifica que foi justamente nesse momento que houve o aumento das demandas em saúde mental no período pós-pandemia, bem como da consequente necessidade de reestruturação dos serviços frente a essa nova realidade.

> *Olha, pós... antes da pandemia, na hora que entrou a pandemia foi designado para outros serviços, né... como o nosso serviço ficou impedido de fazer, né, por conta da aglomeração, de... Então nós fomos pra outros serviços. Pós-pandemia que mudou o finan... a forma de financiamento, né... que antes vinha um financiamento próprio pro Núcleo de Apoio da Saúde da Família, né... E daí com a Nova Portaria de financiamento mudou, né... Então daí a gente foi meio absorvido nas equipes multiprofissionais* (Crisântemo).

Desse modo, apesar da necessidade de contingenciamento diante da pandemia, a absorção dos profissionais do NASF em equipes multidisciplinares já estava em curso, como

foi referenciado na fala de Crisântemo. Na sequência, o profissional avalia as significativas mudanças entre os dois modelos:

> *Eu acho que antigamente, quando a gente era uma equipe de NASF, né, de multiprofissionais, o diálogo era maior. A gente passava um plano maior pro paciente, né... Após a pandemia, né... essa equipe foi desfeita daí a gente perdeu um pouquinho essa questão de... de se reunir pra falar do paciente, então fica muito assim... ou encaminha via sistema Gestor, né, do nosso sistema, e fica só por isso... mas não tem mais aquela troca de diálogo, de discutir plano terapêutico, de PTS, por exemplo, uma reunião pra falar dos pacientes... Tanto é que na saúde mental a gente participava, a gente fazia rodízio de profissionais pra participar da Emergência Psiquiátrica [leitos de saúde mental em hospital geral, então a gente conhecia muito os casos que vinham da nossa área... né... que passavam pela Emergência, isso também se perdeu... então tinha bastante coisa que foi se perdendo... parece que ficou um pouquinho mais assistencial* (Crisântemo).

Explica que muitos profissionais do NASF foram para outros setores como a Atenção Secundária, e embora o Núcleo tenha se descaracterizado, alguns profissionais permaneceram nas UBS:

> [...] *teve já NASF que os profissionais ficaram dentro da Unidade, então eles têm um pouquinho dessa convivência, então resgata ainda um pouquinho dessa... por mais que essa agenda está meio... eles conseguem ainda ter, um pouquinho do que era o NASF antigamente... conseguem ter reuniões, trabalhar em grupos multiprofissionais... né... antigamente ia nutricionista, farmacêutico, psicólogo dar uma orientação, né... aí hoje não tem, no meu [NASF] não tem* (Crisântemo).

Segundo relato, o NASF desempenhava um papel fundamental na articulação dos outros serviços da Rede com a UBS. Exemplifica que: *"*[...] *Antes da pandemia tinha mais [risos]... igual, o CAPS II sempre me solicitava pra fazer visita com eles... pra casos assim... esquizofrenia..."* (Crisântemo). Na nova realidade, no entanto, esses profissionais referenciados para diversas Unidades, como é o caso de Crisântemo, não participam das reuniões nas UBS nem de outras reuniões de Rede e encontram dificuldades nas tentativas de articulação com os serviços: *"*[...] *a gente não tem é... muita articulação... nós já tentamos várias vezes uma articulação, não só para saúde mental, mas para outras patologias... Ah... é tudo muito burocrático daí... precisa de lei que reserve vagas pra gente estar encaminhando pro Centro Esportivo"* (Crisântemo). Por esse caminho, reitera a necessidade de retomada das reuniões de equipe para o acompanhamento dos casos para além de áreas específicas e relembra o modo de organização do trabalho das equipes do NASF, e, assim como Azaleia, enfatizando a potencialidade da organização coletiva do trabalho na produção de cuidado:

> *Acho que falta um pouquinho essa questão de... a gente discutir mais esses casos... é... em Unidade, em Rede, né... Porque às vezes, deixando daí só pra psicólogo, enfermeiro e médico a gente perde um pouquinho esse tratamento... não é só essas três, né... essas três categorias, esses três profissionais... Então tem todo... outros profissionais que podem estar auxiliando, né... Acho que falta um pouquinho dessa questão, retomar essa questão de discussão de caso... do paciente e tal, né... trazer para outras atividades da Unidade, ou fora, né... articulando com o Centro Esportivo... com Assistência Social ali, o CRAS, né...* (Crisântemo).

> *Antigamente, igual... a gente era equipe multi, do NASF... não todos os profissionais ficavam na mesma Unidade todos os dias... então cada um ficava numa Unidade e aí pegava um paciente aqui, e a gente, sempre tinha um dia que a gente discutia os pacientes das outras Unidades, então... trazia um paciente diferente... sempre... então a gente sabia dos pacientes, assim... quase todos assim, que eram para discutir, a gente sabia... e por quê? Porque cada um estava num lugar e a gente se reunia para discutir esses casos... né, os casos que eram pertinentes... então, daí a gente conseguia abranger uma área maior... agora eu sozinho ali, não consigo ter essa... articulação* (Crisântemo).

> [...] *a gente tinha a equipe no NASF antes, né...* [...] *com a equipe do NASF a gente tinha nutricionista... é, o educador, o farmacêutico, tem psicólogo... assistente social também tinha, mas a gente continua tendo... mas... a fono [fonoaudióloga] estava na equipe... e... e assim, uma das coisas que às vezes é... o T.O., né, terapeuta ocupacional.... então assim... e até psiquiatria. Eu tinha um sonho de que tivesse um psiquiatra na equipe do NASF, porque lá em [cidade] tinha, né, então assim... eu achava espetacular... é... tipo assim... uma equipe multi, pra fazer esse trabalho de promoção da saúde... promoção, prevenção, é... esse trabalho que tinha nas escolas...* [...] *fazer esse trabalho nas escolas... de... de informação, de prevenção, de promoção à saúde... então assim... na comunidade... com essa equipe multi... eu acho que isso, depois que o NASF é... saiu de cena, né, aqui em Maringá... a gente acabou assim, sentindo bastante... Então eu acho que essa daí seria uma das, é... enquanto Atenção Primária, né... pra gente avançar... porque, a lógica da Saúde é você trabalhar com... com prevenção, com promoção, sabe!? Ele, é muito melhor, né... e reduz de uma maneira gigante a medicalização, não é verdade!? [risos]* (Azaleia).

A perspectiva apresentada por Crisântemo vai ao encontro dos princípios da integralidade e da intersetorialidade, alicerces da APS em seu desenho inicial. Ele analisa as condições institucionais e as condições de trabalho que, a, despeito da compreensão e da intenção dos profissionais, dificultam a orientação ao modelo da Atenção Psicossocial em oposição ao modelo centrado no atendimento clínico por especialidades:

> [...] *perdeu bastante essa questão de saúde mental e olha que depois da pandemia... acho que é o momento que mais necessitou, né...* [...] *Acho que vai ter que tentar... criar estratégias para retomar, né... Mas daí começa a*

> *rotina da Unidade... né... vacinação que nunca para... é, atendimento com o médico também... só cresce, né... Então perde assim, essa questão de reunião... Acho que a Unidade tem ainda. Mais reunião da equipe... a equipe do PSF faz reunião... pronto. Não temais aquela reunião... é... de outros setores, né... de outros profissionais* (Crisântemo).

Quanto aos fluxos e processos de trabalho na UBS para a atenção às demandas de saúde mental, na análise das entrevistas destacamos: a relevância do acolhimento como estratégia de cuidado e identificação dos processos de adoecimento e situações de crise. Para Dália: *"*[...] *o acolhimento é essencial. Porque não é só ele [usuário] vir aqui, verificar pressão, uma glicemia... a glicemia pode ser emocional, né... talvez você vê lá, não tem histórico nenhum de glicemia alta... daí está 400, 500... pressão alta a mesma coisa"* (Dália). Destarte, o acolhimento é diferenciado pela PNH (Brasil, 2010b) da triagem (como a aferição de sinais vitais e registro da queixa para o encaminhamento ao atendimento médico):

> Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (p. 51).

Essas relações dizem respeito à potencialidade das tecnologias leves que tratam do investimento no aspecto relacional do cuidado (Merhy; Franco, 2008). A PNH, com o pressuposto da transversalidade - isto é, seus princípios devem atravessar todas as ações na produção do cuidado, em todos os níveis da atenção - destaca o acolhimento como parte do processo de trabalho, do trabalho vivo em ato, e por essas definições, de modo algum se resume a um momento do atendimento. No âmbito da APS, todavia, pelas especificidades desse ponto da atenção – do cuidado territorial e longitudinal – o acolhimento e as tecnologias leves de forma geral, são fundantes de modo ainda mais evidente. Com essas colocações, não diminuímos a relevância do acolhimento como princípio fundamental nos níveis secundários e terciários da atenção, apenas chamamos a atenção para o fato de que em algumas circunstâncias, relacionadas ao risco iminente e à gravidade de alguns agravos, concordamos que a existência de protocolos de saúde (com tecnologias duras) tem a sua razão de existir (como, por exemplo, num quadro de parada cardíaca ou num quadro de hemorragia aguda). Certamente, tal condição não exime os profissionais de um cuidado humanizado. Nesse sentido, mencionamos a

importância do acolhimento nos serviços de pronto atendimento para a classificação de risco (Mikuni; Moura, 2019) e na atenção hospitalar (Fabrício *et al.*, 2025; Maciel, 2017)

Destarte, voltando a atenção para a o acolhimento na APS, a literatura da área versa sobre suas características:

> O acolhimento empático e escuta cuidadosa e sensível – aquela que permite que a outra pessoa fale sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção na própria vida – favorecem a criação de vínculo entre o usuário e o serviço e potencializam as ações cuidadoras[4,8,] , sendo essenciais para o processo de trabalho na Atenção Básica (Fonseca; Dellalibera; Friestino, 2021).

Ao considerarmos a produção do cuidado longitudinal e territorial na APS, como ordenadora e coordenadora da Rede de Saúde, propomos a reflexão acerca da sua classificação como o nível de atenção de menor complexidade, numa inversão do critério das tecnologias duras, ou seja, pela valise das tecnologias leves, trata-se do nível mais diverso e múltiplo, e, portanto, mais complexo, que exige dos profissionais um "fazer" mais artesanal. A metassíntese realizada por Giordani *et al.* (2020) sobre o acolhimento na APS aponta para a existência de dúvidas sobre o tema por parte dos trabalhadores, e a identificação de uma diferenciação do perfil e da filosofia no trabalho das equipes das Unidades (da eSF e da UBS), questão que também foi mencionada em nosso estudo. De forma geral, o estudo identificou que de forma geral o acolhimento é percebido como o processo de receber e escutar a/o usuária/o na avaliação da sua demanda ou necessidade, e que há uma invisibilidade internacional sobre o tema. Os autores situam o acolhimento no âmbito da micropolítica que possibilita a construção coletiva do trabalho, da autogestão e a construção da autonomia dos sujeitos. Afirmam que o acolhimento não pode ser concebido como uma ferramenta metodológica, de caráter protocolar, pois ela: "[...] precisa ser inventada e reinventada em cada serviço, para resolver conflitos e contradições, e constituir um espaço privilegiado de diálogo entre profissional e usuário, na busca pela superação do modelo biomédico" (Giordani *et al.*, 2020, p. 22).

Demonstrando compreensão acerca do processo de acolhimento e na crítica ao processo de medicalização, Perpétua define que:

> [...] *Eu acho que tinha que ser um conjunto, né... de... de coisas... pra melhorar... porque não é só entrar com medicação, né... Você tem que ver o real problema, né... a situação da pessoa... Porque a medicação, ela vai trazer um bem-estar, né... mas não vai resolver o... o foco ali, né... eu acho que tinha que ter assim... fazer mais é... um acompanhamento mais de perto, né... das pessoas* (Perpétua).

Nesse sentido, Gérbera reforça a dimensão e a complexidade dos elementos que envolvem o acolhimento às demandas de saúde mental que exigem dos profissionais uma postura acolhedora e uma compreensão de seus elementos constitutivos, para além da sua aparência:

> *É, não dar importância... ou então... fala assim... ou então vê alguma coisa... uma situação fragilizada, alguma coisa, mas não tem aquele feeling, é... Encaminha pra assistente social, encaminha pra psicóloga, mas não fala sobre, não conversa sobre, com a pessoa... então isso a gente percebe que existe uma falta... e, e... talvez assim, pensar de uma forma geral sobre isso, né, sobre saúde mental, sobre a importância dela como determinante de saúde, né... Eu acho que isso responde a tudo, porque... o conhecimento é o que dá poder, né, e é o que dá resultado... Então é o que eu vejo que é necessário... as pessoas... capacitar melhor os profissionais* (Gérbera).

No momento da chegada da/o usuária/o na UBS, após a entrada no serviço pela recepção, o acolhimento é realizado por técnicos de enfermagem. Desse modo, destaca-se a relevância do papel desses profissionais na atenção à saúde mental que atuam, sobretudo, com as tecnologias leves no investimento do vínculo e a ênfase no aspecto relacional do cuidado. A despeito disso, esses profissionais parecem não serem incluídos nos momentos de discussão dessas demandas (assim como os ACS), uma vez que, segundo os relatos, nas reuniões semanais de equipe multiprofissional (na qual participam os profissionais médico, enfermeiro, psicólogo, enfermeiro e, quinzenalmente, assistente social) e do PSF, em ambas, segundo relatos, se discutem, entre outras demandas, casos de saúde mental de maior complexidade, considerados mais graves:

> [...] *quando tem algum caso grave... aí é feito uma discussão de caso. Então naqueles casos mesmo, graves, que, que... surto* [...] *é uma coisa bacana porque daí realmente, daí a gente se junta pra fazer uma discussão de caso e trocar... mas assim, tem que ser aqueles casos bem graves* (Violeta).

Ressalta-se o fato de que os profissionais que realizam o acolhimento não participam de nenhuma das reuniões. Violeta menciona ainda que a despeito da dificuldade dos profissionais para a manutenção dos atendimentos em grupo, a realização das reuniões de equipe foi também uma cobrança da gerência de saúde mental e que por esse motivo é improvável que elas sejam suprimidas. Esse dado se relaciona com a percepção em alguns relatos de uma segmentação entre o trabalho da UBS, centrado num sentido clínico e numa visão curativista, e o trabalho da PSF, voltado para a promoção e prevenção em saúde:

> [...] *tem a Estratégia da Saúde da Família... e tem eles que trabalham no modelo de saúde de curativo, então acho que esses dois, embates... dá esses confrontos... eles acham que o serviço deles é trabalhar, curar a doença, mas eles não entendem o processo de evitar que chegue numa doença ali... é importante, então... eu acho que essa falta de entendimento... então eu acho que tinha que ter capacitação... que nem eles implantaram o Programa da Saúde da Família, que é um programa bom... mas não deu um suporte bom, tipo, tinha que capacitar os outros profissionais que não são, que não fazem parte da Estratégia da Saúde da Família, pra entender a importância do Programa... Porque daí eles pensam: "ah, a Saúde da Família tem que acabar... isso não serve pra nada", já escutei* (Camélia).

Exemplificando a fala supracitada de Camélia, Violeta explica que:

> [...] *a gente está com um caso de uma paciente que ela fumou a vida inteira... hoje ela está no oxigênio, está precisando de demanda psicológica, está precisando de cuidadores, né, uma situação bem difícil... E assim... se ela tivesse participado de um programa de tabaco lá atrás, conseguido parar de fumar, entendido que esse cigarro poderia ter trazido um monte de prejuízo no final da vida... a gente estava evitando uma demanda, né... olha, a gente, praticamente, as meninas vão toda semana fazer visita.... a psicóloga está indo fazer visita na casa... o PSF está fazendo visita praticamente uma semana sim e a outra não... Então esse trabalho todo poderia ter sido evitado na prevenção lá atrás... mas infelizmente ainda as pessoas não têm essa visão de prevenção* (Violeta).

Nesse sentido, Dália concorda com a compreensão de que as capacitações deveriam incluir todos os profissionais da Unidade, demonstrando a percepção de que há uma diferenciação entre as diferentes formações profissionais e evidenciando o desafio de uma prática inter/transdisciplinar e da efetivação do princípio da integralidade: *"*[...] *E, se... unificar um pouco mais o sistema, não só 'os maiores'... é, inserir todo mundo"*, e adiante: *"Ah, mas é assim... 'Ah, é só pra médico, ou só pra enfermeiro' [...] Quem é a porta de entrada [...] quem acolhe [...] Teria que ser geral, para todo mundo"* (Dália). A centralidade em algumas áreas de formação na formação na e para a atenção às demandas de saúde mental foi relatada por vezes. Sobre a existência de reuniões envolvendo toda a equipe para discussão desses casos, relata Perpétua: *"Geralmente não... geralmente o médico, a enfermeira e a psicóloga"*. Essa diferenciação remete à existência de dois paradigmas opostos: a perspectiva da Atenção Psicossocial, convergente com o princípio da integralidade, e, por outro lado, a manutenção da perspectiva biomédica das especialidades, a qual acaba por fragmentar as demandas e o próprio sujeito do cuidado. Divergindo dessa posição, a despeito de já identificar que existe uma separação entre as equipes, Girassol avalia que a divisão das equipes seria mais eficaz para o trabalho:

> *O que eu observo de fora... como eu sou meio separado do posto, ah, eu vejo que elas fazem o possível, elas vão nas casas, elas conversam [...] falta uma estrutura, né... porque se tivesse uma equipe só de PSF pra fazer todo o trabalho e uma equipe do posto, separado, eu acho que tinha mais resultado* (Girassol).

