

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

MÁRIO SEBASTIÃO FIEL CABRAL

**A Relação das Necessidades de Saúde com o Processo
de Trabalho Segundo a Percepção dos Instrutores de
Práticas Meditativas**

**São Paulo - SP
2016**

Mário Sebastião Fiel Cabral

A Relação das Necessidades de Saúde com o Processo de Trabalho Segundo a Percepção dos Instrutores de Práticas Meditativas

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**São Paulo - SP
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Mário Sebastião Fiel Cabral

A Relação das Necessidades de Saúde com o Processo de Trabalho Segundo a Percepção dos Instrutores de Práticas Meditativas

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria Ângela Bianconcini Trindade

**São Paulo - SP
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico.

Cabral, Mário Sebastião Fiel

A relação das necessidades de saúde com o processo de trabalho segundo a percepção dos instrutores de práticas meditativas / Mário Sebastião Fiel Cabral. São Paulo; 2016. 254 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Ângela Bianconcini Trindade

1.Necessidades e demandas de serviços de saúde. 2 Condições de trabalho. 3. Meditação. 4. Promoção da saúde. 5. Pesquisa participativa baseada na comunidade. I. Título.

Aos povos originais, que estavam aqui antes do Brasil, expressando um imenso desejo de que cesse o genocídio.

Agradecimentos

A realização deste trabalho se fez possível pelo apoio de inúmeras pessoas que contribuíram, de forma mais direta ou mais indireta. Neste sentido expresso meus agradecimentos:

À Profa. Dra. Maria Ângela Bianconcini Trindade, orientadora desta Dissertação, pelo apoio e incentivo constante e pela oportunidade do aprendizado que proporcionou.

À Profa. Dra. Luiza Sterman Heimann, diretora do Instituto de Saúde, pelo apoio pessoal e institucional dado para o desenvolvimento do projeto de formação e pesquisa que resultou nesta dissertação e pelas pontuações e críticas no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Emilio Telesi Junior, coordenador da Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio amigável e pelas pontuações e críticas no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa, cujas conversas e orientações foram decisivas para definição deste projeto de pesquisa e pelas críticas e ensinamentos que aperfeiçoaram este trabalho.

À Profa. Dra. Eda Terezinha de Oliveira Tassara, cuja orientação aprimorou o desenho do projeto da pesquisa e foi decisiva para a análise do significado dos seus resultados. Agradeço pelo companheirismo e pronta ajuda quando foi solicitada.

Agradeço aos instrutores que constituíram o grupo da pesquisa. Este trabalho é nosso.

Agradeço em meu nome e em nome de todo o grupo às militantes da Luta Antimanicomial Elizabeth Evangelista (Bete), Tereza Cristina Lara de Moraes e Isabel Cristina Lopes pela participação, na qualidade de expositoras / debatedoras, da atividade complementar (entrevistas).

Agradeço à equipe e interlocutores regionais da Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde pela divulgação e apoio ao projeto: Ana Maria Rabaçal Urini, Heloisa Lara da Silva Nunes Guardado, Iara Coelho Zito Guerriero, Luci

Lurico Oi, Luciana Aikawa, Mayara Regina Pinto Ghilardi, Marcia Mulin Firmino da Silva, Ney Álvares, Nida Renata Remencius, Regina Satico Omati, Sheila Busato Sproesser, Sonia Regina Rocha Miura e Yamma Mayura Duarte Alves. Agradeço também pela amizade.

Agradeço a todos os instrutores e professores de práticas corporais e meditativas da prefeitura do município de São Paulo pelo trabalho que vêm realizando ou já realizaram. Em especial aos que, de algum modo, colaboraram com o projeto de pesquisa, a quem agradeço a confiança: Ana Maria Pereira, Argemira Rodrigues da Rocha Siqueira Santos, Carla Colombo Camarote, Edna Hitomi Sesoko, Egle de C. Gatta Bolognesi, Elisabete Morishige, Estela Maria Guidi Gomes, Fábio Lopes Cardoso, Francisco Aparecido Handa, Janete Aparecida da Costa, Jerucha Chang, Joana Camara de Melo, José Pedro Pimenta e Silva, Joseli Beatriz Suzin, Joseph Kawei Sieh, Katia Calazans Rocha, Norvan M. Leite, Pui Fan Maisão, Rosana de Brito Leite, Rosana Noriko Kiyota Oda, Sonia Maria Lofredo, Suely Bassi e Teresa Maria dos Santos.

Agradeço a todos os outros amigos que participaram e apoiaram nosso percurso de construção das medicinas tradicionais e práticas integrativas no município de São Paulo. Neste agradecimento faço menção especial ao José Feliciano do Nascimento (*in memoriam*) e ao Lucio Leal (*in memoriam*), saudoso da extrema gentileza e solidariedade de ambos.

Agradeço aos trabalhadores do Instituto de Saúde.

Agradeço à professora Lenise Mondini, pelo compartilhamento de experiências na Comissão de Pós Graduação e pelo incentivo e apoio.

Agradeço à Tania Regina Gonçalves Silva e Valéria Luciana da Silva Ribeiro de Sá, pela gentileza e o apoio inestimável para realização do curso.

Agradeço aos professores e pesquisadores Carlos Tato Cortizo, José da Rocha Carvalheiro, Maria Cecília Goi Porto Alves, Maria Cezira Fantini Nogueira Martins, Maria de Lima Salum e Moraes, Maria Teresa Cera Sanches, Silvia Regina Dias Médici Saldiva, Sonia Isoyama Venancio, Suzana Kalckmann e Tania Margarete Mezzomo Keinert.

Agradeço à Ausonia Favorido Donato pelo incentivo e amizade, ao amigo José Rubens de Alcântara Bonfim que me encorajou a encarar o desafio do mestrado, ao Lauro César Ibanhes pela pronta colaboração e ao Luiz Eduardo Batista pela participação e apoio.

Agradeço aos colegas do curso pelo companheirismo: Caroline Carapiá Ribas Lisboa, Emiliana Maria Grando Gaiotto, Fabíola Costa Carraro, Fernanda Maria Vital Oliveira, Glória Maria Ferreira Ribeiro, Karin Fátima Silveira, Liliane Maria Guimarães de Pinho, Mariângela da Silva Alves Batista, Maridite Cristovão Gomes de Oliveira, Renata Junqueira Mosterio, Samira Haddad, Tiago Aparecido da Silva, Valéria Longanezi e Patrícia Maria Bucheroni, que partilhou comigo a responsabilidade de representação dos discentes na Comissão de Pós Graduação.

Agradeço à Dra. Katia Maria Silva pela oportunidade de cursar o mestrado.

Agradeço aos diretores do Hospital Municipal e Maternidade Escola Mário de Moraes Altenfelder (HMEC), Dra. Claudia Tanuri e Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel pelo apoio ao projeto.

Agradeço aos companheiros da equipe das práticas integrativas do HMEC: Ângela Cristina Martins Maciel, Arlete Borghi M. S. Cyrino, Jomara Farias Pereira, Yoshimi Okada Hoshino, Renato Sbrighi, Cecília Helena Buscko, Neli Aparecida Moreira, Eduardo Nishimiya Takeyama, Rodrigo de Melo Orlando, Floripes Maria Cruvinel, Marlene A. Graziola de Oliveira e Wagner Lopes da Silva. Agradeço especialmente à Euzimar Dutra da Silva e Maria Lucia Gomes da Cruz pelo apoio direto à pesquisa / formação.

Agradeço à Adriana Fernanda Peres e Victória Cola Santo Silva pelo apoio na elaboração do material “eletrônico” e de divulgação da pesquisa / formação, à Flavia Maria Mattoso da Costa e Carmen Campos Arias Paulenas, pela elaboração da ficha catalográfica e ao Celso Aparecido de Campos pela impressão do material escrito.

Agradeço à Jussara da Paixão dos Santos, Maria Aparecida de Aguiar Fontes, Maria Berenice Seleguim Santos Moraes, Mônica Ludmer e Camila Crispim de Araújo pelo apoio e pelas tarefas que assumiram na formalização da atividade de formação junto aos setores

responsáveis da Prefeitura do Município de São Paulo. Também à Cristina Augusta Pinto da Fonseca da Escola Municipal de Saúde pelas orientações que prestou.

Agradeço à Ana Viegas, pela valiosa revisão de grande parte do texto, à Gabriela Anibali, pela tradução do resumo, à Maria de Fátima Ferreira Queiroz, pelo apoio com o material bibliográfico e ao Pedro Paulo Watrin pela pesquisa bibliográfica à distância.

Agradeço aos professores Jaime Kuk, Luciana Kuk, Maria Lúcia Lee, Ye Yurui, Ernesto Garcia e Jou Eel Jia pelos ensinamentos do *Qi Gong* e da medicina chinesa.

Agradeço à Monja Sinceridade que me guiou no aprendizado da meditação.

Agradeço ao Iatã e Aina, meus filhos, pelo afeto, aos meus irmãos, Astrid, Assunta e Pedro, aos tios, primos e sobrinhos que mesmo distantes na geografia estão presentes nesta e em outras trajetórias.

Agradeço à minha esposa Sandra Luzia Alencar Cabral, pelo valioso incentivo e pelas sugestões, ponderações e tarefas que assumiu. Agradeço a parceria em todos os momentos.

Agradeço às pessoas queridas, que já se foram, e que ajudaram a constituir-me: Moacir (meu pai), Carmem (minha mãe), José e Antônio (meus irmãos), Raoni (meu filho), Ruy (irmão, por escolha) e todos os outros.

Para os que virão

Thiago de Mello

Como sei pouco, e sou pouco,
faço o pouco que me cabe
me dando inteiro.
Sabendo que não vou ver
o homem que eu quero ser.

Já sofri o suficiente
para não enganar ninguém:
principalmente aos que sofrem
na própria vida, a garra
da opressão, e nem sabem.

Não, não tenho o sol escondido
no meu bolso de palavras.
Sou simplesmente um homem
para quem já a primeira
e desolada pessoa
do singular – foi deixando,
devagar, sofridamente,
de ser, para transformar-se
- muito mais sofridamente –
na primeira e profunda pessoa
do plural.

Não importa que doa: é tempo
de avançar de mão dada
com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda esteja
de aprender a conjugar
o verbo amar.

É tempo sobretudo
de deixar de ser apenas
a solitária vanguarda
de nós mesmos.
Se trata de ir ao encontro.
(Dura no peito, arde a límpida
verdade de nossos erros.)
Se trata de abrir o rumo.

Os que virão serão povo,
e saber serão, lutando.

Cabral MSF. A Relação das Necessidades de Saúde com o Processo de Trabalho Segundo a Percepção dos Instrutores de Práticas Meditativas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2016.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção, realizada como processo de formação, utilizando estratégia participativa junto aos instrutores de práticas meditativas da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo (SMS-SP). Com objetivo de identificar as respostas dos instrutores de práticas meditativas ante as necessidades de saúde da população atendida procurou-se produzir reflexão que articule as interpretações de mundo que embasam suas práticas e o processo de trabalho em que eles estão inseridos. A pesquisa/curso foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e realizadas duas turmas em dias e horários diferentes, com divulgação para os instrutores de práticas meditativas e para outros trabalhadores da SMS-SP, envolvidos de algum modo com o processo de formação ou com a organização da área de medicina tradicionais e práticas integrativas em saúde. Para as duas turmas foram quinze os inscritos, sendo treze instrutores de práticas meditativas e dois outros trabalhadores que no momento não instruíam grupos de meditação, mas que possuíam alguma experiência em práticas meditativas. Foram realizados onze encontros por turma e um encontro comum, totalizando vinte e três encontros na forma de seminários, durante quatro meses. Com objetivo de situar o processo de reflexão, na perspectiva da totalidade, foram abordados cinco temas: interpretações de mundo (aquelas vinculadas com o desenvolvimento das práticas meditativas articuladas com as formuladas no mundo ocidental); interpretação da conjuntura geral; interpretação da conjuntura da saúde; processo de trabalho (em que os pesquisadores estão inseridos); necessidades de saúde da população. A pesquisa identificou a necessidade de aprofundar o processo de estudo e reflexão, no sentido de propiciar condições para compreensão do papel que os instrutores assumem como trabalhadores da saúde, sobre o objeto em que atuam e sobre a complexidade da realidade em que estão inseridos. O processo de reflexão com os instrutores sobre a realidade vivenciada no trabalho, sobre suas práticas de atendimento e sobre os aspectos econômicos, políticos, jurídicos e sociais da conjuntura sugere ter gerado transformações nos participantes.

Palavras chaves: necessidades e demandas de serviço de saúde, condições de trabalho, meditação, promoção da saúde, pesquisa participativa baseada na comunidade.

Cabral MSF. The Relationship of Health Needs to Work Process According to the Perception of Meditative Practice Instructors [dissertation]. São Paulo: Professional Master's Program in Public Health Coordination of Human Resources of the State Secretary of Health of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

The current work is a research-intervention, realized as a formation process, making use of participative strategy among the instructors of meditation of the São Paulo Municipal Secretary of Health (SMS-SP). With the purpose of identifying the response of the meditation instructors to the health needs of the population they teach we produced a reflexion that articulates the interpretations of the world they based their practice on and the process of work they are inserted in. The research/course was approved by the Municipal Secretary of Health (SMS), taking place in two classes in different days and time. It was also divulged to the meditation instructors and other employees of the SMS-SP who were somehow involved in the formation process or in the organization of the traditional medicine field and integrative health practice. For the two classes there were fifteen subscribers being thirteen instructors of meditation and two other workers that at the time did not instruct the meditation groups, but had some experience with meditation. There were realized eleven meetings per class and one gathering between the two groups, making a total of twenty-three meetings in the format of seminars during four months. With the purpose of achieving a reflection process, aiming for totality, five topics were addressed: world interpretations (those vinculated to the development of the meditation practices articulated with the ones of the Western world); interpretation of the general conjecture; interpretation of the health conjecture; work process (in which the researchers are included); people's health needs. The research identified a necessity to dive even further into the study and reflexion processes, in the sense of creating conditions to comprehend the role the instructors assume as health workers, having in mind the object they act on and the complexity of the reality they are inserted in. The reflexion process with the instructors regarding the reality they live at work, their treatment practices and its economical, political, judicial and social aspects suggest a transformation in the participants.

Keywords: health needs and service demands, working conditions, meditation, health promotion, community-based participatory research.

SIGLAS

AF - Atividades físicas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

AT- MTHPIS - Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (SMS/SP)

CAB - Coordenação de Atenção Básica (SMS/SP)

CAEPS - Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CAPS - Centro de atenção psicossocial

CDR - Comités de Defensa de la Revolución (Cuba)

CECCO - Centro de convivência e cooperativa

CF - Constituição Federal

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVISA - Coordenação de Vigilância em Saúde (SMS/SP)

CRST - Centro de referência em saúde do trabalhador

DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

EMAD - Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HC - hospital das clínicas (USP)

HMEC - Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

HSPM - Hospital do Servidor Público Municipal

HU-USP - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

IDAC - Instituto de Ação Cultural

INCOR - Instituto do Coração (USP)

IS - Instituto de Saúde (SES/SP)

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MI - Medicina integrativa

MLA - Movimento de Luta Antimanicomial

MP - Ministério Público

MS - Ministério da Saúde
MT - Medicinas tradicionais
MTC - Medicina Tradicional Chinesa
MTPIS - Medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
Pacs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS - Plano de Atendimento à Saúde
PC - Práticas Corporais
PCM - Práticas corporais e meditativas
PIC - Práticas integrativas e complementares
PNPIC - Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
Sabesp - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SES - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Sistema BIREME - do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TDAH - transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
UBS - Unidades básicas de saúde
USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	16
1.1 INTERPRETAÇÕES DE MUNDO	16
1.1.1 Raízes gregas da interpretação de mundo ocidental	16
1.1.2 Taoísmo	21
1.1.3 Jainismo, bramanismo e budismo	33
1.1.4 Interpretações de mundo dos povos indígenas	49
1.1.5 Iluminismo, método científico	54
1.1.6 Materialismo dialético e materialismo histórico	62
1.1.7 Positivismo, funcionalismo e pós-modernismo	75
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA CONJUNTURA	80
1.3 O CAMPO DA SAÚDE	89
1.3.1 O campo das práticas integrativas em saúde	89
1.3.2 <i>Qi Gong</i> e medicina tradicional chinesa	91
1.3.3 Medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde na SMS	95
1.3.4 Reforma e contrarreforma na saúde	99
1.3.5 Processo de trabalho e saúde	104
1.3.6 Um enfoque das necessidades de saúde	134
1.3.7 Meditação, saúde e sofrimento	138
1.4 SOBRE A PESQUISA PARTICIPANTE	142
2 JUSTIFICATIVA	151

3 OBJETIVOS	153
3.1-GERAL	153
3.2-ESPECÍFICOS	153
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	154
4.1- CONCEPÇÃO E ORGANIZAÇÃO	154
4.1.1- Aspectos da concepção da pesquisa	154
4.1.2- Proposta de organização e dinâmica dos encontros / aulas	156
4.2- ASPECTOS ÉTICOS	158
5 RESULTADOS / DISCUSSÃO	160
5.1- ASPECTOS PRELIMINARES	160
5.1.1 Perfil dos participantes do curso	160
5.1.2 Operacionalização dos encontros / seminários	161
5.2 RESULTADOS / DISCUSSÕES DOS TEMAS	173
5.2.1 Percepção das necessidades de saúde através da discussão de dois casos	173
5.2.2 Conjuntura e momento atual	180
5.2.3 Reforma e contrarreforma na saúde	186
5.2.4 Interpretações e concepções de mundo	193
5.2.5 Necessidades de saúde	194
5.2.6 Trabalho e processo de trabalho	212
5.2.7 Práticas meditativas em SMS	219
6 CONCLUSÕES	230
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234
GOSSÁRIO	242
ANEXOS	244

1 APRESENTAÇÃO

No final da década de 1990 tive a oportunidade de participar da implantação das atividades de meditação no ambulatório de acupuntura do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM).

A responsabilidade de conduzir o grupo levou-me a aprofundar o estudo sobre o tema. Poucos anos depois tive a oportunidade de compor o grupo que participou do projeto de organização das práticas de medicinais tradicionais na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo que depois se transformou na Área Técnica de Medicinais Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS) da referida secretaria.

Neste percurso pude acompanhar e participar da implantação destas modalidades nas unidades de saúde, experiência que considero um sucesso pela ampla adesão dos trabalhadores e população atendida nas unidades. Percebi também um compromisso diferenciado dos trabalhadores que se formaram e atuam no âmbito das medicinais tradicionais e demais práticas integrativas em saúde com referência ao cuidado de saúde que prestam à população.

Ao mesmo tempo, pela dinâmica interna própria da Secretaria Municipal de Saúde, a ênfase na formação dos instrutores se pautou no enfoque técnico das diversas práticas corporais e meditativas (PCM) que instruíam nos processos grupais sem o devido aprofundamento da compreensão do seu significado na realidade em que estavam inseridos.

Atualmente a equipe de MTHPIS da SMS vem desenvolvendo iniciativas para ampliação da compreensão sobre o significado do trabalho, realizando formação em filosofia voltada para os trabalhadores vinculados ao programa da MTHPIS.

A presente pesquisa parte da minha experiência com formação de instrutores de PCM, particularmente com as práticas meditativas, desde o ano de 2001, onde, além da formação para a atuação nas práticas de MTHPIS, também foram abordados os

conteúdos teóricos relacionados aos fundamentos das medicinas tradicionais e sua relação com os conhecimentos elaborados no mundo ocidental.

Com tal iniciativa pretendo somar com outras atividades voltadas ao aprimoramento da atuação do conjunto de instrutores que atuam com as práticas integrativas no âmbito da SMS.

INTRODUÇÃO

1.1 INTERPRETAÇÕES DE MUNDO

1.1.1 Raízes gregas da interpretação de mundo ocidental

No período antigo, a sociedade grega, formada por diversas cidades-estados, tinha como uma de suas principais características o poder exercido pela aristocracia (aristoi = os melhores), constituída por proprietários de terra e chefes militares. Na Grécia antiga, assim como em Roma, a utilização do trabalho escravo ocorria de modo mais intenso do que em outras sociedades existentes à mesma época. Nessa sociedade, o ideal de educação se baseava na mitologia dos heróis, na formação dos guerreiros belos e bons, na qual a ginástica forjava o belo e a coragem perante a morte era cultuada como a principal qualidade moral, conforme explica a professora Marilena Chauí (1999).

Foi nesse contexto que a forma de pensar a essência do conhecimento sobre a natureza (mundo e seres humanos) recebeu o nome de filosofia (de *sophós*, saber¹ ou sabedoria² e *philia*, amizade), portanto amizade ou amor ao saber (CHAUÍ, 1999). Isso possibilitou aos intelectuais gregos - como já havia ocorrido e continuava ocorrendo com outros povos, haja vista os chineses e indianos - desenvolverem um determinado processo de racionalização progressiva com relação à abordagem da natureza, que atingiu seu auge no período clássico. Como em outras culturas, a utilização da racionalização para compreensão do mundo não se contrapôs às abordagens mitológicas ou místicas. Os dois modos de leitura coexistiram como aspectos complementares para elaboração da interpretação do mundo.

Existem fortes indícios de que os gregos, povo viajante, com laços comerciais estabelecidos com diferentes nações, teriam assimilado ideias de outros povos, já que na

¹ Saber racional, conhecimento sistematizado sobre o homem e a natureza, segundo Chauí (1999).

² Sabedoria com relação à boa condução da vida, de forma virtuosa e feliz, segundo Chauí (1999).

sua filosofia estão presentes várias concepções similares àquelas formuladas em culturas orientais (CHERNG, 2001; CHAUÍ, 1999).

A organização das concepções filosóficas como um campo do conhecimento, no Ocidente, iniciou-se nas cidades gregas da Ásia Menor, mais precisamente na cidade de Mileto, na Jônia, atual Turquia, e também em outras cidades, como Éfeso, tornando-se conhecida como a corrente de pensamento dos *cosmologistas* ou *escola jônica*. Depois surgiram outros movimentos ou escolas em outras cidades, como a *escola pitagórica*, a *escola eleata* (na atual Itália) e a *escola atomista* ou *da pluralidade*, que permearam várias cidades do mundo grego (CHAUÍ, 1999).

Construindo-se uma linha do tempo, é possível verificar que o período que compreende essas quatro escolas ocorre do século VI_{AEC} ao século IV_{AEC}, que mais ou menos corresponde àquele considerado como o início ou a reelaboração das escolas taoísta e confucionista, na China, e budista e jainista, na Índia, sendo importante ressaltar que a “racionalização” sobre as leis da natureza ocorreu bem antes na Índia e na China.

Os primeiros filósofos gregos se preocuparam em identificar o princípio e a essência de todas as coisas das quais os seres são oriundos e nas quais irão se dissolver. Tales, considerado o primeiro filósofo grego, concebia a água como tal princípio, a *physis* (SAYD, 1998; CHAUÍ, 1999).

Entretanto, Heráclito de Éfeso e Parmênides de Eléia foram considerados por muitos como os fundadores da filosofia, por proporem os problemas e as respostas das questões essenciais, no interior de suas escolas. Estes filósofos estabeleceram o grande impasse da filosofia grega ao formularem concepções opostas (CHAUÍ, 1999).

Heráclito, da escola jônica, postulou *o mundo como um devir eterno*, ou seja, em mudança contínua e incessante, apontando o movimento como a realidade verdadeira. O segundo princípio formulado por Heráclito é o da *luta dos contrários* (“a guerra é o pai de todas as coisas”), entendendo que o equilíbrio resulta de forças contrárias que coexistem, se opõem

e se sucedem continuamente. O terceiro princípio é o da *unidade da multiplicidade*, postulando a interdependência dos opostos, que do contrário nasce o seu contrário e que a multiplicidade das coisas é aparente (CHAUÍ, 1999).

Parmênides identificou o princípio básico, *physis*, como o Ser, dando início à concepção ontológica. Elaborou os princípios da identidade e da não contradição, afirmando que o ser é o ser e o seu contrário, o não ser não é. Em outras palavras, identificam-se no pensamento de Parmênides alguns argumentos: O Ser é imóvel, imutável; O Ser é eterno, não tem origem e não terá término; O Ser é uno, pois seu contrário ou diferente não existe; O Ser é indivisível, contínuo; O Ser é pleno sem intervalos, pois o intervalo ou vazio, não ser, não existe. De modo geral, a escola eleática, da qual Parmênides participava, opunha o caminho do intelecto, denominado via da verdade, ao caminho da experiência sensorial, denominado via da opinião, encarando mudanças e transformações que se percebem na natureza como simples ilusão, com clara opção pelo mundo das ideias, onde as coisas *são*, em relação ao mundo natural percebido pelos sentidos, onde as coisas *estão* (CHAUÍ, 1999).

Nos anos seguintes, filósofos gregos, como Empédocles, Anaxágoras, Leucipo e Demócrito, tentaram conciliar as visões opostas (escola da pluralidade), observando-se que os dois últimos filósofos trabalharam com o conceito de átomo (escola atomista). Nesta escola é estabelecida nítida separação entre espírito e matéria, asseverando que a matéria seria constituída de inúmeros blocos básicos ou partículas passivas e que seu movimento seria oriundo de uma causa externa, originada do espírito. Nesse modelo, portanto, tentava-se conciliar a noção do “Ser” com a noção do eterno “vir a ser”, através de uma concepção dualista, baseada no pressuposto da separação da matéria e do espírito, que viria marcar profundamente todo o pensamento ocidental (CHAUÍ, 1999).

No âmbito político da sociedade grega, particularmente em Atenas, ocorria um importante movimento, principalmente de artesãos e comerciantes que, ganhando importância econômica, passaram a pleitear a participação política propondo o compartilhamento das

decisões com os membros da aristocracia. Durante o governo de Péricles (492 AEC - 429 AEC), esse movimento resultou em um sistema conhecido como democracia grega, restrita apenas aos cidadãos, os únicos que podiam participar do governo e defender em público seus interesses e suas opiniões sobre as decisões da *polis*, cidade política, excluindo a maioria da população, composta por escravos, mulheres, velhos e crianças (CHAUÍ, 1999).

Tal sistema se refletiu na organização social da cidade. Como exemplo, o ideal de educação não era mais a formação de guerreiros obedientes, mas de homens aptos a defender suas posições (CHAUÍ, 1999). Em decorrência dessas transformações, surgiram os sofistas³, filósofos e professores que ensinavam a arte da persuasão. A partir do impasse filosófico entre a escola jônica e a escola eleata, os sofistas consideravam não haver verdade absoluta: “Se não existe verdade o que deve prevalecer é a opinião”, ensinando, com base nessa ideia, a defesa de uma posição e depois a defesa da posição oposta (CHAUÍ, 1999).

É nesse ambiente que surge Sócrates (470-399 AEC), intelectual e professor, cujo pensamento foi narrado por outros intelectuais gregos, particularmente Platão, Xenofonte e Aristóteles, pois não deixou textos escritos.

Sócrates se contrapunha aos sofistas. Inspirado no oráculo no pórtico do templo de Apolo, que dizia “Conhece-te a ti mesmo”, ele concluiu que o homem é ser racional capaz de conhecer a si mesmo, capaz de reflexão. Acreditava, baseado no conceito de reflexão - a consciência que conhece a si mesma ou a volta que o pensamento faz sobre si mesmo -, que ao ser humano era possível conhecer o *Conceito* ou *Essência* das coisas. Sócrates perguntava: Você sabe o que é isso que você fala? Você realmente conhece o que você acredita? Quando alguém afirmava, por exemplo, “a coragem é importante”, ele perguntava: O que é a coragem? Se alguém afirmava “eu amo as coisas belas”, perguntava: O que é a beleza? E a pessoa descobria então não saber, não ter um conceito

³ Sofismo significa fazer raciocínios capciosos.

de coragem ou de beleza (CHAUÍ, 1999).

Portanto, Sócrates estava preocupado com a verdade ou essência, com a necessidade de procurar o fundamento racional, as razões rigorosas daquilo que o ser humano fala e pensa. Para ele, a verdade das coisas no pensamento, sem influência de preconceitos, hábitos e necessidades, não variam, são os conceitos. Já as opiniões, que decorrem das sensações e impressões dos sentidos, hábitos, tradições, variam de pessoa a pessoa. Sócrates pode ser considerado no Ocidente como o iniciador do método de discriminação entre coisas e fenômenos que são verdades e coisas e fenômenos que são ilusões. No seu tempo, ele questionou as “verdades” estabelecidas e em consequência provocou a reação dos que estavam alinhados com a ordem dominante, o que determinou sua condenação e morte. Entretanto seu pensamento foi impactante, constituindo um marco da filosofia grega, que é dividida entre pré-socráticos e pós-socráticos (CHAUÍ, 1999).

Dois filósofos gregos, que se seguiram a Sócrates, têm importância destacada para a filosofia ocidental: Platão e Aristóteles.

Platão (428_{AEC} - 347_{AEC}) foi aluno de Sócrates e se posicionou sobre o impasse filosófico. Para ele, Heráclito tem razão quando se refere ao mundo material, percebido pelos sentidos, ao afirmar que ele é mutável e contraditório. Também concorda com Parmênides quando este se refere ao mundo do pensamento, declarando que o verdadeiro ser é imutável, imperecível e puramente inteligível. Platão considera o mundo de nossa experiência sensível como algo imperfeito, mostrando somente as aparências. Entretanto, esse mundo não é o não ser, é alguma coisa, é o outro ser, o pseudoser, uma cópia imperfeita do mundo inteligível. O Ser é o verdadeiro. É imutável, idêntico a si mesmo e eterno, porém não é uno. Existem múltiplos seres e cada um deles possui os atributos do ser de Parmênides e cada ideia possui um conjunto de predicados reais ou essenciais que a fazem ser o que ela é, necessariamente. Cada ideia é una, idêntica a si mesma, eterna e imutável. A filosofia deve conhecer que ideias existem e quais os predicados de cada ideia ou a sua essência (CHAUÍ, 1999).

Platão afirma a divisão entre o mundo das ideias e o mundo material que seriam regidos por leis diferentes, expressando uma grande desconfiança em relação ao sensorial.

Aristóteles (384-322_{AEC}), que foi aluno de Platão, é talvez o filósofo grego de maior influência no mundo ocidental, e se posicionou também sobre as questões polêmicas da filosofia grega.

Ele identificou vários tipos de seres, como, seres físicos ou naturais, sujeitos a mudanças; seres matemáticos, relativos a formas das coisas naturais; seres imutáveis, os astros; ser divino, que é eterno, imutável e imperecível. Para Aristóteles, a natureza não é um mundo ilusório, ela é verdadeira. Sua essência é justamente a multiplicidade de seres e a mudança incessante, e não se encontra no mundo inteligível, mas, sim, nas próprias coisas naturais. O pensamento pode conhecer a essência das coisas e fenômenos e, para tal, é necessário partir das sensações até alcançar o entendimento. A formulação dos princípios ou leis da lógica formal feita por Aristóteles, que constituem o método mais utilizado na pesquisa científica, foi possível pela sua concepção sobre a natureza e o papel dos sentidos na produção do conhecimento (CHAUÍ, 1999).

1.1.2 Taoísmo

Um modo de introduzir o conhecimento do taoísmo é através da compreensão da primeira obra que o sistematiza, o *Yi Jing (I Ching)* ou *Clássico das Mutações*. O *Yi Jing* se expressa por quatro tipos de conhecimentos integrados, desenvolvidos por intelectuais chineses há cinco mil anos: estudo dos símbolos; estudo dos números; conhecimento objetivo e conhecimento subjetivo.

Wu Jyh Cherng explica o significado das palavras *Jing* (clássico) e *Yi* (mutação), sintetizado na sequência.

Jing, que pode ser traduzido como “tratado” ou “clássico”, se refere a textos clássicos e só deve ser chamada *Jing* uma obra que discuta a razão, o caminho, o ser humano e o Universo, portanto, obras que tratem do “Caminho do Ser Humano” e da “Razão do Universo” (CHERNG, 2001).

A palavra também está associada a outro conceito, o conceito de trilha. Trilha é diferente de caminho. O Caminho tem um trajeto fixo, enquanto a Trilha é aquela que está debaixo de nossos pés (CHERNG, 2001).

Mas o que significam os ideogramas que compõem o *Jing*?

O ideograma se apresenta assim: 經.

É composto de duas partes ou dois símbolos: 糸, fio de seda e 徑, caminho.

Portanto, um caminho feito de fio de seda.

A seda é produzida a partir do casulo de um inseto, o bicho-da-seda. Depois de um curto período como lagarta, ele produz um fio engomado e com ele tece em volta do próprio corpo o casulo, entrando em um período de metamorfose, a crisálida.

Para produzir o fio de seda, os sericultores despejam milhões de crisálidas em água fervente para dissolver a goma e liberar a ponta do fio de seda. O fio é então estendido para ser armazenado e de dentro dele é liberado o cadáver do inseto. Ao desenrolar o fio, o que há no final? Nada além do vazio. O corpo morto, simbolizando a impermanência e o vazio, simbolizando a ordem que permeia o Universo (CHERNG, 2001).

Então, a simbologia de *Jing* expressa que “a razão do Universo e o caminho do Homem encontram-se em qualquer parte do cosmo, como uma trilha; o percurso é o desenrolar desse fio. Chegar ao fim do caminho significa libertar-se do corpo mortal e encontrar o Vazio” (CHERNG, 2001, p. 9).

Yi, ou mutações, é representada pelo seguinte ideograma: 易.

A parte superior do ideograma significa sol ☰, representando o Sol com um traço no seu interior. A parte inferior significa lua ☷, representando a Lua, com dois traços em seu interior. O traço único no centro representa a Unidade, o princípio associado ao masculino, o *Yang*, e os dois traços representam a Dualidade, princípio associado ao feminino, o *Yin* (BIN, 1990; CHERNG, 2001). Esse estado de permanente transformação é a base da concepção das mutações (*Yi*).

Mutações é um conceito que ocupa papel central na visão de mundo taoísta e está presente em várias culturas do extremo Oriente. Expressa a não concretude e transitoriedade em que nada é e tudo está, enfim, um estado de transformação permanente que os chineses chamam de *Yi*. O conceito de mutações está intimamente associado com o conceito de Vazio. Vazio é estado de possibilidade, o não concreto, ou seja, quando não aconteceu. A partir desse estado surge a função de criar e transformar uma infinidade de fenômenos e coisas, o que caracteriza a *existência*. A existência mantém a característica de não concretude, do *não ser* e do *estar permanente* (BIN, 1990; HUI e BAI, 2001; CHERNG, 2001; CABRAL, 2006).

Também é associado aos opostos complementares, *Yin* e *Yang*, representados pelo Sol e pela Lua no ideograma. Desde o *Yi Jing*, o *Yang* é representado por uma linha longa (—) e o *Yin* por duas linhas curtas interrompidas (– –) (CHERNG, 2001).

Relembrando que o *Yi Jing* integra simbologia e numerologia com conhecimentos objetivos e subjetivos, a Figura 1, abaixo, copiada de Cherg (2001), resume a significação da representação em linhas:

Figura 1



A teoria do *Yin* e *Yang*, opostos complementares, aqui introduzida, preconiza que todo fenômeno consiste em dois aspectos opostos, *Yin* e *Yang*, os quais são definidos distintamente. Os movimentos e as mudanças do *Yin* e do *Yang* dão o impulso para o desenvolvimento de todas as coisas.

Geralmente, se consideram *Yang* as características de movimento, ascendência, externalidade, hiperatividade, luminosidade e progressão. As características da paralisação, descendência, internalidade, hipoatividade, escuridão e regressão, pertencem ao *Yin* (BIN, 1990; HUI e BAI, 2001; CHERNG, 2001).

Ainda, a objetividade, número 1 e números ímpares, está no campo do *Yang* e a subjetividade, número dois e números pares, está no campo do *Yin*. Os chineses, além do sol, associaram o céu ao *Yang* e, além da lua, associaram a terra ao *Yin*. O masculino estaria no campo do *Yang* e o feminino no campo do *Yin*. A teoria do *Yin* e *Yang* costuma ser resumida em quatro leis que também são leis das mutações:

- Oposição *Yin* e *Yang*. Todos os fenômenos da natureza se expressam em polaridades ou opostos que, não obstante, são complementares, necessitando um do outro para existir. Ao mesmo tempo em que interagem e estabelecem relação de dependência entre si, essas polaridades restringem-se mutuamente.
- Interdependência *Yin* e *Yang*. *Yin* e *Yang* são conceitos relativos. Para identificar algo como *Yang* é necessário o estabelecimento de uma relação a algo *Yin*. A água é *Yin* quando comparada ao vapor, mas é *Yang* quando comparada ao gelo. A água sozinha, sem

um parâmetro de comparação, não é *Yin* nem *Yang*.

