

DEMANDA POR GRUPOS, PSICOLOGIA E CONTROLE

GROUP DEMAND, PSYCHOLOGY AND CONTROL

Abrahão de Oliveira Santos
Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil

Edson Olivari de Castro
Universidade Estadual Paulista, Bauru, Brasil

RESUMO

Este artigo traz uma reflexão sobre uma capacitação para o trabalho grupal, destinado às equipes das UBSs (Unidades Básicas de Saúde) do SUS (Sistema Único de Saúde) e agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de analisar o pedido explicitado pela equipe, de mostrar a reflexão a respeito desse pedido, as circunstâncias dos problemas colocados, a experiência dos vários trabalhadores da equipe e a escuta do que se passa do lado da população. Parar para ouvir os parceiros do trabalho e refletir sobre a intervenção fez a equipe trabalhar sua sensibilidade diante das questões da população, do que vem a ser saúde e poder assumir outra postura que não seja a de servir ao controle da população e trabalhar para a construção da sociedade de controle.

Palavras-chave: análise institucional; dinâmica de grupo; sociedade de controle.

ABSTRACT

This article brings a reflection about a training for group work developed with UBSs (Basic Units of Health) technical staff from SUS (Unified System of Health) and agents of health from a county in the State of São Paulo, Brazil. The procedure involves: (1) to analyze the explicit demand from the crew, (2) to show a reflection about this demand, (3) to show the context of the problems, (4) to consider the experience of workers on the crew, and (5) to listen to what happens from population's standpoint. Stop listening to the job partners and reflecting about the intervention made the crew work.

Keywords: institutional analysis; group dynamics; social control.

Um caso por acaso (demanda e implicação)

Era um dia de sábado ensolarado quando fazíamos a capacitação com as equipes de trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) numa cidade do interior de São Paulo, solicitação feita pela Secretaria de Saúde do município para melhorar o trabalho de coordenação de grupos dos funcionários do Sistema Único de Saúde (SUS). No município que faz alto investimento no atendimento à população, na assistência social e na Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive no nível preventivo, há inúmeros programas de cuidado à gestante, aos portadores de hipertensão e diabetes, aos tabagistas, entre outros.

Na primeira conversa com o grupo, em torno de 20 funcionários, propusemos que se apresentassem e relatassem os trabalhos já desenvolvidos, as dificuldades, as facilidades, os interesses, os espaços físicos. Era o momento de um mapeamento das práticas e dos afetos

que atravessavam o trabalho e os funcionários das UBS. Era também um momento no qual os trabalhadores tomariam conhecimento dos problemas vividos pelo conjunto da equipe, das soluções criativas, do que se realizam nas várias unidades de saúde, das dificuldades que todos tinham. Era o primeiro momento, quando juntávamos as singularidades e derivas, os afetos e tremulações corporais e os fazíamos realizarem comparações e entrarem em confronto uns com os outros.

A troca ou confrontação de experiências é um dos momentos mais importantes de um encontro grupal, de uma capacitação que não pretende deixar caladas as experiências das pessoas em prol do saber dos mestres, das teorias, das ordens dos especialistas de grupo – em vez disso, pretende aproveitar a oportunidade e levar trabalhadores de uma prefeitura a conhecer os embates laborais dos seus parceiros, a pensar os horizontes do seu trabalho e seguir em direção à experimentação da gestão compartilhada e da autonomia. A troca de expe-

riências, o reconhecimento mútuo dos interesses, das pressões, dos problemas de gestão da atividade laboral; o reconhecimento das agitações, das diferenças, das capturas e dos exercícios de liberdade inesperadamente efetivados por algumas pessoas no interior do trabalho, as insatisfações e prazeres com aquilo que praticam.