Bodstein (2002) analisa a implementação das estratégias no âmbito da APS, o princípio da descentralização e os desafios para a efetivação da universalidade e da integralidade frente à diversidade das diferenças regionais em todo o país e do atravessamento dos interesses do setor privado no público. A referência à discussão empreendida pela autora é relevante para a compreensão da conjuntura social, histórica, política, econômica e institucional da constituição do SUS e seus impasses. Outrossim, a fragmentação do trabalho relatada pelos profissionais do nosso estudo não é uma característica particular desse território. Mas é, antes de tudo, a expressão do acometimento de um modo específico de produzir a vida no qual prevalece o individualismo e o privado ao coletivo e o público, as necessidades do mercado às necessidades humanas, o trabalho alienado ao trabalho emancipador.

Sendo a ESF uma estratégia da APS, na qual também se situam as equipes da UBS, a atuação das Equipes da ESF não deveria, idealmente, estar separadas da atuação dos demais profissionais da Unidade e vice-versa, pois ambas estão inscritas nos mesmos princípios e pressupostos da Atenção em Saúde voltada para o cuidado integral, territorial e longitudinal. Desse modo, parece que antes mesmo de investir na articulação do dispositivo da APS com a RAS e os serviços da rede intersetorial, é necessária a atenção à integração dos processos de trabalho no interior da Unidade. Nesse ponto é fundamental o trabalho da Gestão (especialmente do próprio equipamento e no âmbito municipal) na organização dos fluxos e protocolos de trabalho, nas reuniões de equipe, na efetiva implementação da Educação Permanente e até mesmo na mediação de conflitos. Além disso, a reivindicação por melhores condições de trabalho e acesso à saúde, com o envolvimento da população e da comunidade é uma via necessária na politização da práxis, necessariamente implicada em um posicionamento ético. Acreditamos que esse conjunto de elementos não apenas tornaria as ações em saúde mais efetivas, mas também seria uma estratégia de atenção à saúde da/o trabalhador/a.

Adiante, o atendimento às situações de crise, conforme já relatado no núcleo anterior, é uma demanda frequente, acolhidas na própria Unidade e, em casos, acolhidas e encaminhadas para o CAPS de referência. Assim como já foi referenciado no núcleo anterior, há relatos de que usuárias/os frequentemente buscam a Unidade com quadros de crise: *"*[...] *toda semana tem pelo menos uns quatro, cinco casos"* (Hibisco). Casos de tentativa de suicídio, ainda

segundo Hibisco, foram cerca de quatro atendimentos no último ano. Diferencia, nesse sentido, as intervenções propostas a depender da gravidade da crise: *"Assim, a gente primeiro... faz a triagem [...] Então eu faço aquele acolhimento inicial, faço a ausculta, converso, explico o que vai acontecer..."*. Hibisco ainda explica que na atenção imediata à crise de ansiedade, em geral, é feita a prescrição de Diazepam e que posteriormente é dada a continuidade para um tratamento.

Lembramos que a crise, de acordo com Amarante (2007), "[...] é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos" (p. 83). Nesse sentido, Jardim e Dimenstein (2007) analisam que os "definidores da crise" comumente são as pessoas próximas ao sujeito tido como "louco", que de algum modo o acompanham ou tutelam. As autoras propõem uma "*ética-cuidado* pactuada" (p. 183, destaque das autoras) na qual, ao invés da lógica do atendimento às urgências psiquiátricas, se realize uma "*atenção urgente à **pessoa** em crise*" (p. 183, destaques e grifo das autoras). Na mesma direção, Lobosque (2015) reafirma que a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica só é possível com a garantia do atendimento às crises sem a necessidade de recorrer ao hospital psiquiátrico. Assim a autora discorre sobre a abordagem às situações de crise a partir dos princípios norteadores do acolhimento, da autonomia, da garantia de direitos, do cuidado pactuado e da mediação de conflitos de modo que as medidas involuntárias sejam exceção. Por esse caminho, portanto, ampliamos a compreensão da crise como uma manifestação patológica que diz respeito apenas ao indivíduo, convergente com a posição de que a saúde mental deve ser compreendida em suas múltiplas determinações e do imprescindível posicionamento ético na atuação.

Também foram relatadas situações de crise associadas ao uso incorreto das medicações, destacado, dos benzodiazepínicos, associado ao uso de quantidade de medicamento além do prescrito. Assim, Hibisco exemplifica o caso de uma usuária da Unidade a qual, após a prescrição de ansiolítico: *"*[...] *fazia um mês, e ela chegou aqui no posto gritando que acabou a medicação... o Diazepam dela... daí eu falei: Mas foi passado pra tomar dois por noite, e ela: Ah, mas eu tomei mais"* (Hibisco). Adiante:

> *Esse pessoal aí do começo, eles fazem o uso errado. Eles começam: Ah, eu estou em crise de ansiedade... estou ficando meio mal, não está dando certo, daí você pergunta: Mas você está tomando o remédio no horário certo? [...] [os] pacientes que fazem uso incorreto, eles apresentam muito mais causas de crise de ansiedade* (Hibisco).

Nesse sentido, a equipe demonstra especial preocupação com o "desmame"[197] dos benzodiazepínicos pelos quais há condições de uso abusivo e/ou dependência, conforme discutido no núcleo anterior. Para Tulipa, a busca imediata pelo acesso aos medicamentos se relaciona com o fato de que há usuárias/os que não buscam a consulta médica no período correto, antes que a medicação acabe: *"*[...] *pra você ver... se eles chegam aqui... assim, a grande maioria... deixa acabar toda a medicação... aí chega aqui e se não tem uma vaga de consulta... nossa! Exagero... Não posso ficar sem essa medicação, não posso! Entendeu? Daí é onde que já dá tumulto ali na frente"* (Tulipa). Hibisco destaca também as crises associadas ao início do uso de psicotrópicos as quais demandam atenção e manejo por parte da equipe:

> *Tem uma paciente que está aqui agora e ela veio aqui acho que dez vezes em cinco dias... com queixas inespecíficas... e fica nesse... Poderia muito bem já ter mandado ela embora [risos], mas a gente tem que cuidar porque a gente sabe que a pessoa é difícil, ainda mais nos primeiros dias de ansiolítico, das medicações de depressão [...] A gente vai cuidando, mas é... coisa séria né* (Hibisco).

Para além do manejo à crise, identificada a demanda em saúde mental, contudo, houve uma convergência dos relatos num modelo protocolar de acolhimento, atendimento, estratificação de risco em saúde mental e encaminhamento médico, seja para o seguimento do acompanhamento na própria Unidade (em casos classificados como "risco baixo", seguimento ambulatorial (para casos de "médio risco") ou para o CAPS (no "alto risco"). Em situações de crise classificadas com "alto risco", por vezes, a equipe realiza contato com o CAPS de referência e encaminha a/o usuária/o, justificando pela presença do psiquiatra: *"*[...] *às vezes por uma crise de ansiedade muito grande, né... ou às vezes está com pensamento meio, né... de pensamento suicida... daí a gente manda pra lá... e é atendido lá... porque lá tem psiquiatra, né..."* (Violeta). Por outro lado, há casos em que essa/e usuária/o referenciada/o para acompanhamento no CAPS prefere manter os atendimentos no território:

> *Ele [usuário] chega para atendimento, né, então ele recebe, faz uma classificação, faz a estratificação de risco... e aí se ele for alto risco ele vai pro CAPS, né... então, dependendo do que... a procura do paciente, né... aí o CAPS II ou o CAPS III, ou o CAPS ad ou o [CAPS] infantil... e aí tem alto*

[197] Cabe acrescentar a discussão de Andrés Techera, então coordenador do Observatório Latino-Americano e Caribenho de Direitos Humanos e Saúde Mental, no 8º Seminário Internacional: A Epidemia das Drogas Psiquiátricas "os desafios da retirada dos psicofármacos" (2024) sobre o uso do termo "desmame". Ao recuperar a etimologia do conceito, observa que: "[...] desmame é um procedimento alimentar dos mamíferos na primeira infância, quando a criança começa a aparecer o dente, está na hora de desmamar. Isso coloca, às vezes, a pessoa numa posição de infantilizada" (Techera, 2025, p. 92). Por esse caminho, emprega a definição de que se trata de uma "retirada gradual de psicotrópico" (p. 92).

> *risco, pra paciente de alto risco... o CAPS também atende como porta aberta, então às vezes quando o paciente está numa crise, não tem um atendimento pra fazer um acolhimento específico, tipo, né... aqui a gente entra em contato com o CAPS e o CAPS também faz esse acolhimento lá... mas geralmente são casos graves... Aí risco intermediário é no CISAMUSEP... então faz o encaminhamento e atende com a equipe de psicólogo lá do CISAMUSEP... e o baixo risco é aqui na UBS, que é com a psicologia* [...] *[todavia], essa nossa fila está... se prolongando, porque assim, geralmente os pacientes são mais baixo risco porque vêm por conta de ansiedade, estresse, não está naquela coisa grave... Então acaba indo com a psicologia* [...] *está com uma fila [de espera] bem extensa e então é esse fluxo que a gente segue. Em Floriano tem essa questão da distância, então tem muitos pacientes que são, que deveriam ir pro CAPS, né, então tem a estratificação de alto risco, mas eles não vão, por mais que tenha o carro que leva, é... não é a maioria, mas é uma porcentagem boa aí de uns 50... metade, assim, aí eles querem o atendimento de psicologia aqui porque é perto, está na UBS* (Violeta).

Considerando as discussões que já empreendemos acerca da Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) no Capítulo 2, desenvolvemos mais algumas análises acerca desse instrumento, visto que ele se apresentou de forma central na forma de organização do serviço e dos fluxos da Unidade. Goedert *et al.* (2023) propõem o uso da ERSM em uma clínica-escola na "triagem psicológica", para os autores esse instrumento: "[...] busca um atendimento qualificado, identificando com precisão e agilidade, para estar realizando a devida intervenção a cada necessidade presente, essa ferramenta também, possibilita o olhar técnico e facilita a dimensão da demanda em saúde mental" (Guedes *et al.*, 2020). Tomando as categorias propostas por Merhy e Franco (2008) quanto às tecnologias no trabalho em saúde, analisamos que a centralidade do uso da ERSM (ou de qualquer outro instrumento/ferramenta) nos atendimentos incorre na secundarização das tecnologias leves, isto é, torna-se mais rígido e menos criativo, sobrepõe a técnica ao aspecto relacional.

Diante de condições cada vez mais precarizadas de trabalho, das fragilidades dos processos formativos dos profissionais, incluindo a Educação Permanente e da angústia oriunda do cuidado a pessoas em sofrimento, compreendemos que o instrumento pode servir como uma resposta a essas demandas legítimas. Todavia, como consequência, estabelece-se uma relação alienada com o trabalho do cuidado com a tendência à desimplicação e desresponsabilização nesse processo. Essa arquitetura é sustentada pela ideia de que ao realizar a estratificação de risco, tendo como principal (ou único) objetivo de definir para qual serviço a/o usuária/o será encaminhado, diante da ausência de uma efetiva articulação e corresponsabilização entre os serviços, após o encaminhamento a/o usuária/o passa a ser responsabilidade de um ou outro serviço. Essa forma de intervenção é um contrassenso, especialmente à APS que tem em sua estruturação a função de coordenar a RAS, acompanhando a população de seu território

longitudinalmente, independente da existência ou não do acompanhamento em outros pontos da Rede. Reitera-se ainda a problemática acerca do conceito de "risco" em saúde mental, conforme discussão empreendida no primeiro núcleo de análise.

No âmbito da APS, Paula e Furtado (s/d) relatam a intervenção realizada junto a profissionais (médicos, enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem) em um Centro de Saúde da Família (CSF), em Sobral, no Ceará. A despeito das ressalvas em relação ao uso da ERSM, nessa experiência a intervenção com os profissionais foi acompanhada de um processo de educação na construção de um espaço de compartilhamento e trocas. Além dos sinais e sintomas descritos na ficha de estratificação, na direção do cuidado integral não restrito ao tratamento medicamentoso, segundo os autores: "A Estratificação de risco, por sua vez, lançou um olhar sobre o perfil atual das demandas de SM do CSF Junco, uma vez compreendidas como oriundas do contexto sócio-econômico-cultural" (Paula; Furtado, s/d, p. 3). Na busca pela compreensão da realidade dos serviços - altas demandas de atendimento, sobrecarga de trabalho, pressão e cobranças por produtivismo, precarização do trabalho, adoecimento das/os trabalhadoras/es - refletimos sobre a possibilidade de ampliação do uso de instrumentos que auxiliem os profissionais na produção do cuidado da população, ressaltando a importância da Educação Permanente nesse processo, sem incorrer na simples e tecnicista reprodução de um instrumental.

A utilização da ERSM dos casos de saúde mental para definição dos encaminhamentos, verbalizada nas entrevistas do nosso estudo, converge com a realidade de outras UBS do município em tela. Em 2018, a pesquisa de Cardoso *et al.* (2020) entrevistou 29 profissionais da Estratégia da Saúde da Família em seis das 34 Unidades com maior fluxo de atendimentos de saúde mental. A partir dos relatos, os autores sistematizaram um fluxograma que apresenta: 1) a UBS como porta de entrada, seja pelos encaminhamentos do ACS ou pela demanda espontânea; 2) a realização da triagem "acolhimento"; 3) a Estratificação de Risco em Saúde Mental. A partir daí, a usual classificação em nível do risco: 1) baixo risco (acompanhamento na UBS; participação em grupos terapêuticos + orientações); 2) médio risco (acompanhamento de psicologia e de psiquiatria, além do direcionamento para o acompanhamento na UBS); 3) alto risco, sem situação de "surto" (encaminhamento para o CAPS e, após a alta, re-estratificação e notificação da UBS; alto risco, em situação de "surto" (encaminhamento para a "Emergência Psiquiátrica" e, após a alta, notificação da UBS[198]. Desse modo, na análise sobre o fluxo estabelecido:

[198] Informações presentes no fluxograma desenvolvido pelos autores, a partir dos relatos dos participantes do estudo - Figura 1 (Cardoso *et al.*, 2020, p. 5).

> [...] os pacientes encaminhados para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) acabam voltando para a atenção primária visando dar prosseguimento à assistência e ao processo terapêutico, seja para estabilizar o quadro anterior de crise ou para reavaliar e gerar nova estratificação de risco pelo serviço especializado (Cardoso *et al.*, 2020, p. 7).

Torna-se evidente que nessa configuração o instrumento de ERSM não se apresenta como uma ferramenta auxiliar na produção do cuidado em saúde mental, mas sim como o critério - padronizado - na lógica do encaminhamento e, assim, reproduzindo um modelo tradicional de atenção. Os autores destacam que não houve referência ao apoio matricial e corroboram outros estudos que o afirmam como uma estratégia capaz de superar a lógica da "referência e contrarreferência" em direção ao trabalho no território envolvendo os profissionais dos diferentes serviços, a comunidade e as/os usuárias/os.

Especificamente em relação ao instrumento em questão, a demanda por uma padronização apresenta relação com a existência de divergências de avaliações entre os profissionais. Embora alguns profissionais apontem benefícios na sua utilização, como a diminuição da sobrecarga de trabalho, também houve o relato de falhas do instrumento, destacando a sua extensão, a dificuldade de compreensão e a presença de aspectos ambíguos em seu conteúdo. A despeito da realização de capacitações para o uso da ferramenta de ERSM para os profissionais da saúde após a sua implantação, a necessidade de formação para as demandas em saúde mental na APS foi destacada nas entrevistas. Se por um lado a função desempenhada pelos ACS foi reconhecida, ainda predomina a visão do psicólogo como o maior responsável pelo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Entre os desafios identificados, também se encontram a falta de estrutura física adequada para os atendimentos e a comunicação entre os serviços da Rede.

Destarte, atestando o estudo supracitado, o relato de Violeta sobre os encaminhamentos para acompanhamento de Psicologia e a existência de uma alta demanda diante da grande fila de espera para atendimento reforça a visão do profissional como especialista em saúde mental. Outro aspecto que desvela o viés biomédico é a centralidade do encaminhamento médico. Cabe ressaltar que esse modelo se refere à organização no SUS e à formação ainda hegemônica na área da saúde, não sendo, portanto, uma particularidade dessa Unidade e sim uma expressão da totalidade histórica na qual se insere. A este respeito, ensejamos dois pontos: a análise crítica da constituição do modelo de saúde que, sem desconsiderar o caráter progressista do desenho do SUS, pelas suas contradições históricas manteve elementos convergentes à lógica biomédica

da atenção. Em segundo lugar, por se tratar da nossa formação, teceremos alguns apontamentos específicos à constituição histórica do campo da Psicologia.