- Crescimento e decréscimo paulatino. Na natureza, as mudanças que implicam em alternância de *Yin* e *Yang* são paulatinas. Por exemplo, uma pessoa depois de um bom repouso se encontra descansada, com disposição e energia (*Yang* potencial). Para esgotar essa energia e voltar a ter cansaço (chegar ao estado *Yin*), ela precisa passar determinado tempo executando atividades e, progressivamente, passará de um estado a outro.

- Intertransformação. As mudanças pequenas vão se acumulando e resultam em uma mudança de qualidade: *Yin* se transforma em *Yang* e *Yang* se transforma em *Yin*, como, por exemplo, o ciclo que engloba a vigília (*Yang*) e o sono (*Yin*) (BIN, 1990; HUI e BAI, 2001; CHERNG, 2001).

Os opostos complementares costumam se representados por um desenho denominado *Tai Ji*:

Figura 2

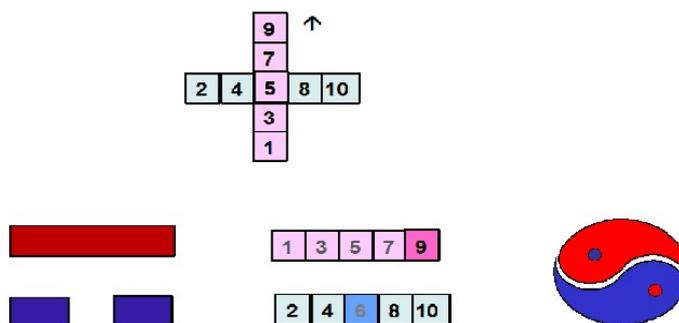


No *Tai Ji*, duas figuras de cores opostas e em forma de gotas se unem, formando a unidade em um círculo. Quando cada gota atinge seu maior desenvolvimento, o princípio oposto surge no seu interior. Nessa representação nota-se que o Céu retrata o momento máximo do *Yang*, quando começa a decrescer, surgindo no seu interior o princípio oposto (Fogo, no diagrama). De modo semelhante, a Terra representa o momento máximo *Yin*, quando começa a decrescer, surgindo o princípio oposto no seu interior (Água, no diagrama). Esta representação é associada às fases do ciclo dia-noite e às estações do ano.

A Figura 3, na sequência, copiada de Cherg (2001), sintetiza algumas dessas informações, relacionando números (pares e ímpares), linhas, cores quentes e frias à figura do *Tai Ji*. É possível observar no desenho da concepção numérica que os números

ímpares tendem para o alto e o maior número os sintetiza. Já dentre os números pares, é o número oculto que melhor os representa. Essa simbologia numérica é utilizada no *Yi Jing*.

Figura 3



A partir de tais explicações, podem-se sintetizar algumas características da concepção de mutações. *Yi Jing* representa:

- Mudança com permanência;
- Mudança com transformação;
- Mudança com síntese;
- Mudança no interior da totalidade (CHERNG, 2001).

Nesse ponto, cabe ainda explicar outros conceitos e características que fazem parte do taoísmo:

Dao ou *Tao* 道 significa, literalmente, caminho, mas, ao mesmo tempo, o caminhante e o ato de caminhar, portanto, o caminho que está sendo percorrido. É descrito também como a fonte original da natureza (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Outro conceito importante na visão de mundo taoísta se refere à observação de que a natureza em transformação se manifesta como um constante fluxo e que o fluxo está presente em tudo. Essa noção de fluxo contínuo é base da concepção do *Qi*. O *Qi*, no ser

humano, é uma espécie de consciência que integra corpo, mente, espírito e meio ambiente. *Qi* pode ser traduzido como “sopro” ou “alento”, sendo também muitas vezes traduzido como “energia” (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

No ideograma do *Qi* 氣, estão representados os conceitos de matéria 米 (arroz) e transformação da matéria 气 (vapor), exprimindo a ideia de transformação, movimento e fluxo.

A visão de mundo taoísta preconiza que as mutações são possíveis porque existe uma identidade comum nos componentes da natureza – a totalidade, afirmando que as coisas e fenômenos têm relação entre si e que as leis do Universo estão presentes em cada um de seus componentes.

Os taoístas consideram que essas leis trazem outras consequências expressas em princípios, alguns dos quais tratamos na sequência: a abordagem integral; o princípio da sincronicidade; a relação entre o macrocosmo e o microcosmo; a valorização dos meios e processos, por ocasião de empreitadas humanas (JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Na abordagem integral, os fenômenos devem ser discutidos no seu contexto, ou seja, no seu tempo e nas suas relações.

O método principal de conhecimento não é o método da análise, da decomposição das partes, da realização de experiências em laboratórios, mas o da observação contextualizada.

Como exemplo, o conhecimento sobre uma determinada planta é realizado a partir da observação da planta na natureza, seu desenvolvimento desde a semente até a frutificação, as relações e influências do ambiente, como as do ciclo dia e noite, ciclo lunar, estações do ano e também dos cuidados que recebe, da interação com outros seres, e de outras relações. Na medicina chinesa, por exemplo, sintetiza-se essa abordagem dizendo que ela abrange corpo, mente, espírito e meio (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

O princípio da sincronicidade se refere a alguns dos aspectos sutis da inter-relação de coisas e acontecimentos, percebidos pelos sentidos, mas para os quais não se elabora um entendimento racional. Segundo esse princípio, as coisas interagem e se relacionam de modo complexo. Dessa forma, a mente humana teria potenciais de relacionamento e de influência, chamados sutis, que não são compreendidos racionalmente.

Além de tratar das interações sutis com o Universo, o princípio da sincronicidade remete a importantes questões, como a da imprevisibilidade e incontrolabilidade de todos os acontecimentos; a de que os acontecimentos não são necessariamente bons ou ruins e que precisam ser apreciados sob uma ampla perspectiva de relações; e, a já citada, do limite de compreensão da racionalidade humana (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Porém é necessário cuidado para não compreender esse princípio de forma mecanicista, no qual cada evento é determinado por uma ação anterior, desconsiderando a infinidade envolvida de fatores, condições e causas.

A relação entre o macrocosmo e o microcosmo também é decorrente da compreensão da identidade comum dos componentes da natureza e da inter-relação de coisas e fenômenos. Os formuladores das interpretações taoístas perceberam que, na estrutura e atividade dos diferentes níveis de complexidade de coisas e fenômenos, os padrões de organização e de funcionalidade costumam se apresentar de forma similar.

Não é surpresa que, estudando um ser vivo complexo e depois suas células, seja encontrada grande similaridade de organização e funcionalidade, pois assim como se identifica no ser vivo órgãos e funções, identificam-se nas células organelas e funções similares, como respiração, digestão, proteção, reprodução, vias internas organizadas por onde circulam seus nutrientes e são excretados os resíduos, mecanismos de interação com outros componentes do meio e assim por diante. É importante notar que tal similaridade está presente nos diversos aspectos da natureza e da sociedade, às vezes de modo nítido e às vezes de modo discreto.

O ser humano é entendido como um microcosmo em relação ao mundo, o macrocosmo. Nele estão presentes as características da natureza, seus ciclos e seus elementos, como o movimento das águas e o fluxo de *Qi* com seus caminhos ou vias.

Na prática de vida, os taoístas têm ainda uma grande diferença no modo de conduzir e concretizar projetos, bastante distinto daquele que predomina na cultura ocidental.

Na cultura ocidental hegemônica, o objetivo que se quer alcançar é sobrevalorizado. As pessoas que conquistam seus objetivos, que concretizam seus empreendimentos são consideradas as vencedoras. Quando o objetivo é conseguido rapidamente, maior ainda é o valor atribuído. Já os que não atingem os fins, os objetivos e as metas, são considerados fracassados. Então os fins justificam os meios e se buscam as soluções imediatistas.

De modo geral, no taoísmo se considera que os objetivos e os meios para alcançá-los são interdependentes. O caminho requer toda a atenção, sendo necessário grande cuidado para que não se utilizem meios em dissonância com o objetivo. Na verdade, o percurso e o objetivo se confundem. Para o taoísmo, esse modo de agir obedece às leis naturais, pois é a atitude que requer o princípio do *Wu Wei*, sem intencionalidade ou não ação, que precede a ação e que permite a ação harmonizada com os objetivos propostos.

Portanto, o taoísmo é uma prática de vida em profunda discordância com o utilitarismo e o imediatismo, conceitos enraizados no senso comum da cultura ocidental (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Aqui cabe destacar outros conceitos importantes, que servirão também para possibilitar o entendimento do *Qi Gong*, as práticas corporais e meditativas da medicina chinesa. São os conceitos inter-relacionados de *Nei jing*, *Ru Jing* e *Wu Wei*.

Para entender o conceito de *Nei jing*, cabe explicar outro termo: *Li*, que significa força mecânica ou muscular. *Nei jing*, ou força interna, precede e preside a força muscular, exercita e ordena os músculos, tendões e ossos. Utilizando-se o *Nei Jing*, obtém-se a percepção do *Qi* e obtém-se condições mais apropriadas para o *Ru Jing*.

Ru Jing, não mente, é o estado de serenidade interior, porta de entrada para o *Wu Wei*.

Wu Wei pode ser entendido como “agir sem esforço” e se constitui como princípio norteador tanto da meditação como das práticas corporais (BIN, 1990; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Ainda complementando o entendimento taoísta, é pertinente expor outra teoria, a dos cinco movimentos (*Wu Hsing*). Essa teoria, utilizada para representar as relações presentes na natureza humana, é bastante empregada na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), inclusive para o entendimento da causalidade ou determinação (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006), e parte da identificação de cinco mutações: Ascensão ou Expansão, Instabilidade, Estabilidade, Concentração e Adaptabilidade.

A relação entre as mutações ou entre os componentes da natureza costuma ser representada através de percursos que são denominados ciclos de geração, representados com setas, na forma de círculo ou pentagrama, e de controle, na forma de estrela.

Estes ciclos estão representados na Figura 4, abaixo:

Figura 4



Além da possibilidade de geração e controle, existe a possibilidade do controle excessivo, representado por setas mais grossas em forma de estrela, ou ciclo de injúria, com as setas da estrela invertidas, que na MTC representam desarmonias.

Figura 5



A geração e o controle mútuo são dois aspectos que não podem ser separados. Se não houver geração, não haverá nascimento nem crescimento; se não houver controle, não haverá mudança nem desenvolvimento para manter as relações normais de harmonia.

Por comparação com elementos da natureza, o ciclo dos cinco movimentos pode ser apresentado com outra simbologia que, por sua simplicidade, é a mais utilizada: Madeira para ascensão e crescimento; Fogo para instabilidade; Terra para estabilidade; Metal para concentração; Água para adaptabilidade. É interessante observar a correspondência desse ciclo com o ciclo dos opostos complementares, representado pela imagem do *TaiJi*.

Figura 6



Os ciclos da natureza que determinam mais diretamente os ciclos da vida são as estações do ano. Assim, a primavera, período dos ventos, corresponde à Madeira; o verão, período do calor, corresponde ao Fogo; a transição das estações, período de chuvas, corresponde à Terra; o outono, período de secura, corresponde ao Metal; e o inverno, período do frio, corresponde à Água.

Os cinco movimentos, na MTC, são associados aos cinco Órgãos (*Zang*): *Shen* (Rim), *Gan* (Fígado), *Xin* (Coração), *Pi* (Baço) e *Fei* (Pulmão).

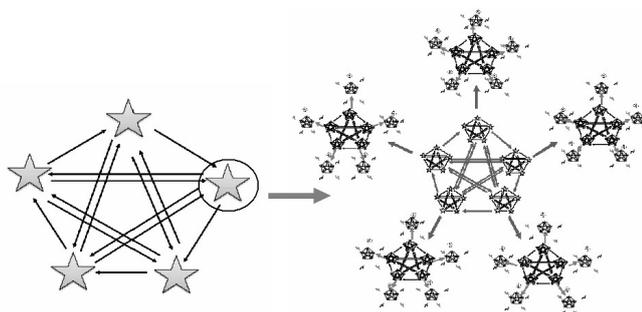
Figura 7



Além dos Órgãos, os cinco movimentos são também associados aos diversos aspectos da dinâmica vital e da morfologia humana (HUI e BAI, 2001; JIA, 2004; CABRAL, 2006).

Cada estrutura associada a um movimento ou elemento representa um macrocosmo em que estão presentes os outros movimentos ou elementos. Ao mesmo tempo, cada elemento é microcosmo em relação a algum macrocosmo. Como exemplo, um dos tecidos, no caso os tendões, é associado à madeira pela sua capacidade de transmitir os movimentos. Nele está presente a água, representada pelos líquidos e pelas estruturas que lhe dão sustentação; o metal, representado pela respiração e pelos elementos de defesa; a terra representada pela nutrição e tecidos que lhe dão volume; e o fogo, representado pela consciência e pelo sangue. Isso se aplica a cada estrutura ou função, formando uma estrutura em rede.

Figura 8



Após as noções básicas sobre os cinco movimentos, cabe, ainda, indicar que as relações assim estabelecidas são muito utilizadas na MTC para explicar o adoecimento ou desarmonias.

O esquema representado abaixo explica como os eventos ocorrem em uma rede de inter-relações:

Figura 9



1.1.3 Jainismo, bramanismo e budismo

Jainismo

O subcontinente indiano era originalmente habitado por povos de pele mais escura, os drávidas. Dentre os drávidas, sabe-se que entre os anos 3000 e 2000 antes da era cristã, se desenvolveu uma civilização urbana bastante avançada a civilização *harapa*, no vale do rio Indo (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Entre 2000 AEC e 1500 AEC ocorreu a invasão ariana oriunda da Europa, que submeteu militarmente a região, exceto a Índia meridional. A região, sob domínio dos árias, os nobres, se compunha de diversos pequenos estados (GAARDER et al., 2000).

Para melhor compreender as características e os princípios da interpretação de mundo de, pelo menos, parte dos drávidas, é necessário o entendimento das concepções da religião jainista, que se embasa na tradição transmitida pelos *Tirthamkaras*, “os autores da travessia do rio”.

Dentre os 24 *Tirthamkaras*, dois são históricos, Pārsva e Mahāvira. Apesar de os historiadores atribuírem a Vardhamāna Mahāvira a fundação do jainismo - já que o formato atual do jainismo se baseie nos ensinamentos por ele transmitidos -, os jainistas consideram que Mahāvira foi o último de 24 *Tirthamkaras*. É, portanto, uma tradição milenar que remete a períodos muito antigos (ZIMMER, 2008).

O jainismo como religião pode ser considerado transteísta, já que declaram que os *Tirthamkaras* se encontram além e acima das divindades, inclusive da criação, conservação e destruição, campos nos quais as divindades atuariam.

Cabe apontar que além de estarem acima das divindades, o ideal jainista representado pelos *Tirthamkaras* representa a superação da condição humana, apontando para uma condição de abstenção das ações e de sentimentos em relação à vivência humana e aos fatos e fenômenos do Universo.

Segundo a concepção jainista, o Universo é animado por *jīva*, substâncias vitais ou consciências que circulam por ele. Nos seres humanos, *jīva* é a substância vital que anima o corpo. Durante a circulação de *jīva* no mundo material, todos os seres passam por vários estados, animal, humano, ser divino, em uma cadeia contínua. Nessa circulação o *karman*, matéria cármica, se mistura à *jīva*. *Karman* é compreendida pelos jainas como sendo composta de seis *leśiā* (cores): *śukla* e *padma*; *tejas* e *kapota*; *nīla* e *kṛṣṇa*, relacionadas com as três *Gunas*: *tamas*, *rajas* e *sattva*. Nos humanos, *jīva* atrai fluxo de *karman* (*āsrava*) de diversas cores, conforme a natureza dos atos: os atos prejudiciais atraem *papāsrava* e os atos virtuosos atraem *punyāsrava*. (ZIMMER, 2008).

O jaina percebe os estados do ser humano desenvolvendo a visão interior. O objetivo dos jainas seria interromper o ciclo infundável de renascimentos, retirando de *jīva* a matéria cármica, portanto, abstendo-se de ações (ZIMMER, 2008).

Nos tempos antigos os monges jainas andavam nus. No período de Mahāvira, muitos passaram a usar vestimenta (*ambara*) branca (*śveta*) como sinal de decoro e se

denominaram *śvetāmbara*. Os monges que se mantiveram sem usar vestimentas, hoje minoria, passaram a ser denominados *digambara* ou vestidos de espaço (*diś*). Essas são as denominações das duas principais correntes do jainismo (ZIMMER, 2008).

Cabe ressaltar que uma diferença da concepção de *karman* em relação a outras concepções da Índia, como o budismo e o bramismo, se refere ao papel das intenções. No jainismo, os atos não necessitam ser intencionais para provocar o afluxo da matéria cármica, pois a destruição de uma vida ou mesmo a ingestão de algum tipo de carne trará consequências inevitáveis. Como é possível observar, essa concepção é diferente de outras, como as citadas, nas quais a ideia de *karma* está associada às intenções (ZIMMER, 2008).

Os jainistas interpretam o Universo partindo de dois princípios antagônicos, *puruṣa* e *prakṛti*. *Prakṛti* representa todo o mundo material que permeia o Universo; *Puruṣa*, é uma espécie de consciência que apenas “observa”, sem interagir com *prakṛti* (ZIMMER, 2008).

Os jainistas compreendem que o Universo não se curva à vontade humana. Concebem também que o tempo existe na forma de ciclos, com momentos de ascendência e de descendência, portanto uma concepção de que o tempo é relativo.

Os seres humanos, por desfrutarem um estado superior, em relação a outros estados possíveis de serem assumidos nos ciclos de reencarnação, possuem cinco faculdades sensoriais, audição, olfação, tato, visão e gustação, além de uma faculdade pensante (*manas*), e mais outras quatro faculdades, duração da vida (*āyus*), força física (*kāyabala*), força da palavra (*vacanabala*) e força da respiração (*śvāsocchvāsabala*). Em outras concepções clássicas indianas, como Sāṃkhya, Yoga e Vedānta, as faculdades sensoriais são as mesmas, porém incluem outras faculdades diferentes, chamadas de ação: *vāc* (igual a *vacanabala*), *pāni* (a mão ou pegar), *pāda* (pés ou locomoção), *pāyu* (ânus ou

evacuação), *upastha* (órgãos da reprodução ou geração) e *manas*⁴. Isso, associado com outras formulações oriundas do jainismo, corrobora a suposição de que a concepção jaina é anterior e que serviu de fundamento para outras concepções posteriores, que incorporaram e desenvolveram parte de suas formulações, inclusive as noções de *puruṣa*, *prakṛti*, *nirvāna* e *karman* (ZIMMER, 2008).

O jainismo relativiza os atrativos da vida. O *nirvāna*, a superação da condição humana, se efetua pela abstenção de ação: o abandono do êxito (*artha*), do prazer (*kāma*) e do dever (*dharmā*).

Os princípios do jainismo são *aparigraha* (não posse), *anekāntavāda* (não absolutismo das concepções e ideias) e *ahiṃsā* (não violência).

A concepção drávida parece ter influenciado bastante outras não védicas, como o *Sāṃkhya-Yoga*, o *Gosāla* e o budismo, assim como os textos *Upaniṣad* que representaram uma reforma do hinduísmo (ZIMMER, 2008).

Hinduísmo e bramanismo

O hinduísmo, como religião, é uma denominação simplificadora para um conjunto de crenças e práticas, que surgiram e se desenvolveram desde os tempos dos *Vedas*, expressas sob diversas formas e situações, porém com características e algumas crenças comuns. O hinduísmo também pode ser entendido como uma abordagem do conhecimento e constitui a interpretação de mundo que fundamenta uma medicina bastante difundida no Oriente, a *ayurveda*.

No período em que foram compostos os quatro hinos védicos, conformaram-se vários aspectos da religião hinduísta, provavelmente decorrente de certa mistura de crenças de diferentes culturas. Os hinos védicos, ou simplesmente vedas, escritos por volta de 1500

⁴ Associado a *manas*, as concepções clássicas incluem outras funções psíquicas: *buddhi*, inteligência intuitiva; *ahaṃkāra*, consciência do ego, e, ainda, cinco *prāna* ou “alentos vitais” (SILVA e HOMENKO, 2002; ZIMMER, 2008).

AEC, são coletâneas de orações e hinos: *R̥g-Veda*, *Śama-Veda*, *Yajur-Veda*, *Atharva-Veda* (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Na tradição hindu, os textos são escritos em sânscrito, considerada a língua perfeita e utilizada somente por sacerdotes e altas castas. Alguns escritos são considerados *Śruti*, escritos sagrados diretamente revelados; outros são considerados *Smṛti*, compostos por autores humanos, embora derivados de revelações.

Um dos aspectos presentes na sociedade hindu antiga, que sobrevive até hoje e contextualiza a vida social e religiosa, são as classes sociais (*Varna* ou cor) e castas (*Jāti* ou tipo ou nascimento)⁵, fundamentadas em um texto considerado *Smṛti*. As quatro classes sociais estabelecidas após a invasão ariana, segundo a tradição, brotaram de Manu: de sua boca brotaram os *brāhmaṇa*, sacerdotes e guardiões do sagrado; de seus braços, os *kṣatriya*, reis, guerreiros e senhores da terra; de suas coxas, os *vaiśyas*, comerciantes, camponeses, pastores e artesãos; de seus pés, *śūdras*, servos e demais trabalhadores braçais, não arianos, excluídos do direito ao conhecimento e proibidos de ter até mesmo o mínimo acesso às técnicas da religião védica (ZIMMER, 2008; GALEANO, 2015).

Com o decorrer do tempo foram se estabelecendo as castas, em geral associadas a profissões específicas, contendo uma aldeia, em sua composição, entre 20 a 30 castas. Calcula-se que, no início do século XX, existissem em torno de 3.000 castas. Cada casta ou classe possui regras próprias de conduta: o que se pode usar como alimento, com quem se pode contrair matrimônio, que tipo de trabalho e prática religiosa se pode exercer. Ser expulso de uma casta é o pior castigo e somente é usado para crimes sérios.

A noção de pureza e impureza permeia a conduta de todas as castas. Para um *brāhmaṇa*, por exemplo, tudo o que é associado a coisas corporais e materiais é considerado impuro, como o contato com pessoas de castas inferiores, sexo etc. As regras sobre pureza formam

⁵ Vários hindus, inclusive praticantes da religião tradicional, se opõem ao conceito de classe ou de casta. A constituição de 1947 criou um estado secular na Índia e várias medidas vêm sendo adotadas para extinguir a discriminação por classes ou castas.

a base da divisão de trabalho e alguns trabalhos impuros somente podem ser realizados por *śūdras*, como a curtição de couros de animais e o trabalho de lixeiro.

Quando determinado indivíduo, por alguma conduta, se torna impuro, deve participar de um ritual de purificação que pode ocorrer de diversas formas, inclusive tocando animais sagrados ou banhando-se em águas de rios sagrados. Somente as classes mais puras podem se aproximar de divindades mais elevadas (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Apesar da divisão social rígida, é propalada a existência de um sistema de contrapartida para todas as castas, já que todos se beneficiam com os rituais de purificação realizados por membros das classes mais puras.

Na tradição védica também estabeleceu-se o culto doméstico em honra aos pais e antepassados, para evitar que passem pelo *nivṛtti*, destruição, ou nova morte, *punarmṛtyu*.

O bramanismo se relaciona ao formato mais recente do hinduísmo.

Entre 1000 e 500 AEC surgiram textos considerados importantes, porque introduziram uma reforma de parte das concepções hinduístas (ZIMMER, 2008). Nesse aspecto destacam-se os *Upaniṣad* ou *Vedāntas*, escritos em forma de conversas entre mestres e discípulos em que é reinterpretada a noção de *Brahman* e aprofundados os estudos da noção de *ātman*, razões dos pensamentos e ações, as doutrinas do *Samsāra* e do *Karma*, deixando de serem indicados os rituais de culto aos antepassados. Esses textos seriam reflexos de importantes mudanças históricas que ocorriam no subcontinente e representariam uma transformação interna, em que o “caminho do conhecimento” (*jñānamārga*) se sobrepõe ao caminho da prática ritualística (*karmamārga*) (ZIMMER, 2008).

Outro texto importante do mesmo período é o *Mahābhārata* que contém o *Bhagavadgītā*, cântico celestial, no qual o Senhor Kṛṣṇa instrui Arjuna sobre a autorrealização. Representa a combinação das culturas drávidas com as ideias védicas dos invasores arianos e traz uma nova compreensão do desapego, diferente das concepções anteriores do

ascetismo em geral, como no jainismo, pois, aí, a pessoa continua executando as atividades cotidianas e obrigações, porém com uma nova atitude de desapego quanto aos resultados ou frutos, quanto aos ganhos ou perdas. Não se abdica do mundo e seus meios de realização, mas os atos ganham outro sentido, o que foi incorporado como princípio ético, o *karmayoga* (ZIMMER, 2008).

Como complementação e síntese para a compreensão do hinduísmo/bramanismo, destacam-se alguns conceitos e características.

Ātman é o espírito pessoal, renascendo, após a morte, em nova criatura. O impulso para os ciclos de renascimento é o *karma*, que são as ações praticadas em uma vida, formando a base para a próxima, sabendo-se que por ações se compreendem os sentimentos, pensamentos, palavras e atos. *Nirvāna* significa o fim do ciclo de renascimentos ou a libertação. A ignorância do ser humano o amarra ao ciclo de reencarnação e o conhecimento da verdadeira natureza da existência pode interromper o ciclo. Esse conhecimento ocorre em um nível que proporciona a compreensão de que o espírito humano, *ātman*, e o princípio divino e impessoal, *Brahman*, são a mesma coisa (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Como no jainismo, há uma maneira diferente da ocidental de entender o tempo e a vida, aqui considerados como ciclos em que determinados padrões se repetem, e a história cronológica, portanto, tem pouca importância (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Na sequência, apresentam-se ainda outros conceitos dessa concepção:

- *Dharma*: lei ou ordem eterna, que determina a correção ou desacerto dos atos.
- *Samsāra*: transmigração da alma eterna (GAARDER et al., 2000).

Para resumir a abordagem dessa concepção, apresentam-se, a seguir, esquemas baseados em Zimmer (2008) e nos ensinamentos do professor Felipe dos Santos Patto:

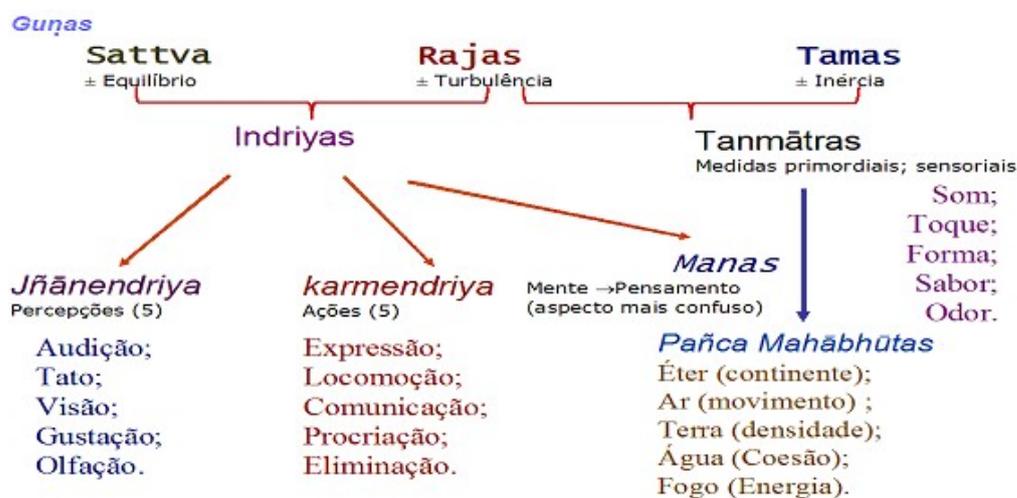
Figura 10



O aspecto espiritual ou consciência universal (*puruṣa*), e o mundo material (*prakṛti*) são aspectos primordiais do Universo (*Brahman*). *Puruṣa* e *prakṛti*, como aspectos primordiais do Universo, obedecem às mesmas leis e deles emergem a ordem do Universo (*mahānt*) e, na sequência, a mente pessoal com discernimento (*buddhi*), que produz a individualidade (*ahaṁkāra*).

Ahaṁkāra resulta nas três *guṇas* ou discriminações: *tamas*, que corresponde ao repouso, *rajas*, que corresponde à turbulência e *sattva*, que corresponde ao equilíbrio.

Figura 11



Esse esquema representa a construção do mundo pela mente humana, explícita na própria interpretação, em que o agente do conhecimento está inserido no objeto do conhecimento.

Tamas e *rajas* geram *tanmātras*, os objetos ou medidas sutis dos sentidos, e *Sattva* e *rajas* geram as *indriyas*, as faculdades, inclusive as de ação e percepção.

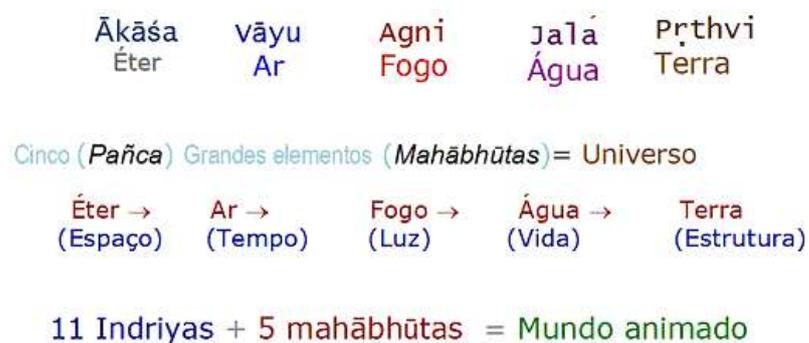
As medidas sensoriais, *tanmātras*, são som, toque, forma, sabor e odor, que possibilitam a discriminação dos cinco elementos ou *pañca mahābhūtas*: Éter, Ar, Fogo, Água e Terra.

São a faculdade de percepção, *jñānendriya*, a faculdade de ação, *karmendriya*, e a faculdade mental, *manas*, que percebem e se relacionam com o mundo sensível, os cinco *mahābhūtas*.

Procedendo a uma síntese, é importante salientar que a consciência, propriamente dita, primeiramente se expressa como compreensão, *buddhi*, mente que distingue a verdade e ilusão; as discriminações, *gunas*, *indriyas*, *tanmātras* e *pañca mahābhūtas*, são consequências da individualização ou surgimento do ego, *ahamkāra*. Na Individualização estão presentes o equilíbrio (*sattva*), a turbulência (*rajas*) e a inércia (*tamas*).

Nessa concepção, o mundo sensível é o conjunto das onze *indriyas* e cinco *mahābhūtas*.

Figura 12



Antes de passar para o tema subsequente, apresenta-se, de modo extremamente sucinto, outra concepção que embasa a prática homônima presente nos serviços de saúde de SMS:

a *Yoga*.

Yoga significa a união do indivíduo ao princípio universal, sendo popularmente conhecida como disciplina de meditação, envolvendo postura e controle da respiração. Há quatro tipos de caminhos ou *Yogas*: *Karma Yoga* ou caminho da ação; *Jñāna Yoga* ou caminho do conhecimento; *Bhakti Yoga* ou devoção a seres divinos; *Rāja Yoga*, método de posturas, respiração e adequadas fórmulas de pensamento (GAARDER et al., 2000; ZIMMER, 2008).

Budismo

O budismo surgiu na Índia cerca de 500 anos antes da era cristã, sendo uma das quatro principais correntes religiosas surgidas na Índia, juntamente com o hinduísmo, o jainismo e o sikhismo. É, ao mesmo tempo, uma produção da cultura da Índia e um rompimento com a cultura clássica deste país, tendo sido gestada em um período histórico de grandes mudanças.

O budismo foi fundado por Sidarta Gautama, que nasceu como príncipe no nordeste da Índia e viveu provavelmente no período de 563 AEC a 480 AEC (GAARDER et al., 2000; SILVA e HOMENKO, 2002; ZIMMER, 2008).

Algumas das diferenças do budismo original, em relação ao hinduísmo, se referem às questões ligadas à natureza de todos os seres humanos, das divindades e do sagrado.

Pelas informações disponíveis, o budismo contestou o sistema de castas, reconhecendo em todos os seres humanos um potencial similar para o desenvolvimento e para a compreensão. Os primeiros budistas optaram pelo uso da língua falada pelo povo da época, o pali, e não pela língua dos sábios e sacerdotes, o sânscrito. Pelos textos, não importava a questão das divindades ou de um espírito universal (SILVA e HOMENKO, 2002; ZIMMER, 2008).

A característica marcante do budismo é a afirmação da capacidade de compreensão e de

iluminação como inerente a todos os seres humanos. Muitos registros do início do budismo indicam que era enfatizado o conhecimento e a compreensão, tanto o conhecimento reflexivo e argumentativo como o conhecimento oriundo das experiências não racionais, vinculados principalmente às práticas meditativas.

Pelas informações disponíveis, no budismo original não se praticavam culto a textos e símbolos sagrados, comportamentos e atitudes devocionais e afirmação de dogmas, assim como não eram valorizadas as questões metafísicas, sendo que as primeiras imagens de Buda ou do budismo surgiram somente centenas de anos depois da morte de Sidarta. Em decorrência das diferenças marcantes com as demais religiões, em geral muitos acreditam que o budismo tenha surgido como uma prática de vida e não como uma religião e que a sua conversão em religião tenha ocorrido como consequência da dinâmica sociocultural e da necessidade de preservar a doutrina (SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004; ZIMMER, 2008).

Duas passagens, retiradas do livro *Budismo: Psicologia do Autoconhecimento*, no qual estão expostos discursos atribuídos a Sidarta Gautama, com conteúdos reflexivos e argumentativos, são apresentadas a seguir e podem favorecer a compreensão dessas questões. Como os textos são preservados e difundidos em contextos religiosos, nos quais Sidarta Gautama é reverenciado em equivalência a uma divindade, o autor aconselha aos que não são religiosos abstraiem a reverência que lhe é dispensada nos textos:

Certa vez Sidarta Gautama, após explicar aos seus discípulos a doutrina da gênese condicionada e após se certificar que haviam entendido o ensinamento, lhes disse:

(...) “esse ensinamento, que compreendeis de uma maneira tão pura e clara, se vos apegais a ele e o guardais como a um tesouro, então não compreendeis que o ensinamento é semelhante a uma jangada, que é feita para um determinado fim e não pode ser continuamente carregada às costas”. – E assim, deu o seguinte exemplo: Um homem viajando, chega à margem perigosa e assustadora de um rio de vasta extensão de água. Então vê que a outra margem é segura e livre de perigo. Pensa: Esta extensão de água é vasta e esta margem perigosa, aquela é segura e livre de perigo. Não há embarcação nem ponte com que eu possa atravessar. Acho que seria bom juntar troncos, ramos e folhas e fazer uma jangada com a qual, impulsionada por minhas mãos e meus pés, passe com segurança à outra margem”. Então esse homem executa o que imagina, utilizando-se de suas mãos e seus pés, e passa para a margem oposta sem perigo. Tendo alcançado a margem

oposta, ele pensa: “Esta jangada me foi muito útil e me permitiu chegar a esta margem. Seria bom carregá-la à cabeça ou às costas onde quer que eu vá.”

- Que pensais, *bhikkhus*? Procedendo dessa forma, esse homem agiria adequadamente em relação à jangada?

- Não, senhor! – responderam os *bhikkhus*.

- Como agiria ele adequadamente em relação à jangada? Tendo atravessado para a outra margem, esse homem deveria pensar: “Esta jangada me foi de grande auxílio e graças a ela cheguei com segurança; agora seria bom que eu a abandonasse à sua sorte e seguisse o meu caminho livremente”.

Assim, lembrou aos monges, contra um dogmatismo excessivo: “A doutrina se assemelha à jangada; deve ser considerada não como um fim, mas como um meio; da mesma forma, a jangada é um meio para atravessar, mas não para se apegar” (Majima-Nikaia I., citado por SILVA e HOMENKO, 2002, p. 30).

A outra passagem se refere a um diálogo sobre o conhecimento, que se dá a partir de um questionamento que Malunkyaputra fez a Sidarta Gautama:

- Senhor, quando eu estava meditando, veio-me este pensamento: o Universo é eterno ou não é eterno? O Universo é finito ou infinito? A alma é uma coisa e o corpo outra coisa? Existe o após a morte ou não existe o após a morte, ou ambas as coisas simultaneamente existem ou não após a morte? O Sublime não me explicou esses problemas; se o Senhor sabe que o Universo é eterno, explique-me, mas se não sabe, seja franco em dizer: “Não sei, ou não vejo.” A resposta dada é de grande utilidade para muitos, que até hoje perdem um tempo precioso em questões metafísicas desta natureza, perturbando inutilmente a paz de suas mentes.”