Embora diante de tal riqueza, ao final daquele primeiro encontro, a responsável por nossa contratação procurou assegurar ao grupo, sem nos consultar, que os trabalhos da tarde seriam certamente melhores, mais proveitosos, e que aquela manhã teria sido apenas o começo, um aquecimento; o curso não seria todo assim, voltado para o reconhecimento dos saberes deles mesmos. À tarde os especialistas ministrariam os verdadeiros conhecimentos de que todos eles necessitavam. Nossa contratadora tentava animar os funcionários do município a retornarem com essa promessa. Essa declaração de desvalorização não poderia passar-nos despercebida, explicitava a demanda pelo especialismo; vinha a afirmar a inoperância e a carência de saber e de como se deve fazer para coordenar grupos. Esconjurava, assim, a possibilidade de afirmação de uma equipe e sua experiência em termos de saberes positivos.

Teríamos nós vacilado diante dessa opinião e embarcado na desqualificação reiterada dos discursos dos que trabalham?

Um susto da implicação

De certo que não apenas essa opinião explicitada nos assustou, como os vários pedidos colocados pelos coordenadores/monitores de grupo. O pedido das equipes das UBSs vinha unânime, em nome de saberem melhor coordenar os grupos. Necessitavam das técnicas de dinâmica de grupo, de modo que pudessem fazer os usuários das UBSs - indivíduos com hipertensão, com diabetes e as mulheres grávidas - permanecerem assiduamente nas reuniões e seguirem as recomendações médicas, as ordens nutricionais e todas as prescrições para a realização de um “estilo de vida saudável” (Organização Mundial da Saúde, 2001), como são agora as recomendações dadas pelos órgãos internacionais de vigilância e prescrição de modos de vida e saúde das populações. Era necessário achar um jeito de tornar os grupos atraentes e fazê-los respeitar as recomendações médicas. O que mais nos assustava era o modo explícito do pedido de como se fazer ser obedecido.

O susto que tomamos, como tudo mais na intervenção do psicólogo social, já nos exige a análise da implicação. Susto: “que é isso companheiro?”. Um pedido por técnicas de controle explícito, totalmente escancarado. Evidência que nos constrange a alguns risos desconcertados. Explícitamente: não somos observadores exteriores, nem exteriores à problemática

que atravessa aquela equipe, nem exteriores às políticas de saúde pública. Estamos tocados pela problemática político-social desse campo, estamos no mesmo território dos embates de forças, dos combates das ideias e opiniões dos trabalhadores dos serviços públicos. Também somos atormentados pelo mesmo mundo dos exíguos espaços públicos, da escassez de projetos de valorização do coletivo. Por isso mesmo, buscamos a reinvenção do espaço social e da construção de um mundo no qual possamos acreditar. Estamos no mesmo barco e impulsionados a agir na transversalidade desses valores. A implicação é aquilo que nos arrasta a um encontro e indica também para aonde um encontro nos leva; o que nos faz olhar para um lado e não para outro; o que nos faz querer, avançar ou recuar. Avançar, sim, e ainda mais se agradássemos aos nossos contratantes, aos nossos clientes; ou se agíssemos como mercadores de serviços que não se incluem nos valores do seu próprio mercado, naquilo que oferece, que distribui; pois não duvidamos da nossa tendência de querer receber mais e mais pedidos de cursos de capacitação. É necessária a “análise do sistema de lugares” (Passos & Barros, 2009); assinalar o lugar daqueles que buscam ocupar o lugar que lhes é solicitado ocupar; observar o que está em jogo e assumir os riscos; romper a neutralidade; dar consistência às implicações, efetuar as potências virtuais presentes nela, trabalhar segundo uma política que nos interessa e querer deixá-la explícita e fazê-la valer, no que nos arrasta aos encontros, no que nos leva para fora dos sistemas e inclusive fora de nós mesmos, efetuar outros mundos, outras atualidades, fazer aliados, inventar corpos coletivos, espaços de gestão coletiva.

A sociedade de controle bate à porta

Era assustador ver de modo tão escancarado os tentáculos sem máscaras da sociedade de controle, não na megalópole, onde a esperaríamos de perto, mas justamente numa cidade do interior que, em princípio, estaria mais relaxada ou distante dessa diretriz do capitalismo mundial – mas seria um engano esperar isso. O capitalismo mundializado é também o capitalismo interiorizado que adentrou na colonização de si próprio, intensificando a exploração e colonizando intensivamente suas próprias entranhas.