Kimati, Cruz e Amarante (2023) ampliam o olhar aos desafios para a produção do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, no seu âmago, diante dos arranjos institucionais e históricos que organizam a RAS, exemplificando:

> [...] um usuário em seguimento na atenção primária que demande um atendimento com um médico especialista (como um psiquiatra), é encaminhado num procedimento que funciona como uma transferência de serviços e de responsabilização. Este processo de encaminhamento pressupõe uma relação de poder, na qual este se concentra em serviços e em especialistas que se encontram em instâncias do sistema que teoricamente possuem maior densidade de tecnologias. O poder, neste caso, diz respeito à capacidade diagnóstica, definição de condutas, o que confere ao especialista o caráter de autoridade para organização das práticas de toda a rede (p. 21-22).

Com a recuperação dessa incisiva crítica, afirmamos que a identificação da/o psicóloga/o – ou de qualquer outra categoria profissional – no lugar de especialista não é uma exclusividade de uma área específica, tampouco se trata de recair na própria crítica, responsabilizando individualmente as/os profissionais. Tais conjunturas históricas apontam para a profundidade da problemática ainda maior. Destarte, ao que tange ao segundo ponto que queremos destacar, cabe acrescentar a valiosa contribuição de Bock e Gonçalves (2020) na revisitação histórica do contexto de constituição da Psicologia como Ciência e Profissão no Brasil nos dá elementos para a compreensão dos desafios que enfrentamos hoje, não apenas no "fazer psi', mas também no seu lugar ocupado – e reconhecido – socialmente. Em seus primórdios, na década de 1960, a Psicologia notadamente tinha caráter elitista e adaptacionista do sujeito, com referências colonialistas, europeias e estadunidenses, ao projeto do capital de modernização do país, de modo que a desigualdade social, a pobreza, o racismo eram desprezados por esse projeto de Psicologia no Brasil. As autoras discorrem sobre as contradições e os movimentos de resistência, desde o período da ditadura militar até a promulgação da Constituição Federal (1988) e a implantação das políticas públicas no país. Por esse caminho, enfatizam a necessidade da categoria da historicidade como essencial à compreensão do sujeito no seu contexto histórico e social e da impossibilidade de uma psicologia neutra, apartada da política (Bock; Gonçalves, 2020). Destarte, no complexo movimento da realidade, a despeito de inquestionáveis avanços da Psicologia no compromisso social voltado para a "[...] contribuição para a vida coletiva" (Santos, 2017, p. 224 *apud* Bock; Gonçalves, 2020, p. 29), a Psicologia ainda não superou plenamente a sua perspectiva

individualizante. Em nossa prática profissional ainda encontramos colegas psicólogas/os, além da Saúde, na Assistência Social, na Justiça, etc., que situam a sua prática na década de 1960, isto é, na tendência à reprodução de estigmas e concepções a-históricas e naturalizantes do sujeito e das relações sociais.

Outrossim, a tendência do capital nas políticas neoliberais que valorizam a produtividade e o corporativismo afetam o trabalho tanto pela via institucional, visto que o modelo posto trabalha com indicadores e metas mensuradas em produtividade, quanto pela via ideológica, como ao modo gerencialista de gestão do trabalho (Gaulejac, 2007). Entre essa perspectiva e o acolhimento à demanda da população, destacamos a avaliação de Tulipa:

> *Agora não porque a gente está com essa... com essa queixa aí maior porque... esse médico... tudo o que vem, que... ele atende, entendeu? Mas antes dele, não... era aquela quantidade de paciente, pronto, acabou. Entendeu? Não queria saber de ficar atendendo grande quantidade... E às vezes havia a necessidade, assim, de encaminhar pra UPA... fazer o quê? O médico está aqui agora... está, mas ele está atendendo, ele tem uma grande demanda... que tem uns que atendem mais devagar e outros mais rápido... né... mas ele tinha atendimento ainda e... Agora, esse, não, esse é rápido e atende um monte. Então... tudo o que vem, porque a gente já orienta... Já deixa marcada a próxima [consulta], porque a cada 60 dias, né... porque a... na verdade a agenda está lá na frente, né... mais de 30 dias... até que não tem tanto, mas é mais de 30 dias uma vaga daí... então a gente já sempre orienta... Mas mesmo assim... Ah, mas meu remédio acabou... ainda mais quando é dia que a Farmácia Móvel está aqui... daí é aquele tumulto* (Tulipa).

Desse modo, a valorização do aspecto quantitativo em detrimento do qualitativo nos atendimentos, e a falta de suporte citada por alguns profissionais para a realização das reuniões de equipe, se expressa na realidade do serviço, desvelando ainda a expressiva demanda diante da precarização do trabalho. Na análise dos padrões de desgaste e reprodução social (Laurell, 1989 *apud* Almeida, 2018), consideramos as condições particulares das/os trabalhadoras/es de saúde. A revisão bibliográfica de Brito *et al.* (2012) sobre as produções científicas nacionais, de 1996 a 2011, sobre a saúde de trabalhadores da saúde, destaca que a exposição à violência foi um tema que se sobressaiu nos trabalhos analisados. Embora esse elemento não tenha emergido nas entrevistas, validando os achados do estudo supracitado, a referência à (sobre)carga de trabalho foi destacada em nossa pesquisa. O estudo de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016) sobre a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadoras/es da APS em um município baiano, a despeito da utilização de parâmetros diagnósticos do modelo biomédico, apresenta interessantes dados para análise. A pesquisa considerou aspectos sociodemográficos, o tipo de vínculo trabalhista, a organização do trabalho e a (in)satisfação

com o trabalho. Embora a comparação com estudos sobre profissionais da saúde de outras regiões brasileiras tenha identificado diferenças entre eles, as autoras também comparam os seus resultados com outras categorias ocupacionais:

> A prevalência global de TMC[199] foi de 22,9%, sendo mais elevada do que a encontrada em outros grupos ocupacionais como motoristas e cobradores de ônibus da cidade de São Paulo (20,3%)[22] e industriários, 11,6%[23], o que evidencia que as questões relativas à saúde mental são muito relevantes nesse grupo de trabalhadores (Carvalho; Araújo; Bernardes, 2016, p. 9).

As autoras também identificam a maior prevalência de adoecimento em mulheres e em profissionais com condições mais precárias de trabalho como baixos salários e baixo reconhecimento social. No estudo, a menor prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores com vínculos de trabalho temporários, contrária à literatura que identifica a estabilidade do vínculo trabalhista[200] como constituinte de uma condição de proteção. Todavia, as autoras analisam o potencial adoecedor da sobrecarga de trabalho ao longo dos anos e consideram a necessidade de considerar a complexidade de outros elementos envolvidos nesse processo.

A demanda por ações à saúde do trabalhador foi destacada pelos profissionais, além da própria vivência no trabalho, já referenciada nos núcleos anteriores ao abordarem a compreensão e as demandas de saúde mental (destacando a sobrecarga de trabalho, a ansiedade e o esgotamento mental), como uma demanda diretamente verbalizada: *"Eu achava que... eu queria participar, queria estar no meio deles [usuários]... pra saber também... porque eu sei de pessoas, que contam muito pra mim... mas é, a gente, vamos falar assim... porque tem gente que não se abre né"* (Calêndula), referindo-se à sugestão de um trabalho de grupo com usuários e profissionais para tratar de questões de saúde mental e medicação, entre outras, complementou ao final: *"*[...] *Eu acho que... bom, pra mim, eu gostaria de ter... ah, não sei... uma reunião assim"* (Calêndula). Girassol avalia que: *"*[...] *deveria tentar ter mais projetos de comunidade, pros funcionários"*. Para Perpétua, a sugestão é de que essa atenção fosse mais individualizada:

> [...] *Eu acho assim, que em questão de funcionário... eu acho que tinha que ter mais uma atenção também pros funcionários, em questão de saúde mental, né... mais um acompanhamento, assim... tinha que ter um... uma abertura com*

[199] Transtornos Mentais Comuns (TMC).
[200] Como projeto político do uso da máquina pública para fins privados, vivenciamos nesse momento ataques à classe de servidores públicos com a ameaça de uma reforma administrativa. "Reforma administrativa em marcha à ré: a volta da PEC 32". Fonte: https://fonacate.org.br/noticia/artigo-reforma-administrativa-em-marcha-a-re-a-volta-da-pec-32/.

> *os funcionários... conversar com a psicóloga, assim... às vezes... talvez uma vez por mês... assim, pra ver como que está a saúde mental* (Perpétua).

A este respeito é importante frisar que a demanda de saúde mental das/os trabalhadoras/es, presente nos relatos, desponta também as estratégias desses profissionais na lida com suas próprias condições de sofrimento relacionadas ao trabalho. Assim, destacam a própria condução dos grupos terapêuticos, as reuniões de equipe e o acolhimento mútuo como recursos empregados no cotidiano do serviço, como destacado na fala de Violeta: *"*[...] *não só pra população, às vezes até pra nós... né... profissionais de saúde... como, às vezes a Azaleia, ela adora falar isso: 'tem que cuidar de quem cuida... porque se a gente não cuidar da gente, quem é que vai cuidar, né!?'"* (Violeta). Assim, na relação entre os profissionais: *"*[...] *a estratégia que a gente faz aqui, é um apoiando o outro [...] a gente vem, a gente tenta fazer esse acolhimento, o suporte com ela [colega]... não é uma coisa que vem de cima"* (Violeta).

Retomando os processos de trabalho, recuperamos a informação de que a UBS do estudo não possui em sua equipe um profissional farmacêutico. Desse modo, os psicotrópicos são dispensados duas vezes ao mês pelo serviço "Farmácia Móvel". As/os profissionais entrevistadas/os relatam que nos dias de dispensação desses medicamentos há uma alta demanda de atendimentos na Unidade, observação que corrobora a percepção dos profissionais de que no território muitas/os usuárias/os fazem o uso dessa categoria medicamentosa. Numa das visitas à Unidade foi possível conhecer esse Serviço, todavia, não foi possível realizar a entrevista com o profissional de referência, pela falta de tempo, visto que esse profissional fica à disposição para as dispensações durante todo o período (segundo relato, com cerca de 50 atendimentos por período), sendo possível apenas uma conversa informal entre os atendimentos. Embora o farmacêutico atenda a Unidade há cerca de sete anos e considere que essa permanência contribua com a construção do vínculo com as/os usuárias/os, na observação realizada foi possível identificar que a estrutura física da Farmácia Móvel não contribui para um atendimento acolhedor e com privacidade. Os usuários chegam com a receita médica para retirada da medicação, a entregam por meio de um balcão (na lateral de uma van adaptada) e aguardam a entrega dos medicamentos. No breve período em que foi possível acompanhar esses atendimentos, inferindo que pelas próprias condições desse Serviço, não foram observadas intervenções de acolhimento e orientações, no sentido de um acompanhamento do tratamento psicofarmacológico.

Na conversa com o farmacêutico, ao perguntar sobre a sua percepção em relação ao uso de psicotrópicos da UBS Floriano, comparando com outras Unidades, o profissional afirmou

que observa que em todas elas o uso de psicotrópicos é grande. A fim de exemplificar, falou de uma Unidade específica que possui apenas uma equipe de ESF e no "grupo só de psicotrópicos" atende 400 usuários, e no "grupo de psicotrópicos que é junto com o hiperdia" mais 400, segundo informação que a diretora dessa Unidade teria lhe passado. Quanto à UBS Floriano, afirmou não ter conhecimento dos números dos acompanhamentos aos usuários que usam psicotrópicos. Indagado sobre a sua percepção em relação ao perfil dos usuários (por faixa etária ou sexo/gênero), afirmou que percebe que é muito variado, atendendo "de tudo", desde crianças, jovens, adultos a idosos. Nos processos de trabalho da Unidade não foi referenciado, tampouco observado em campo a integração entre o profissional farmacêutico e os demais profissionais no acompanhamento do cuidado às/aos usuárias/os por meio de discussões de caso, interconsulta ou mesmo o encaminhamento de demandas identificadas de ambos os lados. Avaliamos que esse arranjo, embora a proposta definida pelo município seja de oferta de "assistência farmacêutica integral", não se realiza pela própria organização do serviço, caracterizando assim um atendimento de dispensação de psicofármacos e não de acompanhamento à população.

Diversos estudos demonstram que a falta de acompanhamento do uso contínuo de medicamentos controlados e a prática de renovação de receitas médicas é uma realidade nos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2023; Caminha *et al.*, 2021; Silva *et at.*, 2016) e uma das expressões do processo de medicalização (Cassiano; Marcolan; Silva, 2019 *apud* Santos *et al.*, 2023a). Pontes e Silveira (2017) discutem a dependência de psicotrópicos (especificamente de benzodiazepínicos) e relacionam o uso abusivo dessas substâncias a uma questão cultural e à ausência da farmacovigilância nos serviços. Nesse sentido, destacamos que o profissional farmacêutico, pelos conhecimentos do núcleo do seu saber específico, apresenta um importante potencial na integração às equipes da APS para o enfrentamento dos efeitos iatrogênicos e problemáticos do uso de psicotrópicos.

A articulação com a RAS foi referenciada de forma mais individual, caso a caso, conforme a necessidade, por meio de contatos telefônicos realizados com os profissionais dos CAPS ou das UPA e tendo o prontuário eletrônico como uma ferramenta de comunicação entre os serviços. Para as/os usuárias/os do território acompanhadas/os pelo CAPS não há ações específicas compartilhadas entre serviços na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e, por outra via, também não foram mencionadas ações de Apoio Matricial do CAPS na Unidade. Contudo, a UBS mantém o acompanhamento a essas/es usuárias/os:

> [...] *a gente também acompanha aqui... a gente faz a renovação da medicação, a gente acompanha, vê exames... paciente com crise, tipo a... a paciente da medicação que veio 10 vezes [citada no início da entrevista]... ela já teve várias crises de ansiedade também... a gente faz o acolhimento, a gente vai cuidando dela também por aqui* (Hibisco).

Conforme relato de Gérbera, nas situações de encaminhamentos para o CAPS, embora seja um serviço "porta aberta" para o acolhimento em situações de crise, em algumas situações específicas, conforme a demanda do caso, ela realiza contatos diretos com os profissionais com quem tem contato. Os encaminhamentos para a rede socioassistencial, por sua vez, são formalizados por meio de ofícios, conforme o protocolo da Secretaria de Assistência Social:

> *É, tem algumas pessoas, né, que eu já tenho um contato mais... íntimo, né, que eu falo pelo celular, pelo contato lá, ligo e falo, sobre uma situação... por exemplo, o acolhimento no CAPS... o acolhimento é... você pode chegar lá e qualquer pessoa te atende, é rodízio, né... Mas, né... como se trata de uma coisa bem... bem delicada, né, por exemplo, tem um adolescente que estava vivendo igual um bicho aqui, né... então ele precisava de um acolhimento mais especializado de uma pessoa, e tal... um psicólogo, né... Aí a gente fez essa articulação, fiz o contato, né... "Olha, existe uma demanda aqui em Floriano... você não pode fazer o atendimento?" Então a gente foi lá, né, levou o adolescente até lá [...] aí quando é... pro CREAS, é... pra Rede Socioassistencial que a gente fala, né... são os serviços de Assistência [Social] mesmo, né... existe um fluxo definido... pela própria SASC daqui que é tudo enviado via Ofício* (Gérbera).

Pela análise das entrevistas, portanto, é possível compreender que as ações intersetoriais estão mais voltadas para a necessidade de encaminhamentos do que outras ações de acompanhamento conjunto. Além das reuniões semanais da ESF na Unidade, são realizadas reuniões mensais da rede intersetorial das quais participam as áreas de Medicina, Enfermagem, Psicologia e, a cada 15 dias, Serviço Social. Violeta esclarece que esse grupo:

> [...] *foi formado pelas Secretarias que é a RIPS né, que eles chamam de Rede Intersetorial para Proteção de Violências, e aí nessa reunião de RIPS participam a Saúde, o Serviço Social [Assistência Social], representado pelo CRAS aqui em Floriano... e pelo CREAS que vem do Iguaçu... aí Centro Esportivo e Educação... Educação municipal e estadual, e o... vem sempre o Conselho Tutelar, né* (Violeta).

Todavia, assim como nas reuniões internas da Unidade, Violeta menciona dificuldades para participação na reunião intersetorial frente à exigência da realização dos atendimentos às/aos usuárias/os:

> [...] *infelizmente foi uma reunião que... começou bem, mas ela ficou meio capenga por conta dos horários, né, que trocou profissional... e aí a gente não conseguiu participar da última, da penúltima... a última a gente nem ficou sabendo do dia... então essa falta de comunicação, e assim, a gente participa também conforme a liberação, então a gente não conseguiu também ser liberado para participar, então nas duas últimas reuniões a gente não conseguiu, a gente não participou... mas está tendo e é pra ter... até depois chegou comunicado aqui pra gente participar, né, ou seja, um representante... Mas aí vai voltar em agosto... então...* (Violeta).