- Disse eu alguma vez: “Vem, Malunkyaputra, leva uma vida pura sob minha direção, que eu te explicarei todas essas questões?” Ou você mesmo me perguntou: “Se eu levar uma vida pura sob sua direção, terei as respostas às minhas perguntas?”

- Não, Senhor!

- Malunkyaputra, se alguém disser: “Não levarei uma vida santa sob a direção do Sublime, até que ele me elucidasse essas questões”, morrerá certamente antes de receber a resposta desejada do Tathagata.

Proseguindo, Buda deu o seguinte exemplo: se um indivíduo, ferido por uma flecha envenenada fosse levado por seus amigos e parentes a um cirurgião e dissesse: “Não deixarei extrair esta flecha antes de saber quem a disparou, se um ksatrya [casta dos guerreiros], ou um brahmana [casta dos sacerdotes], um vaisya [casta de mercadores] ou sūdras [casta inferior dos camponeses], qual seu nome, qual o nome de sua família, se é alto, baixo ou de estatura mediana, qual a cor de sua tez, de que aldeia ou cidade veio. Não permitirei extrair esta flecha antes de saber com que espécie de arco foi disparada, antes de saber que corda foi empregada nesse arco, antes de saber que penas foram utilizadas na flecha, antes de saber de que material foi feita a ponta da flecha”, como terminaria isto, monges? Esse homem morreria certamente sem saber todas essas coisas. Assim também, Malunkyaputra, quem disser: “Não levarei a vida pura sob a direção do Sublime, até que ele me explique se o Universo é ou não eterno etc., etc...” - certamente

morrerá sem que o Mestre lhe tenha explicado essas questões.

(...) Expliquei a existência do sofrimento, o aparecimento ou origem do sofrimento, a cessação do sofrimento e o caminho que conduz à cessação do sofrimento.

E por que expliquei isto? Porque é útil e está fundamentalmente relacionado à vida espiritual que conduz ao desapego, à cessação, à tranquilidade, à penetração profunda, à libertação, ao Nirvana (SILVA e HOMENKO, 2002).

Foi em Sarnath, cidade próxima a Benares, que Buda proferiu seu primeiro discurso contendo o essencial de sua doutrina. O discurso foi sobre as “quatro nobres verdades” (SILVA e HOMENKO, 2002), descrito resumidamente a seguir.

As quatro verdades sobre o sofrimento:

A existência do sofrimento – Mostra as limitações do mundo que se manifestam na forma da impermanência, insubstancialidade e impessoalidade. A origem do sofrimento estaria na desarmonia entre nós mesmos e as coisas materiais; outras pessoas; o próprio corpo; a própria mente; os próprios desejos; os conceitos pessoais; e a natureza. A *desarmonia com as coisas materiais* pode ser exemplificada com circunstâncias aparentemente pequenas, como a altura de um travesseiro de dormir, a dureza de um assento etc. A *desarmonia com outras pessoas* se expressa nas desavenças e conflitos que surgem no correr da vida. A *desarmonia com o corpo* pode ser exemplificada no processo de envelhecimento ou nas doenças. A *desarmonia com a mente* pode se expressa no excesso de pensamento, nas preocupações, nos sentimentos destrutivos, como raiva e cobiça. A *desarmonia com os desejos* se expressa particularmente na busca do conforto material que conduz sempre a frustrações, conscientes ou inconscientes. Mesmo desejos saudáveis, como procura de sabedoria, de progresso ou de ajuda ao próximo, podem originar frustrações e sofrimentos. A *desarmonia com relação a si próprio* pode ser comprovada nos momentos de solidão ou nas situações de isolamento que são, em geral, mais intoleráveis que a privação de coisas materiais. A *desarmonia com relação à natureza* pode ser exemplificada tanto pelo desconforto que fatores climáticos podem produzir ou pelos efeitos de fenômenos naturais como pela ação do ser humano visando transformar e dominar a natureza, o que em geral cria mais sofrimento. Cabe ressaltar que a real origem

de todo sofrimento está no domínio dos cinco agregados que, na verdade, constituem a vida.

A causa do sofrimento – A principal causa do sofrimento que a mente concebe é o desejo ou apego, que tem por base a ideia ilusória de um eu pessoal, o que está em desarmonia com a realidade. O desejo ou apego existe em relação aos prazeres do sentido, ao poder, às posses, às ideias, opiniões e crenças. Sidarta indicou também como causa de sofrimento o apego à vida, presente no desejo da existência ou preservação - de que o eu, ou espírito individualizado, viva eternamente - e no desejo da não existência ou aniquilamento, também baseado na ilusão da existência do eu individual. São esses apegos ou desejos que geram o carma, fruto das ações volitivas. As ações volitivas são ações produzidas pelas vontades e desejos. Algumas dessas ações, realizadas de modo altruísta, irão produzir boas consequências ou bom carma. As ações produzidas por quem está completamente livre dos apegos (um *Arhat*⁶) não geram carma.

O sofrimento pode ser superado, como tudo no mundo, e o carma é impermanente e pode cessar. A superação do carma ocorre quando se alcança o estado de Buda, de iluminação, compreendendo a verdade do nirvana, o que implica na superação do apego ou desejo (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002).

O caminho da superação do sofrimento corresponde principalmente ao caminho das oito vias.

Na atual doutrina budista, a superação do sofrimento se apresenta de diversas formas, como os quatro estados da mente, os cinco preceitos e o caminho das oito vias ou caminho do meio. Na sequência aborda-se, de modo resumido, o caminho das oito vias.

O caminho das oito vias foi concebido com base na própria experiência de Buda que acreditava que o homem deve evitar os extremos da vida. Foi descrito em oito partes aqui

⁶ Arahant.- Pessoa que atingiu o nirvana, o completo despertar, superando o desejo, a raiva e a ignorância.

apresentadas, de forma resumida, em quatro agrupamentos:

Compreensão correta; Pensamento correto – O ser humano deve construir uma compreensão sobre como o mundo funciona, inclusive através da vivência. Para manter o pensamento correto deve conhecer a verdade sobre o sofrimento, evitando os três venenos da mente: apego, raiva e ignorância.

Fala correta; Ação correta; Meio de vida correto - Essas três vias implicam no comportamento ético do budista. Para manter uma fala correta deve se abster de mentir, fazer intrigas, tecer conversas vazias e procurar falar sempre de modo amigável, carinhoso e verdadeiro. A ação correta implica em não matar, não roubar, não ser sexualmente promíscuo, não se drogar, além de, ativamente, desempenhar ações boas. Meio de vida correto significa exercer sua ocupação de modo apropriado, afastando-se de trabalhos não éticos, como produção ou comercialização de armas, bebidas alcoólicas, envolvimento com a morte de animais, jogos de azar e a *exploração do trabalho alheio*. Também significa possuir hábitos de vida disciplinados com relação ao sono, alimentação, trabalho, exercícios e descanso.

Cabe destacar também a identificação da necessidade de buscar a coerência entre o que se pensa, o que se fala e como se age, no sentido de superar a visão de mundo fracionada e incoerente que caracteriza o modo de pensar imposto socialmente.

Esforço correto; Atenção Mental correta – Significa não permitir que estados de espírito danosos se instalem na mente, assim como procurar desfazer aqueles já instalados. Alimentar o bem que surge e multiplicar o bem já instalado. Atenção mental correta é, por exemplo, lembrar-se sempre da impermanência das coisas, da mente e das causas do sofrimento.

Concentração correta – Refere-se aos estágios de *dhyāna*, a concentração meditativa (YŪN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002).

O budismo possui conceitos similares a outras interpretações de mundo do Oriente aqui

abordadas:

Śūnyatā, a natureza de vazio, que se refere a não substancialidade de todas as coisas ou fenômenos, na qual: “tudo que é composto se decompõe; tudo que é agregado se desagrega”, o que possibilita o surgimento, desenvolvimento, maturação e desaparecimento das coisas e fenômenos. *Anicca*, a impermanência, que está presente em todas as formas e fenômenos e que se apresenta no ser humano como processos mentais que se transformam a cada momento, em que o corpo, a parte mais estável do indivíduo, está em constante intercâmbio com o meio, em constante mudança, e a mente, com seu fluxo de pensamentos, emoções, desejos, é a própria expressão da impermanência (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004; ZIMMER, 2008).

A individualidade não tem substancialidade. O que se entende como “nosso”, o que se é, os pensamentos, as crenças, os valores, enfim o que se acredita como personalidade é, na verdade, um reflexo do mundo, do que é captado, do tempo em que se vive e das relações que se estabelecem. Devido à dificuldade de se perceber e se entender a complexidade com que isso se dá e as limitações que a mente humana possui para lidar com a realidade, é criada a noção de individualidade (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004).

É também devido às limitações dos sentidos, do raciocínio e da linguagem que se usa um artifício mental para lidar com o vir a ser: individualizam-se as coisas para pensar e falar delas e tende-se a achar que as coisas são realidades isoladas e estáticas, com individualidade, no sentido geral.

Tal fato não significa que se deva negar a realidade que se percebe, mas entender que a identidade, ser imutável na concepção de mundo grega, é um artifício racional para o entendimento do mundo (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004).

Nesse sentido, também se dá o entendimento da determinação na concepção do budismo. “Gênese condicionada” se refere às causas e condições. Causas se referem às

potencialidades internas dos seres, fenômenos e coisas. Condições são associadas ao meio, que possibilitam a expressão das causas (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004; ZIMMER, 2008).

Aqui não se deve incorrer em um erro muito comum entre os budistas, que entendem a gênese condicionada em uma perspectiva de linearidade, com consequências predeterminadas e em uma perspectiva de moralidade, desconhecendo a complexidade do modo como as causas e as condições se estabelecem.

Carma literalmente quer dizer ação e se refere às emoções, pensamentos, falas e atos que produzam consequências, referindo-se, portanto ao arbítrio e às escolhas. O tempo possibilita a interdependência das coisas e fenômenos e por esse motivo o passado está contido no presente, condicionando-o, e o presente resume o passado, ao mesmo tempo em que o presente contém o potencial para o futuro. Tudo é efeito de causas anteriores, gerando efeitos posteriores. As ações produzem consequências, tal é a lei do carma (YÜN, 2001; SILVA e HOMENKO, 2002; JIA, 2004; ZIMMER, 2008).

Aqui é novamente necessário chamar a atenção ao fato de que essa lei ocorre associada à gênese condicionada, portanto em uma relação de complexidade, sendo necessário fugir da tentação de sua interpretação, segundo critérios de linearidade e moralidade.

1.1.4 Interpretações de mundo dos povos indígenas

Apesar da restrição com relação às fontes de informação, optamos por abordar algo sobre as interpretações de mundo dos povos originais ou povos indígenas do Brasil, mesmo com o risco de algumas incorreções, porém com o intuito de reconhecer sua existência e suscitar algumas reflexões.

As interpretações de mundo dos diferentes povos, das diferentes nações indígenas são provavelmente diversas e complexas. Porém existem traços comuns, principalmente

relacionados com a organização social que inclui a relação entre os membros da comunidade e a relação com a natureza e o próprio entendimento do ser humano como parte desta natureza, que parecem ser muito semelhantes nas várias culturas.

De modo geral os povos indígenas se organizam como sociedades comunais ou comunistas, o que é uma característica presente nas diversas sociedades de coletores e caçadores e também em várias sociedades de agricultores. Portanto são sociedades organizadas com base na propriedade coletiva ou propriedade social.

Apresentam um vínculo muito forte com a natureza e em geral, estabelecem a principal forma de relação do ser humano com a natureza - que é a utilização da mesma para prover os meios de subsistência através do trabalho humano -, de forma sustentável, de modo a não esgotar seus recursos.

Esta forma de organização social e de convivência baseada na cooperação e este vínculo com a natureza está muito presente nas interpretações de mundo dos povos indígenas.

Como exemplo, vamos expor aspectos da interpretação de mundo tupy-guarani, conforme é apresentada por Jecupé (2001).

Tupy-guarani, neste caso, se refere ao conjunto de povos da América do Sul, que falam diversas línguas agrupadas no tronco tupy, com origem no proto-tupy, língua ancestral originada provavelmente onde hoje se localiza o estado de Rondônia no Brasil.

A palavra Tupã vem de *Tu*, que significa som e *Pan* que significa totalidade. Tupã equivale a um grande ser espiritual ou a totalidade. *Tenondé* significa o início, o primeiro. Tupã Tenondé é uma compilação de conhecimentos. Em forma de cânticos que abordam a interpretação de mundo guarani dos últimos milênios, passados oralmente de geração à geração.

A palavra Tupy vem de *Tu*, que, como foi citado, significa som e *Py* que significa Pé. O som-de-pé, o ser humano, a palavra habitada. Uma vibração da criação. A natureza dotou

esta vibração, esta palavra sagrada (*nê-en-porã*) com um corpo, uma flauta (*U'mbaú*) que é nossa morada. E o ser humano expressa sua essência pela palavra. Pelo som e pelos tons. Tons que também participam de todos os elementos da natureza. No conhecimento tupy-guarani as palavras que pronunciamos carregam, portanto um grande poder, o poder de criar.

Os tons essenciais que formam o espírito são as vogais. As vogais, para os tupy-guarani são sete, incluindo uma vogal sem som. Quatro vogais vibram no tom dos angás-mirins, pequenos espíritos ligados aos elementos ar, fogo, água e terra e originam o *U'mbaú*. Três vogais se referem às dimensões espirituais. *Ayvu*, o corpo-som do ser é a expressão da dimensão espiritual do ser humano.

Os angás-mirins precisam ser trabalhados para estarem harmonizados e para melhor expressar *Avã*, espírito-luz que se aloja no coração e que proporciona a vitalidade e a capacidade criativa e realizadora.

A sabedoria tupy-guarani foi transmitida pelos ancestrais, os *Tubuguaçu*. Os *Tubuguaçu* intuíram técnicas que harmonizam os pequenos espíritos e que proporcionam o *Mboray* (sabedoria e amor incondicional) que harmonizam os seres humanos com a mãe-terra, *Cy* pelo canto (*Porã-Hei*) e com o pai-sol, *Ru*, pela dança (*Jeroky*). De outro lado a fala, que carrega o poder da criação precisa ser aprimorada, trabalhada. Um modo de trabalhar este poder é o silêncio. Pelo silêncio penetramos em alguns caminhos importantes: a auto-observação, a reflexão e a meditação.

Complementando, apresentamos um vocabulário sucinto:

Angás-mirins: Pequenos espíritos

Apyte: Flor Sagrada

Avã: Espírito da luz

Ayvu: Espírito

Cy: Mãe

Jeroky: Dança

Kuaracy: A primeira manifestação; “fogo-mãe”

Mboray: Amor; Alma-palavra
Namandu: O grande Mistério
Nande Cy: Terra; mundo material
Ne'eng: Fala; canto das aves, chilrear dos insetos
Nê-en-porã: Palavra sagrada
Opy: Casa de Orações dos Guaranis
Pan: Totalidade
Porã-Hei: Canto
Py: Em Pé
Ru: Pai
Tu: Som-matéria; corpo
U'mbau: Morada do ser humano; flauta

As sete vogais Tupy-Guarani

Y	Espécie de “u” pronunciado guturalmente. É o tom do angá-mirim raiz; vibra o padrão terra do ser. Sua morada é na base da coluna. É o tom da vitalidade física, da concretização, da segurança, da determinação. Bater o pé direito no chão e liberar esse som é o ato guerreiro de estar firme sobre o caminho.
U	É o tom do angá-mirim água e vibra nessa direção. Sua morada é o umbigo. É o tom da vitalidade emocional. Quando ele está no seu fluxo natural, manifesta o bem-estar emocional e estimula a criatividade. Quando o corpo está preso, dançá-lo solta suas más águas.
O	Vibra o tom do angá-mirim fogo e mora no plexo solar. Os antigos pajés chamavam-no Kuaracymirim, ou seja, pequeno sol do ser. Sua vibração irradia o ayvu e dançá-lo pode purifica-lo.
A	Vibra o tom do angá-mirim ar e mora no coração. Essa vibração faz a união do céu com a terra, ou seja, das partes interna e externa do ser. Seu tom vibra os sentimentos.
E	Vibra na altura da garganta. Ali esse tom faz sua morada. É a própria expressão da alma atuando na forma da palavra. Essa região é responsável pela liberdade da alma. É a nê-en-porã, a fala sagrada do ser.
I	Este tom mora na gruta sagrada do ser, que se localiza no fundo da cabeça, na direção de entre os olhos. Ele estabelece a ligação com o sétimo tom, que é silêncio. Favorece a intuição quando dançado.
	‘o som “insonoro”, que não se pronuncia, mas que, na antiga língua abanhaenga, mãe da língua proto-tupi, se pronunciava unindo aproximadamente os sons mudos da expressão MB,gerando palavras como Mbaekuaa e Mboray.’

Fonte: Curso Valores da cultura Indígena. UMAPAZ, 2011

Como complementação descrevemos na sequência o mito da criação de um povo indígena, no caso os carajás (tronco lingüístico macro-jê), contado por Leonardo Boff:

“O Criador, fez os carajás imortais. Eles viviam nos fundos dos lagos e rios e lá sempre havia um buraco de onde saía uma luz com grande intensidade. Porém havia uma orientação do criador: *-Vocês não podem entrar nesse buraco.*

Eles tinham muita curiosidade (o que há lá dentro?) mas respeitavam este preceito.

Um dia, um carajá mais afoito se meteu no buraco e caiu em uma belíssima praia do rio Araguaia. Ficou maravilhado!

Viu o sol, passáros, flores, borboletas, paisagens soberbas.

Para onde dirigia o olhar encontrava beleza e ficava cada vez mais boquiaberto. Veio o entardecer e depois a noite. Pensou em voltar, mas aí surgiram a lua e as estrelas. Ficou mais maravilhado ainda e passou a noite observando a grandiosidade do universo.

Quando o sol despontou, lembrou-se dos irmãos e ele retornou ao buraco.

Reuniu todos os irmãos, irmãs e parentes e falou: - Vi uma coisa extraordinária, vocês não podem imaginar. E narrou toda a sua experiência.

Então todos queriam passar pelo buraco luminoso, mas os sábios disseram:

- E o Criador? Ele é tão bondoso conosco, deu-nos a imortalidade. Vamos consultá-lo!

- Criador, deixe-nos passar pelo buraco. É tão bela a realidade que nosso irmão descreveu, deixe-nos conhecê-la.

E o criador respondeu:

- Realmente, é uma realidade esplêndida! As praias são lindíssimas, a floresta é fantástica, com tanta diversidade e abundância de vida.

E continuou: *- Vocês podem ir para lá mas há um preço à pagar: Neste mundo tudo é efêmero. Há um ciclo onde tudo nasce, cresce, madura, decai e por fim morre. Lá vocês participarão deste ciclo e perderão a imortalidade.*

Todos se entreolharam e a após instantes decidiram:

E todos passaram pelo buraco, renunciando à imortalidade (BOFF, 2001, p. 31-32)”.

Dentro da riqueza deste mito ressaltamos dois aspectos comuns na interpretação de mundo de vários povos indígenas: Primeiro, a celebração e o espírito de admiração e mesmo gratidão para com a natureza. Viver aqui não é um castigo, uma purgação, ao contrário, para os carajás é uma escolha, mesmo um privilégio, pois a natureza é a fonte de beleza e potencialidades; Segundo, o entendimento da impermanência, dos ciclos de constante transformação inerentes à todas as coisas e fenômenos do mundo.

Ainda sobre a interpretação de mundo dos povos indígenas, cabe explicar uma concepção muito difundida: a de que a natureza é formada por várias sociedades, além das sociedades humanas. Existem as sociedades das onças, dos macacos, de diversos outros animais, de diversos vegetais e de seres inanimados. Todas estas sociedades são importantes, tem papéis determinados na natureza, dimensões espirituais e se expressam em poderes. Estas sociedades se relacionam e são necessários cuidados e precauções no lidar com a natureza, com estas sociedades e com estes poderes, para não provocar desarmonias. Isto implica em uma prática de relação com a natureza profundamente avançada e coerente, que vai além da concepção ecológica e que pode servir de inspiração para as pessoas preocupadas com a questão ambiental.

1.1.5 Iluminismo e o método científico

Na Europa, a transição da Idade Média para a Idade Moderna se expressou em um período histórico denominado renascença. O movimento renascentista, que se inspirava principalmente no conhecimento do período clássico da civilização grega, se iniciou no século XIII na região da Toscana e depois se expandiu para outras regiões da Itália e da Europa (BURNS, 1965; CHAUÍ, 1999).

Há outra interpretação religiosa, com releitura da *Bíblia*, na qual é reconhecido o poder criativo do homem que se coloca como uma espécie de herdeiro de Deus, dotado de primazia sobre o restante da natureza. A aceitação do novo papel do homem torna possível descobrir na natureza sinais ou indícios deixados pelo Criador, portanto permite uma atitude racional perante os fenômenos naturais. Porém, a abertura para o conhecimento, na renascença, é muito diversificada, pois, além da abordagem racional do período clássico grego, outros tipos de conhecimento, particularmente de caráter esotérico, são buscados avidamente.

O intercâmbio comercial com as nações do Oriente se intensifica. Os mercadores e comerciantes se fortalecem, a ordem feudal entra em crise e se inicia na Europa o

processo de constituição dos Estados nacionais. Em seguida, se inicia o processo de colonização do Novo Mundo por países da Europa, capitaneados pela Espanha.

O acúmulo de riquezas, na forma de capital, decorrente da exploração do Novo Mundo, forneceria as bases materiais para profundas transformações culturais na Europa, inclusive a transformação no modo de produção e as mudanças tecnológicas decorrentes, nos séculos subsequentes (BURNS, 1965; CHAUÍ, 1999).

A mudança mais profunda da concepção de mundo começaria a ocorrer lentamente a partir do iluminismo, no séc. XVII, com a formulação da ideia de que o homem tem pleno acesso aos propósitos divinos, pois foi feito à sua imagem e semelhança. Esse movimento, também conhecido como Ilustração, se contrapôs, no plano político⁷, aos Estados absolutistas. Seu projeto para a sociedade pressupunha o liberalismo econômico, a propriedade privada, o individualismo, o estado laico, a liberdade religiosa, o sufrágio masculino e a igualdade perante as leis (NETTO e BRAZ, 2008).

Essa abordagem progressivamente se consolidou com a hegemonia do chamado programa da modernidade, expressão do ideário da burguesia, no período em que essa classe conduzia as lutas sociais no processo revolucionário de destruição da ordem feudal. Um dos ideais da Revolução Francesa, marco da revolução burguesa, e dos processos revolucionários que eclodiram a partir do século XVIII era a construção de uma sociedade igualitária em que todos os seres humanos desfrutassem, desde o nascimento, das mesmas condições jurídicas, sociais e econômicas, enfim que se estabelecesse o processo de emancipação humana (NETTO e BRAZ, 2008).

⁷ O uso da palavra política, de modo generalizado, refere-se a toda modalidade de direção de grupos sociais que envolva poder, administração e organização. Melhor compreensão ocorre pelo entendimento lexical: “*ta politika* (política) deriva da palavra grega *polis*. *Polis* é a Cidade, comunidade organizada, formada pelos homens nascidos no solo da Cidade, livres e iguais. *Civitas* é a tradução latina de *polis*. Cidadãos é a tradução de *politikos*. *Ta politika* são os negócios públicos dirigidos pelos cidadãos: costumes, leis, erário público, organização da defesa e da guerra, administração dos serviços públicos. *Res publica* é a tradução latina para *ta politika*, significando, portanto, os negócios públicos” (CHAUÍ, 1999).

No liberalismo clássico, cuja doutrina defende os direitos naturais do homem, o Estado⁸ soberano tem poderes e funções limitados, regulados através de leis e normas. O Estado moderno, que surge durante esse período na Europa, expressaria um controle absoluto sobre determinado território, sob o domínio de uma classe produtora, a burguesia.

Entretanto, o Estado expressa também um pacto complexo e contraditório de dominação de classe. Por interesse de manutenção do poder pela burguesia, foi estabelecida a distinção entre o Estado e a sociedade civil, como base para a existência do Estado liberal. Nesse sentido, a noção de regime político⁹ foi elaborada com referência exclusivamente à esfera estatal, dissociado das relações de poder que se estabelecem no seio da sociedade civil e marcando uma suposta separação entre a esfera política e a econômico-social. Além disso, a participação política do Estado liberal, apesar de uma suposta igualdade jurídica, concebia como cidadãos os proprietários, excluindo, portanto, os trabalhadores e as mulheres, considerava inconcebível que um não proprietário pudesse ocupar cargo de representação nos três poderes. Essa situação foi se delineando ao longo da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XVIII, expandindo-se para outros países no século XIX, e dando forma à hegemonia da burguesia industrial em substituição à burguesia comercial (CHAUÍ, 1999; NETTO e BRAZ, 2008; MASCARO, 2015).

Como decorrência de lutas populares marcantes, no século XX, o Estado liberal tornou-se democracia representativa, ampliando a cidadania política e a alternância de

⁸ Estado é formado por um conjunto de instituições permanentes que permitem a ação dos governos (CHAUÍ, 1999; MASCARO, 2015).

⁹ Regime político se refere ao modo como estão organizadas as relações entre governantes e governados. A primeira aproximação pode se dar pelo entendimento de seu significado lexical: dois vocábulos gregos são empregados para compor as palavras que designam os regimes políticos: *arche* – o que está à frente, o que tem comando – e *kratos* – o poder ou autoridade suprema. As palavras compostas com *arche* (arquia) designam quantos estão no comando. As compostas com *kratos* (cracia) designam quem está no poder. Assim, do ponto de vista da *arche*, os regimes políticos são: monarquia ou governo de um só (*monas*), oligarquia ou governo de alguns (*oligos*), poliarquia ou governo de muitos (*polos*) e anarquia ou governo de ninguém (*ana*). Do ponto de vista do *kratos*, os regimes políticos são: autocracia (poder de uma pessoa reconhecida como soberano), aristocracia (poder dos melhores), democracia (poder do povo) (CHAUÍ, 1999).

governos¹⁰. O regime democrático foi legitimado, desde que a representação dos setores populares se revestisse de um poder meramente simbólico.

Os avanços tecnológicos dessa nova fase do capitalismo fizeram muitos acreditarem que a nova ordem estava criando condições concretas de progresso da sociedade, com vistas à produção de riquezas, que culminaria no processo de emancipação das pessoas (CHAUÍ, 1999; NETTO e BRAZ, 2008).

No âmbito do conhecimento, a partir do iluminismo, ocorreram também mudanças profundas que se opunham às explicações divinas e religiosas, às superstições e aos mitos. Essa abordagem progressivamente se consolida, significando a hegemonia da chamada concepção moderna do mundo que persiste até a época atual (BURNS, 1965; CHAUÍ, 1999).

No processo de construção dessa concepção, destacam-se vários pensadores, entre outros Francis Bacon e Descartes, que elaboraram uma nova metodologia de produção de conhecimento: o “conhecimento científico” pela observação ‘controlada’ dos fenômenos, com conclusões baseadas na sua interpretação racional. A ciência surge, então, marcada pelo ceticismo, sem acreditar *a priori* e submetendo o conhecimento a critérios da verdade embasada no conhecimento científico (CHAUÍ, 1999).

A fonte do conhecimento é a utilização da razão e os instrumentos para o conhecimento são os sentidos, a observação, que possibilita a descrição, ordenação e classificação dos fenômenos. Segundo tais formulações, é possível identificar os campos do conhecimento humano que são científicos e os campos que não o são (CHAUÍ, 1999).

A concepção moderna, portanto, pressupõe a capacidade humana de compreensão progressiva das leis e fenômenos da natureza, assim como a utilização desse conhecimento para promover o bem-estar para a humanidade. A explicação do

¹⁰ Governo se refere a programas e projetos que uma parte da sociedade propõe para o todo que a compõe (CHAUÍ, 1999).

funcionamento do Universo, da vida, da sociedade, do psiquismo humano, ou de qualquer outro fenômeno, ocorre através da formulação de teorias¹¹.

No período moderno, o modelo principal do conhecimento científico são as Ciências Naturais, particularmente a física (CHAUÍ, 1999). O primeiro grande modelo é a física newtoniana, que inclui a teoria da mecânica dos corpos e a teoria sobre gravitação universal.

Sobre a teoria da mecânica dos corpos apresenta-se, de forma muito simplificada, os princípios que foram demonstrados matematicamente por Newton e que são de amplo conhecimento: *princípio da inércia*, cujo enunciado é “todo corpo tende a permanecer em seu estado de repouso ou movimento”; *princípio fundamental da dinâmica*, cujo enunciado é “a força resultante que age em um ponto material é igual ao produto da massa desse corpo pela sua aceleração, na direção que aquela força é imprimida”; *princípio da ação e reação*, cujo enunciado é “quando um corpo (A) exerce uma força (F) sobre um corpo (B) este exerce imediatamente uma força em A, de mesma grandeza, mesma direção e em sentido contrário”.

O primeiro princípio, que serve de referencial para os outros, significa que um objeto que está em repouso tende a permanecer em repouso, exceto se uma força agir sobre ele, e que um objeto em movimento tende a manter sua velocidade de movimento, exceto se uma força agir sobre ele, ou seja, que sem uma força não ocorre mudança.

O segundo princípio prevê a relação matemática entre a força que age sobre determinado corpo e o resultado ou efeito, expresso em aceleração pela massa.

¹¹ Teoria científica é um modelo, uma representação da funcionalidade do objeto estudado. É hipotética por ser uma hipótese e existe apenas no raciocínio humano. Para ser científica precisa descrever com precisão uma considerável quantidade de observações sobre determinado fenômeno, conter um número reduzido de elementos arbitrários e fazer previsões definidas sobre resultados de futuras observações. Existindo as previsões definidas, a teoria vai sendo comprovada na medida em que as novas observações validam suas previsões. Entretanto, se uma nova observação ou novas observações, comprovadamente, contradizem a teoria, se torna necessária a elaboração de uma nova teoria para dar conta da explicação do fenômeno estudado (CHAUÍ, 1999).

O terceiro princípio prevê que a ação de uma força sempre provoca uma reação contrária da mesma intensidade, embora o resultado dependa de outro fator, a massa dos corpos em questão (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2013).

O impacto do trabalho de Newton sobre o conhecimento da época foi imenso. Ele apresentou uma teoria sobre os movimentos dos corpos no tempo e no espaço e o instrumental matemático para o entendimento desses movimentos, assim como elaborou a lei da gravitação universal. Para muitos, parecia que o instrumental para o entendimento da natureza e sobre a ocorrência dos fenômenos estava pronto e acabado e, por isso, foi estendido, por analogia, para outras áreas do conhecimento humano e também se tornou uma concepção prevalente no senso comum.

Em decorrência, se estrutura, no século XIX, uma corrente de pensamento que acabou se configurando como a principal modo de elaboração do conhecimento científico: o positivismo (CHAUÍ, 1999). O positivismo será abordado de modo mais detalhado adiante.

Entretanto, alguns avanços no conhecimento humano vêm trazendo elementos para reformulações dos paradigmas construídos neste período, fazendo aflorar algumas questões no âmbito da física e das chamadas ciências humanas.

No âmbito das ciências humanas, durante um longo período, a filosofia ocidental se preocupou sobre o caráter inato ou adquirido do conhecimento, marcado pela polêmica entre as concepções inatista e empirista¹².

Immanuel Kant (1724-1804), todavia, resolveu apreciar a questão de outro ângulo: ao invés de interrogar se o conhecimento é empírico ou inato, indagou o que é a razão e o que ela pode conhecer. Segundo Kant, razão é uma estrutura sem conteúdos, que é universal para todos os seres humanos, em todos os tempos e lugares. Essa estrutura é

¹² O inatismo afirma que nascemos trazendo em nossa inteligência não só os princípios racionais, mas também algumas ideias verdadeiras, que, por isso, são ideias inatas. O empirismo diz que a razão, a verdade e as ideias racionais são adquiridas por nós através da experiência (CHAUÍ, 1999).

inata e fornece os conteúdos do conhecimento para a razão, que por sua vez, fornece a forma do conhecimento, que seria universal e necessária.

O engano dos inatistas reside no fato de supor que os conteúdos ou a matéria do conhecimento são inatos, pois as ideias precisam ser elaboradas com base na experiência, no percurso da vida. O engano dos empiristas é supor que a estrutura da razão é adquirida por experiência ou causada pela experiência. Na verdade, a experiência não é a causa das ideias, mas sim a ocasião para que a razão, recebendo a matéria ou o conteúdo, formule as ideias (CHAUÍ, 1999).

Georg W. F. Hegel (1770-1831), alemão como Kant, colocou a discussão sobre o conhecimento humano em outro patamar, com a elaboração do método dialético e suas leis, identificando uma grande falha nas abordagens anteriores: inatismo, empirismo e kantismo. A filosofia, preocupada com a diferença entre a opinião e a verdade considerou que as ideias só seriam racionais e verdadeiras se fossem atemporais, perenes, eternas, as mesmas em qualquer tempo e lugar. Porém, para Hegel, “a unidade ou harmonia entre a realidade das coisas não é um dado eterno, mas é uma conquista da razão” (CHAUÍ, 1999).

Hegel, um homem religioso, procurou um entendimento para a contradição entre Deus ou Espírito e a Natureza criada por ele, sempre em constante transformação. Dessa forma, na busca pela elaboração de uma resposta, formulou o movimento dialético.

Na concepção dialética, a natureza surge como a negação do espírito, ser ou afirmação, iniciando, após, um movimento de transformação, de retorno ao espírito. Portanto, no movimento dialético, são levadas em conta a afirmação, a negação e a negação da negação.

Na contradição dialética, os termos expressam estados do sujeito, que têm como função principal negar um ao outro, e o verdadeiro negativo é uma negação interna. Como

exemplo, na categoria quente do sujeito água, a água fria, não é o negativo de água quente, já que se constitui como outro positivo; o verdadeiramente negativo é a não água, assim como a cadeira é a não árvore, pois o ser da cadeira é a negação da árvore, enquanto a árvore é a negação da semente (CHAUÍ, 1999).

A negação interna é aquela na qual um ser é a supressão de seu outro, de seu negativo.

A contradição dialética nos revela um sujeito que surge, que se manifesta e se transforma graças à contradição de suas qualidades ou predicados. Em lugar de a contradição ser o que destrói o sujeito, como acreditavam vários filósofos ocidentais, ela é o que movimenta e transforma o sujeito.

A lógica dialética, para Hegel, é a vida do espírito, o movimento pelo qual o espírito, como sujeito vivo, cria seus predicados, manifesta-se através deles, nega-os e os suprime como termos separados dele e diferentes dele, para fazê-los coincidirem com ele. Os predicados são realidades criadas, negadas, suprimidas e reincorporadas pelo próprio sujeito.

Segundo Hegel, o mundo das ideias é determinante, englobando: razão subjetiva, conjunto das leis do pensamento no sujeito do conhecimento, que engloba os princípios, os procedimentos do raciocínio, as formas e as estruturas necessárias para pensar, as categorias e as ideias; razão objetiva, realidade objetiva e racional, que engloba a ordem, a organização, o encadeamento e as relações das próprias coisas. Portanto, tanto o objetivo quanto o subjetivo são atributos do mundo das ideias (CHAUÍ, 1999).

A unidade ou harmonia entre o objetivo e o subjetivo, entre a realidade das coisas e o sujeito do conhecimento, não é um dado eterno, algo que sempre existiu, mas é uma conquista da razão e essa conquista da razão se realiza no tempo, na história. A razão não tem como ponto de partida essa unidade, mas a tem como ponto de chegada, como resultado do percurso histórico ou temporal que ela própria realiza (CHAUÍ, 1999). Portanto, para Hegel, a ciência da lógica é a reconciliação racional entre *Espírito* e

Natureza.

1.1.6 Materialismo dialético e materialismo histórico

Karl Heinrich Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), desenvolveram um novo campo de interpretação e conhecimento da realidade. No âmbito da concepção de mundo, partindo da elaboração de Hegel, adotam o formato geral da dialética: afirmação, negação e negação da negação. Porém consideram, que o movimento dialético não ocorre no plano das ideias, mas que é determinado pela realidade, abrangendo realidade e pensamento ao mesmo tempo, ou seja, o real é o mundo material, conhecido pelos sentidos, e, as ideias, a representação do mundo real no pensamento.

Os estudos de Marx e Engels resultaram na elaboração de dois campos de conhecimento inter-relacionados e complementares: o materialismo dialético e o materialismo histórico.

