

Processos de resistência e acomodação à precarização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde.

Yansy Delgado Orrillo.

Cita:

Yansy Delgado Orrillo (2019). *Processos de resistência e acomodação à precarização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1947>



Processos de resistência e acomodação à precarização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde

Yansy Delgado Orrillo

Resumo

O estudo tem por objetivo analisar os processos de resistência e acomodação no cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente à precarização das condições de trabalho. Por meio de uma abordagem etnográfica e as contribuições teóricas de Henry Giroux, Stephen Ball e Márcia Morosini, foram discutidos os conceitos resistência, acomodação, flexibilidade e precarização. O estudo é um recorte de uma pesquisa realizada com Agentes Comunitários de Saúde numa unidade de Saúde no município do Rio de Janeiro. A partir de registros no caderno de campo foram construídas categorias empíricas. A análise dos resultados foi realizada através da análise temática de conteúdo. Os resultados mostraram a complexidade das formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes se “acomodando” às condições de trabalho precarizadas e outras vezes criando práticas de resistência nos micro e macro espaços das relações interpessoais, ou como coletivo organizado na ação política. Esse cenário está marcado por diversas tensões que trazem repercussões nas condições de trabalho, e na vida dos ACS.

Palavras-chave

Etnografia; trabalho, agente comunitário de saúde; resistência; acomodação.

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais da área da saúde no Brasil que atuam no nível de Atenção Primária à Saúde (APS). A emergência deste profissional se dá no contexto do movimento da Reforma Sanitária, na década de 90, que visa a melhoria das condições de saúde, e que contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). Nesse período foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) em 1991, que antecedeu à criação do Programa da Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF é um modelo que visou a mudança do modelo assistencial de enfoque hegemônico biologicista para um modelo mais preventivo e promotor da saúde, que trouxe novas implicações para a formação profissional e organização do trabalho na APS.

Nesse contexto, o ACS surge como um agente de transformação que desempenha um papel importante na sua atuação na Atenção Básica estabelecendo um contato mais



próximo da comunidade, como um articulador entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, entre o sistema de saúde e a população. O documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de (Brasil, 2012), coloca como atribuições desse profissional a reorganização do modelo de Atenção à Saúde prevista no SUS, que visa assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Essa PNAB também preconizou a continuidade das ações de promoção e prevenção da saúde, que leva a transição do Programa Saúde da Família para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com objetivo de ampliar a cobertura e o acesso a serviços de saúde de forma permanente.

A implementação da ESF aconteceu de formas diversificadas em todo o país e especificamente no município do Rio de Janeiro – contexto de nossa pesquisa - a cobertura de serviços de saúde populacional aumentou em mais de 70% no período de 2009 a 2017. No entanto, para esta expansão, a gestão do município decidiu contratar Organizações Sociais de Saúde (OSS) para fazer a gestão dos serviços, ou seja, iniciou um processo de privatização da saúde através da terceirização dos serviços. De acordo com Fonseca (2013, p. 40), “Pode-se dizer, então, que houve uma ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da atenção primária”. Esta situação gerou para os profissionais de saúde o aumento da precarização, flexibilização e performatividade do trabalho (Ball, 2005).

A partir desse panorama, torna-se importante discutir como as atuais reformas na APS trazem impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, considerando a sua realidade social, política, econômica e cultural do Rio de Janeiro.

A nova PNAB e a precarização do trabalho

Retornando ao contexto nacional mais amplo, presenciamos nos últimos anos uma crise econômica e política no país e a desestruturação das políticas sociais. Assim, no âmbito nacional, o 21 de setembro de 2017 foi aprovado a nova Política Nacional de Atenção Básica mediante a portaria nº 2.436 (Brasil, 2017). O texto representa uma série de retrocessos que violenta os princípios do SUS e ilustra um momento político onde as conquistas da Era democrática estão sob forte ameaça. Morosini e Fonseca (2017) analisam alguns textos que antecederam à nova PNAB como a Portaria GM/MS no 958/16, que alterava a composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecendo a possibilidade de os municípios substituírem os agentes



comunitários de saúde (ACS) por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esta medida normativa não se implementou, segundo as autoras, devido à intensa mobilização e à organização dos diferentes movimentos sociais dos ACS. O potencial mobilizador dos ACS é um fator fundamental frente a condição de descartabilidade profissional e as possibilidades de resistência.

Entretanto, apesar desses esforços e luta dos ACS e outros trabalhadores do SUS, a nova PNAB foi instituída por decreto. O documento abre caminhos para a instauração do antigo modelo de atenção: equipes de atenção Básica (eAB), que prevê uma equipe mínima de profissionais, onde: dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, ACS e agentes de combate a endemias, podem estar dispensados de pertencer à equipe mínima. (Morosini; Fonseca, 2017). Desse modo, a incorporação das eAB implica além da diminuição de profissionais, mudanças no próprio modelo de atenção à saúde, priorizando ações curativas, e extinguindo as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (trabalho realizado pelos profissionais mais desvalorizados e ameaçados da APS).

Esta e outras iniciativas normativas, desvelam a institucionalização da precarização do trabalho, como forma concreta da implantação do novo modelo de gestão na área da saúde, especificamente daqueles trabalhadores do SUS com condições de trabalho mais vulnerabilizadas. No que se refere aos ACS, na nova PNAB de 2017, não se especifica um número mínimo nem máximo de ACS por equipe, o que pode ser decidido pela gestão local; isto fragiliza a categoria profissional que historicamente vem lutando pelo seu reconhecimento como profissional de saúde.

Frente a essas reformas políticas, em 2017 os profissionais de saúde da Atenção Básica iniciaram diversas mobilizações, e especialmente os ACS continuam lutando e enfrentando as ameaças vindas da implantação da nova PNAB, assim como de decisões municipais de desmonte da atenção básica como é o caso específico do município do Rio de Janeiro, onde desde 2017 aconteceram diversos cortes de orçamento na área da saúde provocando atraso de salários por vários meses, demissão de agentes comunitários de saúde e inclusive o fechamento de unidades de saúde da família.

Nesse contexto, de crise das políticas sociais no Brasil, como pensar em estratégias de resistência às políticas de desmonte do SUS e especificamente, de precarização das condições de trabalho dos ACS?



A precarização do trabalho

O novo modelo de gestão tem gerado consequências negativas no processo de trabalho e nas relações intersubjetivas dos trabalhadores. Segundo Pires (2009), na literatura a precarização aparece como as dificuldades percebidas nas relações contratuais que tem gerado situações de vulnerabilidade desses profissionais frente às exigências da gestão e perda de direitos.

Em um plano mais amplo e complexo, concordamos com Morosini (2018) quando afirma que a precarização do trabalho extrapola a relação salarial, e está relacionado com diversos aspectos do trabalho:

[...] a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a intensificação do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico e/ou mental associados ao trabalho e o fenômeno do desemprego estrutural. (Morosini, 2018, p. 139).

A precarização do trabalho é entendida por Morosini (2018) como processo histórico e fenômeno social. O processo de precarização é colocado como: “formas de produção e reprodução da desigualdade social inscritas na divisão social do trabalho” (Morosini, 2018, p.140). Morosini (2018) baseada em Alves (2013), aborda duas dimensões no processo de precarização: precarização salarial, precarização do homem-que-trabalha. A dimensão salarial está relacionada com a própria relação salarial em si (formas de contrato, remuneração e jornadas de trabalho) e com as condições de trabalho (jornadas diferenciadas, remuneração variável, controle de produtividade, etc). A primeira implica a flexibilização das normas de proteção ao trabalhador; enquanto a segunda diz respeito à inserção de métodos flexíveis de gestão que produzem: intensificação do trabalho, maior controle e aumento subjetivo do trabalho (Morosini, 2018).

A dimensão do homem-que-trabalha está relacionada com os efeitos da precarização da anterior dimensão sobre a subjetividade dos trabalhadores. São as repercussões no modo de pensar e organizar o trabalho. Isso ocorre por meio da “captura da subjetividade”, ou seja, a subordinação dos afetos e capacidades dos sujeitos no processo de trabalho (Morosini, 2018). O modelo de gestão na saúde opera na intimidade dos sujeitos e fornece de novos sentidos ao seu trabalho, transformando valores, sentimentos, e formas de pensar, até modos de viver.