A conferência de Foucault “A sociedade disciplinar em crise”, de 1978, nos dá consciência da crise da sociedade disciplinar nos países industrializados, da perda de eficácia da disciplina em manter o poder. Os indivíduos, grupos e tendências “são cada vez mais diversos, diferentes e independentes” (Foucault, 2006, p. 268). Cada vez mais há categorias que escapam às tecnologias de confinamento, de tal forma que estão em curso, julga Foucault, mecanismos de poder para além

da disciplina. A sociedade disciplinar sustentava-se e se expandia pela ordenação dos lugares, das disposições espaciais dos corpos, pelos circuitos rígidos que se reproduziam a partir de centros de confinamento como a prisão, o manicômio, a fábrica, a escola e o quartel. Essas grandes instituições do poder irradiavam para a sociedade o modo de regulação dos corpos e de refinamento das almas, a obediência aos pontos de comando, os valores da docilidade. Os indivíduos constituíam-se a partir desses mecanismos de confinamento e em referência a eles. Mas os mecanismos de confinamento estão sendo deixados para trás como modelo de arranjo social.

O cenário sociopolítico contemporâneo, a nova fase do capitalismo globalizado, descentralizado e interiorizado corresponde a novos mecanismos de constituição das relações, dos interesses dos homens, da administração dos corpos. Os problemas atuais da obediência às normas médicas, das dissensões religiosas, da variação das formações familiares, dos questionamentos referentes à educação e à escola, do aumento do número de não-trabalhadores e do aumento da pobreza são tão mais contundentes quanto menos submissão disciplinar há no comando dos modos de ser e de agir, dos processos de produção de subjetividade. As instituições de confinamento estão em crise e estamos seguindo para uma “sociedade de controle”, que funciona com “controle contínuo e comunicação instantânea” (Deleuze, 1992, p. 216). As câmaras de vigilância nas autoestradas, nos condomínios, elevadores, lojas, praças; a vigilância contínua da *performance* corporal pelos parceiros das academias (Ortega, 2003), os vigilantes do peso, da alimentação, dos hábitos e dos etilos de vida; as coleiras eletrônicas: o incessante “controle ao ar livre” (Deleuze, 1992, p. 220).

Essa estratégia refinada de governo da população proclama os estados de vida saudáveis, sem solidariedade social, de reduzido espaço público, sem projetos sociais, sem perspectivas políticas ou vontades de mudar os valores. É a mesma produção de subjetividade que faz uso do que Robert Castel chama de “liberdade vazia”, desligada dos processos reais de decisão, mas engajada em “objetos irrisórios” (Castel, 1987, p. 18); vida pública esvaziada e investimento na subjetividade somática (Ortega, 2003). As discussões críticas das repercussões dessa política de saúde ou política da subjetividade contemporânea, das subjetividades designadas pelas bioidentidades, marcadas pelos avanços das neurociências e de toda uma cultura de medicalização da vida (Aguiar, 2002; Martins, 2005; Ortega, 2003) ainda estão restritas a alguns círculos. Tanto no campo da biossociabilidade como no território mais amplo da sociedade, cada indivíduo exerce em tempo integral e espaço ilimitado a vigilância sobre si e os outros e a execução da lógica da ordem.

O controle dos indivíduos na sociedade pós-industrial não tem necessariamente o propósito de canalizar suas forças para a fábrica, o trabalho, a empresa. Desde o nascimento da medicina de Estado, na Alemanha, diz-nos Foucault (1986a), não é tanto o corpo que trabalha o alvo da administração estatal, através das ações da medicina, mas são as forças potencialmente dissonantes, perigosas, que a medicina deve cuidar para mantê-las talvez – não disponíveis, porque há excesso de oferta de força de trabalho – mas para mantê-las inativas, inarticuladas, politicamente inofensivas e ainda torná-la úteis politicamente. Os indivíduos e as populações devem ser mantidos sob controle e entretidos, neutralizados pelo potencial do crime, das doenças e epidemias, ou do engajamento político. As classes ricas ficam assim protegidas não apenas dos perigos dos contágios e das epidemias, mas, sobretudo, estão resguardadas das chances da população se organizar enquanto perspectiva política alternativa. São formas de gestão da população que não segregam, mas “age por uma marginalização dos indivíduos que passa pela negação de sua qualidade como pessoa e de desconstrução de sua história” (Castel, 1987, p. 18), seus interesses, seus modos de vida, os modos de vida divergentes, induzindo-nos a um “sutil psicologismo” (Castel, 1987, p. 19). Os pedidos à psicologia são, frequentemente, acompanhados de um clamor à psicologia dos grupos e à busca do viés psicologizante que faz retornar ao indivíduo a culpa pela sua condição de pobreza e pelos modos dissidentes, retendo neles, todavia, e por isso mesmo, uma “virtude progressista”, como diz Castel.