O materialismo dialético é um método científico que visa conhecer como a matéria origina a vida e de como a vida origina a razão humana.

O materialismo histórico, termo que surgiu após a morte de Marx, se constitui em uma abordagem que dá concretude à história humana, identificando suas leis (BOTTOMORE, 1997; NETTO e BRAZ, 2008). O materialismo histórico, além de expressar uma concepção de mundo, foi constituído como instrumento para instauração de uma sociedade de iguais, com a superação da sociedade dividida em classes e também como instrumento de luta para a transformação social.

Aqui, consideramos necessários alguns comentários.

Inicialmente cabe expressar que escrever sobre esse campo de conhecimento e prática social, mesmo que de forma extremamente sucinta e com grande limitação de tempo para proceder a uma pesquisa bibliográfica mais adequada, é uma grande

responsabilidade, pois se trata do principal instrumental elaborado pela humanidade visando a autoemancipação dos explorados pela superação de uma sociedade que se estrutura sobre iniquidades e injustiças. Também pela memória e reconhecimento dos milhões de seres humanos que foram e são perseguidos, torturados e mortos, por se posicionarem em acordo com essa visão de mundo.

Uma questão que consideramos ser necessário abordar parte do entendimento, constituído na tradição ocidental e em outras partes do mundo, de “naturalização” da história, ou seja, as leis da sociedade independem da vontade e ação humanas e são tomadas como eternas e imutáveis. Sob essa perspectiva, os movimentos da história são atribuídos à ação de personagens, que se tornam míticos, e que, de certo modo, aparecem como equivalentes a “forças da natureza”: o herói ou o “salvador supremo” (LÖWY, 2012). O mito do herói remonta a lugares e tempos muito anteriores ao aparecimento da burguesia moderna, entretanto, na sociedade burguesa ele se revela com novos traços, decorrentes da conformação de mundo baseada na propriedade privada e na livre concorrência entre indivíduos, o que desloca o centro do mundo para a individualidade, à parte do movimento social real (NETTO, 2002; LÖWY, 2012).

Uma grande novidade trazida por Marx e Engels é a compreensão de que, aquilo que movimenta a história, a partir da divisão da humanidade entre exploradores e explorados, é a luta de classes. Portanto, eles realizam a contraposição da noção de ações de indivíduos fazendo a história, transferindo para o âmbito coletivo os movimentos da história. Apesar da formulação clara, grande parte da visão hegemônica de mundo, pertencente à burguesia, acaba se inserindo na consciência coletiva, mesmo dos que buscam outra concepção e se colocam no campo de oposição à sociedade burguesa tendo como referência a teoria social elaborada por Marx e Engels. E é sob esse aspecto que se torna importante entender a reação de Marx quando se iniciou o processo para transformá-lo no *herói mítico*, quando surgiu o termo *marxismo* e pessoas começaram a se assumir como *marxistas*, Marx reagiu irritado e disse: “Eu não sou marxista!” (NETTO, 2002). Marx, assim como Engels, não se julgava como criador de uma

doutrina – ou dogma ou crença – que as pessoas seguiriam, que iriam aderir por uma questão de se subordinarem ao pensamento de uma autoridade. Entendiam que estavam esclarecendo um método e uma compreensão científica da realidade social. A esse respeito, em 1895, Engels escreveu: “Todo o modo de concepção de Marx, porém, não é uma doutrina, mas um método. Não dá quaisquer dogmas prontos, mas pontos de apoio para uma investigação ulterior e o método para esta investigação” (ENGELS, 1982).

Por essa razão, aqui se considera que o culto às personalidades, as denominações de movimentos sociais tendo como referência indivíduos, assim como o estabelecimento de dogmas, a substituição da compreensão crítica da realidade pelo uso dos argumentos de autoridades e a interpretação do materialismo histórico como doutrina, devem ser compreendidos como decorrentes de um período histórico no qual os valores de uma determinada ordem, em que impera a noção de indivíduo e a alienação, deixam profundas marcas, mesmo naqueles que estão desenvolvendo a consciência crítica da realidade.

Outra questão pertinente diz respeito ao fracasso das primeiras experiências de construção de sociedades socialistas, tendo como base a concepção de mundo do materialismo histórico, esclarecendo antes, porém, que sociedades humanas baseadas na propriedade coletiva, ou seja, sociedades comunistas são, na história da humanidade, mais regras do que exceções.

A humanidade está constituída há pelo menos 250 mil anos – provavelmente muito mais –, tendo como atividade básica para a sobrevivência a coleta e a caça. Todas as sociedades de coletores e caçadores conhecidas, assim como parcelas das sociedades que utilizam a agricultura, se organizaram como sociedades comunistas. A organização da sociedade em classes sociais conformadas para permitir que alguns explorem o trabalho de muitos é um fato cronologicamente recente na história, iniciado há cerca de 7.000 anos e mesmo assim o processo que determinou sua generalização só se iniciou há 500 anos com a expansão colonial promovida pela Europa. Hoje os povos comunistas

originais representam uma parcela muito pequena da humanidade e estão, praticamente todos, submetidos a processos de genocídio. Mesmo assim muitos desses povos vêm participando ativamente de insurreições e processos revolucionários anticapitalistas, particularmente nas Américas Central e do Sul.

A experiência iniciada com a revolução russa de 1917, de estabelecimento de regimes socialistas em vários países, foi interrompida em 1989 com a queda do muro de Berlim ou 1991 com o desmembramento da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, já que, após tais acontecimentos, mesmo em países onde não ocorreu a derrocada, se procedeu ou se procede algum modo de restauração do capitalismo, talvez com raras exceções (LÖWY, 2012).

Na Rússia, após a revolução de 1917, no processo de instauração da nova ordem pós-capitalista, os dirigentes decidiram, em decorrência das sérias ameaças que enfrentavam, substituir o formato inicial de conformação daquele Estado socialista, a “república dos soviets” pela “república do partido”, ou seja, os conselhos populares (*soviets*) como estruturas de decisão e poder foram desfeitos e substituídos pelos órgãos partidários que assumiram a direção de todo o processo. Com o tempo, os membros do aparato partidário, acabaram por constituir uma imensa casta de burocratas, capaz de implementar grandes reformas. O sucesso econômico desse modelo, com a utilização em larga escala do planejamento econômico que permitiu à Rússia se transformar em grande potência industrial, acabou por consolidar o formato que foi seguido por outros povos e países onde se processou a tomada de poder por revolucionários comunistas. As iniciativas de militantes, e mesmo de alguns dirigentes de países, que propunham um novo modelo com alguma forma de transferência do exercício do poder do partido para instâncias populares, foram reprimidas.

Em Cuba – país situado na fronteira do principal Estado capitalista e que foi submetido, desde sua revolução a uma série de interferências e todo tipo de pressão, inclusive o maior e mais longo embargo econômico imposto a uma nação no último século – se

estabeleceram, em 1960, por determinadas necessidades e características de seu processo histórico, os *Comités de Defensa de la Revolución* (CDR), o que permitiu, em considerável medida, a participação popular nas decisões sobre os rumos do país e da revolução. Talvez isso explique a capacidade dos cubanos resistirem, mesmo diante do quadro de gravíssimas dificuldades econômicas, quando da interrupção da experiência socialista do Leste europeu.

Segundo tal perspectiva, acreditamos que o que se esgotou não foi a experiência de construção do socialismo, segundo a concepção do materialismo histórico e dialético. O que ocorreu foi o fracasso de uma determinada experiência, que apesar de ter promovido grandes conquistas sociais e econômicas para diversos povos, carregava contradições excessivas com o projeto de emancipação dos seres humanos e acabou degenerando para regimes que se colocavam, de algum modo, contra os interesses populares e contra o povo. A esse respeito Michel Löwy escreve:

(...) continuo a acreditar (...) que a teoria marxiana da revolução como autoemancipação dos explorados continua a ser uma bússola preciosa para o pensamento e a ação. Não só ela não se tornou obsoleta pelo desmoronamento do infame muro berlinense, mas, ao contrário, é a chave decisiva para compreendermos por que a tentativa de “construir o socialismo” sem o povo (ou contra ele), “emancipar” o trabalho de cima para baixo, impor uma nova sociedade pelos decretos de um poder burocrático e autoritário estava inevitavelmente destinada ao fracasso (LÖWY, 2012, p. 20-21).

Após essas necessárias considerações, são apresentados alguns tópicos do materialismo histórico, objetivando a devida aproximação com essa concepção de mundo.

A relação do trabalho com o conhecimento e o surgimento da humanidade

O conhecimento humano não possui um caráter eterno e atemporal, mas é determinado pela história (BOTTOMORE, 1997; NETTO e BRAZ, 2008).

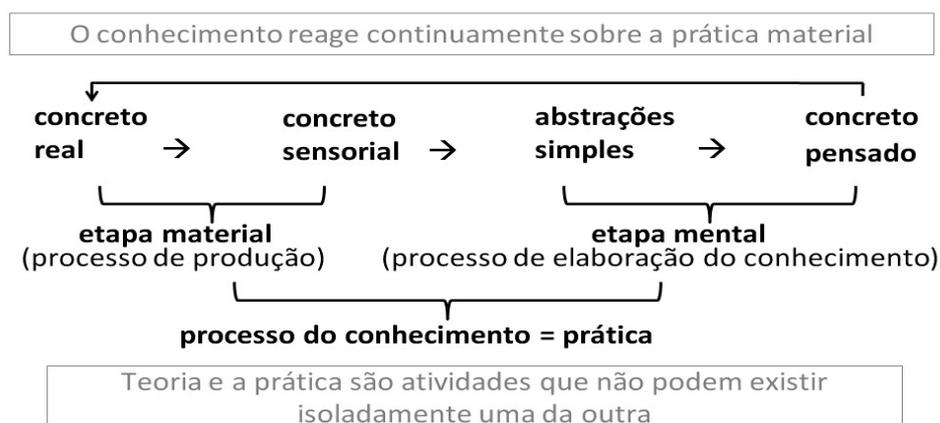
A geração do conhecimento é decorrente de um processo contínuo de intercâmbio do ser humano com a natureza, através do trabalho, na produção dos seus meios de vida. Qualquer ato de produção, por mais elementar, implica a manipulação e transformação de

materiais naturais com o objetivo premeditado de obter como resultado um produto, que é um novo material dotado de uma finalidade útil desejada. Requer a consciência da existência de relações materiais de causa-efeito definidas (CHAUÍ, 1999; GERMER, 2001; GOMES, 2006; NETTO e BRAZ, 2008).

Ao transformar os materiais naturais, o ser humano interpreta continuamente a estrutura, a dinâmica e os efeitos positivos e negativos da sua ação sobre a natureza, testando-os com base nessa interpretação, que vai reformulando e refinando, conforme experiência adquirida, conforme se pode observar na Figura 12.

Figura 12

Processo de conhecimento humano na concepção do materialismo histórico



Fonte: A relação abstrato/concreto no método da economia política, com adaptações (GERMER, 2001).

Portanto, essa consciência, resultante da realização repetida e continuamente aperfeiçoada de ações com a finalidade desejada, constitui o processo do conhecimento no seu conjunto (CHAUÍ, 1999; GERMER, 2001; GOMES, 2006).

Na abordagem do materialismo histórico, o trabalho humano foi determinante para o próprio surgimento do ser humano no planeta. Todos os seres humanos são intelectuais, já que não existe atividade humana desprovida da atividade intelectual. Porém, devido às condições materiais e ideológicas da organização da cultura, somente alguns possuem

condições favoráveis para o desempenho dessa função (NETTO e BRAZ, 2008; MARX, 2015).

Aspectos da ordem capitalista

Para melhor compreensão deste tópico, retomemos a crença difundida no século XIX, que afirma que os avanços tecnológicos e o aumento da produção de riquezas culminariam no processo de emancipação humana.

Marx e Engels constataram a impossibilidade de a emancipação humana ocorrer no interior da ordem capitalista. Comprometidos com o projeto emancipatório, realizaram um intenso processo de estudo que resultou na elaboração da teoria social que se constitui em ferramenta para a humanidade transformar sua própria história (NETTO e BRAZ, 2008).

No senso comum hegemônico, considera-se o capital como uma entidade, que ganhou autonomia em relação aos seus criadores, os seres humanos, sendo o seu lucro concebido como iniciativa e empreendimento.

A principal obra de Marx, elaborada com participação de Engels, é o estudo profundo e criterioso da ordem burguesa, elaborado durante quase 40 anos: *O capital*. O estudo discute o surgimento, a consolidação, o desenvolvimento e a crise da ordem burguesa. Além da compreensão do trabalho humano e do conhecimento a ele associado, elaboraram a teoria sobre o *modus operandi* da ordem capitalista (NETTO e BRAZ, 2008).

Um dos conceitos principais da teoria de Marx é o conceito de valor-trabalho, embasado no trabalho dos economistas clássicos ingleses Adam Smith e David Ricardo (NETTO e BRAZ, 2008).

Segundo Marx, na consecução do trabalho humano ocorrem simultaneamente dois processos: a reprodução do conhecimento e a reprodução do capital. Sobre a forma elementar de como se apresenta a riqueza na ordem capitalista, a mercadoria, ele identificou a contradição entre o “valor de uso”, que se refere à satisfação de necessidades, e o “valor de troca”, que se refere ao valor da mercadoria no mercado,

quando se efetua a troca. Identificou, ainda, os componentes do processo de trabalho, que são a matéria-prima, os instrumentos utilizados e o trabalho propriamente dito, evidenciando que o único componente capaz de agregar valor ao processo de trabalho é o próprio trabalho, entendendo-se que os componentes do processo de trabalho são as mercadorias das quais o capitalista se apropria para gerar o capital. Portanto, o mercado não compra o trabalho, mas sim a capacidade de trabalho dos trabalhadores. A chave para produzir o valor excedente é a apropriação de parte do valor produzido pela força de trabalho. Nesse processo em que os capitalistas, por serem os proprietários dos meios de produção, subtraem do trabalhador parte do que ele produz, é que é gerado o Capital (BICALHO, 1967; GOMES, 2006; MARX, 2015). Por conseguinte, é na compra da “força de trabalho” e através da extração da “mais-valia” que se estabelece a principal contradição da ordem capitalista.

Na ordem burguesa, a extração da mais-valia, fonte da produção do capital e da riqueza, existirá sempre, enquanto houver o capitalismo, e sua obtenção está diretamente vinculada ao custo mínimo da força de trabalho. Portanto, na ordem capitalista há sempre o conflito, explícito ou latente, entre os interesses dos produtores, que dispõem para sua sobrevivência somente a possibilidade de venda de sua força de trabalho, e os interesses dos compradores da força de trabalho (BICALHO, 1967; NETTO e BRAZ, 2008; MARX, 2015).

Marx expõe, então, a principal contradição da ordem capitalista: o conflito entre os trabalhadores e os proprietários, gerado pela acumulação de capital. Para continuar existindo, a ordem capitalista necessita que a sociedade em conjunto adote o ponto de vista da classe dominante, na tentativa de encobrir o modo como opera a infraestrutura em que ocorre o conflito básico, recorrendo, para isso, à superestrutura política, jurídica e ideológica que se encontra a serviço da manutenção da ordem estabelecida (MORGAN, 1996).

Entretanto, pela própria natureza da ordem capitalista, outro conflito inevitável se manifesta: a competição entre os capitalistas.

É a partir dessa competição que se estabelece a concorrência, provocando o barateamento do preço das mercadorias, acarretando a redução de gastos na produção, o que inclui baixo custo na compra da força de trabalho e, conseqüentemente, da taxa de mais-valia.

Após o estabelecimento da concorrência uma das alternativas é investir constantemente no capital, por exemplo, adquirindo maquinário moderno com inovações tecnológicas, para reduzir o custo da produção através da mais-valia relativa, o que favorece o aumento da produção que, pelo excesso, coloca em risco o capital investido, pois, conseqüentemente, os preços caem e menor será a taxa de retorno (MORGAN, 1996; GOMES, 2006; NETTO e BRAZ, 2008).

Faz-se oportuno lembrar que é nos setores responsáveis pela incorporação de inovações tecnológicas para produção que se concentram as mais altas taxas de lucro médio, e é aí que outras empresas também investem, provocando o excesso de ofertas no mercado e se constituindo em um dos motivos, embora não o único, das crises periódicas do capitalismo (MORGAN, 1996; NETTO e BRAZ, 2008; BOSCHETTI, 2016).

Um dos resultados desse processo é a repercussão negativa sobre o trabalhador que sofre pela redução da capacidade de consumo de bens, pela redução dos empregos, decorrente da substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto - ser humano substituído pelo maquinário -, e pela redução do valor real dos salários, o que exige constantes ajustes no sistema, criando condições para potenciais conflitos sociais. .

Na tentativa de resolver a crise, empresas mais bem estruturadas absorvem empresas menos estruturadas, ou as eliminam, gerando concentração da propriedade capitalista, por existir um número cada vez menor de empresas (MORGAN, 1996; NETTO e BRAZ, 2008).

Superada a crise, ocorre um rearranjo visando dar fôlego à atividade econômica, e suas conseqüências, como crescimento do emprego, do consumo e pressão pelo aumento dos

salários devido à procura por mão de obra, aos poucos irá gerar condições para novas crises. Por isso, os conflitos de ordem capitalista, inerentes ao sistema concebido para gerar mais-valia, não decorrem de atitudes ou ações dos governos ou das partes envolvidas, senão, dele próprio.

Como solução de tal conflito, Marx vislumbrou a necessidade de mudança de qualidade da sociedade, na qual os produtores se tornassem donos dos meios de produção, movimentando-se para a construção de uma sociedade comunal, substituindo o modelo da busca por mais-valia por uma organização social que enfatizasse a expressão e o desenvolvimento das capacidades humanas: o socialismo e, na sequência, o comunismo. A alternativa seria a barbárie (MORGAN, 1996; NETTO e BRAZ, 2008; MARX, 2015).

A superestrutura e o Estado

No materialismo histórico, além do entendimento da infraestrutura econômica da sociedade, houve também um esforço para a compreensão de outra “região” em que a ordem capitalista opera, a já citada superestrutura, que abarca os níveis jurídico, político e ideológico, da qual um dos grandes estudiosos foi o italiano Antonio Gramsci.

O conceito de hegemonia formulado por Gramsci tomou como referência a concepção elaborada por Lênin quando tratou do enfrentamento político entre burguesia e proletariado, abordando o estabelecimento de uma nova hegemonia política, as dificuldades de conquista do poder nas sociedades capitalistas avançadas e a ditadura do proletariado. Gramsci aprofundou e ampliou o conceito, debatendo a questão da hegemonia na sociedade civil (GRAMSCI, 1991).

Para exercer o poder e reproduzir a dominação, a elite não utiliza somente o controle policial ou repressivo. O poder das classes dominantes é exercido principalmente pela hegemonia cultural e moral. É usual um grupo social submetido à dominação adotar a concepção de mundo do grupo social dominador, mesmo que isso se reflita em contradições com a sua vida concreta. Essa situação é construída e mantida por um

aparelho de hegemonia, constituído principalmente pelos meios de comunicação, sistema educacional e instituições religiosas. As classes dominadas adotam assim uma visão de mundo que considera conveniente e normal a submissão aos interesses de outras classes. A composição de várias classes ou setores de classes que adotam um senso comum expresso em condicionamentos, valores e crenças, adequados à reprodução dos interesses de uma determinada classe, constitui o bloco hegemônico, mesmo que tal concepção de mundo se apresente fracionada, com grandes incoerências e desprovida de consciência crítica.

Gramsci, ao se referir à filosofia e concepções de mundo, escreve: “Na realidade, não existe filosofia em geral: existem diversas filosofias ou concepções de mundo, e sempre se faz uma escolha entre elas” (GRAMSCI, 1991, p. 14). Ele observa que existe uma incoerência comum com relação à concepção de mundo, uma relativa ao que se fala, que se expressa como concepção intelectual, e outra que se manifesta nas ações. Afirma que essa incoerência não é uma característica de indivíduos ou mesmo de grupos mais ou menos numerosos, ela está presente nas grandes massas, sendo, portanto, um fenômeno histórico-social e que se manifesta quando as classes dominadas adotam uma visão de mundo imposta pelas classes dominantes.

Considerando o espaço social como um espaço de lutas, inclusive por um novo patamar de consciência, Gramsci escreveu:

(...) todos são filósofos, ainda que a seu modo, inconscientemente (porque, inclusive na mais simples manifestação de uma atividade intelectual qualquer, na “língua”, está uma determinada concepção do mundo), passemos para o segundo momento, da crítica e da consciência, isto é, “participar” de uma concepção do mundo “imposta” mecanicamente pelo ambiente exterior, ou seja, por um dos vários grupos sociais nos quais todos estão automaticamente envolvidos desde sua entrada no mundo consciente (e que pode ser a própria aldeia ou província, pode se originar na paróquia e na “atividade intelectual” do vigário ou do velho patriarca, cuja “sabedoria” dita as leis, na mulher que herdou a sabedoria das bruxas ou no pequeno intelectual avinagrado pela própria estupidez e pela impotência para a ação) ou é preferível elaborar a própria concepção do mundo de uma maneira crítica e consciente, e portanto, em ligação com este trabalho do próprio cérebro, escolher a própria esfera de atividade, participar ativamente na produção da história do mundo, ser o guia de si mesmo e não aceitar passiva e servilmente, a marca da própria personalidade? (GRAMSCI, 1991, p. 11-12)

Sobre a questão do caráter do Estado e da conquista do Estado por outros setores que não são a burguesia, Marx, em 1852, escreveu sobre um episódio aparentemente insólito da história francesa. Em 1850, um sujeito chamado Luís Bonaparte, sobrinho de Napoleão, através de um golpe de Estado, interrompeu o regime presidencialista na França e proclamou-se Imperador, como Napoleão III. Tal golpe ocorreu em um momento de crise do regime e, de modo geral, os ricos gostaram do golpe pensando que a ordem seria restabelecida, apesar de considerar esse Napoleão como uma pessoa extravagante e despreparada (MASCARO, 2015).

O que Marx analisou foi como é possível que fatos como este, a direção do Estado capitalista ser exercida por pessoas que não fazem parte da burguesia, como era o caso de Luis Bonaparte, aconteçam. Ele concluiu que a principal questão não é a tomada do poder do Estado, mesmo que seja para administrá-lo de modo diferente, mas sim as relações capitalistas de produção, que são as mais difíceis de serem eliminadas. Conclui ainda que nos momentos de crise, a burguesia concede que setores ou pessoas que não pertençam à classe dominante assumam a direção do Estado quando é conveniente, pois ao retornar ao governo direto, se encontrará fortalecida. Há muitos casos na história moderna em que trabalhadores assumiram o poder político de Estados capitalistas, promoveram reformas, fizeram melhorias, mas não conseguiram mudar o modo de operação da sociedade capitalista, a forma da propriedade privada dos meios de produção e, depois de tais experiências, a ordem capitalista saiu fortalecida (MASCARO, 2015).

No mesmo sentido, reafirmando e aprofundando a análise, em 1886, Engels e Kautsky publicaram *O socialismo jurídico*. Esse livro refuta a tese defendida por vários socialistas de que a luta política deveria ser dirigida para a tomada do poder do Estado, e não para a revolução, que o objetivo da luta seria promover a mudança na legislação, regulando alguns direitos e benefícios, que culminariam na mudança da ordem capitalista, na sua superação. Engels e Kautsky declaram o contrário, que na ordem capitalista o Estado é capitalista, que é um produto dessa ordem e não funciona acima da ordem estabelecida. Portanto, não basta tomar o poder do Estado, mas é preciso destruí-lo (MASCARO, 2015).

No âmbito da expressão política, a social-democracia corresponde aos setores que postulam a possibilidade de mudar o capitalismo através da tomada do poder do Estado e pela adoção de reformas parciais que promovam ganhos para os trabalhadores e população em geral, porém sem mudança na ordem capitalista. A experiência em grande escala dessa política é o chamado Estado de bem-estar social (*Welfare State*), experimentado somente em países de capitalismo central.

Retomando Gramsci, que havia interpretado as transformações complexas que ocorreram nos Estados capitalistas mais avançados - Estados que não deveriam ser pensados como aparelhos burocráticos e coercitivos e únicos agentes da produção e reprodução das relações sociais e econômicas -, observou que vinculado ao Estado havia se formado uma complexa sociedade civil, que se manifestava como uma série imensa de organizações que atuavam em vários âmbitos, profissional, cultural, científico, político, de comunicação, de defesa de interesses e direitos etc., que elaboravam, divulgavam e disputavam ideologias e compunham verdadeiros aparelhos privados de disputa da hegemonia.

Reconhecia, assim, avançando nas formulações anteriores, que o Estado se compunha não somente da sociedade política, relacionada com a máquina de Estado, mas por uma composição entre sociedade política e sociedade civil, como uma estrutura de dominação e direção social, portanto uma visão ampliada do Estado. Além de entender essa complexidade que articula o Estado capitalista, Gramsci percebeu a sociedade civil como um campo de lutas, em que as classes e setores subalternos podem se organizar para disputar a hegemonia, tanto na sociedade civil como na sociedade política (SEMERARO, 2012).

Em épocas nas quais as contradições se acirram, épocas de crise, a hegemonia exercida pela classe dominante, seus interesses e suas frações de classe, pode ser rompida, abrindo outras possibilidades históricas (GRAMSCI, 1991).

1.1.7 Positivismo, funcionalismo e pós-modernismo

No século XIX, em decorrência das descobertas no campo da física e da consolidação da metodologia científica, surge uma corrente de pensamento que postulava a crença no progresso humano, fruto da capacidade de compreensão progressiva das leis da natureza: o positivismo.

O positivismo teve como modelo as ciências naturais, que parte de dados empíricos que podem ser observados e quantificados, rejeitando dessa forma as concepções metafísicas¹³. Segundo a concepção positivista, a ciência é uma unidade, as subdivisões entre as áreas científicas são simples divisões de trabalho e o conhecimento se constitui como um sistema coerente (CHAUÍ, 1999).

O positivismo consiste na forma hegemônica de exercício do conhecimento, e no campo da saúde se expressa como ciências biomédicas ou biomedicina, baseando sua ação nos dados biológicos observáveis e quantificáveis.

Segundo Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1990), para construção do objeto da biomedicina, tanto no que se refere à abordagem científica e como ao âmbito das ciências naturais, duas questões necessitaram ser enfrentadas: o estabelecimento de critérios para classificar as enfermidades, o que demandou a reelaboração deste conceito, e o estabelecimento de critérios para definir as alterações da funcionalidade da biologia humana. O surgimento da clínica e da patologia foram as repostas gestadas para tais questões.

O movimento de construção da clínica corresponde ao processo de individualização das doenças, decorrente do trabalho de médicos ocidentais que, com base nos sinais e

¹³ A metafísica se ocupa de coisas que não são acessíveis à investigação empírica e que só podem ser compreendidas pela razão (o que está situado além do *mundo natural*). Tem como temas tanto a essência daquilo que existe, ou essência de alguma coisa, como a própria existência da realidade. Algumas questões que a metafísica procura responder: O que é real? O que é natural? O que é sobrenatural? (CHAUÍ, 1999).

sintomas, realizaram o processo de descrição, ordenação e classificação das doenças e síndromes.

Jean-Louis Gault, médico psiquiatra francês, no filme *Lacan: a psicanálise reinventada*, fala sobre essa forma de conceber a enfermidade:

Eu me lembro muito bem de como ensinaram a medicina, e ensinaram muito bem. No começo de minhas primeiras observações médicas em neurologia, fazíamos exames extensos, em média de uma hora, e aprendíamos a separar estritamente o lado pessoal, tudo que eram fatos puramente pessoais do paciente, para ficar só com o que fosse objetivo, mensurável, verificável. Esse foi o aprendizado feito ao longo do tempo. Toda essa parte singular, pessoal, individual se revelou quando entrei no consultório de Lacan (KAPNIST, 2001).

O que chamamos de fisiopatologia trata basicamente da compreensão dos mecanismos normais ou fisiológicos e dos mecanismos alterados ou patológicos, assim como da delimitação de fronteiras entre normal e patológico.

O objeto da biomedicina, delimitado pelas ciências biomédicas, foi construído com predomínio do padrão “quantitativo”, estabelecendo normas e transgressões das normas, com base em “constantes vitais” que, nesse caso, significam caráter invariante ou variações pré-estabelecidas. Portanto, o objeto deixa de ser algo impalpável, apreendido apenas pela experiência empírica, e ganha concretude.

Estabelecem-se normas para uma infinidade de condições e componentes da biologia humana: taxas de hemácias e leucócitos no sangue; taxas de açúcar no sangue; níveis de pressão arterial; traçado correto que representa a atividade elétrica do coração e assim por diante.

Pela concepção biológica que a fundamenta, no exercício dessa modalidade de medicina predomina a individualização do doente, a abstração do ser humano de sua vida e meio social para comparação do indivíduo com as normas estabelecidas (GONÇALVES, 1990).

Assim, a biomedicina lida com um objeto construído, tendo como base critérios de objetividade, porém descontextualizado e fragmentado, já que a subjetividade e as relações sociais que caracterizam o ser humano são elementos estranhos a tal concepção e só podem ser considerados por ela em enfoques reducionistas, que a descaracterizam e

ocultam sua real natureza.

Ainda, sobre o positivismo, cabe abordar, em linhas gerais, outra teoria social nele inserida e que é na atualidade, apesar de largamente refutada, a concepção hegemônica de mundo social: o funcionalismo.

A teoria do funcionalismo, desenvolvida principalmente pelo francês Emile Durkheim (1858-1917), aplica para a análise do fato social os procedimentos elaborados pelas ciências naturais. Nessa análise são examinadas as características dos indivíduos e, com base nas relações causais entre eles, é elaborada a síntese a fim de se entender o funcionamento das instituições sociais (CHAUÍ, 1999). A sociologia positivista, voltada para o estudo dos fatos observáveis, em uma abordagem que não comporta a história, compreende as sociedades como a soma de ações individuais e o indivíduo, como causa do decurso social. Sob esse ponto de vista, as sociedades não exprimem as etapas dos processos culturais e civilizatórios, isto é, do processo histórico (CHAUÍ, 1999).

O funcionalismo, portanto, concebe a sociedade como um organismo vivo, com várias partes independentes, desempenhando funções responsáveis pela manutenção do equilíbrio social. As diferenças sociais são consideradas decorrência das características individuais. A preservação da sociedade é garantida pela harmonia social e, para que isso aconteça, se faz uso de um planejamento, utilizando técnicas que incluem, por exemplo, a comunicação e a educação, que cumpririam um papel adaptativo, ou seja, de adequar o homem à sociedade como ela é, através da transmissão de conhecimentos intelectuais e morais.

Assim como um organismo vivo se compõe de diversas funções, a sociedade também funciona de forma similar, em que as habilidades dos seres humanos são diferenciadas, inclusive quanto à capacidade de fazer uso da racionalidade. Por exemplo, o planejamento e condução da sociedade seriam atributos de alguns, que teriam o conhecimento e a competência para tal (PACHECO E MENDONÇA, 2006; CHAUÍ, 1999).

Ainda como concepção adotada pelos setores hegemônicos da sociedade, cabe expor outro campo de formulações que inclui o social, embora este tenha se afirmado como

corrente somente no campo cultural. Desde o início da década de 1970, esse campo é gestado para que seja colocado como novo paradigma de interpretação do mundo (HARVEY, 1992). O argumento seria estarmos vivendo um período de transição no qual o patrimônio cultural elaborado na Modernidade estaria em crise, sendo substituído por novo paradigma, portanto, pelo Pós-Moderno (NETTO, 2004).

O pós-modernismo não está ligado apenas ao campo da cultura, pois os intelectuais que o adotaram também atuam nos âmbitos político, econômico e social. Sua marca característica é a opção pela abordagem fragmentada da realidade em detrimento da noção de totalidade e sua expressão é mais notada nos espaços acadêmicos, em articulação com o que é chamado de indústria cultural e a mídia. Como é campo vasto, abarca um leque de posições, desde as que procuram alinhamento com setores progressistas e o compromisso emancipatório até aquelas pautadas no conservadorismo social ou alinhadas com a manutenção da ordem hegemônica (HARVEY, 1992; NETTO, 2004).

Apesar de incluir posições muitas vezes antagônicas, é possível identificar algumas características predominantes nas formulações dos autores considerados pós-modernos: incapacidade ou recusa de sistematização teórica com enfoque para além de questões imediatistas ou conjunturais; não fazer distinção entre a aparência e a essência, compreender a ciência como narrativa, isto é, apropriar-se do conhecimento apenas discursivo, confundindo o conhecimento científico com o discurso ou crença dos cientistas; postular a não delimitação do conhecimento científico com outros conhecimentos discursivos, como o conhecimento literário; estabelecer como critério de verdade a retórica, ou seja, o argumento discursivo e a capacidade de convencimento (NETTO, 2004). Em nota de rodapé, Netto (2004) apresenta uma exemplificação desse argumento:

“As lutas de verdade são travadas com discurso argumentativo e a verdade é o efeito de convencimento dos vários discursos de verdade em presença e em conflito”. A objetividade é a propriedade do conhecimento científico que obtém o consenso no auditório relevante dos cientistas.

[...] Produto de comunidades interpretativas [...] o conhecimento emancipatório pós-moderno assume a sua arte factuality discursiva. “Para esta forma de conhecimento, a verdade é retórica, uma pausa mítica numa batalha argumentativa contínua e interminável travada entre vários discursos de verdade (B. de Sousa Santos, apud NETTO, 2004, p. 155).”

Também é possível identificar as características preponderantes da interpretação dos autores que abordam as questões no âmbito do social: interpretação *idealista* do mundo social apontando a razão humana como responsável pela criação da realidade social; em vez da unidade diferenciada entre sociedade e natureza, essa interpretação postula uma identidade, transpondo as leis naturais como leis sociais; deslocamento ou até cancelamento da categoria “trabalho” como constitutiva da sociedade humana (NETTO, 2004).

Portanto, na abordagem social, uma marca do discurso pós-moderno, e também uma consequência de seus pressupostos, é o presumível esgotamento das premissas civilizatórias apontadas no surgimento da modernidade - como a emancipação humana e a possibilidade de se utilizar a capacidade humana para controlar a natureza, promovendo o progresso civilizatório -, desvinculando as premissas do processo histórico que, pela concepção do materialismo histórico, é multideterminado e produzido enquanto existir a humanidade (NETTO, 2004).

Cabe ainda ressaltar que, nos meios acadêmicos, diversos autores que estudam as Práticas Integrativas em Saúde parecem compartilhar parte do entendimento do mundo adotado pelo pós-modernismo ao fragmentar a interpretação da realidade e conceber o conhecimento humano apenas como conhecimento discursivo, composto de diferentes narrativas, nas quais a essência do conhecimento não necessitaria ser investigada e submetida a critérios de verdade.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA CONJUNTURA

No livro *Gritos e silêncios: degradação do trabalho e estados de saúde da voz*, Herval Pina Ribeiro (2013) apresenta um quadro identificando três períodos da estruturação produtiva e do trabalho no modo de produção capitalista:

- Até 1850, relacionado à automação mecânica e caracterizada pela acumulação primitiva do capital e exploração extensiva do trabalho;
- De 1850 até 1950, relacionado à automação eletromecânica e caracterizada como período pré-monopolista, com exploração intensiva da força de trabalho;
- De 1950 em diante, relacionado à automação microeletrônica e caracterizada como período monopolista, com exploração mais intensiva e controlada da força de trabalho (RIBEIRO, 2013).

De fato, no período que se segue à Segunda Guerra Mundial ocorrem diversas mudanças que exprimem uma nova fase do capitalismo (IANNI, 2002; RIZZOTO, 2012; COSTA, 2013; RIBEIRO, 2013). A esse respeito Octavio Ianni descreve essa fase como:

(...) um vasto processo de internacionalização do capital. Algo jamais visto anteriormente em escala semelhante, por sua intensidade e generalidade. O capital perdia sua característica nacional, tais como a inglesa, norte-americana, alemã, japonesa, francesa ou outra, e adquiria uma conotação internacional. Ao mesmo tempo em que começavam a predominar os movimentos e as formas de reprodução do capital em escala internacional, este capital alterava as condições dos movimentos e das formas de reprodução do capital em âmbito nacional. Aos poucos as formas singulares e particulares do capital, âmbito nacional e setorial, subordinam-se às formas do capital em geral, conforme seus movimentos e suas formas de reprodução em âmbito internacional (IANNI, 2002, p. 45).