Neste estudo nos aproximaremos da análise dessas duas dimensões para entender as condições de trabalho dos Agentes comunitários e como eles agem nesses contextos.

Metodologia

Abordagem etnográfica do estudo

O estudo, de natureza qualitativa, apresenta uma abordagem etnográfica construída por meio do processo de observação participante e narrativas a partir de registros do trabalho de campo.

A etnografia foi adotada neste estudo como enfoque/perspectiva antropológica. Este enfoque tem como características fundamentais: “partem da longa experiência do etnógrafo em uma localidade e da interação com os que nela habitam; produzem como resultado de um trabalho analítico, um documento descritivo [...] em que inscreve-se a realidade social indocumentada e integra-se o conhecimento local” (2009). Assim, para se tornar significativa esta experiência, Rockwell (2009) acrescenta que é preciso um trabalho reflexivo que procure a transformação e precisão do enfoque desde o qual se descreve a realidade.

Nesse sentido, resulta pertinente o desenvolvimento de um estudo com um olhar etnográfico devido às particularidades que apresenta, já que como aponta Rockwell (2009), em alguns casos o desafio não é realizar uma investigação institucional, mas muitas vezes é mais importante a socialização do conhecimento, o resgate de saberes populares, onde a construção de conhecimento esteja sujeita a processos de ação e lutas indispensáveis. E o intuito de desenvolver um estudo com está relacionado justamente com o nosso compromisso ético y social com a população, com as massas, com o saber popular.

Procedimentos metodológicos

Este estudo foi realizado numa clínica de saúde da família localizada no bairro de Cocotá, na região administrativa da Ilha do Governador, cidade do Rio de Janeiro. A unidade de saúde foi inaugurada em 2016 e atende a uma população de aproximadamente 24000 pessoas, incluída a favela do Dendê. O território de abrangência está distribuído em áreas e micro áreas, cada área tem uma equipe de saúde e em cada micro área trabalha um ACS. Esses territórios apresentam realidades diversas, discrepâncias em relação ao perfil demográfico, perfil epidemiológico, condições econômicas e vulnerabilidade.



Este estudo se aproximou do cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na referida unidade de saúde.

Num primeiro momento foram estabelecidos os contatos institucionais respectivos para a inserção da pesquisadora em campo. Num segundo momento foi estruturado um cronograma de visitas à unidade de saúde, uma vez por semana. Conforme foi se estabelecendo um vínculo com os sujeitos da pesquisa, e considerando as diversas atividades que eles realizam, as visitas foram agendadas diretamente com os ACS tentando acompanhar a maioria de atividades possíveis que eles realizam no seu cotidiano de trabalho que acontece dentro e fora da unidade de saúde.

As visitas iniciaram em março de 2017 na Clínica da Família Wilma e foi possível nesse contexto da inserção inicial no campo, o estabelecimento do vínculo com os profissionais da unidade, especificamente com os ACS. As principais ações que foram desenvolvidas durante o período de março até novembro foram: acompanhamento de visitas domiciliares médicas e de ACS, consultas médicas, reuniões de equipe, trabalho cotidiano do ACS dentro da clínica (acolhimento, atividades administrativas de registro), grupo de Bem-estar: “Fala que eu te escuto”, e mobilizações.

Foram utilizados cadernos de campo para registro de todas as observações realizadas. Outras ferramentas utilizadas foram imagens e pequenos roteiros com temas geradores para guiar as observações, eles são: cotidiano de trabalho dos ACS, Organização do trabalho, formação profissional, dificuldades e potencialidades no trabalho.

A partir do material coletado no trabalho de campo foram elaboradas algumas categorias empíricas seguindo a análise de conteúdo de Bardin: Participação dos ACS nos encontros do “grupo de bem-estar”; Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde; Atividades e interações na “Sala dos Agentes”; Visitas domiciliares com e sem membros da equipe técnica); Visitas domiciliares com os/as Agentes Comunitários de Saúde; Reuniões de equipe (inclui equipe técnica e ACS); Resistência política dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS (Greves, manifestações de rua e mobilizações na unidade de saúde).

Seguindo essas categorias, foram-se discutindo os resultados empíricos, com os conceitos teóricos abordados.



O estudo é parte de um trabalho de Dissertação e mestrado de Orrillo (2019) que obteve aprovação do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob parecer no: 2.691.752, e do Instituto de Estudos e Saúde Coletiva da UFRJ com o parecer no: 2.581.913.

Resultados e discussão

Ao longo do período de trabalho de campo, acompanhamos o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, identificando processos de resistência e/ou acomodação à precarização das condições de trabalho.

Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde

Na unidade de saúde os ACS realizam ações de acolhimento aos usuários, ou seja, são momentos que vão além da recepção. Institucional e simbolicamente este é o primeiro espaço de entrada à unidade. Foi identificado na pesquisa que os agentes realizam as atividades de: escuta, identificação do problema ou situação de saúde dos usuários, encaminhamento da demanda, registro ou atualização de informações (cadastro temporário ou definitivo, inserção de casos nos sistemas informatizados). As demandas que se apresentam para os ACS durante o acolhimento são muito diversas geram uma sobrecarga emocional que nem sempre é percebida pelos ACS dessa forma. A resposta positiva ou negativa frente as demandas dos usuários frequentemente não dependem dos ACS, já que eles encaminham os casos para a avaliação/resposta dos médicos, porém essas respostas marcam o desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. O acolhimento aparece como um momento muito agitado dentro da unidade de saúde já que os ACS continuamente estão perguntando para os outros profissionais (enfermeiros, principalmente) sobre os casos que chegam à unidade, procurando resultados de exames, etc. O clima de estresse é muito frequente.

Para compreender essa dinâmica Santos¹⁸ explica que no momento do acolhimento existe uma multiplicidade de atribuições que exerce o ACS, e especificamente no município do Rio de Janeiro, isso gera um ritmo intenso de trabalho, que somado com as dificuldades e falta de clareza dos limites nessa atividade, geram um processo de precarização do trabalho. A quantidade e diversidade de atribuições estipuladas na legislação para os ACS, mostram as condições às quais são submetidos sem uma orientação mínima adequada para o desenvolvimento das mesmas, e ainda as modificações normativas sobre as suas funções, complexificam e/ou distorcem mais o trabalho do ACS.



Apesar desses desafios, para alguns ACS o acolhimento significa mais do que ser um receptáculo de informação, há uma dimensão mais humanizada na percepção sobre o acolhimento por parte dos ACS, e enfatizam a relevância desse momento para o sucesso ou não do atendimento, assim como para estreitar vínculos com os usuários. E apesar de ter uma visão limitada do seu papel de serem uma “ponte de acesso entre os usuários e os médicos”, valorizam a sua capacidade de escuta e seu esforço por resolver as demandas da população já nesse primeiro contato do usuário com a unidade de saúde. Desse modo, observamos que o trabalho do ACS no acolhimento apresenta contradições, se por um lado são diversas funções que realizam e sentem um grande estresse, por outro, consideram necessário esse momento para o “sucesso” do atendimento.

Atividades e interações na “Sala dos Agentes”: entre a acomodação e as possibilidades de resistência?

A sala dos ACS é um espaço específico onde os ACS organizam seu processo de trabalho dentro da unidade. É um local onde atividades prescritas e não prescritas se apresentam com mais clareza.

A lógica gerencialista inserida na APS expressa-se no exercício do trabalho. Os ACS no turno de “cadastro” geralmente estão inserindo no sistema informatizado as visitas domiciliares que já realizaram. Assim, as principais ações formais observadas foram: cadastro de usuários, atualização de informações dos usuários, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, programa bolsa família, acamados; todos eles através de sistemas informatizados do Ministério da Saúde e da Organização Social de Saúde (OSS) VivaRio. Esta forma de organização do trabalho inspirado no modelo gerencial (Ball, 2005) flexibiliza as funções ou atribuições dos profissionais, e os ACS acabam sendo absorvidos por esta lógica, e na prática tem desvio de função.