É necessário analisar a demanda

Naquela manhã de sábado, as intenções da sociedade de controle assaltavam-nos sob sol forte e céu claro. Que podíamos fazer? Fugir e entregar exatamente a questão do cuidado, que tanto nos interessa, nas mãos dos que trabalham para o Estado? Enfrentá-las? Com quais armas?

A direção é pôr em análise a demanda – requisito fundamental da análise institucional. O que poderia levar as pessoas a não virem mais aos grupos nas UBSs? O que poderia afastar os sujeitos de um encontro para debater sobre os efeitos nocivos do tabagismo? Um após outro, quando os trabalhadores relataram suas experiências, perfilaram-se exemplos que tornavam as cenas mais complexas, múltiplas, plenas de perspectivas. Convocamos, ou invocamos, os analisadores. Algumas pessoas franziam o cenho, encolhiam-se; outras deixavam brilhar um sorriso cúmplice, os olhos arregalavam-se como se houvesse um estalido distante a incitar a espreita, o erigir da orelha do lince em atenção dispersiva, em atenção a tudo de fora, de longe,

não familiar. Assim, uns explanavam enquanto outros escutavam. Pudemos sugerir que as experiências fossem contadas como uma cartografia coletiva dos vários afetos que circulavam na rede das UBSs.

As histórias dos próprios funcionários puderam aproveitar a permeabilidade do momento, do analisador capacitação, para ganharem espaço, para trazerem outra história. Numa das histórias fortes, um quase-“causo” caipira, a mãe de uma funcionária que havia sido sequestrada, foi libertada após 15 dias de cativeiro, entrou em casa sem que ninguém soubesse da sua soltura, foi direto ao quarto, acendeu um cigarro e sorvia a fumaça demonstrando um exuberante prazer enquanto exultava: nada como estar livre! A equipe escutava perplexa a história que afirmava o prazer e a liberdade de fumar. Noutra história, paramos para pensar nos sentimentos de uma mulher grávida tendo que carregar sua barriga e ter que ouvir das enfermeiras que aquele era o único papel que ela podia desenvolver naquele momento da sua vida, por nove meses; mas pudemos também reconsiderar as ordens médicas e pensar no medo dessa mulher de perder seu marido, de perder sua beleza e seu encanto, seu poder de sedução e tornar-se unicamente mãe – de ter sua vida resumida, reduzida e esvaziada do sentido mais amplo de ser mulher. No final, a futura mãe não acabaria odiando seu filho? Sim, pensamos, até quase sentindo em nós mesmos a amargosa desdita. Pensamos os muitos casos quase clínico-sociais que então apareceram. Vieram à tona as necessidades reais das pessoas reais, pessoas cheias de vida e, às vezes, da vida, cheias de dores, de alegrias, de graças.

As experiências estenderam-se muito além do que as prescrições médicas podem alcançar e mostraram o quanto é mais complexo o trabalho dos profissionais que ali se capacitavam. Imanência da vida no seio social. Foram aparecendo as variações, as diferenciações, as vontades únicas, improváveis, incomparáveis, outros devires. Entrementes, não era o empirismo que buscávamos nesta aparentemente ingênua conversa em torno dos fazeres, mas os saberes desqualificados, saberes históricos carregados de memória de lutas e forças para revogar a tirania da instituição do saber. Acontecia o acoplamento de saberes; reativávamos o saber das pessoas, da experiência dos trabalhadores de saúde com o cuidado da vida da população. Trabalho genealógico da “reativação dos saberes locais” (Foucault, 2005, p. 15) que se desencavavam é tática para fazê-los intervir no universo monolítico do saber do Estado.