Ianni, em seguida, complementa ainda a caracterização de parte dessa fase:

(...) e adquiriu maior vigência e abrangência depois da Segunda Guerra Mundial. Sob certos aspectos, a guerra fria nos anos 1946-89, foi uma época de desenvolvimento intensivo e extensivo do capitalismo pelo mundo. Com nova divisão internacional do trabalho, a flexibilização dos processos produtivos e outras manifestações do capitalismo em escala mundial, as empresas, corporações e conglomerados transnacionais adquirem proeminência sobre as economias nacionais. Elas se constituem nos agentes e produtos da internacionalização do capital. Tanto é assim que as transnacionais redesenham o mapa do mundo, em termos geoeconômicos e geopolíticos muitas vezes bem diferentes daqueles que haviam sido desenhados pelos mais fortes Estados nacionais (IANNI,

2002, p. 46)

Edmilson Costa (2013), ao abordar a crise econômica mundial sob a perspectiva da globalização, identifica parte desse movimento, analisando, dentre os países de capitalismo central, aquele que possui a maior economia, os Estados Unidos, a partir da segunda metade da década de 1960:

(...) a partir da segunda metade da década de 1960, quando as taxas de lucro começaram a decrescer nos países centrais, especialmente nos Estados Unidos, onde concentraremos nossa análise. Diante dessa conjuntura, o grande capital realizou um movimento estratégico para recuperar as taxas de lucro, baseado em três eixos fundamentais:

a) Parte expressiva dos setores industriais do EUA foi deslocado para a Ásia, México, América Latina e América Central em busca de mão de obra barata e um conjunto de outras vantagens econômicas e institucionais que possibilitassem ao capital operar de maneira mais vantajosa, de forma a elevar as taxas de lucro. O grande capital imaginava compensar, do ponto de vista econômico, uma possível fragilidade manufatureira nos Estados Unidos com as remessas de lucros e os preços de transferência de suas transnacionais para o interior dos EUA, além do controle do comércio mundial e, do ponto de vista político, através da maior influência estadunidense nas várias regiões do mundo.

b) Os setores mais parasitários do capital que assumiram o poder nos Estados Unidos e na Inglaterra no final da década de 1970 buscaram reconfigurar o mundo a partir da criação de uma nova ordem econômica internacional, tendo como pilares a implantação do monetarismo como forma de organizar a economia e o neoliberalismo como o gestor político do sistema socioeconômico. Transformaram em política de Estado a ideologia neoliberal: o mercado como regulador da economia, a desregulamentação, a liberalização bancária, a livre mobilidade dos capitais pelo mundo, a retirada do Estado da economia e uma agressiva política de transferência de bem para o setor privado, através das privatizações.

c) Além dessas mudanças de fundo, o grande capital estadunidense realizou nas décadas de 1980 e 1990 uma espécie de *fuga para frente*, buscando estruturar uma economia de serviços, baseada na criação da riqueza mediante o extraordinário desenvolvimento do capital fictício. O objetivo era desenvolver um sistema financeiro sofisticado e hierarquizado a partir das instituições estadunidenses, capaz de capturar parte da mais-valia mundial e estruturar as relações socioeconômicas mundiais a partir dos interesses dos Estados Unidos. Inovações financeiras e finanças estruturadas, endividamento generalizado das famílias e expansão da dívida pública, além de aumento dos gastos na área do complexo industrial militar, de forma a permitir o desenvolvimento da política guerreira estadunidense, especialmente após a queda da União Soviética, foram a tônica da estratégia nos Estados Unidos (COSTA, 2013, pp. 31-33)

Essa é a caracterização sucinta do período histórico em que vivemos, com a agudização, a partir dos anos 1990, de uma tendência que se esboçou desde a Segunda Guerra

Mundial, cujas características econômicas básicas estão contempladas pelas citações anteriores.

A esse respeito, destaca-se a expansão do capitalismo para todas as esferas da atividade humana e para todos os recursos da natureza, que também ocorrem em uma escala nunca antes experimentada.

Quanto ao impacto sobre o trabalho, cabe frisar a tendência de redução do valor da remuneração bem como a degradação das condições que se opera com retrocessos sobre direitos adquiridos e sobre sua regulamentação (ANTUNES, 2009; RIBEIRO, 2013).

Consideramos ainda pertinente enfocar algumas questões pouco discutidas, como a que se relaciona com a produção científica. Sobre o assunto, Ribeiro aponta que: “São os monopólios que detêm a propriedade da produção científica e tecnológica (RIBEIRO, 2013, p. 40)”. Milton Santos alerta que:

Como as técnicas hegemônicas atuais são, todas elas, filhas da ciência, e como sua utilização se dá ao serviço do mercado, esse amálgama produz um ideário da técnica e do mercado que é santificado pela ciência, considerada, ela própria, infalível. Essa, aliás, é uma das fontes do poder do pensamento único. Tudo que é feito pelos vetores fundamentais da globalização parte de ideias científicas, indispensáveis à produção, aliás acelerada, de novas realidades, de tal modo que as ações assim criadas se impõem como soluções únicas (SANTOS, 2008, p. 53).

De fato, o processo de apropriação do conhecimento e a relação entre o poder e o conhecimento, a partir da Segunda Guerra Mundial, delinearão os acontecimentos que possibilitaram a atual configuração.

A este respeito, Eda Tassara desenvolveu um estudo, abordando principalmente o conhecimento no campo da física. A autora situa o deslocamento da supremacia científica da Europa para os Estados Unidos a partir do pós-guerra, citando Dominique Pestre:

A potência americana já se houera firmado nos anos 30, mas o centro de gravidade da física fundamental permanecera na Europa. Depois de 1945, ao contrário, a situação inverteu-se em quase todos os domínios da física - só o Reino Unido permanecendo, por um tempo ainda, uma força autônoma. O caso se estendeu sobre todo o continente europeu uma vez que a regra tornou-se, desde antes do fim das hostilidades, reconstruir importando ideias, técnicas, materiais, temas e competências das universidades americanas e britânicas, e exportando para lá, para períodos de aprendizagem de longa duração, os jovens físicos de talento. É que as novas maneiras de se fazer física que se

implementaram nos Estados Unidos alteraram o campo, sendo que elas definiram a partir de então as novas regras do jogo, as normas às quais cada um deveria se submeter para ser reconhecido - e que estas maneiras são de uma irreduzível eficácia na interface da ciência com a tecnologia (TASSARA, 2013, p. 18).]

O processo culminou com a hegemonia dos Estados Unidos no campo da pesquisa científica no mundo. Essa hegemonia se configurou também como um novo modo de produzir ciência com a vinculação da física aos processos de elaboração de tecnologias e com os interesses de reprodução do capital e a participação do governo estadunidense no processo:

Pestre considera como marco distintivo importante neste processo, a participação maciça da elite dos físicos dos Estados Unidos em vários "Summer Studies" e "Think Tanks", reuniões que se apresentam como estruturas de reflexão exteriores à universidade, à administração e à indústria, compostas por "civis independentes". A mais importante para o meio físico, entretanto - e a mais conhecida em função do fato de que vários prêmios Nobel participavam de seus trabalhos - teria sido o "Institute of Defense Analysis", uma associação de universidades criada em 1956 em resposta a uma sugestão do Secretário de Estado de Defesa dos Estados Unidos justificando-a como uma necessidade para promover uma relação mais efetiva entre segurança nacional e aprendizagem científica. Herdeiras das práticas da Pesquisa Operacional do tempo de guerra, estas "Think Tanks" são estruturas desconhecidas antes da guerra e contribuíram fortemente para a inserção dos físicos no que o presidente Eisenhower foi o primeiro a chamar de complexo militar-industrial (TASSARA, 2013, p. 19).

Alguns resultados são sentidos e conhecidos por muitos, particularmente no campo das tecnologias da informação e computação e, ainda, na produção de armamentos. Entretanto outros efeitos, além da própria produção tecnológica, são pouco discutidos. A esse respeito há um aspecto importante ressaltado no estudo:

A expansão dos efeitos desta aliança instrumental processada entre cientistas, industriais, políticos, militares e sistemas de informação culminou na produção da referida "big science" nos Estados Unidos, agora genericamente denominada de "sistema científico-tecnológico", apresentando-se como paradigma contendo a produção de todas as demais ciências. Sob tal modelo de funcionamento da instituição científica, não ocorrem separações temporais entre a produção do conhecimento científico e sua aplicação tecnológica (TASSARA, 2013, p. 20).

O que cabe destacar é que esse modo de fazer ciência, prioritariamente vinculado à produção de tecnologias e ao desenvolvimento do capital, sustentado na produção de patentes, monopolizado por alguns países, validado por algumas instituições, enfim uma

ciência capturada a tal ponto que as pessoas incorporam quase como um modo natural, também é um produto histórico, tecido na complexidade das disputas de interesse e nas relações de poder estabelecidas e fortalecidas em decorrência do próprio processo.

Outra questão, que se refere às condições para que tais mecanismos permaneçam ocultos ou não compreendidos pela maioria da população, se refere ao papel da informação, ao monopólio dos grandes meios de comunicação, incluindo a comunicação por meio virtual. Milton Santos aborda a questão:

O que é transmitido à maioria da humanidade é, de fato, uma informação manipulada que, em lugar de esclarecer, confunde. Isso tanto é mais grave porque, nas condições atuais da vida econômica e social, a informação constitui um dado essencial e imprescindível. Mas na medida em que o que chega às pessoas, como também às empresas e instituições hegemônicas, é, já, o resultado de uma manipulação, tal informação se apresenta como ideologia. O fato de que, no mundo de hoje, o discurso antecede quase obrigatoriamente uma parte substancial das ações humanas – sejam elas a técnica, a produção, o consumo, o poder – explica o porquê da presença do ideológico em todos esses pontos. Não é de estranhar, pois, que realidade e ideologia se confundam na apreciação do homem comum, sobretudo porque a ideologia se insere nos objetos e apresenta-se como coisa (SANTOS, 2008, p. 39).

Tassara também se refere à importância da propaganda sobre a captura do conhecimento científico e o monopólio do conhecimento:

A ação de propaganda atuaria através da organização de temas e princípios sistemáticos visando reduzir a força do impacto da ação de difusão dos processos autônomos de criação científica, uma vez que, pelas suas características de descontinuidade e não ordenação, não poderiam ser por ela controlados. Ou seja, esta luta estratégica visaria criar condições de passagem, através da propaganda, do fato da propriedade por captura do conhecimento científico, à conclusão de que esta seria a direção natural histórica do processo de criação científica (TASSARA, 2013, p. 21).

Sobre as implicações e potencialidades desse momento histórico, consideramos as reflexões de Gabriel Cohn (2003) de grande importância. Comparando as duas últimas viradas de século, ele identifica uma mudança de panorama que se reflete nas principais questões colocadas para as ciências sociais: na passagem do século XIX para o XX, a questão era a inclusão, embora “segundo uma vontade dirigente”; na passagem do século XX para o XXI, a questão é a exclusão, pois como a acumulação mostra sinais de esgotamento, advindo daí a possibilidade de inclusão, outro processo naturalmente se faz

presente, o de seleção, o que implica na exclusão dos não selecionados, ganhando, por isso, relevância no atual contexto.

Tanto quanto consigo ver, esse termo já se mostra com nitidez: trata-se de ‘seleção’. A ideia, aqui, é que nas condições que se vão desenhando, o princípio da seleção cumpre papel correspondente ao da acumulação na fase que se vai fechando. É esse princípio que promete dar conta de uma condição histórica em que sistemas altamente complexos e, portanto, muito avançados em termos de organização vão constituindo uma dinâmica em que a expansão, desvinculada da acumulação, se dá pela ‘eliminação’ de partes pela borda afora, ao invés de pela ‘incorporação’ de elementos e processos (COHN, 2003, p. 37).

Além da desvinculação dos recursos no mercado em relação à sua referência social de valor, a forma contemporânea de operação do capitalismo, o intercâmbio intra e internacional no interior do sistema “global” corresponde ao aumento da capacidade de decisão de um número restrito de agentes econômicos operando em todo o planeta, gerando efeitos “indeterminados” que podem, porém, ser considerados irrelevantes para seu objetivo específico, a oportunidade da “fortuna” fugaz. Na atual fase do capitalismo impera a escolha de alvos pontuais, a mobilidade e a rapidez na decisão, não importando as consequências.

A lógica dominante envolve, portanto, uma “irresponsabilidade” das empresas e dos estados nacionais, denominada pelo autor de “indiferença estrutural”:

É nessa linha de reflexão que se pode sustentar que a lógica econômica dominante está centrada naquilo que se poderia denominar ‘indiferença estrutural’, que envolve a ‘irresponsabilidade’ das agências decisivas – empresas –, mas também, em escala crescente, os estados nacionais – em relação a tudo que exceda a órbita imediata da sua ação. Nesse sentido, desgastam-se os laços entre processos econômicos e poder político e acaba fazendo sentido a imagem – errônea quanto ao resto – da crescente perda de substância do Estado como instituição classicamente associada ao âmbito nacional (COHN, 2003, p. 44).

O esgotamento da acumulação coloca em pauta uma questão fundamental: a mudança civilizatória que está em curso, implicando na necessidade da proposição de uma nova forma de vida para além da reiteração da que é atualmente hegemônica.

No processo de embasamento para formulação da tese, Cohn discute o conceito de civilização ou padrão civilizatório, criticando a manobra de atribuir-se ao conceito de “civilização” o sentido de mera aquisição de recursos técnicos e de destreza, reservando

para o termo “cultura” a capacidade de infundir sentido a essas habilidades. Nessa manobra, o objetivo é valorizar a segunda em detrimento da primeira, deslocando-se o foco do universal para o particular, parte do “paradigma” pós-moderno. Dessa forma, propõe recuperar o sentido de civilização como inseparável da ideia de cultura e, mais, realizar uma reflexão tanto acerca da civilização como da barbárie.

Rosa Luxemburgo formulou a expressão ‘socialismo ou barbárie’. Para ela, importava mostrar duas coisas. Primeiro, que a crise do capitalismo era inevitável. Segundo – e aí está o ponto essencial – que a crise do capitalismo sem a alternativa socialista representaria a barbárie (COHN, 2003, p. 41).

Entretanto, a construção ideológica do termo barbárie se refere ao diferente, assumido, em maior ou menor grau, pelos governos ocidentais e pelo aparato ideológico do mundo ocidental. A isso se articula a “indiferença estrutural” citada, marca contemporânea do capitalismo. Articula-se também ao campo que se coloca como novo paradigma de interpretação do mundo com a exaltação do relativismo, a ênfase nas peculiaridades tornadas como absolutas e externas umas às outras, mas disfarçadas de “respeito” pelo outro, já que a aceitação generalizada da diferença é a expressão exata da indiferença.

Bem sabemos como o termo ‘bárbaro’ traz uma carga de origem: o estranho, o que não fala (a nossa língua), o inacessível, o que tem de ser mantido longe ou submetido. Nessa concepção, a barbárie é a invasão da nossa casa pelo estranho – nisso se exprime o lado sombrio da associação entre civilização e morada, mundo habitável. Esta é, até hoje, a ótica conservadora – os franceses seguidores de Le Pen que o digam, entre tantos outros.

Nessa perspectiva, a civilização é algo a ser preservado contra a ameaça externa, é algo a ser cercado, blindado. Não há como evitar que ocorra à mente um significado original do termo polis, que é muro, limite; o que mais uma vez nos recorda a íntima associação da noção de civilização com o medo, que é transferido para fora, para o de fora. Afinal, nossos conceitos trazem, todos eles, as marcas de múltiplas incrustações históricas, e não há como tentar limpá-las, nem cabe esse gesto; mas cabe, sim, saber discernir suas muitas camadas indutoras de interpretações tácitas.

Ocorre que, seguindo-se esta linha de argumentação, logo concluiremos que a ideia de barbárie é uma construção que não resiste à mudança de perspectiva gerada pela consideração do outro como legitimamente diferente e merecedor de respeito como tal. Seria razoável prosseguir, nessa mesma linha, dizendo que esse gesto de alçar o outro à condição de diferente, mas igual, é o gesto civilizado por excelência (COHN, 2003, p. 41).

Nesse contexto, onde a exclusão se direciona não mais a grupos sociais restritos, mas a

setores inteiros da sociedade (minorias étnicas, por exemplo), se estreita a democracia à sua dimensão mínima, portanto Estado mínimo, democracia mínima e seletividade sistêmica máxima. O horizonte da barbárie capitalista está colocado!

Por fim, ainda neste tópico, para facilitar a compreensão da inserção do Brasil nesse cenário, cabe apresentar de forma extremamente sucinta algumas informações, sobretudo do processo histórico que se seguiu ao pós-guerra.

De início, é importante salientar que o Brasil se insere na ordem capitalista mundial, como a maioria dos países de origem colonial, sem haver experimentado as reformas típicas da revolução burguesa que costumam ser descritas como revolução agrícola, revolução urbana, revolução industrial, revolução nacional e revolução democrática. A esse respeito, Florestan Fernandes comenta:

Os povos de origem colonial ou não partilharam dessa evolução do capitalismo, ficando à margem das verdadeiras vantagens dessa civilização, ou participaram dela como colônias, semicolônias e nações dependentes, o que gerou várias formas de desenvolvimento capitalista *controlado de fora e voltado para fora*, no sentido de que as estruturas e os dinamismos de suas economias e de suas sociedades estavam sempre nucleados a centros externos, que exerciam ou pelo menos compartilhavam do comando da exploração capitalista. Alguns desses países de origem colonial conheceram o não desenvolvimento, outros o subdesenvolvimento, e todos tiveram enormes parcelas da riqueza nacional transferidas para o exterior, alimentando o esplendor do florescimento do capitalismo na Europa e nos Estados Unidos (ou no Japão) (FERNANDES, 2007).

Segundo Oliveira (1978), nos anos 1950 se estabelece um subperíodo da história do Brasil, com o Plano de Metas do governo de Juscelino Kubitschek, batizado “50 anos em cinco” que se prolonga com o golpe civil-militar de 1964.

O papel do governo de Juscelino Kubitschek é resumido por Caio Prado Junior:

(...) Juscelino Kubitschek se apresentava com seu programa de desenvolvimento e metas que implicava claramente, e pode-se mesmo dizer expressamente, a promoção dos interesses do capital brasileiro e internacional. Particularmente desse último, pois é na base do apelo aos grandes trustes internacionais e estímulo às iniciativas deles no Brasil que, fundamentalmente, se assentava o programa desenvolvimentista endossado pelo candidato (PRADO Jr., 2007).

Esse projeto é aprofundado pela ditadura civil-militar instaurada em 1964. O capital estrangeiro é convidado a participar e o Estado cria condições muito favoráveis para tal participação e para o estabelecimento de oligopólios: créditos a juros negativos, deduções fiscais, mercados cativos protegidos por altas barreiras alfandegárias, expansão das estatais fornecedoras de insumos para propiciar-lhes os elementos de capital constante, contenção do crescimento do setor de bens de capital aceitando a imposição de composições técnicas do valor extremamente favoráveis, enfim, uma série de favorecimentos e incentivos que promoveram a concentração de capital e a desnacionalização da burguesia nacional com o abandono do projeto de nação (OLIVEIRA, 1978; PRADO Jr., 2007).

Nesse processo, o capitalismo, sob o enfoque das relações de trabalho, equaliza o campo e a cidade. Com as relações de produção capitalista em todos os setores da vida nacional, como tendência e cada vez mais amplamente, a força de trabalho se unifica e ocorre a fusão dos três tipos de exército industrial de reserva¹⁴. O capitalismo completa seu ciclo de desenvolvimento no Brasil como capitalismo monopolista e com a captura do Estado pela burguesia internacional associada. As classes populares, ou trabalhadores efetivos e potenciais, agora unificadas pelos mesmos interesses, despontam neste novo período tendo como principal adversário o Estado capturado (OLIVEIRA, 1978).

¹⁴ Segundo Marx, há três tipos de exército industrial de reserva: latente, flutuante e intermitente. Latente se refere ao excedente de população rural gerada pela mecanização agrícola, em condições de ser absorvido pelo proletariado urbano ou manufatureiro. Flutuante é a população trabalhadora composta especialmente por jovens, idosos, imigrantes recém-chegados ou imigrantes marginalizados, ora atraídos ora rejeitados pelas empresas. Intermitente se refere à parte do exército de mão de obra ativa, com empregos irregulares ou trabalho em empresas com baixa tecnologia ou seja, na "economia periférica". Tem salários muito baixos, com condições de vida inferior ao padrão do resto da classe operária. São reserva potencial de mão de obra barata para as indústrias regulares. Os grupos de "minorias" raciais e culturais constituem parte importante do exército industrial de reserva (BICALHO, 1967).

1.3 O CAMPO DA SAÚDE

1.3.1 O campo das práticas integrativas em saúde

O campo das práticas integrativas e complementares em saúde inclui várias modalidades que não foram gestadas nas fronteiras do conhecimento das ciências biomédicas¹⁵. Nele se costumam incluir as medicinas tradicionais.

Mas o que são essas modalidades de práticas de saúde?

Nas décadas de 60 e 70 emergiu, em países ocidentais, um movimento de oposição aos valores vigentes da cultura ocidental - valores familiares, religiosos e sociais -, inclusive aos padrões de comportamento do que costumamos chamar de sociedade de consumo: a contracultura.

Uma das características centrais da contracultura foi a busca por concepções e práticas alternativas às concepções e práticas hegemônicas. Na saúde isso resultou na evidência das práticas alternativas, práticas de saúde diferentes da medicina ocidental moderna, ou biomedicina, que estavam fora da institucionalidade, portanto práticas contra-hegemônicas. Estavam incluídas modalidades oriundas de culturas tradicionais como a acupuntura, ayurveda, medicina indígena e também modalidades criadas ou organizadas por personalidades ou pequenos grupos de médicos ou terapeutas como a medicina antroposófica, homeopatia, iridologia, florais de Bach, biodança, reiki e outras.

Esse movimento perdeu força e alguns de seus legados foram adaptados e assimilados pela cultura hegemônica. No campo da saúde, nos fins da década de 80, foi elaborado o conceito de complementaridade, validando outras modalidades de práticas em saúde que

¹⁵ Ciências biomédicas designam um campo que agrupa um conjunto de disciplinas e profissionais que fazem uso e produzem os conhecimentos científicos voltados para a saúde. Para não destoar de outros autores que produzem conhecimento no campo das práticas integrativas em saúde utilizaremos principalmente o termo biomedicina, como equivalente às ciências biomédicas.

podiam coexistir com a biomedicina.

No final da década de 90 foi elaborado o conceito de Medicina Integrativa (MI), por Lesley Rees, do Royal College of Physicians (UK) e Andrew Weil, do Center for Integrative Medicine of the University of Arizona (USA), como nova forma de designar o que antes era denominado de alternativo ou complementar, ou melhor dizendo, uma grande parte desse campo.

A MI ou, estendendo o conceito, as práticas integrativas em saúde preconizam como princípios a abordagem transdisciplinar e transcultural da saúde; a abordagem da determinação do processo de adoecimento e intervenção terapêutica, considerando a integralidade do corpo, da mente, do espírito e do meio; a promoção do autoconhecimento e desenvolvimento; a utilização de modalidades validadas por pesquisas que utilizam a metodologia científica (LIMA, 2009).

Entretanto, vale ressaltar que com o movimento da MI se intensificam, no interior do campo das práticas integrativas em saúde, determinadas concepções que compõem a visão de mundo hegemônica das sociedades e ambientes em que foram gestadas a concepção das MI: o funcionalismo e as abordagens comportamentalistas.

Como exemplo pode-se citar a interpretação comumente adotada da noção “abordagem holística”¹⁶, que costuma ser apresentada em um contexto de transposição das leis naturais como leis sociais, em que o meio social é desvinculado do processo histórico. Pode-se referir também que no âmbito das denominadas técnicas mente-corpo¹⁷ se observa em larga escala o discurso e a prática baseados na noção do indivíduo como substância de si mesmo, constituído à parte de seus laços sociais, culturais e históricos.

Outro enfoque foi formulado para favorecer a compreensão dessas práticas pela professora Madel Therezinha Luz (2004) que organiza os saberes ou racionalidades da

¹⁶ Nesse meio, costuma-se afirmar que a abordagem holística implica em considerar a integração entre espírito, mente, corpo e meio.

¹⁷ Técnicas mente-corpo é a denominação adotada pela MI para as práticas meditativas, de visualização e de relaxamento. Alguns autores ampliam esse conceito incluindo também as práticas corporais dinâmicas realizadas com concentração da atenção em partes do corpo ou na respiração, portanto com grande similaridade com o conceito de *Qi Gong*.

saúde com os seguintes conteúdos: cosmovisão¹⁸; doutrina médica; morfologia humana; dinâmica vital; sistema diagnóstico; sistema terapêutico. Cosmovisão se refere ao conjunto de ideias e crenças predominantes, pelas quais uma sociedade ou cultura interpreta o mundo e interage com ele, lidando particularmente com conceitos, abordando questões como a concepção da natureza e suas leis. Doutrina Médica é a cosmovisão aplicada aos saberes da saúde. Como decorrências da doutrina médica são elaboradas teorias das funcionalidades, quando se definem o objeto enfermidade e as compreensões sobre origens, causas, tratamento e cura. Dinâmica vital trata das funcionalidades e corresponde na biomedicina à fisiologia. Morfologia humana trata da estrutura e corresponde na biomedicina à anatomia.

Como foi comentado antes, sob a denominação práticas integrativas em saúde estão incluídas muitas modalidades e consideramos que esse é um campo aberto, sendo provável que outras modalidades sejam incluídas em decorrência da dinâmica sociocultural. Algumas modalidades podem ser consideradas como racionalidades médicas ou racionalidades de saúde, integradas à determinada cosmovisão e com doutrina médica própria. Outras se apresentam como modalidades terapêuticas ou modalidades de diagnóstico e emprestam a cosmovisão e a doutrina médica de outras racionalidades ou mesmo da biomedicina, com ou sem adaptações.

1.3.2 *Qi Gong* e medicina tradicional chinesa

Neste ponto, cabe exemplificar como as medicinas tradicionais abordam as práticas corporais e meditativas (PCM). Pelo fato de que a experiência e o conhecimento do autor se referem principalmente à medicina tradicional chinesa, optou-se por apresentar, de modo resumido, o enfoque dessa medicina.

¹⁸ Ao invés da cosmovisão, o autor considera mais adequado a utilização do termo “interpretação de mundo”.

As práticas corporais e meditativas ou *Qi Gong*, na MTC, são modalidades utilizadas tanto para a promoção e manutenção da saúde como para correção dos processos de adoecimento.

Tais práticas têm origem diversa e com objetivos didáticos, podemos classificar as correntes envolvidas na origem dessas práticas corporais. Uma de suas origens é a própria medicina tradicional. Outras origens são, respectivamente, as práticas oriundas do taoísmo, budismo e confucionismo - correntes filosóficas ou religiosas e as artes marciais.

O termo *Qi Gong*, adotado na China na década de 1950, designa o conjunto de práticas corporais e meditativas¹⁹ daquele país (DESPEUX, 1981; BIN, 1990; ZHIZHONG, 1991).

Historicamente o *Qi Gong* é utilizado para o desenvolvimento de potenciais tanto com respeito à expansão da consciência como para habilidades de luta. Sua prática, segundo a tradição, também proporciona longevidade, boa mobilidade, boa aparência e boa saúde (BIN, 1990; ZHIZHONG, 1991; LEE, 2000).

As práticas de *Qi Gong* podem ser classificadas, de acordo com a movimentação, como estáticas e dinâmicas. O *Qi Gong* “dinâmico” engloba principalmente o que denominamos no Ocidente de práticas corporais. O *Qi Gong* “estático” inclui a maioria do que denominamos no Ocidente de práticas meditativas, como ilustrado na Figura 13.

Figura 13



De acordo com os princípios taoístas, no percurso para a harmonização é importante o equilíbrio entre ação e não ação, pensamento e não pensamento, que são aspectos complementares. Portanto se torna necessário praticar tanto o *Qi Gong* “estático” como o *Qi Gong* “dinâmico” (BIN, 1990).

¹⁹ Na SMS as práticas meditativas instruídas nos processos grupais são originadas também de outras tradições, além da tradição chinesa.

Para as pessoas adultas e sem limitações, a maior parte das posturas e exercícios é realizada em pé (práticas ativas principalmente) ou sentado na almofada (práticas passivas) (BIN, 1990).

Três componentes devem estar integrados e em harmonia para obtermos melhores resultados das práticas corporais: a forma, a respiração e a mente (LEE, 2000).

Forma

A forma diz respeito aos vários movimentos e posturas, durante as práticas de *Qi Gong*.

A forma correta durante os exercícios potencializa os benefícios dos exercícios, entretanto, a rigidez excessiva com relação à exatidão da forma deve ser evitada. Também é necessário haver tolerância para diferenças ou limitações individuais (BIN, 1990).

A postura é variada, podendo ser praticado na postura em pé, sentado na cadeira, no chão ou na almofada e deitado. A principal regra com relação à postura é que ela deve ser confortável, natural e adaptada ao estado do praticante, levando-se em consideração seu estado de saúde, sua idade, suas limitações ou condições especiais (BIN, 1990).

Respiração

A respiração é um dos fatores mais importantes para o êxito das práticas corporais e meditativas. Na respiração há a inspiração e a expiração. Normalmente esquecemos esse detalhe e atentamos apenas para a expiração quando, na verdade, os dois aspectos têm a mesma importância (DESPEUX, 1981; BIN, 1990; LEE, 2000).

A respiração deve ser suave e ao mesmo tempo profunda e prolongada e coordenada com os movimentos, ajustando-se ao ritmo do *Yang* e *Yin*. Expandir e recolher, subir e descer, ir e voltar, encher e esvaziar, contrair e relaxar.

A respiração deve ser natural. Deve-se ter em mente que a respiração forçada interfere no fluxo do *Qi* cósmico. Entretanto, isso não é um impedimento para o treinamento visando o ritmo da respiração ou a habilidade de executar determinados tipos de respiração como a torácica ou a abdominal (DESPEUX, 1981; BIN, 1990; LEE, 2000).

Uma recomendação que se procede é a realização de exercícios de atenção na respiração. Considera-se, nesses exercícios, que na respiração podemos perceber quatro tempos: inspiração; pausa no final da inspiração; expiração; pausa no final da expiração.

Existem várias modalidades de respiração no *Qi Gong*. A mais praticada é a *Respiração Natural, Profunda* ou *Abdominal* que se realiza com contração do músculo diafragma na inspiração e seu relaxamento na expiração, semelhante à respiração dos bebês, pois dessa forma há maior aproveitamento do ar inspirado e a atenção mental deve estar voltada para o *Dan Tian*.

Essa respiração pode ter um conteúdo mais *Yang* com ênfase e maior duração da inspiração e é utilizada para ativar ou conteúdo mais *Yin* com ênfase e maior duração da expiração, utilizada para acalmar.

Intenção mental (Yi Nian)

Yi Nian é a “condução do poder de nossa mente em uma direção determinada”. A intenção mental deve se associar com a *forma* dos movimentos. A visualização através da imaginação significa a integração entre o corpo e a mente que estão, então, na mesma direção, possibilitando à mente movimentar o *Qi* de modo natural e suave favorecendo seu percurso aos níveis mais profundos (DESPEUX, 1981; BIN, 1990; ZHIZHONG, 1991; LEE, 2000).

A clareza com relação ao desenvolvimento pessoal que buscamos com as práticas corporais irá facilitar a adesão ao treinamento. Algumas posturas mentais ou atitudes devem ser cultivadas, como a força de vontade, a paciência e a persistência.

O olhar conduz *Shen**, a mente, e deve ser dirigido para a parte do corpo na qual concentramos a atenção. Nas práticas ativas o olhar geralmente é dirigido para as mãos em movimento, é a condução do *Qi*. Nas posturas estáticas, sem movimentos significativos das mãos, os olhos se mantêm semicerrados e o olhar interno é dirigido para o *Dan Tian*, na região abaixo do umbigo (BIN, 1990).

O objetivo, nesse caminho, é atingir o *Ru Jing*, a porta de entrada para o *Wu Wei*. É

evitando o esforço desnecessário que favorecemos o fluxo do *Qi*.

Portanto, pode-se dizer, em um modo conciso, que o termo *Qi Gong* designa técnicas de “manipulação” do *Qi*, que consistem em posturas e movimentos harmônicos ligados à respiração e que devem ser praticados com grande concentração em determinadas partes do corpo ou na observação do fluxo de pensamentos. Isso visa o desenvolvimento do *Qi* interno que então pode ser utilizado para benefício próprio ou para beneficiar outras pessoas, em uma relação terapêutica.

1.3.3 Medicinas tradicionais e práticas integrativas em SMS

Desde 2001, quando foi retomado, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)²⁰ de São Paulo, o trabalho, hoje intitulado no Brasil como campo das práticas integrativas e complementares (PIC), ocorreu uma notável expansão das atividades que denominamos práticas corporais e meditativas (PCM), com grande ênfase nas PCM elaboradas no interior dos conhecimentos das medecinas tradicionais (MT) que hoje se expressam como um dos principais programas de promoção de saúde no município.

O sucesso, desde o início, não foi decorrente de um investimento financeiro significativo. Decorreu em parte por causa de um grupo de pessoas de São Paulo que já desenvolviam trabalho de formação e difusão dessas práticas em vários locais ou instituições e que se prontificaram a cooperar com o processo de formação de instrutores das PCM das medecinas tradicionais, com ênfase nas práticas oriundas da medicina tradicional chinesa. Entretanto, foi a significativa adesão dos trabalhadores da saúde no âmbito da SMS ao projeto de implantação em larga escala das práticas corporais e meditativas das medecinas

²⁰ O projeto, que de início propunha a incorporação da medicina tradicional chinesa na SMS, foi formulado por trabalhadores que atuavam no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) do município de São Paulo e apresentado ao Secretário de Saúde, que apoiou a iniciativa. O HSPM foi o primeiro hospital público municipal de São Paulo a implantar um ambulatório de acupuntura com atendimento regular. Foi também pioneiro na disponibilização de atividades regulares de meditação.

tradicionais como estratégia para a abordagem integral e promoção da saúde, que possibilitou a rápida e consistente incorporação das PCM. Acreditamos que o momento em que o trabalho foi retomado, quando também se retomava no município a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), quando ainda predominava a proposta de construir um SUS público, segundo os interesses da cidadania e não os interesses do mercado e após a desastrosa experiência do Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (PAS), foi determinante para seu sucesso e continuidade a adesão de uma parcela expressiva dos trabalhadores. O crescimento foi expressivo e, no ano de 2004, quando se realizou a primeira contagem dos grupos de PCM, a SMS contava com 237 grupos de práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais (com predominância de práticas da MTC, mas também com alguns grupos de ioga) em 183 unidades de saúde, sendo 19 grupos de meditação. Naquele ano, com recursos próprios e recursos do Ministério da Saúde, foi iniciado um amplo processo de formação de novos instrutores de PCM e danças circulares, possibilitando uma expansão significativa dos grupos de PCM nos anos seguintes²¹.

A partir de 2005, a área técnica responsável pelo projeto passou a acompanhar e a difundir também as atividades físicas (AF), incluindo os grupos de caminhada e incorporando as danças circulares e, em menor escala, outras modalidades de dança ao projeto²².

²¹ Após o período inicial, o projeto de medicina tradicional chinesa passou a comportar diferentes medicinas tradicionais, como homeopatia e outras modalidades. Com essa expansão, constituiu em Área Técnica, vinculada à Coordenação de programas de saúde. Atualmente, encontra-se vinculada à Coordenação de Atenção Básica (CAB), sendo denominada Área Técnica de Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS).

²² Em 2006, foi editada a Portaria nº 971 do Ministério da Saúde (MS) que instituiu o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC (Ministério da Saúde, 2006), a que se seguiram outras iniciativas no âmbito federal, possibilitando organizar e programar ou aprimorar, diversas iniciativas municipais e estaduais de incorporação no SUS das chamadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Em São Paulo, a Lei nº 14.682 de 30 de Janeiro de 2008, regulamentada pelo Decreto do município de São Paulo nº 49.596 de 11 de Junho de 2008, instituiu a formalização do Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde, disciplinando a implementação das práticas corporais e meditativas, da alimentação saudável, da acupuntura, da homeopatia e uma política de incentivo ao uso de plantas medicinais.

Durante os últimos anos houve ampliação das práticas corporais, meditativas, danças e atividades físicas para promoção da saúde, com períodos mais nítidos de expansão que correspondem aos projetos de formação com recursos do Ministério da Saúde. O programa, segundo levantamento recente, é desenvolvido em 518 unidades, contando com cerca de 800 instrutores que realizam semanalmente cerca de 2.000 processos grupais envolvendo cerca de 50.000 participantes.

Na Tabela 1, a expansão das referidas práticas, na última década, pode ser observada.