Os objetivos institucionais desse momento é aumentar a “produção” para “bater metas” no final do mês. Esta exigência acontece por equipe de saúde, as quais são acompanhadas e avaliadas pelos enfermeiros de cada equipe e supervisionados pela gerência da unidade. Os incentivos por desempenho de cada equipe acentuam modos de trabalho pautados na competência e meritocracia. Cada ACS realiza uma certa performance do seu trabalho para medir sua produtividade. Estas performances, segundo Ball (2005) são formas de controle dentro do novo gerencialismo, onde valores



do privado são inseridas no público e os profissionais passam por uma remodelação de acordo aos objetivos da instituição onde trabalham.

A remodelação do trabalho quando ocorre no plano individual produz que Morosini coloca como a “captura do trabalho”, priorizando a produção e valorizando atribuições burocráticas dos profissionais. Esta dimensão subjetiva do trabalho (Morosini, 2018) transforma os valores dos sujeitos em prol dos valores do mercado (Ball, 2005) gerando também um processo de acomodação ao sistema, ou seja, da reprodução do modelo hegemônico assistencial da saúde (Giroux, 1985).

Por outro lado, a sala dos agentes também foi um espaço de resignificação de práticas e estreitamento de vínculos interprofissionais. As nossas observações mostraram que existe um micro organização do trabalho dos ACS, facilitada a princípio pela disponibilidade de um espaço onde as interações entre eles se fortalecem, mas alicerçada pela convivência; e o trabalho que realizam funciona em como uma equipe informal que se constitui a partir de uma identidade entre seus membros dada pelas situações de trabalho e pela vivência social.

A criação de esses micros espaços de organização do trabalho e os laços estabelecidos poder-se-iam considerar como formas de resistência às estruturas dominantes, já que a resistência além de abranger formas coletivas de luta, Giroux (2004) afirma que esta não é o fim de uma ação, mas um fato prático que acontece no cotidiano.

Visitas domiciliares com e sem membros da equipe técnica (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem)

As visitas domiciliares com acompanhamento de outros profissionais mostram relações de poder entre profissões; abordagem diferenciada (entendimento ampliado dos processos saúde-doença) de residentes e preceptores. Em todas essas visitas a participação dos ACS foi quase nula. Isso deve-se a que no momento da VD as demandas mais explícitas foram relacionadas ao atendimento médico. Aqui não questionamos o papel que o ACS deveria ter nesses casos, mas entendemos que em contextos de vida complexos e de necessidades estruturais da população, é quase inacessível o serviço de atendimento médico em comunidades historicamente desatendidas.

Por outro lado, sabemos que existe uma valorização maior ou menor das profissões da saúde. O papel do ACS como informante durante uma VD demonstra o poder simbólico



de um modelo médico hegemônico e cuja relação de poder encontra-se internalizada pelos sujeitos, inclusive pela população quem legitima essas relações. Andrade (2013) concebe essas relações como dificuldades num processo de trabalho complexo que traz maior desvalorização e gera um trabalho precário, o que é valorizado, segundo a autora, é o conhecimento técnico biomédico em detrimento das especificidades da profissão.

Já nas visitas domiciliares individuais dos ACS, eles estabelecem um vínculo mais estreito com a comunidade e têm a satisfação do retorno positivo sobre seu trabalho. Porém, existem situações que dificultam seu trabalho, como quando as pessoas negam a visita, se recusam ao cadastro ou negam informações. Outra situação é quando são abordados frequentemente pelos usuários na rua; assim, é observado que os limites dos horários e das atribuições do trabalho do ACS também não são entendidos pelos usuários, os mesmos que esperam uma resposta imediata dos ACS.

Há um distanciamento entre o que se espera do trabalho do ACS colocado nas suas atribuições, funções, etc.; e o terreno complexo com o qual interage cotidianamente. Nas visitas ao território os ACS recebem uma gama diversa de demandas, e suas funções nesses cenários frequentemente extrapolam o prescrito na norma; ou seja, recriam-se formas de precarização do trabalho. Entretanto, o ACS está constantemente construindo e ressignificando o seu trabalho, apesar da lacuna que existe entre o que é esperado por ele tanto da unidade como da população e o que ele é e cotidianamente. No diálogo com Giroux (1985), ele afirma que é justamente num contexto relações de poder assimétricas onde operam as noções de conflito e a resistência. E ainda adverte que é preciso perceber os campos de resistência complexos e criativos muitas vezes expressado em práticas mediadas pela classe, a raça e o sexo.

Reuniões de equipe (inclui equipe técnica e ACS)

Dentro da unidade de saúde este é um momento onde as equipes se reúnem para discutir diversos temas sobre o trabalho dos profissionais. Embora nas reuniões cada equipe considere uma pauta mínima já preestabelecida - informes da semana, Visitas domiciliares, relato e discussão de casos complexos -, cada uma organiza seu trabalho de forma diferente. Ainda que se observa certa autonomia nesse momento e se resinifique constantemente, também é controlado através de cadernos de atas e registro da atividade no sistema de informação.

Cabe ressaltar que dependendo de quem coordena a reunião de equipe, esta adota enfoques diferentes. Por exemplo, numa reunião coordenada pela enfermeira da equipe



o foco foi discutir casos complexos, informar aos ACS como devem atuar em algumas situações específicas e discutir a produção da unidade; em outra reunião coordenada pelo médico residente o foco foi discutir as visitas domiciliares dos ACS e as VDs, as reuniões coordenadas por médicos preceptores foram mais extensas e se abordaram questões sobre o trabalho de cada integrante da equipe, aprimoramento de ACS sobre algum tema específico, discussão de casos relatados, organização do trabalho da equipe, etc.

A reunião de equipe mostrou-se como um momento de troca de saberes e afetos, mas também como o exercício na prática de um ou mais modelos de atenção à saúde, além de relações de poder entre categorias profissionais. E qual é o agir do ACS nesse cenário, considerando a predominância do modelo gerencialista de saúde?

Nas reuniões de equipe acompanhadas, mostraram-se como momentos muito importantes para os ACS; neles os ACS esclarecem dúvidas, relatam suas visitas domiciliares, junto com os outros integrantes da equipe são discutidas as estratégias para resolver os casos que precisam de uma intervenção mais específica. Alguns momentos as reuniões se equipe foram percebidas como um espaço para se integrar como grupo, de compartilhar experiências além do trabalho cotidiano.

Participação dos ACS nos encontros do "grupo de bem-estar"

Uma das atividades acompanhadas foi um grupo que funciona na unidade e onde alguns ACS participam. O grupo de Bem-estar é uma proposta de um grupo de médicos residentes da unidade que funciona semanalmente na unidade. O objetivo do grupo é acolher e refletir junto aos usuários, diversos temas relacionados com sua saúde, através da construção de um espaço de escuta. Foram acompanhados 10 encontros desde a criação do grupo.

O papel dos ACS nesses espaços foi principalmente de articulação e mediação dos grupos, com uma grande capacidade de proposição de atividades e dinâmicas de grupo; teve um papel ativo e uma relação mais horizontal com os outros profissionais presentes nesse espaço. Nas discussões coletivas, os ACS apresentaram um caráter híbrido, como o profissional de saúde e ao mesmo tempo membro da comunidade. A medida que a confiança se fortalecia os ACS mencionaram com mais naturalidade as dificuldades que vivenciam no seu trabalho, assim como problemas pessoais (problemas de saúde mental e outras dificuldades que influenciam no seu trabalho);



algumas vezes seu trabalho é um lugar para escapar dos problemas familiares, outras vezes é a profissão que foi possível fazer mas tem uma história de sonhos frustrados.

O protagonismo do ACS como articulador que vai além das ações preventivistas esperadas na unidade de saúde, refletem o potencial do papel desse ator como educador em saúde. No entanto, Fonseca (2013) adverte que no trabalho do ACS ainda prevalece uma perspectiva simplificada da educação em saúde e uma lógica utilitarista no desenvolvimento de suas funções direcionadas à prevenção de doenças.