A análise da demanda social é imprescindível. O que é demanda? Uma demanda social emerge no vazio constituído no embate das práticas sociais, a impressão de forças em um campo apresentando-se logo como “*consenso mínimo* que se estabelece entre os atores por intermédio do que é instituído aqui e agora” (Lourau,

1996, p. 194), como organização, regra, norma, tarefa, valor ou modo de viver. A demanda-consenso participa do esforço de solução do conflito social, dos embates, mas consegue, enquanto prática social, tão-somente mascarar que a direção que se enfatiza é a dos interesses dominantes. O pedido de técnicas de controle que era formulado pela equipe das UBSs era impressionante e até mesmo chocante para os “capacitadores”. O assunto em foco era como fazer para evitar a desobediência, como fazer os indivíduos cumprirem as regras e não se deixarem levar pelas pequenas revoltas. É o governo sobre os outros constituindo o Estado, incidindo nas relações entre homens e mulheres, entre doentes e normais, entre a população e aqueles que dela cuidam.

A demanda por controle estava explícita e a decisão de ignorar as vontades minoritárias dos usuários do SUS, das dezenas de mulheres em estado de gravidez, daqueles que não podiam mais comer sal ou tomar cafezinho com açúcar, ou dos que tinham problemas com o uso do tabaco ou do aumento do colesterol, e aí também as questões dos adolescentes e dos alcoolistas, estava instalada. Afinal, o capitalismo entrou em sua fase de purificação, de purgação e de estruturação de relações sociais tidas como limpas e responsáveis. “Promover estilos de vida saudáveis” (OMS, 2001, p. 47) é a clássica proposição da Organização Mundial da Saúde, que defende uma noção de saúde demasiadamente geral e abstrata, preconizada a partir de um ideal de saúde, de bem-estar, de um modo universal de conceber o homem, como sempre, indivíduo. Dessa posição da saúde como um bem-estar ideal vem a desvalorização e a exclusão de tudo aquilo que é considerado indesejável em um dado momento pela sociedade – preceitos que atingem mais fortemente à parte da população com seu estilo de vida não aderido ao padrão burguês, ao padrão das elites. Daí também as estratégias de controle antecipado de doenças e “programas de saúde” que vemos perfilar aos nossos olhos, como e estratégias de governo da população.

Os dispositivos para mudar a sensibilidade

São analisadores todas as nossas atividades ou inatividades cuja função na socioanálise é colocar as pessoas a falarem (não necessariamente umas contra as outras), a elucidar os afetos implicados na ação, as posições, os destinos que elas imprimem, as recusas, os interesses e engajamentos (Lourau, 2004). Os analisadores constituem, então, as ferramentas pelas quais a análise se dá e provoca a desnaturalização dos modos cristalizados, dos códigos de atenção à população pobre. Desnaturalizar os códigos e derrotar aqueles que se servem dele para dominar. É isso o inconsciente: um campo de luta!

O analisador é um dispositivo: faz ver e faz falar. E como toda a luz que ilumina um campo colocando outro na sombra, o dispositivo faz desaparecer um objeto que não existe sem a luz que o mostra, ou pode impedir de virem à tona certas falas, certas imagens, certas histórias, certos pontos de vista, ou certas condições de vida e forças. Assim, em cada extrato “existem camadas de coisas e palavras” (Barros, 1997, p. 186), formas, expressões e conteúdos que passam a existir ou deixam de existir, segundo o dispositivo. Aquilo que alguém diz que vê, o valor de uma fala, a experiência de sofrimento ou de saúde daqueles que passam pelos serviços de saúde ou daqueles que travam o contato direto na condição de cuidadores são afirmados ou negados segundo o dispositivo que lhes dá lugar. Encontros na rua, na residência dos pacientes, numa praça ou na UBS, o tempo do trabalho, a condição de desemprego, a desigual relação médico-paciente: cada extrato abre para um campo de falas e de coisas; cada extrato constituído no tempo e no espaço dá legibilidade, visibilidade, legitimidade a certas formas de vida, a certos modos de expressão. O posto de saúde e o consultório distribuem o poder àqueles que tratam e dos que estão enfermos.