Sobre a participação nessas reuniões, tomamos a fala de Gérbera na comparação com a percepção da articulação em Rede diante das mudanças na organização do trabalho após o fim do NASF e, especificamente, em relação às demandas de saúde mental que não são o foco específico desses encontros:

> [...] *como teve a pandemia, né... começou vindo aos poucos... A minha parte eu não consigo fazer... coletiva... Eu participo de... de Redes de Violência, tudo... é... aqui eu participava aqui que era vinculado a Floriano, agora eu estou... Floriano acho que ficou... acho que ficou tanta demanda... uma Rede só aqui, né... só que daí ficou só a psicóloga e a enfermeira... a psicóloga e a enfermeira, né... Tem essa Rede de Proteção Social... é, de violência, né... que é identificado questão de faltas, alguma situação que é identificada... Mas não direcionado especificamente para a saúde mental, né... Mas esse é um núcleo que pode ser discutido, de repente, necessidades de saúde mental, levar mais à frente, né... e aí depende de quem está à frente* (Gérbera).

Tulipa menciona a existência de encaminhamentos da Rede para atendimento na UBS e avalia que na maior parte dos casos as/os usuárias/os não participam por livre vontade: *"O que vem mais, que frequenta mais aqui, porque é praticamente obrigado... é quando vem do Conselho Tutelar... do Ministério Público, entendeu? Porque daí eles são obrigados a comparecer"* (Tulipa). Destaca, assim, as situações de demandas das unidades escolares encaminhadas ao Conselho Tutelar e casos de agressão à pessoa idosa, pelo Conselho do Idoso. Ainda sobre a reunião intersetorial, Tulipa denomina como *"*[...] *o grupo da Agente Paraná... que é discutido também esses casos ali... é... Que às vezes é até pra passar por psicólogo também, né, demandas de psicólogo, né... e aí a equipe se reúne... dá prioridade pra esses casos e já faz busca ativa"* (Tulipa). Adiante, explica que: *"*[...] *esse encontro aí, que é uma vez no mês, né... faz esse encontro com a escola, CRAS... tem Conselho Tutelar também, que é envolvido... então uma vez por mês tem esse encontro daí que é discussão dos casos daqui mesmo, né... da nossa comunidade"* (Tulipa). Especificamente sobre a relação com a Rede de Educação, Girassol avalia a falta de corresponsabilidade em alguns encaminhamentos e de diálogo entre os serviços:

> *É, encaminhamento... respinga depois, para as ACS... Daqui pra lá às vezes não tem nada porque... assim, dá a impressão que às vezes eles querem lavar as mãos e jogar para o posto... E existem coisas que o próprio, quer ver... teve um caso que a criança estava doente, eles mandaram pra cá já com o diagnóstico... [risos]... pra simplificar a coisa, estava escrito o que era* (Girassol).

O trabalho desenvolvido por Facci, Silva e Ribeiro (2012) sobre a relação entre o fracasso escolar e a medicalização da infância, relaciona-se com a prática das autoras na supervisão de estágio na área de Psicologia Escolar na qual os encaminhamentos de crianças com queixas escolares, diagnóstico de hiperatividade e/ou déficit de atenção e uso contínuo de Ritalina é frequente. As autoras também destacam que o expressivo aumento de uso de medicamentos dessa classe é noticiado pela grande mídia. Nesse sentido, avaliam que: "Desde o final do século XIX existe uma parceria entre a Psicologia, a Pedagogia e a Medicina para compreender o mau desempenho escolar que alia as queixas escolares aos problemas de saúde" (p. 158). Mais de 10 anos depois dessa publicação, a fala de Girassol e os outros elementos que fomos identificando em nossa pesquisa evidenciam uma continuidade dessa epidemia.

No curso das entrevistas, frente aos desafios para a produção do cuidado e para a atenção à saúde mental, incluindo as/os trabalhadoras/es, os próprios profissionais destacaram a demanda por capacitações profissionais, especificamente sobre os temas de saúde mental, medicação, APS e RAPS, como sugestões de melhoria:

> [...] *eu acho importante seria no sentido mesmo de... capacitar mesmo, os servidores... ter mais capacitação... pros profissionais... é... entender o que é o processo do Programa... eu acho que... dentro dessas capacitações... tá... tudo bem, tem gente que vai manter a mesma linha de pensamento... mas... eu acho que ajudaria bastante* (Camélia).

> *Apesar que nem todo mundo assim... a gente fala assim, né... questão de capacitação pra esse tipo de coisa, né... a gente tem? Tem, só que tem horas que eles são muito superficiais, deveriam aprofundar mais pra gente ficar assim... mais evoluído, né... porque as coisas vão mudando e a gente vai ficando um pouquinho perdido... Porque daí, eu vou e leio, estou fazendo uma capacitação, sempre estou fazendo alguma coisinha lá... mas tem gente que é parado, não consegue entender, não consigo lidar com tal situação... Eu acho, assim, que vai mais da capacitação* (Dália).

E, nesse sentido, Dália reitera a importância de unificação de todas/os as/os trabalhadoras/es da Unidade, na crítica a uma perspectiva hierarquizada entre as profissões: *"*[...] *não é específico, assim, pra gente... é geral... Ah, mas é assim... Ah, é só pra médico, ou*

só pra enfermeiro, né... [...] Teria que ser geral, pra todo mundo" (Dália). Gérbera fala da existência de uma Gerência de Saúde Mental na Secretaria relacionando-a à RAPS:

> [...] *é um jogo de forças hoje, pra Saúde, né... então é vista, no meu ponto de vista, assim, e até de estudando um pouco, eu vejo que ela é um pouco fora, parece que ela é separada, né... e ela tem que ser conjunta ali com a Saúde porque nós somos a ponta, né... E a gente não consegue também sozinhos... a gente precisa ter um fortalecimento também, porque somos em poucos... é... eu acho que se tivesse maior... é conscientização... Existem trabalhos, existem congressos, existem várias coisas, mas de forma muito genérica, né... tipo, "ah, tem... quem quiser ir, vai"... Não é obrigatório ou então não existe uma capacitação obrigatória... esses profissionais que atuam pra poder... ter saúde mental, ela precisa ser considerada... não chegou ainda, né... [risos]* (Gérbera).

A Educação Permanente é uma Política Nacional instituída pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 definida como: uma "estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor" (Brasil, 2004b), cujas funções são:

> I - *identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir* estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
> II - *mobilizar a formação de gestores de sistemas*, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
> III - *propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais* orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
> IV - *articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino*, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
> V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
> VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e
> VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País (Brasil, 2004b, grifos nossos).

Desse modo, a realização de pesquisas na área da Saúde são intervenções relevantes para a identificação de necessidades das formações dos profissionais e, consequentemente, na

proposição de estratégias para o atendimento a essas demandas. A referida Portaria também destaca a função da articulação entre a Saúde e as instituições de ensino, das quais destacamos a Universidade pública. A política pública e saúde prevê ainda a organização de Colegiados de Gestão para a implementação das ações de Educação Permanente, prevendo ainda o seu financiamento pelo Ministério da Saúde. Cabe destacar a Educação Permanente em relação à capacitação. Embora os profissionais tenham utilizado com frequência o termo "capacitação", a Educação Permanente remete, para além de ações de aprimoramento profissional e conhecimento teórico e técnico, a uma estratégia voltada para a mudança institucional, como uma estratégia sistemática e global. Desse modo, "nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente" (Brasil, 2009, p. 40). Esse processo requer ainda o planejamento estratégico levando em conta as particularidades de cada serviço no qual se insere. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a diferencia ainda da Educação Continuada ao questionar a reprodução do modelo escolar e acadêmico à medida em que propõe inverter a lógica desse processo. Portanto, a despeito da referência à necessidade dos profissionais como capacitações, observamos que as falas tangenciam às especificidades da Educação Permanente:

> *Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho*. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. *Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais*, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo (Brasil, 2009, p. 45, grifos nossos).

Por esse caminho, destacamos a relevância das estratégias do Matriciamento e do Apoio Institucional na produção do cuidado em saúde mental no âmbito da APS (Campos, 2016). A fim de ilustrar o matriciamento na prática, tecemos algumas linhas na apresentação da experiência desenvolvida em um Distrito[201] do município de Salvador que pode inspirar outras iniciativas. O primeiro ponto destacado é a cooperação técnica entre a Universidade pública e os serviços de saúde, por meio do Programa de Residência de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), a

[201] O projeto foi iniciado em 2010. Na apresentação do território do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), as autoras destacam a baixa cobertura da atenção básica, um forte histórico manicomial e de desassistência após o fechamento do hospital psiquiátrico no território, as concepções de cuidado pautadas na medicalização e os sentimentos de medo e angústia por parte dos profissionais diante do não saber como lidar com as demandas de sofrimento psíquico (Moreira; Nascimento, 2016, pp. 349-350). A explanação dos resultados dessa intervenção é pormenorizadas nos capítulos seguintes na mesma obra.

partir de quatro principais grupos de ações: “1) análise e apoio institucional; 2) educação permanente; 3) articulação do cuidado em rede; 4) intervenções culturais” (Moreira; Nascimento, 2016, p. 349). Principiando pelo conhecimento da realidade e do território, os objetivos, métodos e instrumentos foram construídos coletivamente, no modelo de cogestão, incluindo a criação de espaços coletivos.

A partir das oficinas iniciais - nas quais foram abordados temas como os sentidos atribuídos ao processo saúde-doença, o cuidado ofertado às pessoas em sofrimento psíquico, a proposta da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, a construção de redes de atenção e apoio - foram construídas equipes de referência com profissionais dos CAPS e da APS (ACS, enfermeiras e demais profissionais do PSF). Entre os instrumentos construídos no processo do matriciamento, as autoras destacam: a ficha para o levantamento dos casos de saúde mental no território, instrumentos de comunicação no processo de referência e contrarreferência e o Projeto Terapêutico Singular. No retrato do cotidiano do matriciamento, descrevem algumas das ações desenvolvidas:

> [...] as visitas domiciliares conjuntas, a atenção domiciliar dos casos de isolamento social, as interconsultas, a participação de profissionais dos CAPS em grupos desenvolvidos pela atenção básica, a participação dos ACS em reuniões técnicas dos CAPS, a discussão de temas de saúde mental junto à equipe da atenção básica e comunidade e a organização de atividades na comunidade e em outros dispositivos locais (Moreira; Nascimento, 2016, p. 355).

Sem desconsiderar que a realidade dos serviços encontra impasses para a efetivação do matriciamento, entre eles, a reprodução da fragmentação do cuidado em saúde e a imposição de arranjos estruturais que se colocam na posição contrária à defendida pelo SUS (Santos; Bosi, 2021), a baixa cobertura da APS, a falta de suporte técnico-assistencial às equipes por parte da gestão, a precarização do trabalho concomitante a altas demandas que acabam culminando na lógica ambulatorial (Moreira; Nascimento, 2016), há avanços significativos que devem ser valorizados. Da experiência de matriciamento apresentada, destacam Moreira e Nascimento (2016):

> 1) [...] a articulação efetiva e contínua entre CAPS e as USF, além da integração nas ações de outros dispositivos de saúde e intersetoriais; 2) a identificação e registro dos casos de sofrimento mental nas áreas de cobertura da atenção básica; 3) a ampliação do acesso dos usuários em sofrimento mental [...] 4) a construção de estratégias de cuidado integral aos sujeitos em sofrimento mental, com a corresponsabilização das equipes da atenção básica junto a esses

> casos; 5) a intervenção na cultura local, na relação com a loucura a partir de ações na comunidade (p. 359).

Especificamente em relação ao quinto ponto sintetizado pelas autoras que se refere à dimensão sociocultural (Amarante, 2007), destacamos a sua relevância no processo de mudança do imaginário social assentado no estigma da loucura, e ainda pela instância da do protagonismo e da participação comunitária da construção das políticas públicas. Nesse sentido, além da necessária capacitação dos profissionais, entre os desafios na produção do cuidado com as condições de sofrimento psíquico, Hibisco avalia a importância de conscientização da população sobre saúde mental:

> *Então eu acho que seria legal... não sei como a gente poderia fazer isso... mas o paciente se conscientizar mais da questão de saúde mental dele... porque o pessoal acha que saúde mental é... a maioria acha que é besteira, que é coisa da cabeça, que está fazendo graça, que está querendo chamar a atenção... E não é. Então as pessoas têm meio que esse preconceito ainda... seria legal... não sei como poderia fazer isso, mas tipo, campanhas de mostrar que saúde mental é uma doença, assim... não besteira da pessoa, que eu acho que é o maior medo das pessoas: Ah, não sou louco, não preciso de psiquiatra, não sou louco, não estou louco, não estou maluco... Então eu acho que esse é o maior empecilho aí, o paciente se tratar, por causa disso... Ele fala da medicação psicotrópica, fala da psiquiatria, fala da psicóloga... não sou louco, não sou louco... Então é esse preconceito maior que existe ainda* (Hibisco).

Quanto a essa demanda identificada por Hibisco, Tulipa sugere:

> [...] *eu acho que melhoraria um pouco se conseguisse, né... mais informações. Passar mais informações com palestras... né... é... ou até folders, assim, que chegassem até o conhecimento dessas pessoas... porque eles não dão muita atenção pra folders, pra cartazes, essas coisas... não dão muita atenção ou `as vezes nem querem mesmo, né... mas assim... uma... igual, aquele grupo ali que tem, né.... Ali no meio tem muitas pessoas, não sei se você chegou a conversar...mas tem muitos ali que fazem uso... bastante... de medicação controlada, entendeu? De estar... tendo ali um contato, uma conversa, porque ali já, né, naquele grupo ali já vai pegando mais amizade, mais confiança no profissional... então ir, dando essas informações... sobre a medicação controlada, entendeu? E se tivesse mais conhecimento... [...] Sobre a dependência que causa também, né... sei lá, eu acho que... não sei, eu acho que essas informações aí... ajudaria, assim... eles terem mais conhecimento, né* (Tulipa).

Encaminhando para o fechamento da discussão da produção do cuidado e, dialogando com os atores sociais desse estudo, apresentamos a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como uma potente estratégia na oposição à medicalização da vida. Com origem na década de

1990 no Canadá, o Guia GAM foi adaptado à realidade brasileira[202] e há mais de 10 anos diversas experiências exitosas e inspiradoras têm sido realizadas em diferentes regiões do país (Santos *et al.*, 2023b; Ferreira; Caliman; César, 2021; Rosa *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020; Caron; Feuerwerker, 2019). Ferreira, Caliman e César (2021) apresentam sumariamente o Guia da GAM como um instrumento composto por conteúdos que objetivam "[...] incitar a reflexão sobre as experiências com uso de medicamentos", na valorização das singularidades, como uma ferramenta "[...] com caráter provisório e aberto", e que, portanto, "[...] possibilita movimentos diversos" (p. 16). Para Caron e Feuerwerker (2019): "O dispositivo auxilia desestabilizar o estatuto de 'doente mental' e da 'doença mental' e, assim, promove uma redução de danos iatrogênicos produzidos pelas relações no campo da medicalização da saúde e da vida" (p. 22, destaques dos autores).

Rosa *et al.* (2020) explicitam o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde no município de São Paulo em parceria com a uma universidade iniciado no ano de 2016, incluindo as ações de formação, a formação de um "Comitê Gestor" e de um "Coletivo GAM" como um espaço de partilha e análise dos processos de trabalho, com a participação de trabalhadores, gestores, docentes, usuários e pesquisadores. Os autores avaliam as ressonâncias da experiência GAM desenvolvida por esse grupo como uma radicalidade - que compreendemos como o movimento de ir até a raiz - dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do SUS, as quais sintetizamos: a concepção do sujeito em sua integralidade, a promoção da sua autonomia e do seu protagonismo diante da mudança do seu lugar social e da ativa participação nos processos decisórios, tanto do seu próprio projeto de cuidado quanto da política pública; a produção de cuidado com base territorial com a construção de espaços coletivos e redes comunitárias, em um novo "regime de afetabilidade" (p. 92); a posição de "amedicalização" (Onocko-Campos *et al.*, 2013 *apud* Rosa *et al.*, 2020, p. 92) à medida em que refuta as posições hierárquicas e de poder médico-paciente. Destarte, essa estratégia também implica em conflitos - aproximando à conceituação de crise, concebemos o seu caráter positivo pela sua potência de reorganização e de geração do novo - visto que o tensionamento das relações e da própria *práxis* é um caminho necessário quando se busca novos paradigmas. Outrossim, considerando a complexidade e os desafios, mas também as potencialidades na difícil tarefa da produção do cuidado diante de tão atrozes condições na determinação do sofrimento, os autores enfatizam a dimensão ética e política da experiência com a GAM:

[202] Referência: Onocko-Campos, R. T. O, *et al.* (2012). Adaptação Multicêntrica do Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 16(43), pp.967-980. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/S1414 32832012005000040.

> Este sofrimento sociopolítico em meio a contextos de vulnerabilização tem lugar de acolhida no grupo GAM que produz tanto o reencantamento da vida e a ampliação dos laços sociais (resultando num reposicionamento do lugar do remédio), mas principalmente produz a possibilidade de análise dos modos pelos quais se produz o sofrimento, sendo a classe, além da raça, gênero e idade, relações de poder que ganham modulações importantes na produção do sofrimento (Rosa *et al.*, 2020, p. 94).