Sobre o espaço construído pelo grupo foi percebido pelos participantes como um lugar de escuta real das dificuldades das pessoas, de acolhimento de sentimentos, pensamentos e emoções. Nesse processo de escuta os ACS também mostraram mudanças e um estreitamento dos vínculos profissionais e pessoais com os usuários e com os outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros). As questões emocionais observadas, refletem como os ACS procuram espaços para exteriorizar suas emoções e situações complexas da sua vida pessoal e profissional, que nos mostram também as difíceis condições de saúde e vida dos ACS.

Resistência política dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS (Greves, manifestações de rua e mobilizações na unidade de saúde)

Um período importante registrado nas observações de campo foi a mobilização dos profissionais como coletivo frente às ameaças de desestruturação da Atenção Primária no município. O mês de agosto do 2017 iniciou um período prolongado de greve até o mês de março de 2018. Esta situação tem um contexto político muito importante no marco dos retrocessos em matéria de políticas sociais no país. Como já mencionamos no início deste texto, a crise econômica e política do Brasil somada a outros fatores locais no Rio de Janeiro em relação ao financiamento das clínicas da família desembocou no corte de verbas na área da saúde. Além disso, as discussões sobre a nova PNAB e a sua aprovação em 2017, trouxe o aumento de insatisfações sociais dos profissionais de saúde, intensificando as mobilizações.

Esse cenário iniciou a partir da ameaça de fechamento das clínicas da família e demissão de profissionais de saúde da atenção Básica no município. E na unidade de saúde Wilma Costa os profissionais de saúde organizaram-se para realizar atividades como: caminhadas, mobilização pela rádio, elaboração de cartazes, conversas de sensibilização com os usuários, difusão pelas redes sociais, abaixo assinados, megafone. Uma estratégia importante foram as mobilizações no território,



especificamente dos ACS fazendo divulgação com a população sobre a situação atual da unidade e dos motivos da greve. Aqui se reafirma o papel mobilizador, articulador do ACS, sua capacidade criativa nas propostas de estratégias de mobilização e de organização coletiva.

Os Agentes Comunitários protagonizaram as atividades de luta, junto a técnicos de saúde bucal e auxiliares de enfermagem; apesar de mostrar-se em alguns momentos pouco informados sobre as reformas políticas. Posteriormente a situação se agudizou: surgiram novas demandas como o atraso de salários e a falta de medicamentos e outros insumos na clínica da família. Nesse cenário; médicos, enfermeiros, e outros profissionais da atenção básica entram em greve no nível municipal e continuaram as manifestações, protestos, etc. Os ACS foram os últimos que entraram em greve, respaldados pelo Sindicato municipal de ACS no Rio de Janeiro (SINDACS-Rio de Janeiro) em novembro de 2017.

Vejamos que a construção de espaços de resistência não só aconteceu nos coletivos ou como categoria profissional organizada, mas também no espaço micro de sensibilização com os usuários, que foram parte das atividades de greve, mas que poderiam ser potencializadas no intuito de empoderar à população na luta pelos seus direitos. Esses pequenos atos revelam formas de crítica e enfrentamento não só à gestão municipal pelo corte de orçamento, salários, etc; mas a todo um modelo que aponta na desestruturação do sistema de saúde. Para Giroux (1985), esse questionamento do modelo hegemônico e a luta contra a dominação e a submissão que essas ideologias exercem, consideram-se ações de resistência.

Além disso o caráter criativo do ACS de luta em alguns momentos tanto do seu cotidiano de trabalho como nos momentos coletivos de mobilizações, nos permitem identificar não só um mero comportamento de oposição, mas um desejo de transformação social; ou seja, de emancipação do seu trabalho.

A greve presencial assumida pelos ACS, gerou incomodidades dentro da unidade, principalmente, foi importante perceber o fato deles serem contratados e como essa condição interfere autonomia para fazer greve e não alimentar o sistema informatizado. O medo de serem demitidos sempre fez com que eles registrem todas as ações que realizaram durante a greve, mas não sempre informando de tais ações à gestão, isso foi dependendo das estratégias que foram construindo ao longo do período da greve.



Diante todos os momentos vivenciados junto aos ACS, é possível pensar em caminhos para a ressignificação do trabalho dos ACS, à luz da resistência no contexto das reformas neoliberais contemporâneas. Nos apoiando em alguns autores, para Ferreira (2016), são necessárias, além de ações políticas que melhorem as condições de trabalho e de vida dos ACS, criar espaços de diálogo para que possam ter voz, e respeito às suas demandas, o que poderíamos chamar de espaços de empoderamento. Uma das situações mais valorada como positiva no percurso da pesquisa em campo, foram os momentos de escuta e os espaços de diálogo que se construíram junto com os ACS, por tanto, é um ponto importante que poderia ser reforçado.

Considerações finais

Os resultados nos mostraram as diversas formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes reproduzindo condições de trabalho precarizadas e outras vezes criando espaços de resistência seja nas micro relações interpessoais, ou como coletivo organizado na ação política. No entanto, esse cenário é dinâmico, e está marcado por diversas tensões que trazem repercussões que vão além do trabalho, ou seja, na própria vida dos ACS.

O caráter inventivo e criativo como aspectos a serem considerados em possíveis ações de resistência, caracterizam o agir do ACS no seu cotidiano de trabalho. Assim, percebemos que nos espaços de grupos como nos movimentos coletivos de protesto assim como nos lugares de interações interpessoais entre profissionais de saúde e entre eles e os usuários, destaca-se o papel articulador, mobilizador e de educador em saúde do ACS.

O ACS é um exemplo vivo de como a população pode se empoderar e emancipar para a luta dos seus direitos respeito à sua saúde individual e coletiva, e na procura de uma forma de fazer saúde mais justa e equitativa. No entanto precisamos dar protagonismo a esses atores e olhar mais para as relações intersubjetivas que permeiam o trabalho árduo desses profissionais.

Seguindo a linha teórica de Giroux, não podemos acreditar na falácia de que tudo é dominação e reprodução do modelo hegemônico, porque estaríamos ignorando as possibilidades de lutas e contradições que existem nas diversas estruturas da sociedade. Assim, para pensar em alternativas de resistência pautadas num caráter emancipatório, temos que acreditar, valorizar e apoiar mais o papel dos ACS.



Considero muito importante o potencial e a força de luta e mobilização desses profissionais, sendo trabalhadores da comunidade onde residem é interessante pensar em ações de Educação Popular em Saúde, numa perspectiva emancipadora. E como aponta Vasconcelos (2009) visar a democratização radical da vida social, a partir de uma verdadeira participação social, que embora pareça uma utopia, esta pode se dar através de formas dialogadas e participativas de relação com a população.

Talvez em momentos de crise como o que vivemos hoje, como academia também nos caberia o papel de nos aproximar mais da população, dos movimentos sociais de forma humilde e aprender dos seus processos de luta, de resistência, como aconteceu na época da Reforma Sanitária. Olhar para o passado e resgatar as experiências que deram sucesso, também é uma possibilidade de encontrar novos caminhos para a transformação social.

Finalmente, no atual cenário político, econômico, social e cultural que atravessa o Brasil e outros países, torna-se necessário refletir sobre novas alternativas pedagógicas na área da educação e da saúde que gerem espaços de resistência ao modelo opressor capitalista. A educação popular pode ser uma alternativa a ser pensada neste momento de desmonte da saúde pública no Brasil e das tentativas semelhantes no setor educação, sobretudo como um processo permanente de reflexão e militância (Freire, 2001) considerando também que a educação popular não aceita a posição de neutralidade política e é preciso lutar pelos nossos direitos e pelo “bem-viver” de nós e de nosso entorno.

Referências bibliográficas

- Andrade, V.M.P. (2013). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de profissionais e usuários; (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Ball, S. J. (2005). Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. *Cadernos de Pesquisa*, 35(126), 539-564. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742005000300002>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.



Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 22 out.

Ferreira, K. N. (2016). Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Fonseca, A. F. (2013). O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde (tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

Freire P. (2001). Política e educação: ensaios. (5 ed.) São Paulo, Brasil: Cortez.