Talvez o maior dos benefícios que a leitura dos textos de Foucault nos proporcione seja podermos buscar as condições para experimentação de outras sensibilidades, da experiência real, como lembra Deleuze (1998), em seu radical pragmatismo; condições únicas para as singularidades que compõem *uma* experimentação. Aquelas condições que nos fazem penetrar nas incertezas – que reclamam nossa aposta no próprio devir que ali se apresenta – na expressão que a vida clama. É o sentido dado por Barros (1994) ao dispositivo ao salientar dele a linha de produção da subjetividade, de engendrar modos de ser e estar que escapam do instituído. Para Barros, no dispositivo acionamos “sua capacidade de se transformar, se desterritorializar, irromper em devires que nos desloquem do lugar intimista e privatista em que fomos colocados como indivíduos” (Barros, 1994, p.152). Um dispositivo articula um conjunto de várias linhas de natureza distinta, ou seja, uma multiplicidade. No encontro no qual falamos da nossa vida, das fraquezas, das vontades, dos destinos, dos impasses e dos exercícios de liberdade – no encontro no qual experimentamos, da vida, suas mais diversas máscaras, realizamos essa dobra de nós mesmos, do que em nós é questão, prisão ou destino de liberdade – isso que chamamos subjetividade. É o que Foucault chamava linha de subjetividade (Deleuze, 1998).

Lourau (1996, 2004) afirma que a análise institucional deve fazer entrar em cena outros atores sociais, deve desnaturalizar as relações cristalizadas, as regras estabelecidas. A análise institucional tem como objetivo mostrar a historicidade das práticas. Historicidade

não é a procura da origem – tomando de empréstimo a discussão de Foucault (1986b) –, recuar no tempo para buscar a causalidade essencial de um objeto que se manterá sempre o mesmo, de identidade inabalável. A velha confusão, já denunciada, dos cientistas entre objeto de conhecimento e objeto empírico (Lourau, 1996). Historicidade é fazer aparecer as regras, as normas, os procedimentos, os rituais nos quais a dominação se fixa; desnaturalizar os códigos, dizíamos acima; na cena aparentemente ingênua, mas visivelmente unilateral e autoritária, dos procedimentos médicos, fazer aparecer como a violência se repete; procurar o sentido histórico, os encontros singulares, as agitações humanas, as tendências, as realizações, os recursos ou, dizendo mais diretamente, fazer a “pesquisa que agita o que se percebia imóvel” (Foucault, 1986b, p. 21), dar visibilidade à heterogeneidade, produzir falas da diferença, agir ali mesmo experimentando diferir; diferir por dentro, intensivamente e, sobretudo, desencavar os saberes sufocados na instituição Estado. Esse exercício, de pensamento ou de análise, ilumina os múltiplos lugares nos quais o poder opera: família, vida sexual, gravidez, relação entre homens e mulheres constituem relações políticas. Convergem aí o projeto genealógico e a análise institucional, termo esse usado por Foucault explicitamente nos seminários publicados sob o título Segurança, território, população (Foucault, 2008, p. 159).

Na conversa com a equipe das UBSs começamos a ver que algumas regras parecem exercer a violência – e não eliminá-la – e talvez com isso pudéssemos ali ousar “constituir uma nova política da verdade” (Foucault, 1986c, p. 14), novas políticas de saúde, uma, ao menos, que possa pensar a transgressão. Se mudarmos essas relações, podemos mudar a sociedade.

Como vamos viver com saúde?

Não existe saúde em si, afirma Nietzsche (2001, § 120), pois a saúde depende dos objetivos, dos horizontes de cada um, das suas forças, dos seus ideais, dos limites. O dogma de que todos os homens são iguais determina consequentemente a noção de saúde igual para todos. A saúde de cada um depende não de um modelo universal de saúde, mas depende do modo como cada um pode, deseja ou precisa participar do social. Há muitos modos de saúde, muitos modos de participação, vários os exercícios de saúde que são um atributo – assevera a generosidade ímpar de Nietzsche (2001, § 289) – também dos infelizes, dos que não fazem parte da norma, das formas dissidentes de viver. Esses têm seu direito ao seu raio de sol, têm direito à sua existência.