Tabela 1

Modalidades de grupos de PCM e AF na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2005 a 2015.

Ano	PC (1) das MT (2)	Meditação/similares	Danças	Caminhada/AF(3)	Total
2005	379	38	30	92	539
2006	462	45	35	114	656
2007	547	50	40	169	806
2008	556	51	43	184	834
2009	600	41	85	277	1.003
2010	573	53	86	361	1.073
2011	591	48	130	430	1.199
2012	644	61	170	554	1.429
2013	634	66	221	634	1.555
2014	624	84	225	653	1.586
2015	572	78	223	677	1.550

Fonte: MTHPIS/CAB/SMS

(1) Práticas Corporais- PC [Refere-se apenas às práticas corporais dinâmicas das medicinas tradicionais.]

(2) Medicinas Tradicionais - MT

(3) Atividades Físicas – AF

No âmbito das práticas corporais e meditativas relacionadas com as medicinas tradicionais, o número de grupos, segundo as modalidades, é: *Lian Gong*, com 218 grupos semanais; *Dança Circular*, que engloba danças de todos os povos/tradições, com 144 grupos; *Xian Gong*, com 104 grupos; *Tai Chi Pai Lin*, com 96 grupos; *Yoga*, com 48

grupos; *I Qi Gong*, com 23 grupos; *Lien Ch'i*, com 22 grupos; *Tai Ji Qi Gong*, com 16 grupos; Capoeira para a Saúde, com 14 grupos; *Dao Yin Pao Jian Gong*, com 13 grupos; *Tai Chi Chuan*, com 13 grupos; demais práticas de MTC e de MT, com cinco grupos. Os grupos exclusivos de práticas meditativas são 47, embora a meditação esteja presente em várias das outras modalidades.

De acordo com o exposto, pode-se afirmar que São Paulo possui um dos maiores programas de incorporação dessas práticas, sendo uma referência nacional e mundial pelos resultados alcançados.

No sítio eletrônico da Prefeitura do Município de São Paulo encontram-se descritas as características e modalidades das medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde:

Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde na SMS são tecnologias que:

- abordam de forma integral e dinâmica o processo saúde-doença, desenvolvendo ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;
- harmonizam a relação do indivíduo com a natureza, na busca do equilíbrio;
- favorecem a expressão das potencialidades humanas;
- disponibilizam opções de diferentes abordagens preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS, aumentando o acesso e a resolutividade dos serviços;
- fortalecem a relação médico-paciente, como um dos elementos fundamentais na terapêutica, promovendo a humanização na atenção;
- fortalecem o exercício da cidadania e a participação social;
- exercita a responsabilidade do indivíduo sobre seu processo de cura.

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (data desconhecida).

Destacamos também a publicação do Ministério da Saúde, que explicita os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:

Objetivos:

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;

4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

E ainda as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:

Diretrizes:

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS;
2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais o SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente;
3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos
5. Fortalecimento da participação social; e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária;
7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações;
8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão;
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.3.4 Reforma e contrarreforma na saúde

No Brasil, uma condição histórica singular é o fato de a reforma neoliberal do Estado coincidir com a implantação da reforma sanitária, decorrente da Constituição Federal de 1988 (RIZZOTO, 2012; GOMES, 2014).

Com a Constituição Federal (CF) de 1988, pela primeira vez na história do país, a Saúde, juntamente com a Educação e a Previdência Social foram consideradas como direito de todos os brasileiros e sob a responsabilidade do Estado, sendo o fato indicado por muitos como uma das principais conquistas da sociedade brasileira nos últimos tempos (RIZZOTO e COSTA, 2014).

Os princípios doutrinários do sistema de saúde, expressos na CF, são integralidade, universalidade e princípio da equidade e os princípios organizativos fundamentais são a descentralização através da municipalização, a regionalização com hierarquização da atenção e o controle público (JUNQUEIRA, 2001; RIZZOTO, 2012; GOMES, 2014).

A Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre o sistema de saúde no Brasil, reconhece a Saúde como resultante de condições econômicas, sociais, políticas, culturais e subjetivas. Essa perspectiva, que revela seu caráter progressista, está em íntima consonância com o momento político brasileiro marcado por reformas sociais e políticas (JUNQUEIRA, 2001; RIZZOTO, 2012; GOMES, 2014).

Em sentido oposto, na década de 1980, acentua-se a internacionalização da economia, batizada de globalização, e instala-se a onda neoliberal que irá repercutir nos países de capitalismo periférico do nosso continente com as reformas neoliberais dos Estados que se consolidam principalmente nos anos 90 (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; JUNQUEIRA, 2001; SOARES, 2014).

O discurso neoliberal, que justifica a reforma, é contra o Estado, com a proposta de enxugar e modernizar a máquina estatal. Tal discurso ideológico, identificado como suposta pós-modernidade, se torna hegemônico, sustentando a tese da supremacia do privado sobre o público e do Estado como promotor do “mercado livre” (RIZZOTTO, 2012).

Intensifica-se a transferência de riquezas e outros recursos públicos para o setor privado. Multiplicam-se as renúncias fiscais, subsídios, socorros a empresas com dificuldades financeiras, principalmente bancos privados, e a transferência das empresas públicas e estatais para o setor privado. A prioridade do uso dos recursos do Estado passa a ser o

pagamento dos encargos das dívidas públicas. Mesmo a soberania monetária dos países passa a ser ameaçada com a proposta de autonomia dos Bancos Centrais, que na prática significa renunciar ao controle de grande parte da economia para entregá-la ao sistema financeiro capitalista nacional e transnacional. Com essa autonomia, os governos deixam de ter controle sobre os níveis de juros, metas de inflação, flutuação cambial e percentagem do superávit primário²³. E em alguns países essa autonomia foi efetivada (JUNQUEIRA, 2001; RIZZOTO, 2012; GOMES, 2014).

A intervenção do Estado como promotor de políticas sociais ficou sob ataque, conforme explicita a professora Laura Tavares Soares (2014). O papel do Estado como garantidor do direito de todos passou a ser identificado com paternalismo ou populismo e mecanismos de proteção social juntamente com várias conquistas históricas passaram a ser associadas com ideias de limitação e dependência, sendo restringidas às populações empobrecidas, cronificando a situação de precariedade e subfinanciamento de serviços públicos (SOARES, 2014).

Os recursos para o setor social ficaram subordinados ao cumprimento de metas de superávit fiscal e, sob o pretexto da participação da comunidade e da descentralização, os recursos do setor passam a ser desviados da esfera estatal.

(...) para um tipo de mercado especial que vai desde a grande seguradora financeira até uma vasta e heterogênea gama de atores do chamado Terceiro Setor, que inclui desde as antigas associações comunitárias, passando pelas igrejas até as modernas Organizações Não Governamentais (ONG) de todo tipo (SOARES, 2014, p. 61).

A dimensão econômica neoliberal se revela, portanto, na ausência de política que intervenha nas desigualdades sociais.

Entretanto, o processo de redemocratização, no qual se inscreve um capítulo da história do Brasil que torna possível a existência do Sistema Único de Saúde, vai sofrer os impactos da reforma neoliberal do Estado, elaborada a partir de 1995:

Nas palavras do ex-ministro Bresser Pereira, (...) o Estado deve ser mais voltado para o controle dos resultados do que para o controle dos procedimentos. Assim, as normas de licitação e contratação de pessoal, por exemplo, poderiam ser abolidas desde que os

²³ Percentual da arrecadação impostos retirada e reservada para pagar os encargos da dívida pública.

resultados deste ou daquele órgão público fossem satisfatórios. Essa proposta de gerenciamento tem como pressuposto explícito a ideia de ser o mercado o mecanismo de controle mais eficaz na elaboração de recursos, e estes mecanismos do mercado – leia-se competição – deveriam ser transportados também para as áreas sociais.

Entre a eliminação do setor produtivo estatal – por meio de privatizações – e a manutenção do chamado núcleo estratégico do Estado – Justiça, organização Tributária e Fiscalização Fazendária, anunciada inovação gerencial propõe, para as áreas chamadas sociais, a criação de Organizações Sociais (OS) como entidades supostamente sem fins lucrativos.

Esta verdadeira contrarreforma vem se opor aos avanços do projeto da reforma Sanitária no Brasil, que, como já dito acima, conseguiu inscrever na Constituição de 1988 um compromisso com a universalidade dos direitos sociais. (JUNQUEIRA, 2001, pp. 24-25).

Para enriquecer a discussão desse tema, apresentamos de modo sucinto parte do estudo de Maria Lucia Frizon Rizzotto (2012), que procurou entender os mecanismos da contrarreforma na saúde, realizando um estudo sobre a relação do Banco Mundial com a contrarreforma na saúde.

Segundo o estudo, até a década de 1970 o Banco Mundial atuava na saúde de modo indireto concentrando seus financiamentos nas áreas de infraestrutura como agricultura, energia e planejamento familiar em suposto esforço para o enfrentamento da pobreza:

(...) controle do nascimento dos pobres apresentava-se ao Banco como estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países periféricos, uma vez que isso resultaria na redução da necessidade de investimentos na área social e consequentemente aumento de recursos disponíveis para áreas produtivas (RIZZOTTO, 2012, p 105).

Em 1975 esboçou-se uma mudança de postura diferente com a publicação *Salud: documento de política sectorial*. Entretanto acabou prevalecendo a posição anterior de concentrar os empréstimos para os setores de infraestrutura, porém com maior atenção à saúde dentro desses projetos. Abriu-se a possibilidade de inserir em tais projetos experimentos em pequena escala na área de saúde (RIZZOTO, 2012).

Também estabeleceu associação com a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizando análises econômicas, pois nesse campo eram “mais qualificados” que a OMS.

Em 1993 produziram o 16º. Relatório Anual do Banco Mundial: *Investindo em Saúde*. Os motivos são expostos por Rizzotto: “Nos anos 80, com a crise do Estado de bem-estar

social a as possibilidades que o setor saúde apresentava para o investimento do capital, a saúde emerge como setor específico na pauta de financiamento do banco (RIZZOTTO, 2012, p 104)”. Além disso, dados de 1990 indicavam que os serviços de saúde consumiam em torno de US\$ 1,7 trilhão, cerca de 8% do PIB mundial, portanto, um mercado significativo para valorização do capital. Rizzotto em seu estudo considera que “ao financiar projetos para a área de saúde, a instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas desse setor público (RIZZOTTO, 2012, p 104)”.

A partir de então o Banco Mundial vem intervindo, principalmente pela realização de empréstimos condicionados, para implementar a política, que se identifica com a política neoliberal, ou seja no sentido de limitar a ação estatal no campo da saúde com programas destinados aos mais pobres, não como direito, mas como concessão estatal. As propostas se dão no sentido de descentralizar o atendimento para o nível comunitário, investindo para mudar os hábitos de vida das populações pobres e em atividades na comunidade para melhorar o abastecimento de água e condições sanitárias (RIZZOTO, 2012).

As recomendações defendem também a ação do Estado no sentido de responder a necessidades básicas que, segundo documentos do banco, seriam pacotes de serviços clínicos essenciais de saúde pública, que utilizem baixa tecnologia e procedimentos simplificados, associando esses investimentos com resultados econômicos, ao mesmo tempo limitando as necessidades ao que é orgânico e à reprodução biológica, ampliando a cobertura para a periferia das grandes cidades e para as populações rurais. Para o restante da população, que pode pagar um sistema de serviços privados, indicam obter a maioria dos serviços de saúde que necessitam no mercado (RIZZOTO, 2012).

Nos serviços públicos, os recursos humanos oriundos da própria comunidade, com formação elementar simplificada, para executar atividades de prevenção, cuidados materno-infantis, planejamento familiar e orientações voltadas para o meio ambiente e um sistema hierarquizado de poder e especialização contemplando um médico administrador de atenção primária.

Cabe destacar a coincidência dessas propostas com o percurso do SUS e seu perfil atual, inclusive lembrando o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), surgido em 1994, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Essa contradição está presente na história recente do SUS, com o choque de interesses opostos que disputam a hegemonia no campo da saúde, inclusive no interior dos governos eleitos nos vários entes federativos, que contam com a participação de antigos militantes da Reforma Sanitária. Entretanto, mesmo com a resistência dos movimentos populares e as contradições internas nas equipes de governo, as teses neoliberais têm sido recorrentemente adotadas (MENEZES, 2014).

Isso é visível na saúde, e também na previdência social, em que os serviços públicos passam a ser gerenciados por grupos corporativos que, sob a denominação de Organização Social (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), passam a ocupar lugares e funções que antes eram de reconhecido caráter estatal (SOARES, 2014; GOMES, 2014).

Em associação, ocorrem perdas de conquistas históricas dos trabalhadores, restringindo a cidadania. Vejamos:

Outra grande mudança, sem dúvida, ocorre nas relações de trabalho: seguindo a cartilha neoliberal, as conquistas dos trabalhadores são apontadas como as grandes responsáveis pela ineficácia dos serviços públicos. A norma - como afirmam documentos assinados em conjunto com o Comunidade Solidária - é a contratação de pessoal via Organização não governamental - ONG, um estímulo à precariedade nas relações de trabalho (JUNQUEIRA, 2001, p. 28).

1.3.5 Processo de trabalho e saúde

O primeiro pressuposto da história humana é a produção de condições para sua existência. Tais condições são obtidas pelo trabalho humano, o modo pelo qual o ser humano, atuando sobre a natureza, mais particularmente sobre determinados elementos da natureza (objetos do trabalho), retira dela o que necessita, utilizando para isto

determinados meios (meios de trabalho). Portanto o processo de produção se refere a um sujeito (a sociedade humana) e um objeto (a natureza). Uma relação do ser humano com a natureza, mas ao mesmo tempo uma relação entre seres humanos, enquanto membros de sociedades. Na medida em que as sociedades humanas se complexificam, se multiplicam também as necessidades a serem satisfeitas e isto de algum modo determinou a divisão social do trabalho (MARX, 2015).

Entretanto esta é uma descrição geral, abstrata, que informa uma característica comum do trabalho humano e da produção material de bens necessários, mas não concretiza um dado da realidade. A concretude se apresenta no estudo concreto de uma conformação social histórica. A historicidade do processo de produção se refere a certa época e certa sociedade, uma determinada forma histórica de produção material: neste caso a forma de produção burguesa ou capitalismo e suas diferentes versões ou formas em que se apresentam em diversas formações sociais inseridas na ordem capitalista (NETTO, 2011). Nesta parte procede-se a uma descrição sucinta do processo de trabalho, destacando o processo de trabalho no capitalismo e apontando características do processo de trabalho na saúde.

Antes, revê-se algumas categorias e conceitos e apresenta-se categorias e conceitos novos.

Nas sociedades que antecederam a ordem capitalista, no mercado onde ocorriam as trocas de mercadoria e onde se utilizavam um meio intermediário para as trocas (o dinheiro), a circulação ocorria da seguinte forma: $M \rightarrow D$ (ou $\$$) $\rightarrow M$

Onde M = Mercadoria e D (ou $\$$)= Dinheiro.

Portanto, ao final do processo se trocava uma mercadoria por outra de igual valor e o valor era determinado pela quantidade média de trabalho incorporada naquela mercadoria. Esta forma é chamada *circulação simples*.

Na ordem capitalista, além da circulação simples, que pode continuar ocorrendo, se desenvolveu outro tipo de troca que se tornou a modalidade de troca principal - a que

caracteriza a sociedade, e que se dá desta forma: $D \rightarrow M \rightarrow C$. Ou, apresentando de outro modo: $\$ \rightarrow M \rightarrow \$+\$$.

Onde **D** (ou **\\$**), = Dinheiro **M**= Mercadoria e **C** (ou **\\$+\\$**)= Capital.

A parcela excedente ($\$$) é a mais-valia.

O que diferencia as duas formas – a circulação simples e o capitalismo, é que o valor inicial investido (**\\$**) é menor que o valor final (**\\$+\\$** ou **C**) (BOTTOMORE, 1997).

Este valor maior ou mais-valor é adicionado pelo trabalho, ou seja, é fruto do trabalho do produtor que produziu a mercadoria. Este valor final ou valor acrescido é chamado Capital e sua existência é possível porque os meios de produção dos produtos que vão ser trocados no mercado, não são propriedade dos produtores, são propriedade do capitalista.

Segundo Marx (2015), o processo de trabalho se decompõe nos seguintes elementos: 1º.) a atividade pessoal do homem ou o trabalho propriamente dito; 2º.) o objeto sobre o qual o trabalho atua; 3º.) o meio através do qual age (MARX, 2015).

Algumas definições:

Objeto de trabalho é o que vai ser transformado pelo trabalho;

Matéria-prima é o objeto de trabalho resultante de um trabalho anterior do ser humano;

Meios de trabalho são os meios com os quais o trabalhador atua sobre os objetos de trabalho, como ferramentas, maquinário e instalações;

Meios de produção é o conjunto de meios e objetos de trabalho que participam no processo de produção;

Força de trabalho é a capacidade do homem para trabalhar;

Mais-valia é a diferença entre o valor do que é produzido pelo trabalhador e o que é pago ao trabalhador, ou seja, é a parte que se apropria o dono dos meios de produção;

Mais-valia absoluta é obtida pelo prolongamento da jornada de trabalho ou pela intensificação do trabalho em uma mesma jornada;

Mais-valia relativa é obtida com a diminuição do trabalho necessário para obter determinada produtividade ao se usar novas tecnologias, o que permite que haja um tempo de trabalho adicional;

Taxa de mais-valia \Rightarrow $\frac{\text{mais-valia}}{\text{capital variável}}$ ou $\frac{\text{valor agregado} - \text{remuneração}}{\text{remuneração}}$;

(A taxa de mais-valia também é chamada de taxa de exploração);

Capital constante é o capital despendido com os meios de produção;

Capital variável é o capital despendido com a força de trabalho (BICALHO, 1967; MARX, 2015);

Valorização é a Estratégia empregada pelo capital em um momento histórico específico para extrair a mais-valia. É um processo intermediado pela resistência dos trabalhadores (LAURELL & NORIEGA, 1989; MARX, 2015).

Note que no capitalismo o tipo de propriedade típica é a propriedade dos meios de produção, embora existam outras formas de propriedade. Nesta ordem o trabalho típico é o trabalho que gera mais-valia, embora possam ocorrer formas de trabalho onde não ocorra a extração da mais-valia. O capitalismo é a primeira forma de sociedade onde a função principal do trabalho é produzir valor o que se sobrepõe a sua outra função de produzir produtos úteis que visam satisfazer necessidades (MARX, 1979; GOMES, 2006). Assim no capitalismo, o trabalho que gera mais-valia é considerado o trabalho produtivo, pois gera capital, conforme explica Marx:

Como o fim imediato e produto por excelência da produção capitalista é a mais-valia, temos que somente é produtivo aquele trabalho que (...) diretamente produza mais-valia (...).

Do ponto de vista do processo de trabalho em geral, apresenta-se-nos como produtivo aquele trabalho que se realiza num produto, mais concretamente numa mercadoria. Do ponto de vista do processo capitalista de produção junta-se uma determinação mais precisa: é produtivo aquele trabalho que valoriza mais diretamente o capital, o que produz mais-valia (...) (MARX, 1979, p. 108).

Neste enfoque, quando se trata da produção fabril, há também a distinção entre a esfera de *produção* da qual se origina a mais-valia e a esfera da *troca*, onde as mercadorias são

compradas e vendidas e onde o capital se realiza. Posteriormente ou imediatamente o produto será consumido.

Na esfera ou momento da *produção* o dinheiro (D) é investido para aquisição de mercadoria (M) (meios e força de trabalho) que originarão o produto (P). Na esfera ou momento da *troca* o produto (P) se apresenta como capital-mercadoria (M') tendo a ele incorporado a mais-valia, tem seu valor quantitativamente expandido (D') para incluir o lucro, tanto dos produtores, como dos comerciantes (BOTTOMORE, 1997).

Portanto D-M... P (produção) e P... M'-D' (troca).

O circuito pode ser renovado, geralmente de modo expandido, em processo de *acumulação*. Neste circuito o capital para a produção (D) costuma ser intermediado pelo setor financeiro que irá também se apropriar de parte da mais-valia (BICALHO, 1967; MARX, 2015).

Portanto, a circulação do capital ocorre mediante um movimento permanente entre as duas esferas de atividade. Para o sistema funcionar é necessário também a criação de determinadas estruturas e condições, como aquelas voltadas para a circulação das mercadorias, a reprodução, reposição e adequação da força de trabalho, além da regulação das relações entre os capitalistas. A maior parte destas tarefas vem sendo assumidas pelo Estado capitalista.

O trabalho humano, como processo histórico, se apresenta de forma distinta em diferentes formações sociais concretas, envolvendo diversos elementos, que podem ser agrupados conforme a dimensão *infraestrutural* (que se relaciona com os aspectos técnicos do trabalho) e a dimensão *superestrutural* (que se relaciona com o arcabouço jurídico e conformações políticas e ideológicas) (DONNANGELO, 1979; GONÇALVES, 1979; GOMES, 2006).

A dimensão *superestrutural* do trabalho, no aspecto ideológico, se apresenta como valores, concepções e atitudes vinculadas a uma classe social, frações de classe ou

outros grupos sociais (de gênero, de etnias etc.). É elaborada e reproduzida tanto nos locais de trabalho como por diversas instituições, como escola, religião e família que, subordinadas à ordem hegemônica, visam à adequação e aceitação das relações de trabalho como naturais. Nas sociedades divididas em classes, elaboram-se representações e valores, que devem ser compartilhados por indivíduos de acordo com sua localização em uma das classes ou frações de classe, e que permita a reprodução das relações sociais. No capitalismo, estabelecido na sua forma mais estável como nos países de capitalismo central, cumpre papel determinante, para esconder os antagonismos de classe, a difusão da idéia de que todos os indivíduos-cidadão são iguais perante a estrutura jurídica e política, portanto, perante o Estado, embora, de fato, não o sejam. Isto é realizado com menos sucesso nos países de capitalismo periférico, onde as contradições são mais agudas e o aparato repressivo contra as camadas populares costuma ser mais explícito. Os aspectos jurídicos e políticos refletem os interesses da classe hegemônica, em dado momento e conjuntura, mas também são condicionados pelas reivindicações e lutas dos trabalhadores e adequações da classe hegemônica a tais demandas (DONNANGELO, 1979; GOMES, 2006; BOSCHETTI, 2016).

A dimensão *infraestrutural* abarca componentes da técnica e da organização do trabalho. Quando da realização do trabalho na sociedade, ocorrem dois processos concomitantes: processo de reprodução do capital; processo de reprodução de tecnologia (conhecimento) (BICALHO, 1967; MARX, 2015).

O trabalho está marcado pelo desenvolvimento da tecnologia que cumpre o papel de ampliar a capacidade de produzir trabalho, reduzir o gasto calórico e a utilização da força muscular e aumentar a destreza, alcance e versatilidade, portanto, poupar o trabalho vivo. A incorporação de tecnologia em qualquer área onde ocorra o trabalho humano é uma condição histórica e implica na ampliação do trabalho morto, do trabalho como técnica ou incorporado às ferramentas e maquinário (RIBEIRO, 2013).

Na ordem capitalista se destacam algumas tendências históricas no sentido de submeter

o processo de trabalho ao processo de valorização. São tendências que não se realizam de modo linear, pois geram contradições internas e sofrem resistências por parte dos trabalhadores. Apesar de ocorrerem como processos interdependentes podem ser apresentadas de forma separada para facilitar sua compreensão.

A primeira tendência é a progressiva *divisão e simplificação* do trabalho através da parcelarização do processo de trabalho em práticas isoladas e cada vez mais elementares. A consequência é a especialização do trabalhador em determinada etapa do processo de produção. De um lado a simplificação do trabalho permite a redução do valor da força de trabalho pela diminuição dos gastos com a qualificação do trabalhador e de outro lado este trabalho *objetivado* pode ser executado posteriormente por máquinas que substituirão o trabalhador. Esta tendência se manifesta de modo mais acentuado no setor de produção direta de mercadorias “materiais”.

A segunda tendência se refere ao que é chamado aumento da *composição orgânica* do capital que se dá pela substituição progressiva do capital variável (força de trabalho) por capital constante (maquinaria), do trabalho vivo pelo trabalho morto, resultando no aumento da extração de mais-valia relativa.

A terceira tendência é a *intensificação do trabalho* que ocorre tanto pela extração da mais-valia relativa (uso de instrumentos e simplificação do trabalho) como pela extração da mais-valia absoluta, através do aumento do ritmo de trabalho, das jornadas de trabalho ou do acúmulo de tarefas por um mesmo trabalhador.

A quarta tendência é a ampliação relativa da quantidade de trabalhadores que executam o *trabalho intelectual* – gerência, controle e desenvolvimento de tecnologias, em relação aos que executam o trabalho manual. Esta tendência decorre tanto da redução, na produção de bens materiais, de trabalhadores que executam o trabalho vivo como pela criação de novas necessidades e novos ramos de produção que exigem mais trabalhadores elaborando e aperfeiçoando novas tecnologias e administradores capacitados (GOMES, 2006; MARX, 2015).

A quinta tendência, que pôde ser mais conhecida na fase monopolista (ou imperialista) do capitalismo, se refere a “*relocação*” do trabalho. Ocorre uma diminuição relativa (que pode ser também absoluta) do número de trabalhadores que produzem mercadorias ditas “materiais” e ampliação absoluta e relativa dos trabalhadores que não estão participando diretamente da produção das mercadorias “materiais”, em setores como o de serviços (GOMES, 2006; ANTUNES, 2009).

Neste ponto cabe comentar que, pelo que foi posto até o momento, o capital se apresenta antes de tudo como relação social com essência histórica, ou seja, como resultado da ação dos seres humanos, se movimenta e se transforma produzindo consequências que independem da vontade humana. Como foram assinaladas, algumas das características do capitalismo são: a preponderância do valor de troca sobre o valor de uso, a extração da mais-valia, a reprodução ampliada do capital e o desenvolvimento constante das forças produtivas.

Pela própria essência desta ordem, o modo capitalista de produção produz e reproduz contradições internas que se expressam social e politicamente como *luta de classes*. É a luta de classes, e não o desenvolvimento das forças produtivas, que se apresenta como fator capaz de promover mudanças sociais mais profundas, mudanças de qualidade na sociedade. Esta é uma questão essencial (NETTO & BRAZ, 2006).

As características citadas permitem identificar diferentes períodos históricos do capitalismo, tomando como base o capitalismo europeu e de outros países de capitalismo central: O *capitalismo mercantil* (ou *comercial*), onde o papel dos comerciantes / mercadores foi decisivo, do século XVI até a sétima década do século XVIII; O *capitalismo concorrencial* (ou *liberal*), onde o capitalismo revela suas principais características estruturais com a configuração do Estado burguês, intensa urbanização tendo como base a grande indústria e criação de um mercado mundial, que vai das últimas décadas do século XVIII até o último terço do século XIX; O *estágio imperialista* (ou *monopolista*), que se caracteriza pela fusão dos capitais dos monopólios

industriais com os capitais bancários, que vai do final do século XIX até os dias atuais (NETTO & BRAZ, 2006).

Outra periodização pode ser realizada, no interior da periodização já apresentada, visando o entendimento das transformações do processo de trabalho. Nesta periodização do processo de trabalho, consideram-se duas questões: a base técnica sob a qual se realiza a produção, por exemplo, o *trabalho artesanal*, a base *eletromecânica* e a base *microeletrônica*; a forma de organização do trabalho, como a *cooperação simples*, a *manufatura*, o *taylorismo/fordismo* e o *toyotismo* (BRAVERMAN, 1981; HARVEY, 1992; GOUNET, 1999; PINTO, 2010).

Tais momentos históricos inscrevem-se de modo diferente para os que vivenciam a história na perspectiva dos países capitalistas periféricos, como é o caso do Brasil. Nesta perspectiva se torna necessário complementar as informações e a contextualização histórica, para além dos países do capitalismo central. Entretanto, neste estudo, estes registros se apresentam como uma sistematização inicial e incompleta. O intuito é tornar visível algo de uma parte importante da história já que, consideramos, ocultar a história é também negá-la. Como a caracterização econômica e política do Brasil nas décadas mais recentes já foi relada anteriormente esta inclusão de informações históricas que subsidiam o entendimento das formas como se apresenta o processo de trabalho se situam até as primeiras décadas do século XX.

No capitalismo, que se inicia na Europa, a base técnica e a organização do trabalho se originam a partir dos burgos (aglomerados urbanos) feudais, mais precisamente do trabalho dos artesãos, em geral organizados em corporações de ofícios que produziam produtos em quantidade limitada suprindo as necessidades da Europa no período. A partir deste processo de trabalho do regime feudal ocorre a transição para o regime capitalista.

No final do século XV e durante o século XVI acontece na Europa o início do período mercantilista. Ocorre a invasão do “Novo Mundo”, batizado de América pelos europeus.

Neste processo, segundo Milton Santos, em um século, várias nações são subjugadas e são mortos mais de 70 milhões de índios no continente, com várias etnias exterminadas, constituindo-se, talvez, no maior genocídio da história (TENDLER, 2006). Organiza-se o processo de colonização destas terras pelos europeus, capitaneados pela Espanha e Portugal e se processa uma intensa transferência de riquezas para a Europa, com organização da produção nas colônias direcionadas para o enriquecimento das metrópoles. Ao mesmo tempo começa a se estabelecer um mercado de escala mundial, envolvendo vários continentes, que demanda produtos que a organização da produção feudal não conseguiria suprir. Estabelecem-se então, na Europa, as condições necessárias para as formas iniciais de produção capitalistas: o acúmulo de riquezas que subsidiam a implantação das manufaturas e um mercado para seus produtos.

Este período corresponde também à formação de diversos estados nacionais na Europa. Financiados pela burguesia mercantil, que tem interesse em reduzir os impostos pagos aos vários reinos feudais, alguns soberanos empreendem processos de unificação, conformando diversos novos Estados. Com a fragilidade da burguesia e a necessidade de que algumas tarefas fossem realizadas pelos Estados-Nações, se consolidam os Estados absolutistas da Europa, ainda dirigido pela nobreza, mas cada vez mais sustentados pela burguesia emergente. Os Estados absolutistas promovem a expropriação das terras de camponeses que irão para as cidades tanto constituir a mão-de-obra para o trabalho nas indústrias emergentes como para organização dos exércitos nacionais o que se intensifica nos séculos seguintes. Os meios de produção, inclusive a terra, se transformam em propriedade privada (capital constante) e um número cada vez maior de trabalhadores são liberados da tutela dos senhores feudais e expropriados de suas terras, prontos, portanto para vender sua força de trabalho (CHAUÍ 1999; NETTO & BRAZ, 2006).

O modo de produção inicial do capitalismo é a *cooperação simples*. Na *cooperação simples* a unidade entre concepção e execução está preservada, pois o trabalhador executa tarefas correspondentes às do artesão. O controle sobre o processo de trabalho

não ocorre pela apropriação do saber do trabalhador, mas pela relação de propriedade dos meios de produção, através de pressão exercida sobre o trabalhador para que se produza mais, caracterizando a extração de mais-valia absoluta. Desde os meados do século XVI até o último terço do século XVIII, a *manufatura* vai se estabelecendo como forma capitalista dominante de produção. Na *manufatura* se inicia a desqualificação do trabalho. Os ofícios dos antigos artesãos são decompostos em várias atividades, tarefas parciais, e há separação entre concepção e execução do trabalho. Alguns trabalhadores organizam o trabalho a ser executado pelos demais, e, nesse processo, há diminuição dos tempos mortos, quando o trabalhador abandona uma tarefa para fazer outra, havendo aumento da intensidade e produtividade, além do aumento do controle do capital sobre o processo de trabalho (NETTO & BRAZ, 2006; MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011)

Com as condições para o desenvolvimento capitalista estabelecidas, a Europa passa por intensa transformação. As populações urbanas crescem continuamente colocando novas questões para serem resolvidas pelos Estados, relacionados com a infraestrutura, alimentação e epidemias, associados com as condições de imensa pobreza da população.

No mesmo período, transformações profundas ocorrem no continente americano. No século XVI no Brasil e nas colônias da Espanha, os europeus estabelecem a escravização da população indígena, ou instituem formas de relações servis entre os colonizadores europeus e estas populações. Isto ocorre sem prejuízo do processo geral de genocídio do qual participavam exércitos imperiais, representantes da Igreja, particularmente os jesuítas e os colonos europeus. No Brasil os bandeirantes, muitos mestiços de brancos e índios, se destacaram tanto na escravização de índios como nas ações de extermínio dos mesmos. A população indígena sobrevivente é submetida a condições de aviltamento de todo tipo, lhe sendo imposta, além da morte física, a morte simbólica onde tudo relacionado com sua condição e sua cultura foi demonizado. No século XVI, no Brasil, com o ciclo colonial de exploração da cana-de-açúcar, se introduz também o tráfico e a escravização da população negra africana, que também são submetidos a todo tipo de

aviltamento e a demonização de sua condição e cultura. Este componente ideológico, estabelecido com o processo colonial, se mantém até hoje como uma herança colonial, contra as populações indígenas remanescentes, a população negra e os milhões de mestiços descendentes de índios e negros. Para Seligmann-Silva, escravização

(...) é a forma de dominação humana mais absoluta, exercida pela instauração da propriedade de um ser humano por um outro ser humano. Dominação completa sobre o corpo e que se exerce também sobre a mente, através da repressão máxima sobre todas as manifestações espontâneas da vontade, dos sentimentos e do pensamento. Situação em que o trabalho é imposto, quando necessário pela força, e sem respeito a quaisquer limites à exploração. Situação em que o indivíduo é despojado de quaisquer direitos (...). O próprio direito à vida foi freqüentemente menosprezado (...) na situação de escravidão em que tantos foram mortos a mando de seus senhores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A escravização indígena foi oficialmente abolida no século XVIII. A escravização dos negros somente foi oficialmente abolida em 1888.

Cabe destacar que mesmo antes do início da colonização do Brasil, particularmente a partir de 1441, Portugal já havia estabelecido um comércio expressivo de pessoas africanas escravizadas que, inclusive, eram “exportadas” para Espanha e Itália, significando o início do processo de diáspora africana que se intensificaria nos séculos seguintes (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Todo este processo não se dá sem resistência, expressões da *luta de classes* no continente. Na mesoamérica e nos Andes, onde se concentravam as civilizações mais complexas e organizadas do continente, o processo foi marcado por inúmeras revoltas, rebeliões e revoluções, assim como em outras regiões do continente.

No Brasil, já em 1556, na região litorânea entre os atuais municípios de Cabo Frio e Bertioga várias nações indígenas lideradas pela nação Tupinambá, iniciam uma guerra contra os invasores portugueses, conhecida como Confederação dos Tamoios, que irá se prolongar por mais de dez anos. Muitas outras guerras e rebeliões indígenas aconteceram como: a Guerra dos Tupinambás em Belém, iniciada em 1617, um ano após o estabelecimento dos portugueses na região; a Guerra dos Manaos, no Rio Negro,

iniciada em 1727; e a Guerra Guaranítica, na região dos Sete Povos no Rio Grande do Sul, iniciada em 1753. Também são inúmeras as ações de resistência da população negra, sendo talvez a mais significativa a guerra de Palmares. Palmares, um conjunto de vários povoamentos de negros que escaparam da escravização, teve seu auge por volta de 1670 quando atingiu uma população em torno de 20.000 habitantes. Desde o fim das invasões holandesas (1654), os colonizadores portugueses realizaram cerca de dezoito expedições de ataques contra Palmares que resistiu. Somente em 1695 Palmares foi derrotado.

Entretanto, o processo mais significativo de resistência ao processo colonial ocorreu na região Andina, no século XVII. Resistindo à invasão espanhola o povo Mapuche travou uma guerra sangrenta que resultou na derrota dos espanhóis. A Coroa espanhola celebra, em 1641, o Tratado de Killen (assinado nas margens do Rio Quillín), reconhecendo a soberania da Nação Mapuche, com sua fronteira no rio Bío Bío. Por mais de duzentos anos a nação Mapuche ainda se manteria independente, constituindo um país comunista baseado na sua tradição (CABRAL, 2010; GALEANO, 2015).

Portanto, com relação à forma dominante de produção, enquanto na Europa se estabelecia a relação capitalista de produção, notadamente a forma de *manufatura*, por aqui predominava a utilização de relações escravagistas ou relações de servidão, porém determinadas por interesses capitalistas e integradas ao sistema capitalista mundial em consolidação. Também, cabe registrar a existência de relações comunais de produção integrando a resistência ao processo colonial, tanto no citado país Mapuche como em diversas nações de povos originais do continente, comunidades quilombolas ou outras comunidades no interior do continente e do Brasil, que mantiveram e mantêm sistemas de caça e coleta ou agricultura com relações de produção comunal (DIAMOND, 1997; GALEANO, 2015)

Estes eventos também revelam que a luta de classes no continente se apresentou, neste período (mas não só), principalmente como processos de guerras étnicas contra as

populações originais em um processo histórico marcado por diversas formas de resistência..