Giroux H. (2016). Escuela y teorías de la resistencia por Henry Giroux. OVE [Internet]. Disponível em: <http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/158633>.

Giroux H. (1985). Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. México: editorial Era.

Morosini, M.V.G.C, Fonseca, A.F. (2017). Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=en.

Morosini, M.V.G.C. (2018). Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos (Tese de doutorado). Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Orrillo, Y.A.D. Política, trabalho e formação de Agentes Comunitárias/os em uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Rockwell, E. (2009). La experiencia etnográfica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Vasconcelos, E.M. (2009). Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury, S., Lobar, L.V.C., (Org). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 270-288.

Velasco, H., Rada, A.D. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Madrid; TROTTA.



Notas Sobre o Objetivo da Psicoterapia: a questão da adaptação

Breno Augusto da Costa
Adriano Martins

Resumo

O objetivo deste trabalho é demonstrar a inadequação do conceito de adaptação como objetivo da psicoterapia a partir do referencial teórico oferecido pelo filósofo brasileiro Álvaro Vieira Pinto (1909-1987). Realiza-se uma revisão bibliográfica das concepções de finalidade da psicoterapia de diferentes abordagens hegemônicas, posteriormente elas são examinadas a partir do referencial decolonial e, especialmente, das reflexões sociológicas de Vieira Pinto. Apesar das distintas formas de psicoterapia enunciarem objetivos variados, elas apresentam como finalidade geral a adaptação do paciente, sem, entretanto, considerarem o fato capital de que o ser humano se adapta de forma diferente a qualquer outro ser. A ação humana incide tanto sobre o ser inorgânico, quanto orgânico e social para a realização do processo de produção da sua existência. Em um contexto social marcado pela presença de diferentes formas de opressão, a adaptação se torna inadmissível, pois age como dispositivo mantenedor da realidade vigente ao responsabilizar unicamente o indivíduo pelos seus incômodos e sofrimentos. Inquire-se: se o psicoterapeuta não se concebe como profissional da dominação, por que não explicitar suas concepções, ou seja sua ideologia? O trabalho é encerrado discutindo a relação entre psicologia e ideologia, apontando a impossibilidade de uma suposta neutralidade ideológica. Conclui-se assinalando a relevância do pensamento de Álvaro Vieira Pinto para as ciências humanas e a importância de se retomar uma discussão séria sobre o autêntico conceito de ideologia. A omissão das condições sociais nas concepções metropolitanas de psicoterapia reflete seu caráter ideológico de conservadorismo e precipita a necessidade de uma abordagem decolonial.

Palavras-chave

Álvaro Vieira Pinto; pensamento decolonial; psicoterapia; ideologia e psicologia.

Introdução

Uma das tensões existentes no campo da prática psicoterápica decorre da multiplicidade de propostas, abordagens e concepções. O exercício da psicoterapia é em si mesmo alvo de disputa de diferentes profissionais que, exercendo-a formalmente ou informalmente, acabam por deixar patente a indefinição do campo. Claro está que uma abordagem que se proponha resolutiva a esta questão é trabalho de vulto,



impossível, portanto, de ser levado a cabo em um artigo de pretensões menores, como é nosso caso.

Apesar da amplitude do debate, concebemos ser possível abordar uma temática relevante à problemática acadêmica da psicoterapia em geral e que, não raro, queda sem o devido tratamento em seus textos mais fundamentais. Referimo-nos à questão do objetivo da psicoterapia. Divisamos diferentes assunções acerca do objetivo ou objetivos que a prática psicoterápica pode ter; entretanto percebemos imperiosidade da realização de um exame crítico delas e a inevitável fundação de uma nova proposta, desta vez coerente formal e dialeticamente à atuação do psicólogo no contexto brasileiro.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar uma concepção de objetivo da prática psicoterápica a partir de uma abordagem crítica. Para a realização de tal tarefa discutiremos, conforme assinalado, algumas concepções clássicas desta temática a partir do referencial crítico fornecido pelo filósofo brasileiro Álvaro Vieira Pinto (1909-1987) e do pensamento decolonial.

Esta escolha metodológica se deu tomando como base as contribuições desse pensador à psicologia enquanto ciência e profissão que conseguimos vislumbrar a partir do estudo de sua obra. O filósofo, apesar de ser reconhecido pelas suas produções sobre filosofia, educação, trabalho, demografia, ciência, terceiro mundo, tecnologia, cibernética e sociologia (Côrtes, 2003; Gonzatto & Merkle, 2016) foi capaz de elaborar reflexões que exprimem a subjetividade humana de forma bastante fecunda e inovadora, contribuindo, conforme nosso entendimento, também à psicologia, além de outras ciências ditas humanas. Sobretudo, entendemos que sua maior contribuição pode ser remontada à convergência entre suas reflexões e o pensamento decolonial, convergência esta que abordamos em outro trabalho (Costa & Martins, 2018). Gustavo Santos assinala a relevância do pensamento decolonial à psicologia afirmando que ele “convoca as psicologias em geral para uma revisão de seus fundamentos epistemológicos fundados numa concepção eurocêntrica para que estejam mais afins ao contexto latinoamericano e possam responder aos problemas advindos do projeto Modernidade/Colonialidade” (2017, p. 108), projeto este marcado pela busca de poder da sociedade europeia que se consolidou enquanto sistema-mundo hegemônico e dominante a partir da exploração colonial da Latinoamérica inicialmente e, posteriormente, de diversos outros povos do globo. A colonialidade trata exatamente



dos “padrões duradouros de poder que emergiram como resultado do colonialismo, mas que definem cultura, trabalho, relações intersubjetivas e produção de conhecimento muito além dos limites estritos das administrações coloniais” (Maldonado-Torres, 2007, p. 243), perdurando apesar do fim oficial do colonialismo, ou seja, a colonialidade é a outra face da Modernidade.

Enrique Dussel (2017) mostra a maneira como a partir da Modernidade a cultura europeia, a filosofia europeia e a civilização europeia se tornaram simplesmente a cultura, a filosofia e a civilização, de forma que a partir deste eurocentrismo instaurou-se um padrão de dominação global jamais visto antes, tudo isso conquistado a partir da sojigação e opressão dos povos colonizados. Devemos acrescentar, entretanto, que, especialmente ao longo do século XX, ocorreu a ascensão do sistema-mundo estadunidense como matriz exploradora, carregando algumas bandeiras nitidamente eurocêntricas, como a ideia da existência de um ocidente único e harmonioso, por exemplo.

O pensamento decolonial, portanto, se presta a oferecer as bases para a decolonização, processo este sutilmente distinto da des-colonização. O colonialismo, em suas bases formais e explícitas, findou-se no início da segunda metade do século XX graças às lutas pela independência, ou libertação nacional, dito com maior rigor, o que envolve alcançar a soberania política, independência econômica e a experiência cultural autóctone, culminando assim na “des”colonização, que significa, grosso modo, transformar uma nação, no sentido de fazê-la deixar sua condição de colônia. Entretanto, apesar do fim explícito do colonialismo, de seu modelo de gestão e submissão dos povos e recursos colonizados, perduram ainda hoje diferentes traços, fatores e condições que permitem-nos dizer de sua persistência, ainda que implícita, ou cujo nome encontra-se escamoteado em outras cavilações. Para problematizar esta questão, considerando, por exemplo, no âmbito da permanência da colonialidade no processo de produção, difusão e aplicação do conhecimento, ou seja, considerando a colonialidade do saber, temos o conceito de “de”colonização, como processo de “luta contra a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos” (Maldonado-Torres, 2018, p. 36). Consideramos legítimo o emprego e a distinção entre estas duas palavras: descolonização e decolonização. Discordamos, porém, de Paulo Margutti, que em artigo recente afirma preferir o termo descolonial, grafado com “s”, pois decolonial seria um estrangeirismo, anglicista, dito mais especificamente (2018). Apesar de o termo decolonial ter grande difusão e uso em países ou produções anglófonas e



francófonas, consideramos importantíssimo ressaltar que na nossa língua os prefixos “de” e “des” podem denotar a mesma ideia de ação ou significação contrária ao termo primitivo, como em depenar, decompor, ou despedaçar, desfazer (Ferreira, 1986), exatamente o que se verifica nos termos descolonial e decolonial. Apesar da existência da necessidade da decolonização se basear na persistência de ranços coloniais, ou seja, mostrando que a descolonização, ou libertação nacional, ainda não foi alcançada em sua plenitude, consideramos importante o uso do termo decolonial para enfatizar o âmbito intelectual e epistêmico que embasam as lutas em prol da decolonialidade.