Pelas discussões que empreendemos até aqui, reafirmamos a defesa de que a produção do cuidado e de vida, frente à dimensão política do sofrimento, se encontra na via da coletividade. Como seres sociais, a construção de *elos* é vital à produção de sentidos, pois somente nos tornamos humanos na relação com os outros (Vygotski, 2004). Corroborando a concepção espinosana, os afetos alegres são potência de agir (Espinosa, 1957 *apud* Sawaia, 2009, p. 367). Por esse caminho, concordamos com a compreensão de que os afetos possuem uma dimensão ética e política, pois afetar-se é posicionar-se no mundo. Referenciando Espinosa (1988), Sawaia (2009) apresenta os três personagens que sustentam a servidão, contrária à liberdade (e à emancipação humana):

> [...] o homem das paixões tristes, o homem que explora essas paixões, que precisa delas para manter o seu poder, e o homem que se entristece com elas – enfim, o escravo, o tirano e o sacerdote, respectivamente. O tirano precisa da tristeza das almas para triunfar, do mesmo modo que as almas tristes precisam do tirano para se prover e propagar. O que os une é o ódio e o ressentimento contra a vida (p. 367).

Essa metáfora nos auxilia à compreensão da nossa forma de sociabilidade, e é também uma provocação para o agir. Reconhecer a realidade – com as desigualdades, as violências, as injustiças sociais e a medicalização da vida nela presentes – é um passo necessário para a sua transformação. Mas, para além disso, é necessário organizar a raiva e promover afetos alegres para a expansão da nossa potência de agir, e assim, para que *"amanhã não seja só um ontem com um novo nome"*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Me amarré una corbata y se cerró mi corazón
Me tapaba todo el pecho escondiendo un dolor
Me arranqué todas las ropas y entonces desnudo
Tomé en mis manos mi corazón y se abrió como una flor
Y se abrió como una flor"[203]

Ao final deste trabalho, consideramos importante indicar com quais interlocutores dialogamos ao longo do processo da escrita, isto é, para quais destinatários dedicamos estas reflexões. Mesmo se tratando de uma dissertação de mestrado em um Programa de Pós-Graduação em Psicologia, muito além de pesquisadoras/es dessa área, desejamos que esta pesquisa seja acessível para profissionais de outras áreas de formação, dado o caráter multi e interdisciplinar da atuação no SUS. E mais, acreditamos na importância da produção científica em linguagem acessível à população, não se restringindo à área acadêmica. Com esses objetivos, a forma de exposição do texto intenciona ser um convite às/aos leitoras/es para nos acompanhar no desenvolvimento de nossas ideias, inclusive para que possam refutá-las. Ademais, compreendemos que o atual modo de produção da vida atravessa também o modo de produzir ciência. Desse modo, nos parece uma tarefa fundamental, especialmente nesse período histórico, retomar e reafirmar os pressupostos filosóficos e epistemológicos que sustentam a nossa visão de mundo e de ser humano, como um imperativo ético e político. Nesse caminho, também buscamos incluir produções artísticas, na reiteração do potencial da arte como promotora de sentidos às nossas vivências, e notícias contemporâneas a fim de exemplificar as discussões, e ainda como uma forma de registro histórico do nosso tempo.

No percurso da presente pesquisa examinamos as relações entre a produção do cuidado em saúde mental e as práticas de medicalização da vida no contexto da APS, na perspectiva de profissionais de uma UBS do distrito de um município de médio porte no interior paranaense. Tendo como referencial filosófico e epistemológico o Materialismo Histórico-Dialético, dedicamo-nos ao movimento de análise do concreto ao concreto pensado, a partir da historicidade na qual o serviço de saúde do estudo está inserido. Por esse caminho, compreendemos que as reflexões acerca das particularidades do delimitado campo de estudo desvelam, além das características singulares desse território, contradições presentes na totalidade do modo de produção da vida do atual período histórico.

Como toda atividade se dirige à satisfação de determinadas necessidades e motivos, cabe salientar que a demanda para a realização da pesquisa teve como ponto de partida o movimento

[203] Trecho da música "Como una flor", de Francisco el Hombre (2016).

organizado de trabalhadoras/es da RAS do município em tela, comprometidas/os com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Atenção Psicossocial frente aos desafios impostos pela medicalização da vida. Assentado no paradigma biomédico, esse processo incorre no reducionismo dos sujeitos a objeto da ciência médica cujo poder extrapola os limites do interior dos serviços de saúde. Isto é, na medicalização a ordem médica é fluida e difusa no cotidiano da vida e atravessa outros saberes e instituições, de modo que, como exemplos, um sinal de desatenção ou um sentimento de tristeza são apropriadas como transtornos, mesmo que de forma descontextualizada, e não apenas por profissionais da saúde, mas também pela população. Entre as suas manifestações, destacamos o uso/consumo de psicotrópicos como resposta imediata, seja para o alívio das condições de sofrimento ou para a adaptação dos sujeitos às exigências do sistema produtivo (Alvarenga; Dias, 2021). Compreendemos que a atenção à saúde mental centrada na psicofarmacoterapia se limita ao âmbito da aparência, isto é, sem que a essência dos processos constitutivos do adoecimento seja desvelada.

Dessarte, ao analisarmos o expressivo aumento de diagnósticos psiquiátricos, sobretudo a partir do DSM-III (APA), na década de 1980, identificamos o alargamento de seus critérios de modo que muitos sinais e sintomas passaram a ser incluídos na nosografia de novos transtornos mentais, ou seja, trata-se de um aumento artificial. A ampliação dos quadros diagnósticos está diretamente relacionada ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, pois para cada nova "descoberta", há uma infinidade de opções terapêuticas para a regulação química cerebral. Não por acaso, a história da psiquiatria moderna é marcada pelo massivo financiamento de pesquisas por parte de grandes laboratórios farmacêuticos. A análise desse percurso desvela graves problemas éticos e falta de rigor científico em estudos que disseminaram o uso de medicamentos de forma "acriteriosa" com notados interesses financeiros (Cordeiro, 1985; Whitaker, 2017). De modo alarmante, destacamos que a aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica não possui caráter marginal no campo da saúde, ao contrário, esse arranjo construiu e legitimou a tese de que os transtornos mentais são causados por desequilíbrios químicos no cérebro e que a única forma de corrigi-los é por meio de drogas psiquiátricas, sem, contudo, considerar que o próprio uso desses medicamentos modificam o funcionamento cerebral, assim como os efeitos iatrogênicos desses tratamentos (Whitaker, 2017).

Todavia, com essas afirmações não advogamos aqui pela abolição das drogas psiquiátricas, tampouco desconsideramos a existência de uma expressiva parte da população em condição de sofrimento psíquico no atual período histórico. A nossa crítica parte da compreensão das fragilidades epistemológicas da psiquiatria moderna para a qual a explicação

do adoecimento se encontra determinadamente no próprio organismo biológico (Freitas; Amarante, 2015; Caponi, 2018) e, consequentemente, do uso/consumo abusivo e indiscriminado dessas substâncias como principal ou única terapêutica, inclusive nos serviços da APS (Bezerra et al, 2014; Molck; Barbosa; Domingos, 2021; Pereira et al., 2021). É necessário, portanto, apreender a complexa síntese das múltiplas relações que constituem o ser humano no caminho do enfrentamento da medicalização da vida para desnaturalizar o que é determinadamente social e histórico.

Nessa empreitada, os desafios postos remetem ao questionamento da hegemonia do saber desse campo do conhecimento, bem como à crise da produção acadêmica num período de desvalorização e esvaziamento da ciência no qual ascendem o irracionalismo, o negacionismo e a normalização do uso de Inteligência Artificial (IA) para as atividades de estudo e pesquisa. Por esse motivo, iniciamos o nosso trabalho pela fundamentação teórica e epistemológica que sustenta a nossa visão de mundo e de ser humano. O padrão marxiano de ciência, diferenciando-se dos padrões greco-medieval e moderno, propõe uma perspectiva ontológica, social e histórica. Isto é, não se trata de uma gnosiologia na qual a ciência "descobre" ou subjetivamente constrói o conhecimento, tampouco de uma ontologia de determinação metafísica (Tonet, 2013).

Outrossim, a contextualização das condições históricas e sociais nas quais Marx e Engels desenvolveram o Método do Materialismo Histórico-Dialético é importante para a compreensão da mudança paradigmática na forma de conceber o sujeito e o conhecimento como possibilidades concretas, em dado período histórico. Assim, ao invés de operarmos com "conceitos", como construções teóricas que explicam por si mesmas o funcionamento da realidade, apreendemos "categorias" como expressões de modos do ser. É nesse sentido que apreendemos o trabalho como a categoria fundante do ser social, ou seja, à medida em que transforma a natureza para a satisfação de suas necessidades, o ser humano transforma a sua própria natureza (Marx, 2013). Esse fato histórico faz parte do curso histórico do desenvolvimento da humanidade e não é encontrado no reino animal, sendo exatamente essa característica que torna o ser humano (Marx; Engels, 2005). Nesse recuo das barreiras naturais (Lukács, 1979), o ser humano, por óbvio, não perde a sua condição de organismo vivo, ocorre que no seu desenvolvimento histórico as leis biológicas do desenvolvimento subordinam-se às leis sociais do desenvolvimento (Vygotski, 2004). Isto porque a superação, na perspectiva marxiana, significa conservação e não supressão (Netto, 2020).

É nesse sentido que afirmamos a necessidade de uma Psicologia de base marxista na recusa a teorias psicológicas que partem da compreensão de um psiquismo universal e a-

histórico. O modo do intercâmbio do ser humano com a natureza para a produção e reprodução das condições necessárias à sua existência é também o que orienta o curso do seu desenvolvimento geral, da sua consciência, da linguagem enquanto um sistema de signos, da ideologia, da filosofia, da arte, da política e de todas as outras produções tipicamente humanas (Leontiev, 2004; Marx; Engels, 2005). Destarte, no modo de produção capitalista a sua forma de organização é pautada no antagonismo de duas classes sociais, a burguesia, detentora dos meios de produção, e a classe trabalhadora que vende a sua força-de-trabalho em troca de um pagamento como forma de obter os seus meios de subsistência. Nessa relação o capitalista se apropria de parte do trabalho produzido pelos trabalhadores, a mais-valia. O movimento do capitalismo é a contínua valorização do capital (Marx, 2013) e o modo de trabalho é o trabalho alienado (Marx, 2010). As leis do seu desenvolvimento servem às necessidades do mercado em detrimento das necessidades humanas, ou seja, a produção não é voltada para o pleno desenvolvimento e emancipação humana, de todos os indivíduos da espécie, pois a manutenção do antagonismo de classes é a premissa do desenvolvimento do próprio sistema (Oliveira, 2001).

Com esses pressupostos nos dedicamos à compreensão da saúde, da sua dimensão enquanto parte do desenvolvimento e da vida humana, e dos aspectos institucionais da organização dos modelos de atenção à saúde, na aproximação com o objeto do nosso estudo: a produção do cuidado em saúde mental e o processo de medicalização. Como política pública, a constituição do SUS é permeada por contradições intrínsecas à luta de classes, destacada a relevância da participação popular e de trabalhadoras/es da saúde, em meio ao processo de redemocratização do país. As mudanças implementadas a partir da criação do SUS possibilitaram significativos avanços na melhora da qualidade de vida e saúde da população brasileira (Mendes, 1996). Todavia, sem que pudesse concretizar de forma plena os seus princípios em função de suas determinações sociais e históricas. O avanço das políticas neoliberais acentua o caráter reformista e reacionário da ideologia burguesa e da luta de classes (Soares, 1999; Menicucci, 2007; Cislaghi, 2015). A análise do contexto da APS, desde a promulgação da primeira PNAB, em 2006, desvela contradições entre os avanços e os retrocessos nessa arena política de interesses de classes (Morosini; Fonseca; Lima, 2018), conjunta e analogamente ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção da RAPS e a contraposição do projeto de Contrarreforma vigente (Nunes et al, 2019; Kimati; Cruz; Amarante, 2023).

A APS e a Atenção Psicossocial compartilham dos mesmos princípios na defesa da produção do cuidado integral e no território, voltada para a produção de autonomia e na

valorização das singularidades dos sujeitos. Esse paradigma opõe-se ao modelo hegemônico biomédico e, desse modo, à medicalização da vida, a qual compreendemos como uma nova forma de manicomialização (Zanella et al, 2016; Caponi, 2018). A especificidade do cuidado longitudinal na AB, como coordenadora e ordenadora da RAS, pelas valises das tecnologias leves e leve-duras do trabalho em saúde (Merhy; Franco, 2008), lhe confere um alto grau de complexidade. Diante da perspectiva da promoção e da educação em saúde, estima-se que 80% dos problemas e agravos em saúde poderiam ser resolvidos no âmbito da AB (Machado; Fonseca; Borges, 2014). Especificamente na produção do cuidado voltado para as demandas de saúde mental, concernente aos princípios da Reforma Psiquiátrica, esse nível de atenção também ocupa um lugar estratégico diante do seu potencial de ações e articulações no território (Yasui, 2010).

Sem perder de vista que o Método não se dissocia da teoria, assim como a teoria não está apartada da prática, para a aproximação da realidade a qual pretendemos analisar recorremos aos recursos metodológicos de entrevistas semiestruturadas e da observação participante no território. Optamos pela conversa com as/os trabalhadoras/es para a compreensão dos processos de trabalho na saúde, atentando-nos às dimensões que permeiam o cuidado, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (Amarante, 2007). Nos encontros com o território, além da realização das entrevistas, foi possível transitar pelos serviços e participar de algumas atividades com as/os profissionais e usuárias/os. Nas análises, as abstrações objetivaram à apreensão do movimento e da totalidade, do concreto ao concreto pensado, dos significados aos sentidos atribuídos pelos sujeitos participantes da pesquisa.

A discussão dos resultados foi organizada em três núcleos de análise, didaticamente separados, contudo, imbricados entre si. No primeiro, denominado “Saúde mental: um ideal de felicidade a ser perseguido?”, discutimos sobre as concepções acerca da “saúde mental”, em busca dos referenciais que sustentam a visão das/os profissionais. Nesse caminho, identificamos aspectos positivos, no sentido da saúde mental como um estado de bem-estar, e, por outro lado, negativo, na qual a existência de problemas ou conflitos é denominada em oposição ao estado de saúde. Em resposta à pergunta sobre a compreensão de “saúde mental”, alguns profissionais remetem a um “estado emocional” em contraposição à “saúde física”, sendo esta mais facilmente percebida/identificada que a primeira. Os relatos também remetem a condições de vida, como as relações familiares e sociais, trabalho e questão financeira, todavia, na maior parte dos casos, com a ausência de um referencial teórico que explique essas relações. Esse achado ratifica a literatura científica da área reiterando a importância da fundamentação

epistemológica com os conceitos e categorias com as quais se trabalha (Alcântara; Vieira; Alves, 2022). À exceção, uma das falas faz menções à definição da OMS sobre saúde, ao modelo biopsicossocial e à integralidade. Na análise de cada uma delas, identificamos, respectivamente: a visão positiva – e de ideal inalcançável – da saúde como um completo estado de bem-estar físico, psicológico e social. Por fim, a integralidade, como princípio do SUS, se apresenta mais próxima da compreensão dialética da singularidade-particularidade-universalidade (Oliveira, 2001). Todavia, ainda que haja muitos trabalhos na área abordam a integralidade, ressaltamos a necessidade de clareza no embasamento epistemológico dessa categoria.

No segundo núcleo, "Raízes do adoecimento e da medicalização: 'Tristeza não tem fim… felicidade sim'", trabalhamos dois paradigmas a partir das demandas em saúde mental presentificadas nas entrevistas: por um lado, a perspectiva biomédica do adoecimento e, por outro, a compreensão da determinação social dos processos saúde-doença. De forma expressiva, em termos diagnósticos, as/os profissionais destacam os quadros de "ansiedade" e "depressão". O uso abusivo de álcool é percebido no território, sobretudo, na população masculina, todavia, sem que essa demanda chegue ao serviço de saúde de forma significativa. O individualismo, denominado como "carência" aponta para o esvaziamento das relações afetivas, sociais e comunitárias. Embora alguns profissionais apontem que as demandas são variadas em relação ao gênero e à idade, o atendimento a mulheres e à população idosa aparece com mais frequência nos relatos, além dos encaminhamentos de crianças e adolescentes pela Rede de Educação. O atendimento a situações de crise de ansiedade, inclusive pela abstinência de benzodiazepínicos, também é uma demanda no cotidiano das/os profissionais.

Nos casos dos profissionais que identificam uma diferença nas demandas de saúde mental entre homens e mulheres, há a percepção de que os homens buscam menos atendimento em saúde, por uma questão cultural, e que a sobrecarga de trabalho de mulheres, nas duplas e triplas jornadas de trabalho incluindo o cuidado doméstico e familiar, são fatores relacionados ao adoecimento dessa população. Nesse sentido, a predominância da medicalização e prescrição/uso de psicotrópicos ratifica os achados na literatura (Alvarenga; Dias, 2021; Molck; Barbosa; Domingos, 2021).