Em proximidade com Canguilhem, para quem saúde não é a ausência de sintoma, não é a negação da

doença, saúde significa, para Bezerra Jr. (2007, p. 28), "a capacidade de poder suportar embates, sofrimentos, limitações e ir adiante, construindo novas formas de existência". No estudo do binômio normal-patológico nas ciências biomédicas, Canguilhem (1990) vê a saúde como capacidade normativa. Saúde é uma força positiva do indivíduo de manter para si mesmo sua concepção de saúde. "Saúde é a capacidade de ultrapassar a norma" (Canguilhem, 1990, p. 158). Esse pensamento se afasta da ideia de que os indivíduos saudáveis seriam aqueles que se adaptam às realidades preexistentes, a uma norma dada por outros. Os desajustes, as infidelidades do meio, como fala Canguilhem, os erros, são parte também de um processo de saúde e das condições de transformação do homem e da realidade, do devir. Ter saúde é poder desenvolver a vida que há em si, a vida em variação, desenvolver o poder de afetar e ser afetado, isto é, a vontade de potência (Deleuze, 2006). Como potência de variação dos modos de vida, saúde implica processos de subjetivação, a construção de modos de vida, mas, é preciso observar, no meio que nos é infiel, vale dizer, que varia e nos surpreende, demandando repostas novas.

Sabemos que as equipes de trabalho não têm tempo destinado para pensar seu fazer. Funcionários do Estado muito comumente são submetidos a salários baixos, condições hostis de trabalho, a urgência do preenchimento das estatísticas estatais e a obrigação de fazê-las crescer. Vivem numa rotina que os sufoca, sendo-lhes negada a participação da gestão do labor, ainda que estejam a todo o momento convocados a escolher, a decidir e, portanto, a gerir. A ergonomia da atividade procura evidenciar a delicada trama da gestão do trabalho. Um trabalhador ao executar sua atividade deve hierarquizar os gestos, priorizar as ações, estabelecer as trocas com seus parceiros de trabalho, reavaliar ou adequar as normas e os valores. Aqui aparece, também escondido, o meio infiel, o paciente com sua questão única, com sua aparência discreta ou exuberante, sua necessidade distinta, seu "caso", suas exigências, sua história impossível de entender. "O trabalhador se defronta com uma série de variabilidades que deverá gerir" (Borges, 2006, p. 17). A ergologia mostrou que o trabalho não pode prescindir da gestão do trabalho, pois na variabilidade do campo do trabalho há a demanda por uma execução criativa. As várias histórias, todas diferentes, relatadas e encenadas sociodramaticamente, esse foi o analisador, disparador de transformações subjetivas e conhecimentos, o dispositivo que fez vir outras perspectivas do problema.

As discussões com essas equipes do serviço público de saúde exploraram outra linha de constituição de si, de cuidado de si, de cuidado e aliança com a população.