A produção deste trabalho, portanto, decorreu da necessidade de discutir o tema tão relevante para a prática clínica, que são os objetivos da psicoterapia, tendo como horizonte o fazer decolonial, pois não basta pensar a colonialidade; é preciso fazer a decolonização, que significa, vista de maneira autêntica, pensar na libertação dos povos subjugados, tanto economicamente, quanto politicamente, culturalmente, cientificamente etc. Desta forma, justifica-se o exame crítico de algumas proposições de objetivo de psicoterapia passando pela abordagem decolonial, ou seja, aquela que denuncia e supera a lógica da colonialidade ínsita nos produtos de origem europeia e estadunidense.

Breve Exame de Algumas Concepções de Objetivos da Psicoterapia

Um exame exaustivo e pormenorizado das diferentes concepções em psicoterapia foge ao nosso escopo. Neste breve trabalho, recolhemos apenas algumas das principais noções que encontramos ao longo de nosso percurso de estudos. Temos plena consciência das limitações da condensada revisão que apresentaremos a seguir, entretanto, julgamos possível um estudo sólido e abrangente, que contemple uma parcela ampla de concepções a partir do material elencado.

Iniciaremos tratando de uma abordagem que traz em si um grave delito intelectual, com consequências funestas para a prática psicoterápica, especialmente pelos advindos que esta concepção pode suscitar na vida do paciente se tomada como referência em sua plenitude conceitual. Referimo-nos à conceituação do objetivo da psicoterapia realizada pelos representantes franceses da gestalt-terapia, Serge e Anne Ginger (1995). Entretanto, cumpre assinalar desde já que tal concepção é compartilhada por outras abordagens, apesar de utilizarem outras terminologias ou fundamentação teórica distinta. Os autores assinalam que:



Qualquer intervenção psicoterapêutica não visa transformar a situação exterior, modificar as coisas, os outros ou os acontecimentos, mas sobre tudo transformar a percepção interna que o cliente tem dos fatos, de suas inter-relações e de seus múltiplos significados possíveis. Assim, o trabalho objetiva favorecer uma nova experiência pessoal, uma reelaboração do sistema individual de percepção e representação mental de cada um (1995, p. 23, grifos no original).

Os autores trazem, em meio a algumas verdades meridianas, decorrentes do fato de que o psicoterapeuta cuida do paciente, mas não pode viver sua vida por ele, as mistificações destinadas a garantir o entorpecimento da consciência indagadora da realidade vivida pelo paciente e suas diferentes contradições através do conceito de adaptação. Entendemos, concordando, embora em partes, com as reflexões de Luis Jardim (2013), que as interações surgidas na relação entre terapeuta e paciente podem ser vislumbradas como assentadas em um contínuo cujos polos seriam, de um lado, aquele em que o terapeuta retira do paciente a responsabilidade sobre si mesmo, ou seja, a possibilidade da ação livre e autogerida, substituindo-o, como ocorre nas situações em que intervém para evitar o autoextermínio ou que o paciente cometa algum atentado à vida de outrem, por exemplo; e, do outro lado, o polo cuja característica básica é uma interação em que o terapeuta lega ao paciente as condições para o exercício da ação, reconhecendo-o, ao invés de um “quê”, sobre o qual sua ação incide, um quem, dotado de um poder ser, e, por que não, reconhece a sua vocação histórica e ontológica enquanto ser humano de ser mais, o que implica sua inconclusão (Freire, 2016). A terapia se processa através de diversas interações, ora mais próximas do primeiro polo, mas, especialmente, ora mais próximas do segundo polo, pois o cuidado psicoterápico não deve ser feito para moldar, por assim dizer, o paciente aos interesses e valores pessoais do terapeuta. O erro dessa concepção de objetivo de psicoterapia encontra-se no fato de que propõe uma prática que seja alheia à consideração das condições sociais em que vive o paciente e traga como finalidade reelaboração da forma como o paciente veja tal sistema.

Jorge Ponciano Ribeiro, uma referência brasileira em gestalt-terapia, apesar de não citar os autores franceses é ainda mais explícito em enunciar concepção convergente quando diz que:

Querendo ou não, o homem se encontra lançado ao mundo, e a tendência natural é a identificação do organismo com o ambiente que o circunda, derivando daí a necessidade de não retirá-lo dessa situação, mas de ajudá-lo a integrar-se. Tal integração não



significa a absorção pura e simples de valores ambientais em detrimento das próprias convicções, mas uma percepção real do ambiente, para poder nele e através dele fazer suas opções pessoais (2017, p. 74).

Apesar de interpor certa dose de ponderação em relação à assimilação incondicional à realidade vivida pelo paciente e suas condições, Ribeiro também enuncia, ainda mais explicitamente do que Ginger e Ginger, a adaptação como conceito básico para direcionar a finalidade, ou seja, objetivo da psicoterapia.

Por outro lado, as terapias cognitivo-comportamentais terminam por incidir no mesmo erro da adaptação. Conforme Paul Grant, Paula Young e Robert DuRubeis, essas abordagens, embora contemplando certa diversidade conceitual e prática, são dedicadas, de modo geral, ao entendimento e tratamento dos transtornos e problemas psiquiátricos, entendendo que a patologia é algo que se adquire e mantém graças a processos cognitivos e emocionais que medeiam o comportamento. Segundo os autores, “o tratamento cognitivo-comportamental proporciona uma experiência de aprendizagem adaptativa que vai produzir mudanças concretas em domínios bem distantes do ambiente clínico” (2007, p. 31), tendo por isso um caráter educativo “que visa ajudar o paciente a adquirir habilidades e conhecimentos que vão lhe permitir funcionar de um modo mais adaptativo” (2007, p. 31).

Alguns dos princípios da terapia cognitivo-comportamental trazem uma grande contribuição aos desavisados que negligenciam o fato de que a separação entre racionalidade, afetividade e comportamento só é possível no plano da lógica formal e deve ser feita apenas para fins didáticos. Pensar, desde logo é agir, e racionalidade não se dissocia da afetividade (Vieira Pinto, 1960). A partir de um exame dialético da existência humana, aqui entendendo a dialética como sendo a ciência do movimento do real (Vieira Pinto, 1969), podemos dizer que cognição, afeto e comportamento são aspectos indissociáveis da experiência humana. Há que se atentar, diga-se de passagem, para a diferenciação entre afetividade, campo amplo, e emoção, componente restrito e englobado pela afetividade e que se diferencia experiencialmente, e por isso conceitualmente, dos sentimentos e estados de humor, outros dois tipos de afetos. Uma descrição mais ampla da afetividade, porém, foge ao nosso escopo no momento. Nos contentaremos agora em assinalar a necessidade maiores esclarecimentos acerca da dimensão afetiva do ser humano, pois, embora seja reconhecidamente o âmbito existencial sobre o qual se debruça a psicologia por excelência, uma abordagem que busca examiná-la de maneira autêntica, ou seja,



assentada em bases dialético-existenciais, ainda encontra-se por se fazer. Entretanto, nosso foco atual é refutar, a título de digressão, a ideia da terapia como incidindo sobre um transtorno psiquiátrico. Entendemos que, por definição, a terapia ocorre através da interação entre terapeuta e paciente; e não terapeuta e transtorno psiquiátrico, mental, ou qualquer outra abstração. Um terapeuta que negligencia a pessoa que se encontra diante de si e passa a vê-la como sendo portadora de algum transtorno ou condição equivoca-se a respeito do ser humano e sua inconclusão enquanto traço existencial essencial (Vieira Pinto, 1982).