No século XVIII, particularmente na segunda metade, vários eventos marcantes acontecem: a Inglaterra inicia a dominação colonial da Índia; as 13 colônias da América do Norte, ao derrotar o exército britânico se tornam independentes formando uma nova nação, os Estados Unidos; explode a Revolução Francesa onde a monarquia é derrubada do poder; se inicia a Revolução Industrial na Inglaterra.

È o início do período do *capitalismo liberal*. Os Estados Unidos, que desde seu início como nação se estabeleceu como um Estado liberal, se industrializa e amplia suas fronteiras para o Oeste e o Sul. A Inglaterra consolida sua dominação no subcontinente indiano e se inicia a ocupação e partilha da África pelos Estados Europeus e, em menor escala, pelos Estados Unidos, que se estende pelo início do século XX, em uma história marcada por muita violência e resistência dos povos africanos. A partilha colonial se estende para outras nações da Ásia e região do pacífico.

Instala-se o sistema semicolonial na China em 1842: a Inglaterra, defendendo os interesses de empresas que atuavam no tráfico de drogas, promove a guerra do ópio, derrotando o governo chinês. A dinastia Qing estabelece tratado com a Inglaterra realizando pagamento de dívidas de guerra e cedendo a administração de cidades para as companhias inglesas que comercializavam o ópio. Na sequência, sob ameaças de guerra, a imperatriz chinesa assina tratados semelhantes com França e Estados Unidos. O povo chinês realizará vários processos de revoltas e insurreições contra tais acordos, sendo muito significativo o estabelecimento de estado rebelde na China central, sob direção de taoístas, o *Reino Celestial de Taiping* em 1853. O estado foi atacado por tropas conjuntas do império chinês e dos países agressores, e derrotado em 1862 (MIN, 1983).

Em 1868 ocorre a Restauração Meiji no Japão com o fim do sistema feudal do xogunato, estabelecendo o domínio de uma nova oligarquia. Entre o fim do século XIX e o início

do século XX esta oligarquia japonesa promoveu investimentos que culminaram com a rápida industrialização do país.

Com a Revolução Industrial se estabeleceu na Europa, um novo modo de produção dominante. A *maquinaria simples*, que se inicia com máquinas movidas a vapor (combustão) logo incorpora a base técnica eletromecânica. Na *maquinaria simples* o trabalhador prepara, ajusta e aciona a máquina e, portanto ainda mantém um controle reduzido sobre a realização da tarefa. O capital busca criar mecanismos na tentativa de fazer o trabalhador aumentar voluntariamente seu ritmo de trabalho. Além disso, pelo fato de o maquinário ter vida útil limitada, devido aos avanços tecnológicos, em virtude da concorrência intercapitalista há a tendência de intensificação de seu uso com a introdução do trabalho em turnos ou trabalho noturno. Em seguida este modo de produção se estende para os EUA e Japão (NETTO & BRAZ, 2006; MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011).

No início de século XIX, a população escravizada do Haiti se revolta e derrota os franceses, se tornando a primeira nação independente da chamada América Latina. França e Estados Unidos organizam um bloqueio comercial contra a nação negra (GALEANO, 2015).

Ainda na primeira metade do século XIX a maioria dos países da “América Latina” conquista sua independência. Entretanto, alguns autores como Cardoso (1977) identificam que, apesar da fraseologia liberal ao nível das constituições, os Estados “latinoamericanos” apresentam importantes contradição relacionadas à soberania quando comparados com as premissas dos Estados Liberais devido a condição de dependência econômica da Inglaterra e dos EUA. Outra contradição é a ausência do pressuposto de igualdade formal entre indivíduos pela persistência da situação de escravização e de servilismo das populações negras e indígenas. Em alguns Estados a aspiração de um Estado Liberal foi inviabilizada por esta dupla contradição, prevalecendo regimes oligárquicos e autoritários. Outra diferença com relação à formação dos Estados Nacionais da Europa se refere à fragilidade dos que exerciam a direção do Estado em

relação a sociedade civil principalmente na Argentina, Uruguai e Colômbia onde os governantes necessitavam entrar em constantes negociações com outros setores da sociedade. Na América Central ocorreram situações onde a força social que constituiu o Estado não era uma classe social ou setor produtivo direto, mas a burocracia com destaque para o exército nessa burocracia, necessitando ser legitimado pelo reconhecimento diplomático, portanto externo .

Cabe situar que neste período, após o processo de independência, Chile e Argentina, em coligação, promovem contra os Mapuches a chamada “Guerra de Pacificação”, derrotando os Mapuches em 1883. Desde então as terras mapuches foram expropriadas e Chile e Argentina promovem uma política de assimilação e genocídio étnico, resultando na morte de milhares de mapuches, transferência de sua população para “reduções indígenas” e o deslocamento de muitos outros para as grandes cidades ou para terras áridas e empobrecidas. Os mapuches tiveram seu território original de 10 milhões de hectares reduzidos para 500 mil hectares (CABRAL, 2010).

O Brasil é o único caso do continente em que, antes da formação do Estado independente, em 1808, ocorreu o deslocamento do Estado da metrópole. A presença do aparelho burocrático imperial português teve como consequência uniformizar a conduta e o sistema judiciário, a administração das Províncias e promover certa homogeneização do espaço ideológico nacional. A independência do Brasil (1825) foi conduzida por um herdeiro do trono português que se tornou imperador do Brasil. Em decorrência das revoltas internas e da Guerra do Paraguai, o exército teve grande influência na formação do Estado nacional no Brasil. No período do primeiro reinado e da regência, na primeira metade do século, eclodiram vários processos insurrecionais como Confederação do Equador, Levante dos Malês, Balaiada, Sabinada, Guerra dos Farrapos e a Revolução Cabana. No segundo Reinado ocorre a Guerra do Paraguai (1864-1870). A república foi proclamada em 1889, um ano depois da abolição da escravização, sendo o Brasil o país onde esta relação de exploração foi formalmente abolida por último. A expressiva dimensão política e econômica do comércio de pessoas escravizadas garantiram sua

expansão e manutenção, mesmo frente ao longo tempo de pressões pelo seu término, tanto pelas lutas abolicionistas brasileiras, como pela opinião pública internacional.

Os países de capitalismo central adentram no *estágio monopolista* ou *imperialista* do capitalismo onde, ao mesmo tempo em que se processa a fusão do capital financeiro com o capital industrial, promovem a partilha do mundo entre as nações coloniais. Na produção industrial se mantém a produção de base eletromecânica se acirrando a disputa pelos mercados entre capitalistas da Europa e da América do Norte. A disputa entre estas nações irá desaguar na primeira Guerra Mundial.

Mesmo após os processos de independência dos países da “América Latina”, suas economias permanecem dominadas pela burguesia agrário-exportadora persistindo o modelo agro-exportador, com a produção econômica concentrada no campo, onde ocorre em larga escala a utilização de relações de servilismo e semi-feudais de produção. Este é o modo concreto de inserção do Brasil no sistema capitalista mundial.

No mundo, a resistência das populações exploradas, expressão da luta de classes, se manifesta como lutas dos povos contra a dominação colonial (Ásia e África) ou contra a herança colonial (nas Américas), lutas camponesas pela reforma agrária, lutas por direitos trabalhistas e outras formas de lutas.

Na organização do trabalho a novidade é a “administração científica do trabalho”.

O *taylorismo*, ou “administração científica do trabalho” se refere a um processo de racionalização do trabalho que se difundiu principalmente no início do século XX. Além de Frederick W. Taylor, outros autores como Henri Fayol e Henry Ford participaram desse movimento. A mudança substancial não ocorreu na base técnica do processo de trabalho, mas na sua organização. Nesse modelo de organização, o trabalhador perde o que resta do papel de sujeito e se transforma em objeto de produção. É estabelecido de antemão o quê e como fazer. Representa a separação extrema entre a concepção e a execução do trabalho (BRAVERMAN, 1981; GOUNET, 1999; PINTO, 2010).

O *taylorismo* se preocupou em reduzir o tempo gasto na execução de cada tarefa, fracionando o processo de trabalho em tarefas cada vez mais simples. É organizado a partir de três princípios:

1o. Princípio: “Dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores”. O conhecimento foi reunido pelo administrador e reduzido a regras, leis e fórmulas.

2o. Princípio: “Separação da concepção e execução”. Separação do trabalho mental, realizado por engenheiros, gerentes de produção etc., do trabalho manual, realizado por operários.

3o. Princípio: “Utilização do monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução” (BRAVERMAN, 1981).

Cabe assinalar que o *taylorismo* possui particular importância no campo da saúde porque, com as devidas adaptações, se inseriu de modo marcante na organização do trabalho em saúde, principalmente nos aspectos da hierarquização, da fragmentação e do estabelecimento de normatizações para os procedimentos.

O que é conhecido como *fordismo*, que também se insere na administração científica do trabalho, diz respeito ao ordenamento sequencial em cadeia do processo de produção fabril com o uso da esteira que determina o ritmo do trabalho. Acompanham mudanças na gestão da força de trabalho, com tentativa patronal de organizar a vida operária fora do espaço da fábrica. Particularmente nos Estados Unidos, o *fordismo* se caracterizou também por uma política de salários mais elevados para uma parcela dos trabalhadores e pelo incentivo a determinado padrão de consumo. Esta política se intensificou desde o final da II Guerra Mundial (PINTO, 2010).

Entre 1940 e 1970 se observa o que pode ser chamado de predomínio da “sociedade fordista” nos EUA que se expressa como período de conquistas de direitos sociais e/ou de bens materiais para os trabalhadores. No mesmo período se consolida o “Estado de Bem-

Estar Social” nos países europeus. No Brasil, de modo diferente - com intensidade muito mais restrita, marcado por avanços decorrente de muitas lutas, e retrocessos - se observa um movimento de inclusão social de segmentos de trabalhadores, desde a década de 1940, tendo como marcos a Consolidação das Leis do Trabalho na Era Vargas e a Constituição de 1988 (FRANCO; DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010).

Desde a década de 1970, se torna explícita a grande crise do capitalismo, crise de grande complexidade, que se caracteriza, dentre outras coisas, pela queda geral da taxa de lucro, hipertrofia da esfera financeira, esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista e crise do Estado de bem-estar social nos países de capitalismo central (ANTUNES, 2009). Como resposta o capital articula maior vinculação do Estado aos seus interesses promovendo ataques às conquistas dos trabalhadores como as oriundas da “sociedade fordista” nos EUA, do Estado de Bem-Estar Social nos países europeus e do movimento de inclusão social de segmentos de trabalhadores no Brasil. (ANTUNES, 2009; FRANCO; DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010).

Outro movimento se dá no sentido de promover maior concentração do capital, devido a fusões de empresas e na implementação de outros modos de organizar o trabalho, particularmente o que é chamado toyotismo (ANTUNES, 2009). As técnicas organizacionais do trabalho conhecidas como toyotismo foram desenvolvidas no Japão ainda na fase anterior aos processos de automação com base na microeletrônica e, portanto, podem ser empregadas em processos de produção de linhas de montagem da base eletromecânica. Entretanto, têm se mostrado mais adequadas aos processos com base na produção microeletrônica (HARVEY, 1992; GOUNET, 1999; PINTO, 2010).

Há várias diferenças entre o toyotismo e o taylorismo/fordismo. No toyotimo, o trabalhador é preparado para realizar múltiplas tarefas; há um sistema detalhado de bonificações; eliminação da demarcação de tarefas; longo treinamento para o trabalho; organização horizontal do trabalho; aprendizagem no trabalho; ênfase na co-responsabilidade do trabalhador; grande segurança no emprego para trabalhadores centrais e nenhuma segurança de trabalho para trabalhadores temporários (GOUNET,

1999; PINTO, 2010). A título de maior detalhamento destacam-se outras características relativas ao processo de produção no modelo implantado na Toyota, também conhecido como “no tempo certo” ou *just in time*: produção flexível e em pequenos lotes de uma variedade de tipos de produto; redução do tempo morto; foco na demanda; detecção imediata de erros, com controle de qualidade integrado ao processo; inexistência de estoque de produtos; rejeição imediata de peças com defeito; planejamento a longo prazo integrado à aprendizagem na prática (GOUNET, 1999; PINTO, 2010).

Sobre a tendência de *automação* dos processos de trabalho objetivando o aumento da produtividade, cabe salientar sua íntima associação com o modo de organização do trabalho. A *automação* se iniciou na fase em que predominavam os processos produtivos de base eletromecânica, mas se expandiu com o predomínio da produção com base na microeletrônica. Com a automação, reduz-se a participação da força de trabalho no processo produtivo e há tendência do trabalhador se tornar apenas um vigilante das diversas fases do processo. Em decorrência, ocorre redução no número de trabalhadores envolvidos diretamente no processo produtivo e aumento do número de trabalhadores nas tarefas de manutenção (GOUNET, 1999; PINTO, 2010). Como forma de reduzir custos muitas empresas terceirizam o trabalho de manutenção assim como outros trabalhos em serviços, ampliando a extração da mais-valia absoluta e a precarização do trabalho para amplos contingentes de trabalhadores.

Além das consequências já apontadas da crise do capitalismo, cabe destacar que, a partir da década de 1990, o Estado, nos países capitalistas, tem assumido um novo papel, visando atender às demandas das grandes corporações. O Estado promove mudanças de regras pela desregulamentação das normas e leis trabalhistas, incentiva negociações locais ou por empresas objetivando fragmentar o movimento sindical, realiza privatizações de empresas estatais, realiza intervenção estatal direta nos mercados e promove a privatização das necessidades coletivas, direitos sociais, e da seguridade social (MORGAN, 1996). Algumas consequências são comentadas por Franco, Druck e Seligmann-Silva:

“(...) o que se constata no mundo real do trabalho é um distanciamento crescente entre práticas organizacionais e direitos sociais conquistados. É o paradoxo que encerra o trabalho contemporâneo: sua combinação com precarização social, com adoecimento dos indivíduos e destruição ambiental (FRANCO; DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 230).”

Como parte do esforço para responder a esse novo panorama, intelectuais alinhados com o materialismo histórico têm procurado atualizar algumas formulações nesse campo a fim de instrumentalizar os trabalhadores para essa nova etapa de luta. Em *O capital*, Marx defendia a posição de centralidade, no interior da classe trabalhadora, para os trabalhadores que produzem a mais-valia, com destaque, para o proletariado industrial. Sem negar a importância deste setor que, entretanto, vem sendo reduzido nessa nova fase do capitalismo, Ricardo Antunes propõe uma nova categoria para exprimir como está ocorrendo a luta de classes: a classe-que-vive-do-trabalho, como expressão da classe trabalhadora que desempenha papel central no antagonismo à ordem capitalista no atual período histórico (ANTUNES, 2009). Nessa categoria estariam incluídos, além dos trabalhadores manuais, os trabalhadores não manuais, como aqueles dos setores financeiros e de serviços em geral, dos setores terceirizados e precarizados, inclusive os que executam o trabalho dentro das fábricas e que vêm se tornando vitais para o sistema. Também englobaria os trabalhadores do setor público e os trabalhadores que estão desempregados, devido à lógica perversa do capital (ANTUNES, 2009).

Antes de abordar as especificidades do trabalho em saúde, cabe algumas reflexões sobre o trabalho em serviços e o trabalho no setor público ou estatal.

O que caracteriza o trabalho em serviços é o fato da mercadoria produzida estar embutida no próprio ato do trabalho como valor de uso. Conforme Gomes escreveu, Marx já propunha uma definição apontando que “Serviço não é em geral mais do que uma expressão para valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade” (MARX, 1979, p. 118). Em uma fábrica o produto trabalho é uma coisa destacável do processo produtivo. No serviço, como em educação,

saúde e outros, a própria atividade é o produto útil como, por exemplo, uma aula, uma consulta, uma sessão de fonoaudiologia ou a instrução de um grupo de meditação. É assim também com o transporte de pessoas ou coisas e com atividades de manutenção ou segurança. O produto é o próprio trabalho *em ato* (GOMES, 2006). O trabalho *em ato* responde às necessidades humanas.

Na relação capitalista de produção, onde está presente a extração da mais-valia, o trabalho *em ato* é a atividade consumida como produto onde, também, não está delimitado a separação entre o momento de *produção* e o momento de *troca*. Portanto o trabalho *em ato* é o trabalho particular citado por Marx, que possui no capitalismo, além de um valor de uso, um valor de troca.

Pela característica do Estado, o trabalho no setor estatal responde diversas necessidades de produção e reprodução do capital mais em si mesmo não está integrado no circuito de valorização, ou seja, não produz mais-valia. Isto se aplica tanto nos setores que produzem bens materiais como nos setores de serviços. Um exemplo é empresa estatal CEME (Central de Medicamentos), desativada em 1997, onde os trabalhadores produziam fármacos distribuídos nos serviços públicos de saúde. A mesma coisa ocorre nas escolas e serviços de saúde ou outras instituições públicas, mesmo que produzam riquezas (não capital) ou recebam valores como taxas, contribuições ou pagamento de serviços, quando são exclusivamente estatais. Portanto, sob a ótica da acumulação capitalista, o trabalho realizado por instituições estatais está fora do ciclo produtivo capitalista, pois não produz mais-valia. A mesma coisa ocorre com os produtores independentes, não assalariados que, portanto, não estão submetidos ao ciclo de produção de capital, realizando trabalho improdutivo na lógica da acumulação capitalista (GOMES, 2006).

O trabalho em saúde

No feudalismo o trabalho em saúde se caracterizava pela diversificação da organização técnica e social dessas práticas. Um grupo possuía uma qualificação erudita,

necessitando passar por formação em mosteiros ou, a partir do século X, também em universidades, no caso os *físicos*, médicos clínicos da época. Outro grupo, mais diversificado, era composto por “práticos” ou leigos. Os principais representantes deste grupo eram os cirurgiões, cirurgiões-dentistas e boticários que por sua habilidade podiam desfrutar de prestígio e também os barbeiros e as parteiras, sendo que estas últimas desenvolviam um trabalho mais de cunho filantrópico (GOMES, 2006).

Um grupo restrito, geralmente das classes dominantes, utilizava os serviços dos profissionais de saúde mais respeitados, particularmente dos *físicos*, que recebiam remuneração direta pelo seu trabalho ou podiam ser empregados diretamente pela nobreza e clero. As outras classes geralmente utilizavam serviços de profissionais como barbeiros, parteiras ou dos outros “práticos”. Cabe também salientar a inexistência de um corpo técnico que unificasse as diversas práticas de saúde. Nesta forma de organização do trabalho em saúde e da assistência à saúde da população, ressalta a pouca importância dispensada à reprodução da principal força de trabalho do período, os camponeses (GOMES, 2006).

Com relação ao Brasil e às medicinas populares e tradicionais historicamente utilizadas pelas classes populares, cabe uma distinção entre as duas definições: medicina tradicional é a medicina autêntica de determinado grupo étnico que se forma ao longo de um enorme processo de entendimento sobre o que é enfermidade e de um imenso reconhecimento da natureza (natural e humana) como fonte de recursos terapêuticos eficazes. Estas medicinas mantêm coerência com determinadas interpretações de mundo; medicina popular significa a reunião de práticas e conhecimentos de uma ou mais medicinas tradicionais com os conhecimentos de saúde hegemônicos e com informações divulgadas por diversos veículos de comunicação como manuais, livros, jornais e televisão. Conforma-se como conhecimento essencialmente prático não necessitando de coerência com determinada interpretação de mundo (DI STASI & HIRUMA-LIMA, 2002). Com estes esclarecimentos iniciais registramos algumas informações gerais sobre o grupo de medicinas tradicionais dos povos originais do Brasil: a medicina indígena.

As medicinas tradicionais dos povos indígenas são abrangentes e totalizadoras. O ser humano e a natureza são integrados inclusive no que designamos dimensão espiritual. Há uma grande ênfase no adoecimento espiritual, que pode ser provocado pelo descompasso do ser humano com os ritmos e ciclos naturais e também pelos relacionamentos humanos que envolvem emoções e condutas destrutivas, como posse, raiva e relações de dominação.

A relação com a natureza ou *com as outras sociedades presentes na natureza*, quando realizada de forma descuidada ou destrutiva, pode determinar o adoecimento das pessoas e provocar transtornos ou adoecimentos das comunidades (algo similar ao que chamamos de epidemias). Estas esferas, das desarmonias emocionais ou das condutas inadequadas na relação com a natureza e que determinam muitos processos de adoecimento, com frequência, estão associadas (JECUPÉ K W, 2001; PAULA, 2009).

A manifestação do adoecimento pode ocorrer no âmbito emocional ou espiritual e no âmbito do corpo físico. A cura está profundamente associada com a harmonização do espírito da pessoa ou com as potencialidades da natureza de proporcionar a harmonização e a vitalidade do ser humano. Então as culturas indígenas desenvolveram diversos métodos e sistemas para proporcionar esta sintonia com a natureza.

Utilizam em larga escala o canto, a dança e outros rituais coletivos para obterem a harmonização (JECUPÉ K W, 2001; PAULA, 2009). Os processos de cura costumam ser realizados através de rituais que podem envolver cantos, danças, toques, cachimbos com fumeção e outros recursos. Podem ser utilizados também remédios, como plantas ou preparados vegetais. Os remédios são bastante utilizados para tratar cortes, traumatismos, dores e outros sintomas.

Os detentores do conhecimento profundo da cura, médicos tradicionais dos povos indígenas, no tupy-guarani são chamados de pajés. A utilização desta designação - médicos tradicionais dos povos indígenas - se dá para facilitar esta explanação, mas é necessário ressaltar que seus conhecimentos e intervenções não se restringem ao campo da saúde e das enfermidades. Em muitos povos, há uma divisão entre os médicos

tradicionais que conhecem e realizam o tratamento com plantas e os que utilizam conhecimentos mais profundos. Os médicos tradicionais dos povos indígenas são pessoas especiais, com sabedorias particulares e acesso a outras esferas de conhecimento, outros mundos, “dimensões espirituais” ou “dimensões psíquicas”. Podem acessar estes variados conhecimentos através de sonhos ou estados de transe. O aprendizado ou transmissão deste conhecimento é complexo e predominantemente vivencial. Os médicos tradicionais dos povos indígenas por viverem, em parte, nestas outras esferas ou mundos, têm uma vinculação singular com a vida das aldeias. Inclusive não precisam pertencer a um determinado grupo ou povo para serem aceitos e praticarem sua medicina (JECUPÉ K W, 2009; PAULA, 2009)).

Como outras medicinas tradicionais, as medicinas indígenas não se restringem à manutenção do corpo biológico, como o faz a medicina ocidental moderna, mas se relaciona com a complexidade da vida, que abrange o modo de estar no mundo e as relações sociais.

No Brasil, no âmbito da sociedade colonial, as principais informações documentais do período colonial são os registros da Fisicatura, instituída em 1810, no período imperial, através do Regimento do Físico-mor. As informações se referem principalmente aos documentos emitidos pela fisicatura, as cartas (documentação para o exercício permanente do ofício) e as licenças (documentação para o exercício provisório). Os ofícios registrados são de profissões de origem acadêmica: médicos, boticários e cirurgiões e os de origem na medicina popular: sangradores ou barbeiro-sangradores, parteiras e curandeiros, exercidos basicamente por negros escravizados, negros alforriados, mulheres, índios e seus descendentes. Os mais abastados faziam uso tanto dos profissionais de origem acadêmica como dos praticantes da medicina popular que desfrutassem de prestígio. Já as classes populares utilizavam apenas a medicina popular, notadamente os serviços das parteiras e curandeiros e nos meios urbanos também sangradores ou barbeiro-sangradores. Vale citar que os navios que realizavam o tráfico de escravizados da África, em geral contavam apenas com sangradores para tratar dos

negros que transportavam. Cabe citar também que era comum os senhores utilizarem negros escravizados como praticantes de medicina popular, principalmente barbeiro-sangradores, para usufruírem os rendimentos de seu trabalho (PIMENTA, 1998; PORTO, 2006). Em períodos anteriores estas profissões, pelo menos em parte, já estavam estabelecidas no Brasil.

Na Europa, estabelecido o período concorrencial, se configura um novo panorama onde uma nova forma de mercadoria capaz de gerar valor, a *força de trabalho*, determina um outro olhar sobre a saúde, pois passa a adquirir importância a manutenção da capacidade do corpo do trabalhador, ou seja, a reprodução da força de trabalho,. Além deste aspecto da dimensão infraestrutural, a partir do século XIX, a nova concepção de saúde e doença, composta pela clínica e fisiologia, pelos objetos *doença e patologia*, reforça a ideologia construída pela classe dominante, conforme ressalta Gonçalves:

(...) ao ter concebido a saúde e a doença como fatos objetivamente determináveis e ter inculcado essa concepção no conjunto da sociedade, transformou a saúde e a doença em “bens” cuja desigual distribuição estratifica os seres humanos quantitativamente, negando suas diferenças de qualidade: e isto se demonstra permanentemente no fato de que a doença que é diagnosticada reduz o homem concreto que aporta à condição de ser humano sem outras adjetivações senão essa que lhe é aposta pela medicina, individualizado e ao mesmo tempo universalizado igualmente através do mal e da prática que a esse mal se dirige (GONÇALVES, 1979, p. 172).

Portanto a reelaboração das concepções e práticas médicas que conformam o campo da saúde, se alinham com a concepção de igualdade social entre os homens, contribuindo com a *normalização social*. Esta configuração passa também pela unificação de saberes e práticas em um campo estruturado de conhecimento, a clínica, embasada no conhecimento das ciências biomédicas colocando o médico no controle dessas práticas e retirando a legitimidade de outras práticas de saúde constituídas (GONÇALVES, 1979; LUZ, 2004; GOMES, 2006).

A nova configuração ocorre conforme a interpretação positivista do mundo associada aos valores da doutrina liberal, que pressupõe o indivíduo como centro do mundo, espelhada nos indivíduos capitalistas que controlam a produção de acordo com seus interesses

individuais e leis do mercado, sem obrigação de responder às necessidades sociais (GONÇALVES, 1979; GOMES, 2006).

Na nova configuração, onde a clínica se apresenta como método de trabalho principal, as antigas profissões se reorganizam. O trabalho do antigo físico é herdado pela clínica médica, o dos antigos cirurgiões, pela clínica cirúrgica, os cirurgiões, o médico clínico, os cirurgiões-dentistas pela clínica odontologia. O trabalho dos antigos boticários é herdado pelos farmacêuticos-bioquímicos e o trabalho filantrópico em auxílio ao trabalho dos físicos e cirurgiões pelas irmandades religiosas, se reorganiza na enfermagem, ambos os trabalhos associados ao exercício da clínica. Outras profissões que surgem no campo da saúde, já no período monopolista, irão se estruturar sob o método de trabalho da clínica como no caso da psicologia e nutrição (GOMES, 2006).

Entretanto é preciso registrar que o primeiro modo como a medicina positivista se validou socialmente foi através da epidemiologia, e não da clínica, Sob as diretrizes do Estado capitalista e embasadas no conhecimento da medicina são desenvolvidas ações sanitárias visando organizar e higienizar os espaços urbanos no enfrentamento de grandes epidemias e também reconfigurando a “assistência” às populações pauperizadas visando maior controle da força de trabalho, o que se dava com caráter repressivo forçando a inclusão dos sujeitos no trabalho pelo uso de mecanismos de punição. As ações de sanitarismo do ambiente incluíam a vacinação obrigatória, readequação do espaço urbano e incentivo a adoção de determinados hábitos (SAYD, 1998; GOMES, 2006).

Com as modificações que caracterizaram o próximo período do capitalismo, o estágio monopolista ou imperialista, que perdura até o momento atual, se conformam as características atuais do processo de trabalho em saúde onde predomina a assistência individual.

Em 1979, no livro *Saúde e sociedade*, trabalho considerado um clássico do campo da saúde coletiva, Maria Cecília Ferro Donnangelo identificou três papéis que os cuidados de saúde assumem na ordem capitalista:

1- Participação na reprodução social através da reprodução da força de trabalho e das relações de produção - os cuidados de saúde ao trabalhador -, facilitando o processo de acumulação capitalista. Esse papel no processo de produção se articula com a produção de mais-valia relativa através do aumento da produtividade do trabalho.

Significa também os cuidados para além da força de trabalho já incorporada à produção, direcionado para força de trabalho potencial, ou seja, os futuros produtores e o exército industrial de reserva, como explica Donnangelo: “Esse é, sem dúvida, um dos pontos a serem considerados para explicar a ênfase atribuída a programas médicos destinados a diferentes grupos sociais, tais como os que se desenvolvem na área materno-infantil” (DONNANGELO, 1979, p. 37).

2- Garantia do consumo de mercadorias, particularmente as relacionadas ao apoio diagnóstico e à terapêutica. Isso significa a realização da mais-valia produzida em diferentes setores industriais. As práticas de saúde estão constituídas para realizar o consumo, em escala sempre crescente, de determinadas mercadorias de acordo com a lógica de reprodução capitalista, ou seja, na medida em que se interpõem novos meios de trabalho, sintetizados em um conjunto sempre crescente de produtos destinados ao diagnóstico e ao processo terapêutico, notadamente os produtos da indústria farmacêutica, garantido pelo monopólio sobre as ações de saúde, notadamente pelos médicos, o que é legitimado inclusive do ponto de vista ético e jurídico (DONNANGELO, 1979).

3-Incorporação pelas práticas de saúde, notadamente a prática médica, de um projeto de normatização das condutas de diferentes classe ou setores sociais. Definem-se princípios referentes ao significado da saúde que resultam na interferência sobre a organização das populações e de suas condições de vida. O projeto de normatização resulta, por exemplo, no controle de antagonismos sociais ou nas doutrinas higienistas. Sempre significa a articulação das práticas de saúde com a superestrutura política e ideológica.

Partindo da discussão apresentada por Donnangelo, Dourado (2012) identifica cinco mecanismos pelos quais a medicina contribui na manutenção e reprodução do sistema capitalista. Além da reprodução da força de trabalho, consumo de mercadorias do

complexo médico-hospitalar e normatização de condutas, identifica também os mecanismos de contenção social e realização da mais-valia diretamente através da exploração do trabalho em saúde (DOURADO, 2012). Sobre a contenção social indica que:

A incorporação de parte das demandas populares pelo Estado capitalista, se processa através da captura de uma parcela das lideranças e dos movimentos sociais de reivindicação para uma luta no interior dos espaços institucionais. Com isso, o Estado capitalista consegue não só amenizar as tensões sociais e as manifestações populares através da ampliação dos serviços de saúde, como também consegue cooptar os movimentos potencialmente transformadores e críticos à estrutura social para dentro do Estado (DOURADO, 2012, p. 16).

Os setores de serviço possuem uma característica que o distingue do setor fabril, considerado setor produtivo nos primeiros textos de economia política. Nesse setor, o trabalho não resulta em um produto separado do trabalhador, embora sejam explorados de maneira capitalista, com assalariamento e extração da mais-valia. (MARX, 1979). Na fase monopolista, atual momento do capitalismo, em panorama de crise pela tendência constante de queda da taxa de lucro, muitas atribuições assumidas pelo Estado passam a ser cobiçadas pelo capital e, pelo poder que os capitalistas exercem sobre o estado, setores como a educação e a saúde são transferidos para o setor privado (HARVEY, 1992; ANTUNES, 2009). Sobre a realização da mais-valia diretamente através da exploração do trabalho em saúde, Dourado (2012) aponta que:

(...) o modo de produção capitalista desenvolveu a tal ponto as forças produtivas como jamais visto na história da humanidade e adentrou sua fase monopolista. É característica dessa fase do capitalismo o fato de o capital passar a impor ao trabalho em suas mais diversas apresentações, inclusive o trabalho em serviços, características muito semelhantes ao trabalho produtor de “bens materiais”, seja nas formas de organizar a produção (parcelarização do processo de trabalho; separação entre planejamento e execução; incorporação cada vez maior de tecnologia) seja na subordinação dos trabalhadores às relações capitalistas de produção [a partir da expropriação das condições objetivas (os meios de produção) e das condições subjetivas do processo de trabalho (o saber operário)].

Com esse desenvolvimento das forças produtivas e devido à queda tendencial da taxa de lucro, há conseqüente procura por setores para se investir (...) a área de prestação de serviços (inclusive a saúde) tornou-se atraente para o investimento de Capitais, sendo, hoje, importantíssimo setor para a valorização do Capital (DOURADO, 2012, p. 18).

A organização do trabalho em saúde se dá como um reflexo das relações sociais do modo de produção hegemônico; apesar de não haver a transposição das relações gerais da sociedade para a produção de saúde, o trabalho em saúde é por elas determinado. Isso é claramente observado ao analisarmos o desenvolvimento das forças produtivas no campo da saúde e compará-lo às diferentes formas de organização da produção sob o capitalismo, quando se percebe como essas formas de organização se refletiram sobre a organização da produção da saúde. Um exemplo é o modo de organização taylorista que predomina na organização do trabalho nos serviços de saúde, notadamente dos hospitais.

Partindo para a análise do trabalho em serviços e suas mudanças no século XX, percebe-se a tendência de sua subordinação à dinâmica de valorização do capital. No campo da saúde, trabalhos que eram realizados por profissionais autônomos passam a ser organizados no modo de produção coletiva incorporando elementos da divisão do trabalho na medida em que se consolida o processo de subordinação da prestação de serviços de saúde por empresas de propriedade de capitalistas. Com o tempo amplia-se a extração da mais-valia dos trabalhadores da saúde e vai-se consolidando a inclusão da prestação de serviços em saúde no ciclo produtivo do capital (GOMES, 2006; DOURADO; LOPES, 2011).

No âmbito das repercussões do período atual do capitalismo sobre a saúde dos trabalhadores, sob o domínio da ideologia e da política neoliberal, cabe destacar, entre os trabalhadores, a tendência de precarização das condições de trabalho em todos os níveis, particularmente dos imigrantes, e o estreitamento da oportunidade de trabalho, que se reflete no crescimento da população descartada do mercado de trabalho e do contingente de jovens colocados diante do estreitamento da perspectiva de inserção laboral que poderão “engrossar” o primeiro grupo (SELIGMANN-SILVA, 2011).

No continente se somam os efeitos da herança colonial os efeitos da precarização e da exclusão ocorrem de modo mais contundente com as populações indígenas, negras e seus descendentes (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Cabe ressaltar que desde o período do capitalismo concorrencial, até meados do século XX, já na fase do capitalismo monopolista, o exercício do trabalho em saúde pelos médicos e outros profissionais que exerceram a clínica, se organizou nos moldes do trabalho artesanal, se apresentando o trabalho, portanto, como prática liberal, pautada nos valores de autonomia individual. Com as modificações observadas nas últimas décadas e esta modalidade se restringe sendo substituída pelo trabalho assalariado, os valores herdados da prática liberal se mantêm apenas como valores ideológicos, dificultando a identificação de parte dos trabalhadores de saúde com os outros trabalhadores (GOMES, 2006). Entretanto, o dinamismo social decorrente das contradições geradas pela sociabilidade capitalista, produz e produzirá grandes tensões, como já se verifica na tendência da divisão técnica do trabalho que fez e fará surgir novas profissões no campo da saúde, na extensão do assalariamento, na penetração do capital no que eram antes serviços estatais de saúde e na precarização do trabalho em saúde, inclusive dos médicos, como ocorre com os médicos residentes.

No campo da resistência à hegemonia das conformações capitalistas, cabe também salientar o caso das racionalidades e práticas de saúde das medicinas tradicionais, incluindo os que mantiveram estas práticas vivas que, mesmo excluídas por longo período do campo das práticas de saúde reconhecidas pela conformação hegemônica, sobreviveram e hoje, de um modo ou outro, passam por processo de reconhecimento. Resta saber se, mantendo seus valores, fundamentos e práticas, resistirão à descaracterização que tende a ser imposta na incorporação pela ordem dominante.

1.3.6 Um enfoque das necessidades de saúde

Nessa pesquisa, o enfoque das necessidades de saúde se baseou na proposta elaborada por Norma Matsumoto e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, em 1999 (CECILIO, 2001). Tomando como referência o princípio da Integralidade, formularam uma proposta que utilizamos para Classificação necessidades, em quatro grupos:

- Tecnologias de saúde;
- Vínculos (a) efetivos;
- Autonomia;
- Boas condições de vida.