Considerações finais

Antes mesmo do término da capacitação, circulava entre a equipe um questionário de avaliação da capacitação enviado pela responsável por nossa contratação. Não fomos avisados nem sabíamos do seu conteúdo. A cada curso que a equipe fazia, o questionário era a base para a Secretaria avaliar o curso e sua pertinência. Outro susto, e novamente é preciso pensar a demanda e a implicação para sustentarmos o trabalho socioanalítico. De novo, em vez de aceitarmos a avaliação isolada, individualizada e padronizada, insistimos na voz do coletivo, na coletivização da experiência, na explicitação dos afetos. Cada um pode dizer e ser escutado. Se alguns bateram forte na tecla do que faltou, do que não aprenderam, da ausência das técnicas de dinâmica de grupo e de controle de grupo, ouviram também e debateram o ganho de sensibilidade, a percepção do que ocorria no fazer ativo dos colegas também atordoados na coordenação dos grupos, na solidão das tarefas, na experiência que cada decisão implica – solidão pela qual todos passavam, solidão, paradoxalmente, coletiva. Não se deixou de perceber a importância de ter uma maior sensibilidade para considerar e acolher as diferenças, para escutar as mais distintas necessidades e, sobretudo, experimentar não julgar as variadas experiências, anseios e desejos daqueles que as equipes das UBSs cuidavam segundo a codificação do Estado e da norma médica. Talvez pela primeira vez aquelas pessoas perceberam-se trabalhadores do social, em vez de meros instrumentos do Estado e do controle, mascarados de uma atenção médica autoritária cujo alvo é desqualificar os saberes da população; experimentaram recuperar saberes soterrados e fazer a gestão coletiva das atividades que constituem o seu trabalho, do por que fazer, do como fazer e do para quem fazer. Eis a sensibilidade que foi o aprendizado maior, ser sensível a outros regimes de verdade, outros saberes, a outra constituição de subjetividade. Os sinais de alegria e aliança, os sorrisos, o brilho cúmplice nos olhos, o olhar atento, faziam nascer trabalhadores que se davam conta do seu engajamento social, de que seu lugar estratégico como funcionário do Estado podia ser reelaborado e convertido em força propulsora de uma política de saúde aliada da população e com efeitos de transformação social.

Referências

- Aguiar, A. A. (2002). *Da Medicalização da Psiquiatria a Psiquiatria da Vida: uma Cartografia Biopolítica do Contemporâneo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.

- Barros, R. D. B. (1994). Grupo e Produção. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e loucura 4: grupos e coletivos* (pp. 145-154). São Paulo: Hucitec.
- Barros, R. B. (1997). Dispositivos em ação: o grupo. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e loucura 6: subjetividade* (pp. 183-191). São Paulo: Hucitec.
- Bezerra, B., Jr. (2007). Um apelo à clínica: nem o respaldo à norma, nem o extravio na dor. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno de saúde mental* (pp. 21-31). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Borges, M. E. S. (2006). *O RH está nu: tramas e urdiduras por uma gestão coletiva do trabalho*. Tese de Doutorado, Psicologia Social, UERJ, Rio de Janeiro.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à antipsicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: 34.
- Deleuze, G. (1998). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. (2006). *Ilha deserta*. São Paulo: Iluminuras.
- Foucault, M. (1986a). O nascimento da medicina social. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 79-98). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1986b). Nietzsche, a genealogia e a história. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 15-37). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1986c). Verdade e poder. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 1-15). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *Ditos e escritos IV: estratégia, saber, poder*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lourau, R. (1996). *A análise institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lourau, R. (2004). Pequeno manual de análise institucional. In S. Altoé (Org.), *René Lourau: analista em tempo integral* (pp. 122-127). São Paulo: Hucitec.
- Martins, A. L. B. (2005). *Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea*. Dissertação de Mestrado, Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Nietzsche, F. (2001). *A gaia ciência*. São Paulo: Cia das Letras.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental - nova concepção, nova esperança*. Lisboa, Autor.
- Ortega, F. (2003). Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos de saúde coletiva*, 11(1), 59-77. Acesso em 13 de agosto, 2009, em http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2003_1/2003_1%20FOrtega.pdf
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009). A construção do plano da clínica e o conceito de transversalidade. In J. C. Mourão (Org.), *Clínica e política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas* (pp. 103-119). Rio de Janeiro: Abaquar/GTN.

Recebido em: 13/08/2009

Revisão em: 12/03/2010

Aceite final em: 16/04/2010

Abraão de Oliveira Santos é Psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba. Possui mestrado e doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP. É professor de Psicologia Social da Universidade Federal Fluminense. Endereço: Campus Gagoatá, s/n. Bloco O, Dep. de Psicologia. Niterói/RJ, Brasil. CEP 24210-350. Email: abrahaosantos@hotmail.com

Edson Olivari de Castro é Psicólogo pela PUC/SP, Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências de Bauru. Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, s/n. Bauru/SP, Brasil. CEP 17033-360. Email: edcastro@fc.unesp.br

Como citar:

Santos, A. O. & Castro, E. O. (2011). Demanda por grupos, psicologia e controle. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 325-331.