Esta brevíssima digressão visa indicar aos terapeutas a necessidade de encarar o transtorno mental não como uma entidade em si, que a pessoa pode encarnar, portar, desenvolver em traços previamente estruturados, ou qualquer outra noção sucedânea, mas sim, vê-la como um modo de ser do ser humano e que representa a descrição de determinadas cristalizações existentes e comuns a determinado contexto existencial. Os comportamentos humanos, as experiências afetivas, cognitivas, sensoriais etc. que compõem os sinais e sintomas estudados pela psicopatologia primeiro existem concretamente em determinado contexto vital e existencial do ser humano para depois serem abstraídos em determinadas classificações ou diagnósticos. A atuação terapêutica, portanto, prescinde deste diagnóstico, que jamais deve ser entendido como sendo uma tendência existencial da pessoa ao já predefinido ser de determinada patologia. Ademais é preciso cautela, pois vincular a terapia ao transtorno mental, ou então, o que é mais grave, ao chamado transtorno psiquiátrico, termina por tornar a terapia, e por inversão idealista a psicologia, como apenas uma ancila da medicina, o que denota uma visão deturpada da psicoterapia, da psicologia e dos próprios demandantes dos serviços psicoterapêuticos.

Não obstante reconhecermos a importância destes esclarecimentos, retornaremos agora ao liame reflexivo que vínhamos tratando, ou seja, a questão da adaptação na psicoterapia. Grant, Young e DuRubeis também trazem que o estabelecimento de objetivos terapêuticos junto aos pacientes é outro princípio das terapias cognitivo-comportamentais (2007); é algo que concordamos, pois o processo terapêutico deve ter um sentido, um direcionamento, e o demandante é quem deve ser protagonista no estabelecimento e deliberação das finalidades do processo que ele escolheu se engajar (embora saibamos das necessidades de nuançar esta asserção em se falando de terapia com crianças e adolescentes ou pacientes reticentes). Entretanto, cumpre assinalar que a terapia cognitivo-comportamental toma como ponto basilar a adaptação,



o que é o seu objetivo primordial, acabando por invalidar outras formas de objetivos que o paciente proponha, usando, para isso, a justificativa de que trata-se de uma meta irreal. Os mesmos autores são claros ao explicitarem que as terapias cognitivo-comportamentais visam suscitar no paciente a aprendizagem adaptativa responsável pelas mudanças que este deverá passar como advindo da terapia. Tal abordagem se propõe explicitamente a ensinar, através da psicoeducação, que é colocada como um dos seus princípios diferenciais (Grant, Young, DuRubeis, 2007), habilidades e conhecimentos que ajudem o paciente a funcionar de um modo mais adaptativo. Eis-nos, novamente, em face à adaptação.

Em verdade o conceito de adaptação encapsula em si diversos significados de acordo com o âmbito do ser ou com a disciplina em que é empregado. Cumpre salientar, porém, que as diferentes concepções que enunciam explicitamente ou de forma velada a adaptação como finalidade da psicoterapia incidem no mesmo erro: desconhecem ou querem fazer esquecer o fato de que o ser humano é um ser que se adapta de maneira distinta a qualquer outro do reino animal ou vegetal.

Enquanto animais e vegetais, através de diferentes expedientes vitais e orgânicos, vivem graças à adaptação passiva à realidade circunstante a partir daquilo que esta mesma realidade tem, o ser humano é o ser para o qual “no mundo deve haver os bens de que necessita, mas só haverá se os produzir” (Vieira Pinto, 2005, vol. I, p. 489, grifos no original). As categorias dialéticas ter e haver, portanto, diferenciam a vida dos animais e a produção da vida do ser humano, pois haver expressa o exercício da existência social que só é possível ao ser humano, ser que ao invés de se adaptar passivamente à natureza, adapta-se ativamente adaptando-a a si, exercendo, para isso, o trabalho; atividade que deve ser entendida tanto como incidindo no ser inorgânico, orgânico, quando no plano superior do ser: o ser social (1969; 2005; 2008).

A contradição primordial que o ser humano deve resolver para garantir sua existência é em relação à natureza; a partir do trabalho ele deve produzir os haveres necessários para existir. Posteriormente no desenvolvimento histórico, com a aceleração do processo de urbanização, que pode ser expresso em termos de uma “humanização da natureza” (Vieira Pinto, 1969), cada vez mais a contradição principal do ser humano relaciona-o com a própria sociedade (1969; 2005, vol. I, p. 244), podendo ser fundamentada aí, de acordo com nosso entender, a asserção do filósofo argentino



Enrique Dussel, que expressa a diferenciação entre os traços de vivente, ou seja, do ser orgânico, e humano, ou seja, do ser social, do ser humano, que é um ser que deve:

Comer ou beber como necessidade e como expressão da arte culinária, correr como deslocar-se e como esporte, vestir-se para conservar o calor e como moda, morar para proteger-se das intempéries e como arquitetura, pensar, falar, pintar, simbolizar etc. tudo isto como vivente e humanamente (2012, p. 139).

Estas reflexões servem para assinalar o fato de que a existência humana não se funda na adaptação enquanto traço passivo, mas muito pelo contrário, pois o ser humano é ser que sempre reage sobre o mundo, modificando-o; além disso, nosso intuito é expressar o entendimento de que a participação do ser humano em seu sistema-mundo implica em uma tomada de posição quanto às relações sociais aí vigentes.

Em um contexto social cravado pela existência de diversas fontes de opressão, e aqui utilizamos este termo em um entendimento freiriano, ou seja, opressão enquanto sendo constituída “em um ato proibitivo do ser mais dos homens” (Freire, 2016, p. 83, grifos no original), como o racismo, que diminui, usando até mesmo subterfúgios pseudocientíficos (Quijano, 2010; Vieira Pinto, 2008, p. 87 e segs.), o ser de muitos habitantes de nosso planeta; como o machismo, que oprime e desumaniza a mulher, colocando-a submissa ao homem e fazendo-a assumir determinados valores e funções simplesmente por ser mulher, impedindo, como consequência, o exercício de seu ser mais, desumaniza também o homem, que deve também assumir valores e funções simplesmente por ser homem, entretanto é um homem que se vê impossibilitado de exercer a plenitude de suas funções existenciais, como a sensibilidade ou a fraternidade equânime de trabalho junto à sua parceira etc., impossibilitando, também, o seu ser mais; como a exploração do trabalho do ser humano, porque a acumulação de riqueza de uns poucos tem sido feita a partir da exploração da maioria, que ao fim do dia experimenta a exaustão nem um pouco gratificante, o desespero por não conseguir garantir um mínimo de conforto e bem-estar para os seus e a desesperança por não vislumbrar futuro melhor. Enrique Dussel aponta como cerca de 20% da população mundial abocanha 82% daquilo que é produzido, enquanto os outros 80% consomem apenas 18% dessa produção (2017, p. 115), desnudando o quadro de desigualdade em que vivemos; como a divisão abissal entre Norte e Sul global, que estabelece quase uma macroestrutura de níveis de acesso às possibilidades mais amplas de bem-estar para os habitantes do primeiro e condições deploráveis de existência para a maioria dos que vivem no segundo, pois se veem incapacitadas de aceder às mais recentes



conquistas sociais, tecnológicas e culturais conseguidas pela Humanidade; como as diversas formas de abusos vivenciados por nossas crianças, que muitas vezes por preconceitos e concepções ingênuas, ou então por ações decididamente escamoteadoras, vindas de gente mal intencionada, que acabam por obstaculizar medidas educacionais que desenvolvam nelas recursos para se defender de ofensas sexuais, violências de outros tipos e negligências. Uma forma de negligência, que muito nos sensibiliza, é a má-nutrição, tanto das crianças em gestação, quanto das já nascidas ou em idade escolar, pois a fome, questão gravíssima no Brasil, ou então a subnutrição, que não resolve tanto assim o problema, suscitando diferentes formas de sofrimento, podendo até motivar a deficiência intelectual, por exemplo (Vieira & Giffoni, 2017), a fome é um algoz que as crianças sequer têm condições de se defender. O poder público, através das escolas da rede também pública, toma algumas medidas, como garantir alimentação que deveria ser “reforçada” durante o expediente escolar. Dizemos deveria, pois, e eis algo que nos deixa indignado, se trata meramente de uma formalidade para muitas escolas, que não respeitam o direito à alimentação de qualidade destas crianças; contra a dualidade laboral, que humilha e menospreza o trabalho de tantos quanto executam as fainas mais estafantes, pois as classes dirigentes arrogam para si o título de trabalho digno, sendo que, no mais das vezes, é o mais ocioso e irrelevante socialmente, como os cargos meramente burocráticos e de assessoria-inútil-não-sei-de-que, criados para satisfazerem as necessidades politiqueras em todas as esferas de governo, e até mesma na iniciativa privada. Todas essas condições, que, diga-se de passagem, são deliberadamente bastante próximas às interpelações da filosofia da libertação (Dussel, 2017), e tantas outras, que não elencaremos aqui devido à extensão do texto, colocam um sério questionamento à noção de adaptação passiva, decorrente de meros ajustes do ser ao seu contorno, como sendo uma finalidade da psicoterapia.