No caso dos idosos, foram citadas situações denominadas como negligência e a falta de convivência familiar e comunitária. Desse modo, o encaminhamento a outros serviços como da Assistência Social e do Ministério Público para demandas de acolhimento institucional também se faz presente. A literatura aponta para o uso significativo de psicotrópicos por parte da população idosa (Nordon et al, 2009; Silva et al, 2023). Em relação às crianças, diante dos

encaminhamentos oriundos da escola, as/os profissionais frequentemente mencionam problemas relacionados à aprendizagem e os transtornos do desenvolvimento, além de conflitos familiares e violências. A medicalização da infância e da adolescência diante de queixas escolares não é um fenômeno novo (Facci; Silva; Ribeiro, 2012), e hoje percebemos o uso das tecnologias como um elemento importante a ser considerado (Borges, 2021). Uma das falas destaca, no entanto, o uso das redes sociais como um dos fatores decisivos no desencadeamento de quadros de ansiedade entre os adolescentes.

É relevante destacar que o trabalho – atividade guia do desenvolvimento da fase adulta – é referenciado de forma expressiva na relação das condições de adoecimento da população. Por um lado, pelo excesso de demandas de trabalho, situações de pressão e cobranças por produtividade, conflitos no trabalho e até mesmo pela dificuldade de usuárias/os em se ausentar da atividade laboral para os atendimentos de saúde. Nesse aspecto, da sobrecarga de trabalho, frequentemente as/os profissionais se identificam, incluindo as suas próprias vivências. Por outro lado, a ausência de atividade e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, relacionada também a particularidades do território, estão relacionadas às condições de adoecimento da população.

Além da relação com o trabalho, gênero e faixa etária, embora citada diretamente no roteiro de perguntas, a raça não é mencionada em nenhuma das entrevistas. Em nossa perspectiva, o não dito também é objeto de análise. A invisibilidade da questão racial em nosso país deve ser compreendida no contexto do racismo estrutural (Werneck, 2016) no qual o mito da democracia racial (Carneiro, 2019) tende a reproduzir a falácia liberal da igualdade, negando assim a existência dos sistemas de opressão e exploração.

Ao aprofundarmos a compreensão acerca das demandas em saúde mental da população a partir dos relatos das/os profissionais, recorremos às contribuições da Teoria da Determinação Social dos Processos Saúde-Doença (Breilh, 2006 *apud* Almeida, 2018), da Patopsicologia Experimental de Zeigarnik (Silva, 2014) e da Psicologia na perspectiva marxista, destacando as referências de Vygotsky, Leontiev, Luria e outras/os pesquisadoras/es dedicados ao estudo da periodização do desenvolvimento na Psicologia Histórico-Cultural. Diferenciando-se das teorias anteriormente apresentadas, nessa perspectiva afirmamos a determinação social e histórica. Esse paradigma opõe-se à lógica biologizante do modelo biomédico, e tampouco considera suficiente apreender classe, raça e gênero como determinantes de saúde, visto que essa posição incorre na relativização dessas categorias como fatores ou variáveis e que então poderiam ser suprimidas. Trata-se de uma unidade biopsíquica, que apreende o sujeito na totalidade. Outrossim, a análise das condições de adoecimento, como sofrimento psíquico,

considera os padrões de desgaste e reprodução dos grupos sociais, isto é, da relação entre a perda e a possibilidade de reposição da capacidade efetiva e/ou potencial biológica e psíquica no desenvolvimento dos sujeitos (Laurell, 1983 *apud* Almeida, 2018).

Com esse olhar nos voltamos às análises das demandas em saúde mental da população identificadas pelas/os profissionais. Compreendemos, portanto, que as condições de sofrimento são determinadas na concretude das formas de produção e reprodução da vida, de modo que a condição de adoecimento de uma mulher, negra, trabalhadora e periférica, como exemplo, deve ser apreendida na totalidade que a constituem. Destarte, se um diagnóstico de ansiedade que, para os critérios da psiquiatria moderna é centrado na identificação de sintomas e explicado por alterações químicas, na perspectiva aqui assumida levamos em consideração as relações de classe, do trabalho alienado e da sua divisão social, o patriarcado e o racismo. Na análise do desenvolvimento do psiquismo, o adoecimento se relaciona com as mudanças na estrutura da atividade quanto às necessidades e à hierarquia de motivos. Como exemplo, no caso do alcoolismo, se antes o uso/consumo de bebida alcoólica tinha como necessidade a socialização no contexto de comemorações, na condição patológica as necessidades e os motivos se dirigem para o uso/consumo em si (Zeigarnik, 1976/1981 *apud* Silva, 2014). Em todo caso, certamente, não se perde de vista o contexto sociocultural na constituição das necessidades e motivos que são determinadamente históricos. No caso da anorexia, por exemplo, não é possível desconsiderar os padrões de beleza que valorizam a magreza e que são socialmente impostos, sobretudo, às mulheres (Almeida, 2018).

Por fim, no terceiro núcleo, "Produção do cuidado: amarELOS", desenvolvemos as análises sobre a organização e os processos de trabalho na UBS, contrapondo a perspectiva da produção do cuidado no território às práticas de medicalização. Na lógica do cuidado territorial, destacamos os grupos realizados na UBS, a saber: o grupo de atividade física, o grupo de pintura em pano de prato e o grupo de tabagismo. As visitas domiciliares são identificadas como importantes estratégias no acompanhamento em saúde da população, com destaque à função dos ACS na identificação de demandas. O acolhimento, como dispositivo que valoriza o aspecto relacional e da produção de vínculo, convergente aos princípios da PNH, inclusive em situações de crise, também é um recurso empregado pelas/os profissionais do estudo. As reuniões de equipe multiprofissional, do PSF e intersetorial também são espaços importantes na produção do cuidado e, inclusive, como processo protetivo para a saúde mental das/os profissionais pela potência do trabalho coletivo e do acolhimento mútuo.

Todavia, o caminho da efetivação de tais estratégias não é isento de dificuldades e desafios. Em primeiro lugar, destacamos a precarização do trabalho e o atravessamento da

lógica produtivista como parte da totalidade na qual o serviço está inserido. Nesse bojo, vivenciamos o avanço das políticas neoliberais no projeto político do sucateamento do serviço público de modo geral, somado ao caráter reacionário dos ataques às políticas públicas. Esses elementos impactam diretamente nos processos de trabalho e na saúde das/os trabalhadoras/es. Tais demandas são expressas nos relatos de sofrimento relacionado à pressão, à sobrecarga e à fragmentação do trabalho. Nesse contexto, o desmantelamento das equipes do NASF se apresenta como um marco importante diante da interrupção do trabalho interdisciplinar e intersetorial outrora realizado. Segundo os relatos, essas equipes ocupavam um lugar estratégico na articulação das equipes da UBS com outros serviços da Rede, na realização de visitas domiciliares, na participação ativa das reuniões de equipes e na referência aos acompanhamentos de usuárias/os, entre outras ações. Como terceiro ponto, relacionado aos primeiros, a falta de suporte e investimento por parte da Gestão. A carência de materiais para a realização das atividades do grupo de artesanato, a dificuldade para a utilização do espaço do Centro Comunitário para a realização dos grupos e os empecilhos para a participação das/os profissionais nas reuniões de equipe são elencadas como desafios na efetivação dessas estratégias.

Além dos atendimentos realizados pela UBS, as/os profissionais destacam as atividades do Centro Esportivo do Distrito como um importante recurso do território, na compreensão da atividade física como um elemento fundamental para a saúde mental. Todavia, cabe observar que no período da realização das entrevistas, o equipamento havia sido parcialmente reinaugurado, após um período em que esteve fechado para reforma. Ademais, no contato com o território, um recurso de enorme potencial não identificado pelas/os profissionais é o projeto das hortas comunitárias. Ao visitar uma das duas hortas do Distrito, identificamos a sua relevância como dispositivo de geração de renda e de organização de redes comunitárias e solidárias. Ressaltamos ainda a presença do apoio técnico da Universidade pública às famílias agricultoras. Outro recurso de geração de renda é desenvolvido no âmbito da Unidade Assistencial do Distrito, o projeto das Arpilleras. Esse serviço também desenvolve, mensalmente, um encontro com a comunidade no espaço do Centro de Convivência, além do acompanhamento às famílias no PAIF. Observamos que a existência dessas férteis atividades e serviços no território possuem a potencialidade de ampliação e fortalecimento dos recursos territoriais se mobilizada a articulação entre eles. Acrescentamos ainda que ações envolvendo a Secretaria Municipal de Cultura parecem não ser acessíveis ao Distrito, com a exceção de algumas festas/eventos esporádicos. Tanto nas entrevistas quanto nas visitas a outros serviços do território não identificamos projetos relacionados à cultura e à arte.

Quanto ao fluxo de atendimentos às demandas de saúde mental na UBS, após o acolhimento, a equipe utiliza o instrumento da ERSM para a definição da referência de acompanhamento da/o usuária/o, conforme a avaliação do risco. Na análise desse desenho de protocolo, que não é exclusivo desta UBS no município, observamos que não estão incluídas ações de acompanhamento/participação no acompanhamento da UBS nas situações de encaminhamento para referência de outros serviços. Desse modo, predomina a lógica da responsabilização por serviços conforme nível de complexidade, contrária à lógica do cuidado territorial. Nesse sentido, o serviço da Farmácia Móvel, que dispensa psicotrópicos duas vezes ao mês na UBS, também não se apresenta de forma articulada com a equipe da UBS no acompanhamento das/os usuárias/os, convergente à proposta da assistência farmacêutica integral. Novamente reiteramos que o arranjo da organização do serviço se apresenta como um empecilho para a efetivação desses propósitos. Com a alta demanda de atendimentos e falta de local adequado para um atendimento mais próximo e com privacidade, no período em que o profissional de farmácia está na UBS (mais especificamente, na van adaptada onde funciona o serviço), sua atuação fica restrita à dispensação de medicamentos.

Adentrando especificamente o assunto da prescrição/uso/consumo de psicotrópicos, a equipe apresenta um olhar crítico quanto ao uso excessivo desses medicamentos por parte da população, bem como do uso inadequado e da automedicação. Na compreensão das implicações do uso abusivo e prolongado dos benzodiazepínicos, a equipe realiza um trabalho de educação junto à população nos atendimentos individuais, com a retirada gradual dessa medicação. Nesse processo, a equipe também reorganizou a forma de dispensação das prescrições de psicotrópicos. Anteriormente, conforme relatos, as receitas médicas ficavam à disposição das/os usuárias/os para retirada na recepção. A definição da exigência de agendamento de consulta médica tem como objetivo o acompanhamento do tratamento. Todavia, as/os profissionais também relatam que ainda há queixas por parte da população ao não perceber a importância desses atendimentos para além do acesso à medicação.

Reconhecendo a importância da participação das/os usuárias/os no acompanhamento de saúde, ações de educação em saúde são mencionadas como estratégias importantes e necessárias. A este respeito, considerando a significativa demanda relacionada ao uso de psicotrópicos, avaliamos a possibilidade de implementação da GAM na UBS como meio de possibilitar o desenvolvimento da autonomia e da produção de vínculos sociais e comunitários entre usuárias/os e profissionais, convergente ao princípio do cuidado integral e territorial no enfrentamento ao processo de medicalização (Santos et al, 2023b; Ferreira; Caliman; César, 2021; Rosa et al, 2020; Santos et al, 2020; Caron; Feuerwerker, 2019). Nesse sentido, há uma

demanda expressiva por parte das/os profissionais para capacitações que compreendemos se tratar da Educação Permanente. Ressaltam a importância de que essas ações incluam todas/os as/os profissionais, sem distinção de área ou nível de formação. Outro elemento presente nas entrevistas se refere à segmentação nos processos de trabalho com a diferenciação do trabalho das equipes "da UBS" e das equipes "do PSF". Além disso, também se manifesta a necessidade de ações voltadas especificamente para a Saúde do Trabalhador, como um indicador importante que deve ser incluído na agenda da Gestão do município.

Com essas considerações, resumimos os principais pontos como sugestões à Gestão:

- A implementação da Educação Permanente na sua transversalidade, voltada para a atenção à saúde mental, que convergente à PNEPS transcende a realização de capacitações pontuais que se restringem ao modelo tradicional de ensino;
- O suporte para a manutenção e a criação de grupos terapêuticos (reiterando a potencialidade da implantação da GAM nas UBS), convergente aos princípios da PNAS e da RAPS, na priorização de ações coletivas na lógica territorial;
- A articulação com a Secretaria Municipal de Cultura nos Distritos a fim de promover parcerias e ações no território dos Distritos do município;
- O incentivo para a realização de parcerias com a Universidade, por meio de projetos extensionistas, nas UBS dos Distritos do município;
- O incentivo para a articulação com a Rede Intersetorial, valorizando os recursos já existentes no território, a fim de fortalecê-los e potencializá-los;
- O delineamento de um fluxo de atendimento não restrito ao modelo de acolhimento-ERSM-encaminhamento, em direção à lógica do Apoio Matricial e da Clínica Ampliada, a fim de fortalecer o acompanhamento articulado entre APS e os serviços especializados da RAPS;
- O restabelecimento das equipes de NASF, convergente ao modelo de atuação voltado para as ações territoriais e de educação permanente em saúde. Considerando que o foco nas ações de promoção em saúde e do cuidado integral no território, a APS apresenta capacidade resolutiva de 80% das demandas em saúde, implicando assim na redução de custos com agravos em saúde que podem ser evitados;
- O incentivo ao fortalecimento das ações de Controle Social;
- O aprimoramento do serviço da Farmácia Móvel com foco no acompanhamento farmacêutico integral, incluindo a reorganização dos atendimentos de modo a possibilitar a articulação do profissional de farmácia com as equipes das UBS no acompanhamento às/aos usuárias/os;

- A melhoria no Sistema Gestor de modo que possibilite o acesso aos dados sobre a dispensação de medicamentos com mais precisão (na seleção dos Relatórios por serviço e não apenas por profissionais);
- A implementação de programas voltados para a atenção à Saúde do Trabalhador;
- A institucionalização do Apoio Institucional na APS voltado para a saúde mental, pela compreensão de que essa estratégia é fundamental para todo o planejamento e implementação de ações e serviços.

Finalizando esta pesquisa, retomamos os motivos organizadores dessa atividade. Almejamos que o presente trabalho possa contribuir com a produção científica e que estas reflexões sejam, de alguma forma, úteis à atuação de trabalhadoras/es da área da saúde. Como produto prático, indicamos possibilidades de ações voltadas para a produção do cuidado integral e no território, em oposição ao processo da medicalização da vida. Desse modo, buscamos valorizar o conhecimento e as percepções das/os participantes do estudo, visto que as construções aqui elaboradas tiveram como ponto de partida a concretude da realidade da qual nos aproximamos. Reiteramos o nosso posicionamento ético e político com a emancipação humana na defesa da liberdade, da coletividade, da felicidade em sua dimensão ética e da expansão da nossa potência de agir. Sem perder de vista a totalidade histórica e as profundas raízes que mantêm os sistemas de exploração e opressão, acreditamos que a função da ciência é contribuir para a desmistificação de processos sociais e históricos naturalizados. A transformação radical da realidade social não se dará de forma imediata. Todavia, tampouco é uma utopia, afinal, a história faz o ser social, mas o ser social também faz a história. Que possamos desabrochar!

REFERÊNCIAS

ABDALLA, M. C. E.; C., S. R. Análise da propaganda de medicamentos dirigida a profissionais de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Brasil, v. 18, n. 1, p. 101–120, 2017. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v18i1p101-120. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/135343.. Acesso em: 24 dez. 2024.

ABRANTES, A. A.; BULHÕES, L. **Idade adulta e o desenvolvimento psíquico na sociedade de classes: juventude e trabalho**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, 2020, 2ª ed.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (SCMED). **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2023**. Brasília, 2024.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof**., vol.26, n.2, pp. 222-245, 2006.

AGUIAR, W. M. **Consciência e Atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica**. Em: Bock, A. M. B.; Gonçalves, M. G. M.; Furtado, O. (orgs.). Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2007, 3ª ed.

AGUIAR, J.; KANA, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, N. 123, P. 1205-1218, OUT-DEZ 2019.

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(1):351-361, 2022.

ALMEIDA, M. R. **Os transtornos do humor à luz da teoria da determinação social do processo de saúde-doença e da psicologia histórico-cultural**. *In*: Adriana de Fátima Franco; Silvana Calvo Tuleski; Fernando Wolff Mendonça. (Org.). Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença. 1ed.Gioânia: Phillos, 2020, pp. 191-199.

ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**. Tese (Doutorado) -Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2018, 415 f.

ALVARENGA, R.; DIAS, M. K. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade**, vol. 33, e235950, 2021.

ALVES, A. M. P. **A mediação emocional na gênese do psiquismo e sua relevância na psicologia sócio-histórica**. *In*: Alves, A. M. P.; Zaniani, E. J. M.; Moura, R. H. (Org.).

Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas. Paranavaí: EduFatecie, 2021.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, 2ª ed.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo**, 2018. 1ª ed. [recurso digital].

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, *et al.*. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. [recurso eletrônico].

ARAÚJO, S. C, *et al.* Organização do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial: uma análise documental. **Rev Enferm Atual In Derme**, 97(4): e023189, 2023.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

ASBAHR, F. S. F. **Idade escolar e atividade de estudo: educação, ensino e apropriação dos sistemas conceituais**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 171-192, 2020.

ASSIS, M. **O alienista**. *In*: Contos. São Paulo: Objetivo. 6 ed., 1999, pp. 33-87.

AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**. jul/set; 19(3): 403-411, 2016.

BACKES, M. T. S, *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; 17(1):111-7, 2009.

BAGGIO, M. A.; CONTIERO, A. P.; SCHAPKO, T. R. Práticas obstétricas e assistência ao parto: estudo de método misto. **Saud Pesq**. 17(1):e-12057 - e-ISSN 2176-9206, 2024.

BARROCO, S. M. S. ; TULESKI, S. C. Vigotski: o homem cultural e seus processos criativos. **Psicologia da Educação**, v. 24, p. 15-32, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição negada. Rio de Janeiro**. Porto Alegre: Graal, 1985.

BECKER, A. L. M. M. M, *et al.* A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação

intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização. **Rev Paul Pediatr**. 32(3): 247-251, 2014.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937–1949, jun. 2018.

BERNARO M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. Saúde ocup**., São Paulo, 36 (123): 103-117, 2011.

BEZERRA, I. C, *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 18(48), 61–74, 2014. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650

BHATTACHARYA, T. **Mapeando a teoria da reprodução social**. *In*: Bhattacharya, T. (Org.). Teoria da reprodução social: remapeamento de classe, recentralização da opressão. São Paulo: Elefante. Tradução de Juliana Penna, 2023. [recurso eletrônico].

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, vol. 13, n.1, SP. Educ. p. 59-72, 2004.

BOARINI, M. L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.

BOCK, A. M. B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**. 4(2), p. 315-329, 1999.

BOCK, A. M. B. A **Psicologia ou as psicologias**. *In*: Bock, A. M. B.; Furtado, O.; Teixeira, M. L. T. (Orgs.). Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 1999 [recurso eletrônico].

BODANZKY, L. **Bicho de sete cabeças**. Buriti Filmes; Dezenove som e imagens; Gullane; Fábrica cinema, 2000.

BORGES, R. F.; KIAN, K. O. Do Hospital Psiquiátrico à Residência Terapêutica: Trajetória de Moradoras e Moradores. **Rev. Int. Ciên. Hum. e Soc**., 3(2), e036, 2022, vol. 3, n. 2, Jul./Dez. 2022.

BORGES, R. F. **A criança de hoje na escola de ontem: reflexões a partir da psicologia sócio-histórica**. *In*: Alves, A. M. P.; Zaniani, E. J. M.; Moura, R. H. (Orgs.). Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas. Paranavaí: EduFatecie, 2021.

BORGES, R. F. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde: desafios e possibilidades**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras,

Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

BORGES, T. L, *et al*. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 28(4), 344-349, 2015.

BRASIL. **Nova indústria Brasil – forte, transformadora e sustentável: Plano de Ação para a neoindustrialização 2024-2026**. Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços, Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI). Brasília: CNDI, MDIC, 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635/2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Versão atualizada, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf

BRASIL. **Portaria nº 2.436/2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Série E. Legislação em Saúde. ISBN 978-85-334-1939-1, 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 132/2012**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde da Família. Brasília, 2010a.

BRASIL. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de

Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. v. 9. Brasília, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 154/2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MTE nº 353 de 07/03/2005**. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências, 2005a. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-353-2005_192072.html#:~:text=Institui%20o%20Grupo%20de%20Trabalho,Solid%C3%A1ria%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=VII%20%2D%20Usu%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental,a%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.

BRASIL. **Portaria nº 1.169/2005**. Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências, 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1169_07_07_2005.html.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004a.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM**. Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente, 2004b.

BRASIL. **Lei nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Matemática**. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 1988 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. **Lei nº 10.742/2003**. define as normas e regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED e altera a Lei no 6.360, de 23

de setembro de 1976, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRITO, J, *et al.* **A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa**. Em: Machado, J. H.; Assunção, A. A. (Orgs.). Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade Federal de Minas Gerais: UFMG, 2012. 164p.

BUENO, S.; LIMA, R. S. (Coords.). **Anuário brasileiro de segurança pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo, 2025.

CAMINHA, E. C. C. R *et al.* Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, P. 81-90, jan-mar 2021.

CAMPOS, G. W. S. A**porias entre saúde mental e integralidade: saúde mental, a que se destina?** *In*: Nunes, M.; Landim, F. L. P. (Org.). Saúde menta na atenção básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.

CAMPOS, D. B.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na Rede Psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 18(1):e0023167, 2020.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. *In*: Hollanda, H. B. (Org.). Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção. **Saúde Soc. São Paulo**, v.28, n.4, p.14-24, 2019.

CARVALHO, T. R. **O uso indiscriminado dos psicotrópicos e o plano de ação para sua redução na população adscrita da UBS Maria da Conceição Rezende no município de Fortuna de Minas-MG**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Sete Lagoas-MG, 2016.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O.. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.

41, 2016.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 9, n. 1, p. 121–129, jan. 2004.

CARVALHO, S .R.; MARTINS, L. M. **Idade adulta, trabalho e desenvolvimento psíquico: a maturidade em tempos de reestruturação produtiva**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, 2. ed, 2020.

CARVALHO, M. L. N, *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres no climatério na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v.27, n.5, p. 3151-3167, 2023.

CAPONI, S. **Uma Biopolítica da Indiferença: a Propósito da Denominada Revolução Psicofarmacológica**. *In*: Amarante, Paulo; Pita, Ana Maria Fernandes; Oliveira, Walter Ferreira de (Orgs.). Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018.

CARDOSO L. C, *et al.* Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**. 29:e20190191, 2020.

CATANI, J. Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. **J. psicanal.** São Paulo, v. 47, n. 86, p. 115-134, jun. 2014.

CHAVES, M.; FRANCO, A. F. **Primeira infância: educação e cuidados para o desenvolvimento humano**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 109-126, 2020.

CHEROGLU, S.; MAGALHÃES, G. M. **O primeiro ano de vida: vida uterina, transição pós-natal e atividade de comunicação emocional direta com o adulto**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 93-108, 2020.

CISLAGHI, J. F. E**lementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 2015.

CLARO, A. N. M.; BULGARELI, J. V. A judicialização dos medicamentos e os efeitos nas despesas de saúde no Brasil. **J Manag Prim Health Care**, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Com nova política para a indústria, Brasil almeja produzir 70% dos medicamentos e vacinas**, 2024. Disponível em: https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/22/01/2024/com-nova-politica-para-a-industria-

brasil-almeja-produzir-70-dos-medicamentos-e-vacinas.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Nota Técnica nº 17/2022. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção Nacional 2018. Brasília: CFP, 2019a. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília : CFP, 2019b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP**). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, 2005.

CORDEIRO, H. A Indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, 2ª edição.

CORDOVIL, F. C. S.; BARBOSA, L. C.; FERREIRA, J. C. V. Segregação socioespacial na Região Metropolitana de Maringá: antigos padrões e novas roupagens. Em: Ferreira, Antonio Rafael Marchezan; Tenella, Celene (Orgs.). Reforma urbana e direito à cidade Maringá. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes. Abrasco, 1985.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DANTAS, J. B.. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 563–580, set. 2009.

DIEESE. **Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos (salário mínimo nominal e necessário)**, 2025. Disponível em: https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html. Consulta em: 24/08/2025.

DELORS, J. Educação: **Um Tesouro a Descobrir**. São Paulo: Cortez, 1999.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba, n.24, p.213-225, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/er/a/QPr8CLhy4XhdJsChj7YW7jh/?format=pdf&lang=pt>>. bai

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. Barbacena: Editorial Presença, 2004. Tradução de Eduardo Lúcio Nogueira.

EBLING, S. B. D.; SILVA, M. R. S.; FARIAS, F. L. R. Consumo abusivo de álcool por mulheres rurais: o atendimento na Atenção Primária à Saúde. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2021; 29:e58317.

ENGELS, F. **Necessidade e acidente na história**. *iN*: Marx, K.; Engels, F. História. São Paulo: Editora Ática, 1984.

FACCI, M. G. D.; SILVA, S. M. C.; RIBEIRO, M. J. L. **Medicalização na escola e fracasso escolar: novamente a culpa é do aluno?** *In*: Facci, M. G. D.; Meira, M. E. M.; Tuleski, S. C. (Orgs.). A exclusão dos "incluídos": uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2. ed., 2012.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2024. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms**. Rome. Disponível em: https://openknowledge.fao.org/items/ebe19244-9611-443c-a2a6-25cec697b361. https://doi.org/10.4060/cd1254en

FARIA, Y. M. **I never wanna miss you again: Uma análise da utilização do Tik Tok na comunidade redpill no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Jornalismo, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2024.

FÉBOLE, D. S.; MOCHETA, M. S. **Psicologia e interseccionalidade: uma aproximação necessária para intervenção em saúde**. *In*: Zaniani, E. J. M.; Borges, R. F. (Orgs.). Psicologia e políticas públicas: perspectivas e desafios para a formação e atuação. Maringá: Eduem, 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017. Tradução: Coletivo Sycorax.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. **Psicologia e políticas públicas: apontamentos sobre os desafios da atenção e do cuidado aos usuários de álcool e de outras drogas**. *In*: Zaniani, E. J. M.; Borges, R. F. (Orgs.). Psicologia e políticas públicas: perspectivas e desafios para a formação e atuação. Maringá: Eduem, 2020.

FERRAZZA, D. A. **A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de São Paulo. Assis, 2009.

FERRETTI, C. J. A reforma do Ensino Médio e sua questionável concepção de qualidade da educação. **Estudos avançados**. May;32(93):25–42, 2018.

FILARD, A. F. R, *et al.* Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**., São Paulo, 24(2), 421-445, jun. 2021.

FONSECA, G. S.; DELLALIBERA, M. L. B.; FRIESTINO, J. K. O. O sofrimento mental e o cuidado em saúde na Atenção Básica. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, 2021.

FREIRE, K. E. S.; VIÉGAS, L. S. A queixa escolar em um CAPSi de Salvador-Bahia: uma análise a partir da psicologia escolar crítica. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 56, n. 48, p. 202-226, abr./jun. 2018.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FREITAS, F. **O passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas. Crise planetária: pandemia, desigualdades, neoliberalismo e patologização**. AMARANTE, P.;, FEITAS, F. (Coord.). 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2022. [livro eletrônico].

FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200172, 2021.

FRÓES, P. **O martelo das feiticeiras**. 17. ed. - Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2004.

FURTADO, M. **Regulação biotecnológica do sofrimento e evicção do sujeito: efeitos sobre a condição humana**. *In*: Amarante, P.; Pitta, M. .F.; Oliveira, W. F. (Orgs.). Patologização da vida: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018.

FURUYAMA, L. A.; BORGES, R. F. A dispensação de psicotrópicos na Rede Básica de Saúde do município de Maringá-PR: reflexões sobre a medicalização da vida engendrada no cotidiano. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol.15 n. 5ISSN2317-2460, 2025.

GAMA, C. A. P. DA; ONOCKO CAMPOS, R. T., & FERRER, A. L.

Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 17(1), 69-84, março, 2014.

GARCIA, T. B. **A trajetória das ações estatais na habitação em Maringá de 1947 a 1986**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2018.

GARCIA-JR., C. A. S.; PEREIRA, L. C. V. Proliferação diagnóstica e a problemática do risco no DSM-V: o caso da síndrome de psicose atenuada. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.12, n.33, p.125-142, 2020.

GAULEJAC, V. **A parte maldita do desempenho**. *In*: Gestão como doença social:

ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2007.

GAULEJAC, V**. Uma sociedade de indivíduos sob pressão**. *In*: Gestão como doença social:

ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2007.

GIORDANI, J. M. A, *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. APS**, jan./mar., 23 (1): 7 – 25, 2020.

GOEDERT, A, *et al.* Estratificação de risco em saúde mental para o processo de triagem em uma clínica escola. **Análisis y Modificación de Conducta**. Vol. 49, Nº 179, 53-59. https://dx.doi.org/10.33776/amc.v49i179.7434, 2023.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2004. Tradução. Dante Moreira Leite.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (Versão digital - Coletivo Sabotagem), 2004. Tradução: Mathias Lambert.

GOULART, M. S. B. Em nome da razão: Quando a arte faz história. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 36-41, abr. 2010.

GREGÓRIO, M. J. L.; LIMA, F. A. C. O Meu Sofrimento tem Nome, Horário e uma Tarja Preta: O Intenso uso de Psicotrópicos Como Método de Intervenção na Atenção Primária à Saúde. **Rev. FSA**, Teresina, v. 21, n. 3, art. 8, p. 178-192, mar. 2024.

GRYSCHEK G.; PINTO A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3255-3262, 2015.

HEGEL, G. W. F. **A razão na história**. São Paulo: Moraes, 1990.

HORA, D. M. Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR). Faculdade de Educação da Unicamp, 2006. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). Caderno estatístico município de Maringá, 2025. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000>.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

KIAN, K. O. **Precarização do trabalho na contemporaneidade: intersecções entre gênero, raça e medicalização**. *In*: Soldera, L. M.; Braz, M. V.; Silva, G. E. (Orgs.). Labirintos opacos: subjetividade, saúde e trabalho na condição pós-moderna, ed.1. Cachoeirinha: Fi, p. 345 – 375, 2025.

KIAN, K. O.; ALVES, A. M. P. A mercadoria-educação como projeto político e o compromisso da psicologia com a emancipação humana. Presidente Prudente, **Intertemas**, v. 32, p. 1-17, 2024.

KIAN, K. O.; FERRAZZA, D. A.; CORREA, C. M. A. Gênero e violência: um mapeamento sobre violência contra a mulher em um município paranaense. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 13**. (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2024, ISSN 2179-510X.

KIAN, K. O.; BORGES, R. F. **O trabalho na atenção psicossocial: perspectivas e trabalhadores de residências terapêuticas**. *In*: Alves, Álvaro Marcel Palomo; Zaniani, Ednéia José Martins; Moura, Renata Heller de (Orgs.). Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas. Paranavaí: EduFatecie, 2021.

KINOSHITA, R. T, *et al.* **Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade**. *In*: Nunes, M.; Landim, F. L. P. (Org.). Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.

KIMATI, M.; Cruz, N. F. O.; Amarante, P. **Medicalização da vida e modelo de cuidado em saúde mental**. *In*: Dias, M. K. (Org.). Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país. Curitiba: CRV, 2023.

LAZARETTI, L. M. **Idade pré-escolar (3-6 anos) e a educação infantil: a brincadeira de papeis sociais e o ensino sistematizado**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Org.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 129-147, 2020.

LEIBING, A.; GROISMAN, D. Tão alto quanto o morro - identidades localizadas de mulheres hipertensas na Favela da Mangueira. *In*: B. T. Ribeiro, C. C. Lima, & M. T. L. Dantas (Org.), **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, pp. 258-276, 2001.

LEITE, H. A. **A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da psicologia histórico-cultural**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LEITE, M. J, *et al.* S. Medicalização na infância: queixas escolares e práticas vinculadas à Atenção Primária à Saúde. **Revista Foco**, v.18 n.3, e8027, p.01-16, 2025.

LESSA, S. Capital e estado de bem-estar: o caráter de classe das políticas públicas. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

LESSA. S. **Abaixo a família monogâmica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LESSA, S.; Tonet, I. **Introdução à filosofia de Marx**, 2004. [Recurso eletrônico]. Disponível em: https://ivotonet.xp3.biz/arquivos/Introducao_a_Filosofia_de_Marx.pdf.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004, 2ª ed.

LEONTIEV, A. N. **Atividade, Consciência, Personalidade**. Tradução de Marcelo José de Souza e Silva, 2014.

LIMA SOBRINHO, J. I. DE, & GOIS, J. C. DA S. Individualismo capitalista e o conservadorismo contemporâneo: limites e possibilidade da socialização humana. **Contribuciones a las ciencias sociales**, 18(5), e17638, 2025.

LINHART, D. **Modernização e precarização da vida no trabalho. Em: Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil**. Antunes, Ricardo (Org.). São Paulo: Boitempo, p. 45-54, 2014.

LIPOVETSKY, G. **Penía: gozos materiais, insatisfação existencial**. *In*: A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo. Tradução de Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, pp. 157-204, 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental**. *In*: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (Org.). Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência da atenção psicossocial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 4. ed., 2015.

LOPES, J. S.; MARTINS, R. M.; GESSER, M. Ressignificando a queixa escolar: contribuições do parque para a desmedicalização da educação. **Psicologia Escolar e Educacional**. 2023, v. 27.