Portanto consideramos inaceitável quando os autores da terapia cognitivo-comportamental e da gestalt-terapia acima citados asseveram que a psicoterapia visa facultar uma nova experiência pessoal, ou uma reelaboração consciência individual da sua realidade, ou fazê-lo funcionar de forma mais adaptativa, ou então, o que é pior, ajudá-lo a integrar-se, que no mais das vezes significa reintegrar-se. Isto, inclusive, vai frontalmente contra aquilo que motiva a busca pela clínica por muitos, pois muitos buscam-na justamente quando sentem-se deslocados, estranhando um lugar ou modo de ser que antes lhes era cotidiano. Muitos buscam a clínica quando há uma quebra existencial, uma ruptura, crise, e o corriqueiro se torna ameaçador ou angustioso. Mesmo que Ponciano Ribeiro tenha enunciado que a psicoterapia deve suscitar que o



paciente possa fazer suas opções pessoais, ainda assim, apesar desta enunciação expressar o fato ético concreto e correto de que o psicoterapeuta não deve realizar escolhas pelo paciente, salvo casos bastante específicos, concebemos que não basta adaptar-se ao sistema-mundo e as diferentes contradições ali existentes, tal como as seis que elencamos acima.

O conceito de adaptação, como tem sido utilizado na psicologia, sociologia e outras ciências humanas e sociais e, especialmente, no cotidiano popular, deve receber a mais criteriosa correção para se ver livre da cunhagem ideológica que carrega. Álvaro Vieira Pinto critica o uso desse conceito associando-o aos interesses em que foram geradas as reflexões comportamentalistas (behavioristas), pois, tomando o ser humano como um animal como os demais, ou seja, que aprende essencialmente através de condicionamentos, externa o entendimento de adaptação como “ideia eminentemente apassivadora, porquanto favorece, e mesmo declara fatal, necessária e conveniente, sob pena de insensatez, a atitude de silenciosa e inerte acomodação às condições vigentes” (2005, vol. II, pp. 596-597), como se a nossa sociedade fosse perfeita, não padecendo;

De defeitos propriamente ‘sociais’, e sim apenas nela se encontram indivíduos que, ou por motivos constitucionais internos, ou por ineficiência prática, não conseguem se adaptar a tão favorável estrutura de convivência, a fim de tirar dela os inúmeros benefícios que a todos os cidadãos laboriosos, com igualdade de oportunidades, sem discriminações odiosas propicia (Vieira Pinto, 2008, p. 44).

Considerações finais

Sobre a adaptação, trata-se de uma prática da psicologia em geral, conforme assinala Hilton Japiassu (1982, p. 154).

Com estas reflexões nosso intuito não é criar uma dentre as várias “correntes”, “abordagens” ou “forças” da psicologia, uma “psicologia decolonial”. Quando bem entendida, a proposta decolonial em psicologia não se concretiza enquanto um campo como os demais, mas sim, trata-se de uma abordagem decolonial à psicologia. O correto seria dizer que nosso empreendimento foi, conforme concebemos, uma abordagem decolonial dessa ciência, pois tratamos de efetuar algumas operações decolonializantes no seu âmbito de abrangência.

O conhecimento só se torna libertador quando aprendemos a dizer a nossa própria palavra.



Referências

- Ballestrin, L. (2013) América latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº11. pp. 89-117.
- Bomfim, M (2008). *A América Latina: males de origem* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Côrtes, N. (2003). *Esperança e Democracia: as ideias de Álvaro Vieira Pinto*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Costa, B. & Martins, A. (2018). Álvaro Vieira Pinto e o pensamento decolonial: A questão da colonialidade do saber (p. 49). *Anais do 3º Colóquio Álvaro Vieira Pinto* (p. 49). Porto Alegre: Rede de Estudos sobre Álvaro Vieira Pinto. <https://www.researchgate.net/publication/329697939>.
- Cytrynowicz, D. (1997). Psicoterapia: uma aproximação daseinsanalítica. *Daseinsanalyse - Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*. 1, 2 e 4. Pp. 63-70.
- Dussel, E. (2012). *Ética da libertação: Na idade da globalização e da exclusão*. Petrópolis: Vozes.
- Dussel, E. (2017). *Filosofia da libertação: Crítica à ideologia da exclusão*. São Paulo: Paulus.
- Fanon, F. (2005). *Os Condenados da terra*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Ferreira, A. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira dos Santos, M. (2017). *Filosofia da crise*. São Paulo: É Realizações.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (2017). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (2018). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: Uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- Gonzatto, R. & Merkle, L. (2016). Vida e Obra de Álvaro Vieira Pinto: um levantamento biobibliográfico. *Revista HISTEDBR On-line, Campinas*, n. 69, p. 286-310.
- Grant, P., Young, P. & DuRubeis, R. (2007). *Terapias cognitivas e comportamentais*. Em: G. Gabbard, J. Beck & J. Holmes (orgs.). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. (pp. 30-44). Porto Alegre: Artmed.
- Jardim, L. (2013). Ação e compreensão na clínica fenomenológica existencial. Em P. Evangelista (org.). *Psicologia fenomenológico-existencial: Possibilidades da atitude clínica fenomenológica* (pp. 45-74). Rio de Janeiro: Via Verita Editora.
- Lispector, C. (2016). *Todos os contos*. Rio de Janeiro: Rocco.



Maldonado-Torres, N. (2007). On the coloniality of being. *Cultural Studies*, 21(2), p. 240 – 270.

Maldonado-Torres, N. (2018). Analítica da colonialidade e da decolonialidade: Algumas dimensões básicas. Em J. Bernardino-Costa, N. Maldonado-Torres & R. Grosfoguel (orgs.). *Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico*. (pp. 27-53). Belo Horizonte: Autêntica.

Margutti, P. (2018). Filosofia Brasileira e Pensamento Descolonial. *Sapere aude*, 9(18), p. 223-239.

Ribeiro, J. (2017). *Psicoterapia: Teorias e técnicas psicoterápicas*. São Paulo: Summus.

Santos, G. (2017). Psicologia fenomenológico-existencial e pensamento decolonial: um diálogo necessário. *Revista do NUFEN*, 9(3), 93-109. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol09.n03artigo16>.

Quijano, A. (2010) Colonialidade do poder e classificação social. Em: B. Santos & M. Meneses (orgs.). *Epistemologias do Sul* (pp. 84-130). São Paulo: Cortez.

Vieira, E. & Giffoni, S. (2017). Avaliação de Preditores de Risco para a Deficiência Intelectual. *Rev. Psicopedagogia*, 34(104): 189-95.

Vieira Pinto, A. (1956). *Ideologia e Desenvolvimento Nacional*. 4ª edição. Rio de Janeiro: ISEB.

Vieira Pinto, A. (1960). *Consciência e realidade nacional*. II vols. Rio de Janeiro: ISEB.

Vieira Pinto, A. (1969). *Ciência e existência*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Vieira Pinto, A. (1982). *Sete lições sobre a educação de adultos*. São Paulo: Cortez.

Vieira Pinto, A. (2008). *A sociologia dos países subdesenvolvidos*. Rio de Janeiro: Contraponto.