LUCENA, J. E. E. **O desenvolvimento da atenção voluntária na Educação Infantil: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para processos educativos e práticas pedagógicas**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Maringá (UEM), Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPI/UEM), 2016.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda, 1979. Tradução de Carlos Nelson Coutinho.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012. http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.037.

LUZ, A. S, *et al.* **Como Andam os Municípios da Região Metropolitana de Maringá: Estrutura e Organização Social do Município de Maringá**. Observatório das Metrópoles (UEM), 2020.

MACIEL, B. P.; BORGES, R. F**. Implicações bioéticas em torno de cuidados paliativos e ordem de não reanimação no contexto pediátrico**. Trabalho de Conclusão de Residência. Programa Integrado Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência. Universidade Estadual de Maringá, 2019.

MACHADO, D. F.; CASTANHEIRA, E. R. L.; ALMEIDA, M. A. S. A violência contra a mulher por parceiro íntimo nos serviços de Atenção Primária: da invisibilidade à medicalização. Botucatu, **Interface**, 29: e240275, 2025.

MACHADO, F. R. S.; FONSECA, A. F.; BORGES, C. F. **O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil**. *In*: Jorge, M. A. S.; Carvalho, M. C. A.; Silva, P. R. F (Org.). Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MACHADO, M. F. A. S, *et al.* Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v.12, n. 2 , p. 335-342, mar./abr., 2007.

MAEYAMA, M. A, *et al.* Entendendo o contexto e o papel da Atenção Básica na saúde mental. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 6, n. 1, jul. 2017.

MARTÍN-BARÓ, I. **Acción e ideología: Psicología social desde Centroamérica**. UCA Editores. 4. ed., 1990 Martín-Baró, I. Guerra e saúde mental.

MARX, K. **A introdução de 1857**. 2019. Disponível em: https://www.marxists.org/portugues/marx/1857/mes/metodo.htm.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo (trabalho original publicado em 1867), 2013. Tradução de Rubens Enderle.

MARX, K. **Trabalho estranhado e propriedade privada**. *In*: Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2010. Tradução de Jesus Ranieri.

MARX, K. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2013b.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella.

MARX, K. **Teses de Feuerbach**. São Paulo: Martins Fontes (Clássicos). Tradução de Frank Müller, 2005.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2017. Tradução de Das kommunistische manifester/Aprelskiye tezisy.

MARX, K; ENGELS, F. **A "crítica crítica" na condição de merceeira de mistérios ou a "crítica crítica" conforme o senhor Szeliga**. *In*: A Sagrada Família. São Paulo: Boitempo, 2011. Tradução de Marcelo Backes. Disponível em: https://www.academia.edu/33983261/A_Sagrada_Familia_Karl_Marx.

MARX, K; Engels, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes (Clássicos). Tradução de Frank Müller, 2005.

MATTIONI, F. C.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(8):2173-2182, 2023.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 09 [Acessado 14 Março 2025], pp. 3503-3516, 2022.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. *In*: Pereira, I. B.& Lima, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 427-432 p., 2008, 2ª edição.

MIKUNI, K. R.; MOURA, R. H. **O processo de Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): dispositivo de humanização?** Trabalho de Conclusão de Residência. Programa Integrado Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência. Universidade Estadual de Maringá, 2019.

MINAYO, M. C. S. **Metodologias de pesquisa social em saúde**. *In*: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 39-53.

MINAYO, M. C. S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. *In*: Minayo, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002, 21ª. edição.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.

MOLCK, B. V., BARBOSA, G. C., & DOMINGOS, T. DA S. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 25, 2021.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

MOREIRA, C. P.; AMARAL, C. E. M. **Ações dos agentes comunitários de saúde no cuidado em saúde mental**. *In*: Nunes, M.; Landim, F. L. P. (Org.). Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.

MORGADO, A. P. C. P. M. **A territorialização e o planejamento em uma unidade de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, pp. 11-24, 2018.

MOURA, R. H. **Inter/transdisciplinaridade em saúde: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a práxis psicossocial**. *In*: Zaniani, E. J. M.; Borges, R. F. (Org.). Psicologia e políticas públicas: perspectivas e desafios para a formação e atuação. Maringá: Eduem, 2020.

MOURA, D.; ANDRADE, L. R. Rede cegonha potencializando mudanças na formação em fonoaudiologia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 57-70, jan./mar. 2019.

NASCIMENTO, A. A. M., & BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. **Cogitare Enfermagem**, 9(1), 2004.

NAVASCONI, P. V. P. **Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIs**. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

NAVASCONI, P. V. P; MOCHETA, M. S. **A formação em Psicologia e políticas públicas: uma discussão sobre o suicídio de jovens LGBTTs negros/as**. *In*: Zaniani, E. J. M.; Borges, R. F. (Org.). Psicologia e políticas públicas: perspectivas e desafios para a formação e atuação. Maringá: Eduem, 2020.

NEIVA, T. S.; VIANNA, L. G.; MORAES, C. F. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 02, p.1418-27, Ano 2015.

NETO, O. C. **O trabalho de campo como descoberta de criação**. *In*: Minayo, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002, 21ª. edição.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):825-839, 2007.

NETTO, J. P. **Karl Marx: uma biografia**. São Paulo: Boitempo, 2020. [Recurso eletrônico].

NETTO, J. P. O que é **marxismo**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

NORDON, D. G, *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 152–158, set. 2009.

NUNES, M. O, *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12), 4489-4498, 2019.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.

NÚÑEZ, G. **Descolonizando afetos: experimentações sobre outras formas de amar**. São

Paulo: Planeta do Brasil, 2023.

OLIVEIRA, D. **Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítica**. São Paulo: Editora Dandara, 2021.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. *In*: **V Encontro de Psicologia Social e Comunitária sobre o tema: o método materialista histórico-dialético**. Abrapso-Núcleo Bauru, Neppem, Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências/Unesp-Bauru (p. 21). Bauru, Brasil, 2001.

OLIVEIRA, W. F. **Medicalização da Vida: Reflexões sobre sua Produção Cultural**. *In*: Amarante, P.; PITA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. (Org.). Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018.

OLIVEIRA, W. F. **Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde**. Saúde em Debate, vol. 32, núm. 78-79-80, enero-diciembre, pp. 38-48, 2008.

OLIVEIRA, L. M.; FREITAS, B. C. A revogação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e o desmonte da Atenção Primária à Saúde. v. 4 n. 1: **Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos: Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais; Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental**, 2022.

OLIVEIRA, A. K. S, *et al.* Perfil do uso de psicofármacos: percepções do sanitarista sobre o cuidado em saúde mental coletiva no território. **Rev. Expr. Catól. Saúde**; v. 7, n. 2; Jul - Dez; 2022.

OLIVEIRA, D. **Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítica**. São Paulo: Editora Dandara, 2021.

OLIVEIRA, F. B, *et al.* Articulação das políticas públicas de saúde mental e economia solidária - iniciativas de geração de trabalho e renda. **HOLOS**, 6, 130–140, 2018. https://doi.org/10.15628/holos.2018.5233.

OLIVEIRA, C. C.; SOUZA, F. L. M.; PENHA, J. R. L. Economia solidária na saúde mental: Iniciativas de geração de renda e trabalho. Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e50610716905, 2021. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e50610716905, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T, *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10), 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

PADIAL, R. A. **Sobre a passagem de Marx ao comunismo**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2022.

PAIVA, A. S. C. **O acolhimento de crianças e adolescentes como medida de proteção social: dilemas e contradições**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). UFSC, 2020.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. **Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental**. Curitiba, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/instrumento_de_estratificacao_de_risco_em_saude_mental.pdf.

PAULA, G. L. C.; FURTADO, L. A. R. **Estratificação de Risco em Saúde Mental: sistematizando práticas de cuidado a usuários de um Centro de Saúde da Família em Sobral – CE**, s/d. Disponível em: https://sistemas.uvanet.br/sadoc/participante/trabalho/trab_pos_1942d4286aff11b86a458e30375826dd.pdf.

PEREIRA, É. L, *et al.* Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. **Revista Polis e Psique**, 11(2), 51-71, 2021.

PESSOA SILVA, M. D.; LUSSI, I. A. O. Geração de renda e saúde mental: o cenário do município de São Carlos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2010. Disponível em: https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/33.

PINHEIRO, E. M. N, *et al.* "Eu me sentia um nada": história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32(1), e320108, 2022.

PINHEIRO, T.F, *et al.* Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.15, n.38, p.845-58, jul./set. 2011.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

PONTES, C. A. L.; SILVEIRA, L. C. Abuso de benzodiazepínicos entre mulheres: o que esse fenômeno (re)vela? **SANARE**, Sobral - V.16 n.01,p. 15-23, Jan./Jun. – 2017.

PRADO, M. **Estamira**. DVD, Cor/115 min. Brasil, Distribuição Riofilme. Zazen Produções. Audiovisuais, 2006.

RATTON, H. Em nome da razão [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 2009.

REIS, C. W.; FACCI, M. G. D. **A velhice sob o enfoque da psicologia histórico-cultural**. *In*: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (Org.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 293-318, 2020.

REGIS, K.; BASÍLIO, G.. Currículo e Relações Étnico-Raciais: o Estado da Arte. **Educar em Revista**, v. 34, n. 69, p. 33–60, maio 2018.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, dez. 2015.

ROCHA, M. N. T.; CALHEIROS, D. S.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F. Formação inicial do médico que atua na atenção primária à saúde mental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 47 (1): e001, 2023.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11), 3291-3300, 2013.

RODRIGUES, A. C.; YASUI, S. Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.20, p.1-23, 2016.

ROSA, E. Z, *et al.* Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 76–98, 2020.

ROSSI, J. P. G.; MAIO, E. Victor de Aveyron: um estudo do filme "O garoto selvagem" à luz da perspectiva histórico-cultural. **Rev. Diálogo Educ**., Curitiba, v. 22, n. 72, p. 268-286, jan./mar. 2022.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. DE; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 2001.

SANTOS, S. F, *et al.* Conferências familiares em cuidados paliativos: uma ferramenta para comunicação de más notícias em um hospice no Distrito Federal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 8, n. 18, p. e181872, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1872. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1872.

SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(5):1739-1748, 2021.

SANTOS, E. C.; ROTA JÚNIOR, C.; SAMPAIO, C. A. As formas de cuidado, na percepção do trabalhador da Atenção Primária, prestada aos usuários portadores de transtorno mental do

município de Cristália, Minas Gerais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 68-76, jan./mar. 2012.

SANTOS, E. M, *et al.* Representações Sociais do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme** – Especial; 87, 2019.

SANTOS, J. C. G, *et al.* Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33010, 2023a.

SANTOS, D. V. D, *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, v. 44, spe 3, pp. 170-183, 2020.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105–125, jan. 2014.

Santos, D. G, *et al.* Guia da gestão autônoma da medicação como ferramenta educativa do enfermeiro na atenção psicossocial. **Enferm Foco**. e-202371, 2023.

SANTOS, J. S. B.; VIGÁRIO, P. S. O papel dos enfermeiros na detecção precoce do câncer o colo do útero na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura em língua portuguesa. **Revista Augustus**, 32(59), 237-248, 2023.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 5. ed. 2023.

SANTOS, M. **A revanche do território**. *In*: Ribeiro, Wagner Costa (Org.). O País Distorcido. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(5):1739-1748, 2021.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e tranformação social. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 364–372, set. 2009.

SCHIAVI, C. E. N, *et al.* Saúde mental sobre as águas: concepções de uma equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). **Revista Saúde em Redes**, v.10 n. 2, 2024.

SCHOPF, K, *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, 2022;26 :e20210178.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

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

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

SILVA, F. G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psic. Da Ed**., São Paulo, 28, 1º sem. de 2009, pp. 169-195, 2009.

SILVA, M. A. S. **Compreensão do adoecimento psíquico: de L. S. Vigotski à Patopsicologia Experimental de Bluma V. Zeigarnik**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, 2014.

SILVA, A. L. G, *et al.* Prevalência de prescrição de psicotrópicos a idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **SANARE**, Sobral - 2023. Jul.-Dez.; 22(2): 77-85.

SILVA, V. P, *et al.* Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 24(6):e8783, 2016.

SILVA, F. G.; ALMEIDA, S. H. V. **Da fragmentação à unidade biopsíquica no processo saúde doença**. *In*: Tuleski, S. C.; Franco, A. F.; Mendonça, F. W.; Callegari, A. B. (Orgs.). Novas roupas, velhos fios: metamorfoses do facismo na sociedade contemporânea e o papel de uma psicologia anticapitalista. 1. ed. Marília: Lutas Anticapital, v. 1, p. 205-228, 2024.

SILVA, T. M.; FARIA, M. L. V. C.; CARDOSO, M. M. A. Estamos patologizando as vulnerabilidades dos adolescentes? Uma pergunta a ser considerada pela atenção básica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.9, p. 64032-64045, sep., 2022.

SILVA, P. R. F.; GAMA, F. L.; COSTA, N. R. Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 7, P. 62-74, dez 2019.

SILVA, G. L. R.; MATA, V. A. **Bullying como expressão da incivilidade e barbarização das relações sociais sob a lógica do capital**. *In*: Tuleski, S. C.; Franco, A. F.; Calve, T. M. (Org.). Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: expressões da luta de classes no interior do capitalismo. Paranavaí: EduFatecie, 2020.

SILVA, L. S.; MENDONÇA, K. M. L. O mito da família desestruturada: problematizando imaginários atualizados sobre a causa da violência na escola. Instrumento: **Rev. Est. e Pesq. em Educação**, Juiz de Fora, v. 25, n. 2, p. 301-321, mai. /ago. 2023

SILVA, A. A.; PADILHA, W. A. R. Fitoterapia e desmedicalização na Atenção Primária à Saúde: um caminho possível? **Rev Bras Med Fam Comunidade**.17E(44):2521, 2022.

SILVA, F. J. B.; SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Percepção de médica(o)s e enfermeira(o)s da Saúde da Família sobre o uso da auriculoterapia em problemas de Saúde Mental. **Interface**. Botucatu, 26: e210558, 2022.

SILVEIRA, S. T, *et al.* A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. **Psicologia em Pesquisa**, 10(1), 17-25, 2016.

SINDUSFARMA. **Perfil da Indústria Farmacêutica e Aspectos Relevantes do Setor**. 2024 Disponível em: https://sindusfarma.org.br/publicacoes/exibir/23120-perfil-da-industria-farmaceutica-e-aspectos-relevantes-do-setor

SOARES, J. C. R. S. Quando o anúncio é bom, todo mundo compra: o Projeto MonitorAÇÃO e a propaganda de medicamentos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 641–649, abr. 2008.

SOARES, L. T. R. S. **Política de ajuste e Reforma da Seguridade Social na América Latina**. *In*: Andreazzi, Maria de Fátima Siliansky de; Tura, Luiz Fernando Rangel (orgs.). Financiamento e gestão do setor saúde: Novos Modelos. Rio de Janeiro: Ed. Escola Anna Nery, 1999.

SOUZA, A. B.; BORGES, R. F. **A prescrição de psicotrópicos em Unidades Básicas de Saúde no município de Maringá-PR: reflexões sobre a medicalização da vida engendrada no cotidiano**. 2024. Iniciação Científica (Graduação em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá, Fundação Araucária.

SOUZA, H. R, *et al.* A formação do fisioterapeuta para a Atenção Primária: com a palavra, os coordenadores do curso. **Cadernos de Educação Saúde e Fisioterapia**, Editora Rede Unida, 2018.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290108, 2019.

TECHERA, A. Diagnósticos e Drogas Psiquiátricas, dependência versus autonomia [Mesa Redonda]. *In*: **Seminário internacional: a epidemia das drogas psiquiátricas: os desafios da retirada dos psicofármacos**. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS). Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz. Rio de Janeiro. Amarante, P. (Org.). Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2025, [livro eletrônico], pp. 65-108.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol**., Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0020537.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface Comunic., Saúde, Educ**., v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização

social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36(9):e00231519.

TESSER, C. D.; Neto, P. P.; Campos, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TULESKI, S. C.; EIDT, N. M. **A periodização do desenvolvimento psíquico**. *In*: Martins, L. M.; Abrantes, A. A.; Facci, M. G. D. (Orgs.). Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice. Campinas: Editora Autores Associados, pp. 35-61, 2020.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):183-193, 2009.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes. 5. ed., 1994. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche.

VYGOTSKY, L. S. **A transformação socialista do homem**. 2004. Tradução: Nilson Dória.

VYGOTSKI, L. S. **Pensamento e palavra. Em: A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Editora WFM Martins Fontes, 2. ed. 2009. Tradução de Paulo Bezerra.

VYGOTSKI, L. S.; LURIA, A. R. **A criança e seu comportamento**. *In*: Estudos sobre a história do comportamento: símios, homem primitivo e a criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Tradução de Vera Ribeiro. 2017.

YAMAGUTI, C. A.; SALUM E MORAIS, M. L. Grupos de reflexão em saúde mental: possibilidade de interlocução entre a saúde mental e a Atenção Básica no município de Itapevi - SP. **Boletim Do Instituto De Saúde - BIS**, 20(1), 132–138, 2019.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. Texto de apoio. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental**, 2010.

ZANELLA, M., *et al.* Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista**

Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 15, 53-62, 2016.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015.