Pela discussão com os participantes da pesquisa, renomeou-se o terceiro grupo que, em vez de *autonomia*, foi alterado para *desenvolver capacidades potenciais e efetivas*.²⁴

A proposta referente ao primeiro grupo de necessidades preconiza que as pessoas que utilizam os serviços das unidades de saúde tenham acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Dessa forma, os referidos autores propõem uma reconceitualização, adotando os conceitos de tecnologias leve, leve-duras e duras proposta, por Merhy (2014), com base na ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive.

Assim, as tecnologias duras seriam as que incorporam quantidade significativa de trabalho morto, fruto de outros momentos de produção, como os equipamentos e as máquinas. Destarte, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos, e possuem tendência a valor de troca elevado. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, sejam as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros. Caracterizam-se por conter trabalho capturado, porém com possibilidade de expressar trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato e condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e desenvolvimento ou recuperação de potencialidade (FRANCO e MERRY, 2013; MERRY, 2014).

O enfoque das necessidades relacionadas com a busca de tecnologias para melhorar e

²⁴ Ao final deste item, apresentamos a compreensão do autor sobre o uso da concepção de autonomia.

prolongar a vida implica em necessidade de imprimir mudanças no processo de trabalho, tomando, como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Nesse sentido, defende que as mudanças serão potencializadas se se incorporassem, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários (FRANCO e MERRY, 2013; MERRY, 2014).

O segundo grupo de atenção às necessidades de saúde se refere à criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, o que presume responsabilidades. A reconceitualização proposta se refere ao entendimento de que o vínculo é mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa. Significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, e também calorosa: encontro de subjetividades (CECILIO, 2001).

O terceiro grupo se refere à necessidade de cada pessoa desenvolver ou recuperar suas capacidades, potenciais e efetivas, no seu modo de andar a vida. A reconceitualização proposta vai além da informação e educação em saúde. Refere-se à possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, sabendo-se que essa ressignificação poderá ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (CECILIO, 2001).

O quarto grupo de atenção às necessidades de saúde diz respeito a se ter “boas condições de vida”. A reconceitualização proposta se refere ao entendimento de como os diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres, no processo produtivo nas sociedades capitalistas, são as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer. Processo produtivo significa inserção no trabalho, mas também acesso a direitos e bens, como exemplo água tratada, condições de moradia, patrimônio de conhecimento da humanidade (CECILIO, 2001).

Crítica à noção de autonomia

Sem aprofundar uma discussão sobre a noção de indivíduo e como esta orienta práticas e ações em saúde, procurar-se-á apenas levantar alguns elementos sobre a noção de autonomia que está articulada a de indivíduo livre. Tomam-se as referências de Marx (1857/1999) ao apontar que, juntamente com as transformações econômico-sociais que se iniciam no século XVI, funda-se uma nova concepção de sujeito. O sujeito moderno é reconhecido e se reconhece como indivíduo, consciente, livre e autônomo, defensor da liberdade e igualdade, noções que são pilares ideológicos da sociedade burguesa.

Com o recorte que necessita ser feito para este trabalho de pesquisa, cabe problematizar em que medida e de que forma a noção de indivíduo livre e autônomo se apresenta nas práticas de saúde. Se, para Marx, o indivíduo livre é uma aparência da sociedade burguesa, o que se procura apontar aqui é que a noção de indivíduo como unidade independente e autônoma, isolado dos demais, das condições sociais, econômicas e culturais constitui-se em mecanismo ideológico que tem fortes consequências para as relações e ações que se estabelecem. A noção de autonomia aparece como um ideal de saúde, o qual é utilizado mesmo por autores que têm objetivo de realizar a crítica às concepções hegemônicas no campo da saúde. Etimologicamente autonomia está relacionada com estabelecer as próprias normas, o que necessariamente remete à noção de liberdade.

Com essas breves questões, fazem-se algumas perguntas: É possível a liberdade na sociedade capitalista? Por que a autonomia é um ideal? Qual o contrário de autonomia? Autonomia é uma noção que necessariamente está ligada a uma sociedade de livre concorrência, onde o outro, como diz Eduardo Galeano, é sempre um competidor, um adversário? Em uma sociedade de sujeitos associados, a noção de autonomia ainda será um ideal? Na compreensão adotada neste trabalho, autonomia está em íntima associação com a de indivíduo livre, assim, autonomia pode ser tomada como repertório, ideologicamente posto, que obscurece a realidade de uma ordem que submete, explora e toma para si a vida dos trabalhadores. É ocultar os mecanismos de desigualdade propor,

por exemplo, que adolescentes oriundos de serviços de acolhimento institucional sejam declarados autônomos aos dezoito anos de idade. Ao se trabalhar com essa noção, os jovens que, ao completar dezoito anos, não alcançam condições de “autonomia” não reconhecem a falácia que é essa concepção e muito provavelmente a vivem como fracasso individual. O mecanismo ideológico transforma o que pertence ao âmbito social e político em capacidade ou fracasso individual. Quais são os critérios de autonomia? É não depender do outro? Por que depender do outro é um valor negativo?

Cabe ressaltar ainda que, no processo desta pesquisa, e quando já se tinha travado debate sobre o tema, tomou-se conhecimento sobre uma pesquisa de doutorado, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), que tem como objeto a problematização da proposta de autonomia no campo da saúde mental. Saber de tal estudo encorajou a formalizar esta discussão, tal como é apresentada neste espaço, entretanto não se teve acesso ao seu conteúdo. E, citando Galeano:

A fome – Um sistema de desvínculo: *Boi sozinho se lambe melhor...* O próximo, o outro, não é seu irmão, nem seu amante. O outro é um competidor, um inimigo, um obstáculo a ser vencido ou uma coisa a ser usada. O sistema, que não dá de comer, tampouco dá de amar: condena muitos à fome de pão e muitos mais à fome de abraços (GALEANO, 2011, p, 81).

1.3.7 Meditação, saúde e sofrimento

Quando se abordam as práticas meditativas oriundas de diversas tradições observa-se que sua prática ocorre com três características principais, independente da tradição a que pertencem: A vinculação com valores éticos e a busca de conhecimentos; a realização, com alguma periodicidade, em grupos; a utilização da concentração meditativa como processo para conhecer e acalmar a própria mente. Normalmente se consideram estes três aspectos como interdependentes.

Na questão do conhecimento e dos valores, costuma ter bastante destaque a compreensão

da insubstancialidade da individualidade e do *ego*, da compreensão e valorização do trabalho social, das qualidades dos outros e de que a existência social e os interesses coletivos devem prevalecer sobre os interesses individuais. Em geral, além do desenvolvimento da consciência do coletivo se aprende também sobre o imenso valor de toda a natureza e a íntima ligação dos seres humanos com ela. Em momento algum, nas práticas tradicionais se objetiva fortalecer o individualismo e reforçar o *ego*. Quando isto ocorre é uma distorção da compreensão dos praticantes ou instrutores.

A prática em grupos propicia a partilha de experiências, a formação de laços e da solidariedade. Portanto não se dá ou não deveria de dar como relação bilateral entre discípulo e mestre, visando reforçar algum tipo de subordinação ou de culto a personalidade. O que se busca é desenvolver o sentimento de gratidão, não somente por quem instruí a meditação e, portanto, generosamente partilha seus conhecimentos, mas também para com todo grupo e mesmo para com todos que partilham e contribuem com a vida de todos. Em algumas práticas, inclusive, se faz uma reverência e agradecimento inicial ao trabalho dos que não estão presentes, como os que construíram as instalações que se está utilizando para a prática, aos que construíram os objetos que se utiliza, aos que realizam a limpeza e manutenção das instalações, aos que desenvolveram e transmitiram a técnica de meditação e também aos que plantaram os alimentos que alimentaram os que realizaram o trabalho direto, aos que preparam os alimentos e assim por diante. Com isso, espera-se fazer ver como, em cada coisa que se faz, se depende de muitos outros, que todos estão inseridos, sob todos os aspectos, em uma vida social e que se depende, e se deve ser gratos, do trabalho de muitos outros, enfim, do trabalho social. Isto se relaciona muito ao desenvolvimento de valores e do conhecimento.

A concentração meditativa permite, aos poucos, “silenciar a mente” e perceber os próprios pensamentos, que por sinal não são próprios. Têm origem social. Permite a pausa para melhor compreensão e, se a prática for persistente, inclusive o conhecimento da origem dos pensamentos e de suas consequências. Pode, portanto, ser valioso para o rompimento de condicionamento, preconceitos, indiferenças e acomodações e para o desenvolvimento da coerência entre o que se pensa, o que se fala e como se age.

Entretanto, nestas interpretações, alguns cuidados devem ser tomados. Uma questão se relaciona com o questionamento ao apego pelo *ego*. A individualidade e a construção do *ego* é um importante artifício desenvolvido pelos seres humanos para lidar com o mundo real. O *ego*, portanto, cumpre funções na reprodução da humanidade e das sociedades humanas e, constituindo a condição humana, é amplamente determinado pelo processo histórico.

Em uma determinada sociedade dividida em classes, o capitalismo, se configura uma determinada concepção de indivíduo amplamente difundida pelo aparato ideológico, cujo maior compromisso é consigo mesmo ou, no máximo, com o ego expandido representado pelos familiares, pessoas com quem mantém laços estreitos ou naqueles com quem estabelece mecanismos de projeção. De outro lado expõe uma outra parcela imensa a processos constantes de desgaste da autoimagem na forma de desrespeitos, ofensas, humilhações, condições de vida material de extrema precariedade ao lado de aspirações reiteradamente fabricadas e negadas. Isto provoca, não o desenvolvimento espiritual em larga escala, mas processos de sofrimento psíquico intenso que repercute de diferentes modos como sentimentos de autodesvalorização profundos, tristeza, vergonha e ressentimento. Como esta situação de violência faz parte do cotidiano social, como foi “naturalizada”, pode-se introjetar este comportamento. Por exemplo, quando em situação onde se dispõe de algum poder - que pode ser na realização de um atendimento enquanto trabalhador de serviço público e mesmo na instrução de um grupo de meditação - pode-se reproduzir falas e atitudes desrespeitosas, principalmente direcionadas para pessoas das classes populares ou, de algum modo, estigmatizadas e ao mesmo tempo produzir justificativas para tal procedimento, como o de que o desrespeito é um benefício para a pessoa desrespeitada, pois o que foi atacado foi seu *ego*.

Ainda neste enfoque, em variadas tradições, desenvolveram-se reflexões sobre alguns aspectos vinculados às práticas meditativas. Um desses aspectos é a compreensão da mente com interpretação partilhada por várias correntes. A mente é um “órgão” ou o aspecto da “consciência” que traz informação do universo externo, através dos sentidos, e do corpo gerando informações, tornando possível que se entenda a realidade.

A mente só tem capacidade de processar uma coisa de cada vez, entretanto, é agitada e turbulenta, sem que seja possível controle sobre ela. Tal turbulência gera desequilíbrio ou de adoecimento (YÜN, 2003; JIA, 2004; CHERNG, 2008).

Porém a experiência humana em diferentes épocas e diferentes sociedades identificou que a agitação e a turbulência da mente são decorrentes da falta de exercícios mentais, sabendo-se que a atenção e a concentração são os melhores exercícios para a mente.

Nesse enfoque, atenção significa estar atento ao que acontece. Focar ou dirigir a atenção da mente completamente em um objeto é concentração. A experiência repetida da concentração, obtida com as práticas meditativas, conduziria a outro estágio, o estado meditativo propriamente dito (YÜN, 2003; JIA, 2004; CHERNG, 2008).

Provavelmente o principal motivador para as iniciativas e estudos visando à incorporação da meditação como prática de produção de saúde seja o conhecimento de que essa prática está profundamente vinculada com o enfrentamento e superação do sofrimento humano (JIA, 2004; SILVA e HOMENKO, 2002). Esse enfoque possui uma forte identificação com os propósitos dos profissionais de saúde e com o compromisso dos serviços públicos de saúde.

No campo da saúde mental, entre os militantes da reforma psiquiátrica, também se estabeleceu a experiência de atuar sobre o que foi denominado sofrimento psíquico, inclusive articulado com a compreensão do sofrimento social.

No livro que organiza uma reflexão sobre a experiência da *Proposta do Modelo Integral em Saúde Mental da Prefeitura do Município de São Paulo*, de 1989, no seu prefácio se afirma que:

O objetivo da prática psiquiátrica é o sofrimento psíquico experimentado pelo indivíduo em sua relação com o mundo em que vive, sofrimento que restringe seu horizonte de possibilidades, que pode diminuir ao extremo sua capacidade de responder criativamente às injunções que a vida lhe impõe (BEZERRA Jr., 1999).

Ao se referir aos princípios do projeto que foi implementado em São Paulo nesse período, a questão também é destacada:

O critério que possibilita uma avaliação de pertinência ou justeza de uma ação - seja ela clínica, política ou organizacional - será a sua maior ou menor capacidade de aumentar as condições necessárias para que se atinja o objetivo maior de qualquer prática no campo da saúde mental: diminuir o sofrimento psíquico e ampliar os horizontes vitais de todos os que a ele recorrem em busca de ajuda. Fica claro, portanto, que o critério é de natureza ética (BEZERRA Jr., 1999).

Portanto, a experiência de formular uma compreensão sobre o sofrimento no campo da saúde, o sofrimento psíquico, e mesmo sua experimentação como projeto implantado em ampla escala, não é uma novidade para a saúde, particularmente no município de São Paulo onde esteve presente em um programa de sucesso. Nessa perspectiva, nada impede que tal abordagem seja retomada e ampliada, tendo em vista sua atuação nos sofrimentos psíquico, físico e social, o que se revelaria um objeto para desempenho dos trabalhadores da saúde, articulados com uma perspectiva de integralidade e humanidade, portanto com os princípios declarados dos que defendem uma ação para além do objeto restrito da biomedicina.

1.4 SOBRE A PESQUISA PARTICIPANTE

Conforme explica Carlos Rodrigues Brandão, o que podemos denominar como campo da *pesquisa participante* origina-se em diferentes lugares e tempos, vinculados a diversas práticas sociais, diferentes fundamentos teóricos e finalidades (BRANDÃO, 2006 b). O referido campo tem recebido várias denominações como *pesquisa participante*, *observação participante*, *intervenção participante* e *pesquisa-ação*²⁵ (GERALDI ET ALII, 1998).

²⁵ Para explicar sobre a relação entre pesquisa participante e pesquisa-ação, recorremos a Michel Thiollent: "Isto é uma questão de terminologia acerca da qual não há unanimidade. Nossa posição consiste em dizer que toda pesquisa-ação é de tipo participativo: a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados é absolutamente necessária. No entanto tudo o que é chamado pesquisa participante não é pesquisa-ação. Isso porque pesquisa participante é, em alguns casos, um tipo de pesquisa baseado numa metodologia de observação participante na qual os pesquisadores estabelecem relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada com o intuito de serem melhor aceitos. Neste caso a participação é sobretudo dos pesquisadores [...]" (THIOLLENT, 2011, p. 21)

Na tradição do Sul, do continente em que habitamos, a *pesquisa participante* se estabeleceu principalmente com os trabalhos de Paulo Freire no Brasil e Orlando Fals Borda na Colômbia e traz como marca a vinculação com os movimentos sociais populares nas décadas de 1970 e 80, que vieram traçar o que vêm sendo chamado de “*tradição latino-americana*” na pesquisa participante (BRANDÃO, 2006 b). Os autores desta tradição preferem identificar a origem deste campo nos trabalhos oriundos da enquete operária de Karl Marx, em 1880 (BRANDÃO, 2006 b; FERREIRA, 2015).

Outros autores consideram que a pesquisa participante teve seus princípios estabelecidos em 1946 por Kurt Lewin, quando desenvolvia trabalhos objetivando mudanças alimentares da população como também mudanças de atitudes frente aos grupos étnicos minoritários nos Estados Unidos (PEREIRA, 1998; THIOLENT, 2002; FRANCO, 2005). De modo geral esta tradição que remete mais ao Norte, Estados Unidos e Europa, está bastante afinada com a busca de conciliar - naquilo que for possível, a participação dos pesquisados ao rigor positivo das investigações (BRANDÃO, 2006 b).

Já o compromisso da “*tradição latino-americana*” é emancipatório, no dizer de Brandão: “(...) na contribuição de sua prática na procura coletiva de conhecimentos que tornem o ser humano não apenas mais instruído e mais sábio, mas igualmente mais justo, livre, crítico, criativo, participativo, co-responsável e solidário (BRANDÃO, 2006 b, p. 24).”

Entretanto, a principal contradição da *pesquisa participante* se dá em relação à investigação social concebida segundo a metodologia ²⁶ positivista, realizadas particularmente com o financiamento de fundações estadunidenses e européias, onde os sujeitos pesquisados eram apenas informantes das pesquisas e, portanto, não detinham qualquer controle sobre os objetivos, processos, resultados e conhecimentos produzidos. O método positivista separa o investigador do objeto pesquisado, como exposto no texto publicado em 1973 pela equipe do Instituto de Ação Cultural (IDAC), criado em 1971

²⁶ Metodologia consiste na discussão dos métodos, se relaciona, portanto com a epistemologia. Método é o caminho prático da investigação (THIOLENT, 2011, p. 8)

por Paulo Freire e outros brasileiros exilados em Genebra:

Da mesma maneira que, num laboratório, um pesquisador isola seu objeto de estudo e se isola a fim de examiná-lo sem risco de contaminação, assim também pretendem os positivistas que o conhecimento gerado por sua observação desta realidade objetiva que é a sociedade não tem qualquer implicação política ou valorização ética. A finalidade da ciência é constatar, descrever, prever. Livre de qualquer preconceito subjetivo, desprovido de intencionalidade política, o cientista social deve limitar-se a dissecar fatos, comportamentos ou sistemas de representação como se eles fossem meros objetos inanimados. A neutralidade política seria, nesta perspectiva, a garantia da neutralidade (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006, p. 22).

As limitações da metodologia positivista, quando aplicada ao estudo da realidade social é também apontada pelos autores:

(...) o ideal positivista segundo o qual tudo pode ser capitado, controlado e medido pela ciência, não leva em conta toda uma série de interrogações e questionamentos sobre as causas profundas dos fenômenos sociais e sobre seu dinamismo interno (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006, p. 23);

O ideal positivista de uma ciência objetiva e exata não resiste, no entanto, ao questionamento de suas premissas de base: é possível congelar o movimento da vida social? De onde vêm nossas próprias idéias? Não seria necessário considerar a ciência ela mesma como um fato social em permanente elaboração e questionamento dentro de cada situação histórica dada de consolidação ou transformação? Não seria indispensável analisar a ação do pesquisador como fator de consolidação ou de transformação do consenso social? (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006, p. 24).

A crítica aos limites da abordagem positivista está presente em outros autores que atuam no campo: “(...) como resultado, reduzem o conhecimento prático (...) a um conhecimento técnico, oposto a conhecimento como sabedoria.” (ELLIOTT, 1998, pp. 140-141)”.

Os autores do IDAC apontam também os limites da suposta neutralidade da investigação social concebida neste enfoque, assim como os limites de aprofundar o conhecimento da realidade:

(...) uma ciência que se limita à previsão e elaboração de resultados utilizáveis se presta facilmente a todo tipo de manipulação por parte dos que controlam os centros de decisão e de poder. Sua tendência será sempre reduzir a complexidade do real a uma visão simplista e superficial, bem como congelar o dinamismo social numa fotografia estática (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006, p. 23).

A respeito, Borda tece considerações sobre os limites da neutralidade da ciência:

Ciência constituída de regras, métodos e técnicas sujeitas a certa racionalidade convencionalmente aceita por uma pequena comunidade constituída de indivíduos chamados cientistas que, por serem humanos, estão por isso mesmo sujeitos a motivações, interesses, crenças e superstições, emoções e interpretações de seu desenvolvimento social, cultural e individual (BORDA, 2006, p. 44);

Ou ainda: “A ciência pode, portanto, acrescentar e subtrair dados e objetos, enfatizar determinados aspectos e negligenciar outros; pode atribuir maior importância a determinados fatores e, finalmente, construir e destruir paradigmas verificáveis de conhecimento (BORDA, 2006, p. 46)”.

A crítica à propalada neutralidade da ciência é assumida por autores do campo da *pesquisa participante*: “Uma perspectiva crítica e problematizadora das ciências sociais implica, portanto, na recusa dos mitos da neutralidade e da objetividade [...] (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2006, p. 25)”. Ou ainda:

Na verdade, até aqui, este tem sido o trabalho científico que divide o mundo sobre o qual realiza a prática de “conhecer para agir” em dois lados opostos: o lado “popular” dos que são pesquisados para serem conhecidos e dirigidos, versus o lado “científico”, “técnico” ou “profissional” de quem produz o conhecimento, determina os seus usos e dirige “o povo”, em seu próprio nome ou, com mais freqüência, no nome para quem trabalha (BRANDÃO, 2006 a, p. 10);

Diante da oposição entre dominantes e dominados (...) objetividade não pode ser sinônimo de descomprometimento e de imparcialidade, sob pena de se transformar em cinismo e insensibilidade (...), ser objetivo significa reconhecer e analisar este enfrentamento inscrito na realidade e colocar-se a serviço da superação das estruturas que mantêm ou reforçam o autoritarismo e a desigualdade (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2006, p. 26).

Neste sentido a *pesquisa participante* na denominada “*tradição latino-americana*” institui o compromisso dos pesquisadores com a transformação social e com os interesses dos pesquisados:

(...) que devem conquistar o poder de serem afinal, *o sujeito*, tanto do *ato de conhecer* de que têm sido o objeto, quanto do *trabalho de transformar* o conhecimento e o mundo que os transformaram em objetos. Conhecer a sua própria realidade. Participar da produção deste conhecimento e tomar posse dele. Aprender a escrever a sua história de classe. Aprender a reescrever a História através da *sua* história. Ter no *agente* que pesquisa uma espécie de *gente* que serve. Uma gente aliada, armada dos conhecimentos

científicos que foram sempre negados ao povo, àqueles para quem a *pesquisa participante* – onde afinal pesquisadores-e-pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes – pretende ser um instrumento a mais de reconquista popular (BRANDÃO, 2006 a, p. 11).

Conforme o exposto, na palavra dos vários pesquisadores, referências na conformação deste campo, a *pesquisa participante* e suas várias vertentes se constituem em um modo de produzir conhecimento contra-hegemônico.

Entretanto mesmo produzindo conhecimento contra-hegemônico, portanto, inserido em um cenário desfavorável para produção de conhecimento vem se firmando como observa Brandão: “(...) possuímos hoje na América Latina e aqui no Brasil, uma bibliografia já visível e significativa sobre a pesquisa participante e a respeito de suas formas variantes e vizinhas (BRANDÃO, 1999, p. 8)”.

Neste cenário, uma obra importante para a incorporação deste campo no meio acadêmico é o livro *Metodologia da pesquisa-ação* de Michel Thiollent, com primeira edição em 1985.

Esta modalidade de pesquisa participante, a pesquisa-ação²⁷, já desfruta de prestígio considerável nos meios acadêmicos, com diversas pesquisas no campo da educação, gestão participativa, desenvolvimento local e sustentável e medicina social (BRANDÃO e STRECK, 2006).

Como a pesquisa-ação já é bastante conhecida nos meios acadêmicos que estudam a saúde e está inserida no universo da pesquisa participante cabe inserir a discussão trazida por alguns autores que vêm trabalhando a pesquisa-ação em uma concepção muito próxima da pesquisa participante, conforme a tradição de países do Terceiro Mundo.

Desde a sua concepção inicial o termo pesquisa-ação tem sido utilizado para denominar

²⁷ Segundo Thiollent “uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Além disso, é preciso que a ação seja uma ação não trivial, o que quer dizer uma ação problemática merecendo investigação para ser elaborada e conduzida.” (THIOLLENT, 2011, p. 21)

qualquer tipo de investigação-ação, com o objetivo de aprimorar a prática e investigar a respeito dela. Neste processo se incluíram inclusive pesquisas, com vieses tecnicistas, para promover projetos ou propostas pensadas apenas pelos pesquisadores externos ou mesmo por gestores para viabilizarem determinadas propostas (PEREIRA, 1998; FRANCO, 2005). Neste modo de conceber a pesquisa está implícito, além da redução da autonomia dos sujeitos envolvidos, algum grau de cisão entre a teoria e a prática como alerta Maria Amélia Santoro Franco :

No entanto, ainda podemos observar pesquisadores iniciantes utilizarem-se da pesquisa-ação para implementarem projetos ou propostas pensados apenas por eles próprios ou mesmo, muitas vezes, aplicando uma proposta de mudança idealizada por um superior hierárquico. Nesse caso, a dimensão crítica e dialética da pesquisa-ação está sendo negada. (FRANCO, 2005, p. 486).

John Elliott (1998), porém ressalta que a pesquisa-ação pode ser concebida não apenas como método instrumental para promover melhorias no processo de trabalho, mas para promover oportunidade para reflexão sobre atuação prática e de como esta é ideologicamente estruturada.

Neste enfoque, em uma aproximação com a “*tradição latino-americana*” da *pesquisa participante*, alguns autores passam a ressaltar o compromisso emancipatório da *pesquisa-ação* sendo que alguns passam a denominar de *pesquisa-ação crítica* a que se insere neste compromisso: “Ao invés de limitar-se a utilizar um saber existente, como no caso da pesquisa aplicada, a *pesquisa-ação* pretende, ao mesmo tempo, conhecer e atuar (PEREIRA, 1998)”. “Uma *pesquisa-ação* dentro dos pressupostos positivistas é extremamente contraditória com a *pesquisa-ação crítica* (FRANCO, 2005, p. 486)”. Ou ainda: “A *pesquisa-ação crítica* valoriza a construção cognitiva da experiência, com reflexão coletiva e crítica na medida em que permite a emancipação dos sujeitos (FRANCO, 2005).”

Thiollent ressalta porém que o engajamento sóciopolítico vinculados com as classes populares, enfim o compromisso emancipatório é mais vinculado com a tradição da *pesquisa participante* realizada em países do Terceiro Mundo e que a metodologia da

pesquisa-ação também está presente em áreas de atuação técnico-organizativa, onde se destacam compromissos do tipo “reformador” e “participativo” (THIOLLENT, 2011)

Ainda na década de 1980, como contribuição de diversos pesquisadores, a pesquisa-ação incorpora nos seus pressupostos a perspectiva dialética, incorporando o conceito de práxis (PEREIRA, 1998; FRANCO, 2005). Uma explicação pertinente para este conceito é apresentada pela professora Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira:

“(…) se refere a distinção de Aristóteles (...) entre *poesis* e *práxis*. Enquanto *práxis* se refere à realização de um ideal de vida e à atualização de valores éticos, a *poesis* se refere a um conjunto de procedimentos operativos para produzir conseqüências quantificadas e especificadas previamente.” (PEREIRA, 1998, p. 160).

No materialismo histórico, práxis se refere à ação e reflexão dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo, apontando para a superação da cisão entre *poesis* e *práxis*. Neste enfoque, Franco discorre sobre a pesquisa-ação crítica:

“A condição para ser pesquisa-ação crítica é o mergulho na práxis do grupo social em estudo, do qual se extrai as perspectivas latentes, o oculto, o não familiar que sustentam as práticas, sendo as mudanças negociadas e geridas no coletivo” (FRANCO, 2005, p. 486)

Com este sentido, a práxis se afirma como percurso para a liberdade e a emancipação. Sendo a emancipação referida por Elliott (1998) e Thiollent (2002) como o oposto de submissão, alienação e conformismo, implicando em ações determinadas no coletivo com relativa independência de obrigações impostas externamente. Entretanto se torna relevante destacar o caráter coletivo desta prática:

A pesquisa-ação pressupõe uma construção coletiva, “atividade empreendida por grupos com o objetivo de modificar suas circunstâncias a partir de valores humanos partilhados [e] não deve ser confundida com processo solitário de auto-avaliação” (PEREIRA, 1998, p 162).

No entanto, estes podem reproduzir autonomamente ou livremente suas práticas rotineiras inconscientemente. “Autonomia, num sentido restrito, não significa necessariamente que (...) estejam auto monitorando reflexiva e discursivamente o que eles estão fazendo e, portanto, em condições de transformar radicalmente suas práticas.” (ELLIOTT, 1998, pp. 142-143).

Portanto, a *pesquisa-ação crítica* é formulada como pesquisa comprometida com a transformação da realidade e com a participação dos sujeitos envolvidos no processo ou, nas palavras de Selma Garrido Pimenta: “A pesquisa-ação tem por pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto no qual atuam desempenhando papéis diversos” (PIMENTA, 2005, p. 523).

Franco, em afirmações que confirmam a identidade da concepção que defende com a com a *pesquisa participante* da “*tradição latino-americana*”, chama ainda atenção para os pressupostos fundamentais desta modalidade de pesquisa enquanto processo de conhecimento: “priorização da dialética da realidade social; da historicidade dos fenômenos; da práxis; das contradições, das relações com a totalidade; da ação dos sujeitos sobre suas circunstâncias” (FRANCO, 2005, p. 490). Ainda: “a práxis deve ser concebida como mediação básica na construção do conhecimento, pois por meio dela se veicula teoria e prática, pensar e agir e pesquisar e formar; não há como separar sujeito que conhece do objeto a ser conhecido; o conhecimento não se restringe à mera descrição, mas busca o explicativo; parte do observável e, vai além, por meio dos movimentos dialéticos do pensamento e da ação; a interpretação dos dados só pode se realizar em contexto; o saber produzido é necessariamente transformador dos sujeitos e das circunstâncias” (FRANCO, 2005, p. 490).

Outra questão relevante se refere ao papel do pesquisador. Esta questão se refere à capacidade do pesquisador em subsidiar a discussão teórica e apoiar (facilitar) o processo grupal, estando atento para evitar qualquer tipo de manipulação. A esse respeito Thiollent escreveu:

(...) a participação dos pesquisadores não deve chegar a substituir a atividade própria do grupo e suas iniciativas (THIOLLENT, 2011, p. 22). Numa concepção democrática da pesquisa social é necessário que haja negociação de ambas as partes para se estabelecer um tipo de “contrato” de investigação acerca dos problemas a serem levantados e dos critérios de seleção das soluções e ações a serem implementadas (THIOLLENT, 2011, p. 52).

Conforme o exposto cabe destacar o potencial da pesquisa participante, incluindo a pesquisa-ação crítica, no processo de tomada ou ampliação da consciência, que abre possibilidade de mudança não somente na postura perante o trabalho, mas em outros aspectos da vida. Conforme Elliott “a questão-chave para direcionar por auto monitoramento suas práticas pode ser sumarizada como: Onde repousam meus valores? Onde me posiciono em relação a eles na prática? Como posso superar a separação entre meus valores e minha prática?” (ELLIOTT 1998, p. 150).

Assim, existe a possibilidade de atuar nos preconceitos e incompreensões que fazem os sujeitos refratários às mudanças, numa perspectiva da compreensão do seu papel e do papel de todos os sujeitos - singulares ou coletivos - no processo histórico (FRANCO, 2005; BRANDÃO, 2006; OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos assistimos no Brasil a incorporação, pelo campo da saúde, das práticas meditativas, tanto nos serviços públicos como nos serviços privados de saúde.

Na SMS-SP a incorporação das práticas meditativas está em expansão desde 2001. Hospitais privados do município, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Sírio-Libanês, vêm incorporando nos seus serviços praticas de Medicina Integrativa, inclusive meditação.

Ao mesmo tempo, instituições universitárias vêm incorporando o campo da meditação como objeto de estudo e prática. Um exemplo é a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Em São Paulo, por ocasião da Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis - CAEPS²⁸ (2008-2009) foram realizados nove estudos que avaliaram as referidas práticas corporais e meditativas das medicinas tradicionais, dentre os vinte e um estudos que integraram o projeto.

Tais estudos utilizaram metodologia qualitativa sendo que um deles também utilizou metodologia quantitativa. As conclusões apontam resultados consistentes com relação à melhora de sintomas dolorosos, emocionais e redução de episódios de agravamento de doenças crônicas (crises hipertensivas, por exemplo), assim como redução no uso de medicamentos. Também melhor desempenho nas atividades diárias e relacionais. Os resultados também são consistentes quanto à produção de sociabilidade através dos vínculos gestados nos processos grupais (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009).

²⁸ Projeto coordenado pela Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), da Gerência do Centro de Controle de Doenças, da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA)/Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, objetivou estimular a pesquisa em serviço e capacitar os profissionais da rede de saúde (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009).

Em levantamento na biblioteca eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online) e na base de dados cooperativa LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) do Sistema BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), foram identificadas 19 publicações sobre o tema da meditação em saúde, entre 2009 e 2014, em países da América do Sul, quando a palavra de busca foi “meditação”. Dentre os 19 estudos ou artigos (publicações), três se referem aos sistemas públicos de saúde na forma de estudos realizados com trabalhadores e/ou usuários, que realizaram práticas meditativas, sendo um no Chile e dois no Brasil (SUS).

Entretanto, apesar da relevância crescente do tema, particularmente no sistema público de saúde, os estudos sobre estas práticas abordam em quase sua totalidade apenas os efeitos do uso das técnicas, havendo uma ausência de investigação sobre como ocorre a inserção de tais práticas nas políticas públicas de saúde assim como sobre o modo como estas práticas, com origem milenar e geralmente inseridas em sistemas de medicinas tradicionais, se articulam a biomedicina, concepção hegemônica de saúde adotada em nossa sociedade.

No presente estudo com instrutores de práticas meditativas busca-se articular processos de pesquisa e formação, abrangendo as concepções de mundo, o sistema público de saúde, o processo de trabalho e as necessidades de saúde da população.

Neste sentido, acreditamos que esta proposta de pesquisa-intervenção pode contribuir para as iniciativas que objetivam aprimorar, tanto o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde na cidade de São Paulo, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1-GERAL

Identificar as respostas dos instrutores de práticas meditativas às necessidades de saúde da população na Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.

3.2-ESPECÍFICOS

- Identificar as concepções dos instrutores de práticas meditativas sobre as interpretações de mundo que embasam suas práticas de saúde;
- Identificar a percepção dos instrutores de práticas meditativas sobre o processo de trabalho em que estão inseridos.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1- CONCEPÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Para viabilizar a pesquisa, o que também incluiu a liberação dos instrutores no horário de trabalho, optou-se por realizá-la na forma de um curso em forma de seminários temáticos, denominado *Organização de Serviços de Saúde para Responder às Necessidades da População*. Para sua realização contou-se com o apoio da Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde AT-MTHPIS, do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (HMEC), ambos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

4.1.1- Aspectos da concepção da pesquisa

Como referencial teórico para escolha e abordagem dos temas dos seminários temáticos utilizou-se o materialismo histórico e dialético, em conexão com as concepções de mundo das medicinas tradicionais onde se inserem as práticas corporais e meditativas, no caso as concepções orientais.

A escolha dos temas objetivou inserir o tema central da discussão (relação das necessidades de saúde com o processo de trabalho) em um contexto de totalidade, visando superar a tendência da abordagem fragmentada.

A concepção de totalidade está presente tanto nas concepções de mundo tradicionais orientais como no materialismo histórico, envolvendo as relações entre as partes e o todo.

Além dos temas centrais, também previu-se a realização de um seminário inicial para a apresentação e discussão da proposta de pesquisa que incluía a discussão de casos, a

realização de um seminário final para elaboração de recomendações e eventual aprovação de relatórios e registros de informação, realização de tarefas complementares decididas em grupo e outras atividades complementares que o grupo considerasse necessárias.

Cabe ressaltar alguns aspectos relativos a algumas concepções que dialogam com a metodologia.

O primeiro aspecto se refere à estratégia participativa para desenvolvimento da pesquisa, onde, além do que foi exposto na introdução sobre pesquisa participante, cabe ressaltar que se objetivou, nos processos grupais, um processo de reflexão e aprendizagem que contribuísse para mudanças. A horizontalidade dos debates, dos questionamentos e dos diferentes pontos de vista operacionalizados na estratégia participativa possibilita, de um lado, a redução de convicções e, de outro, a expansão de visões, portanto: o movimento, a mudança, o conhecimento.

O segundo aspecto se refere a outro condicionante, além do já citado, que influenciou na escolha dos instrutores de práticas meditativas, para produzir uma reflexão de qualidade sobre o processo de trabalho e as necessidades de saúde. Para tal precisamos considerar o viés positivista que prevalece no campo da saúde tanto com relação à concepção do que é a saúde como da concepção de como se produz a saúde. Considerar também a predominância da concepção “taylorista” da organização do trabalho nos serviços de saúde. A meditação e as práticas meditativas (no modo como se inserem na SMS) constituem um campo que confronta tanto o viés positivista como a prática “taylorista” de organização do trabalho. O contraponto ao positivismo, no próprio modo como abarca a subjetividade, no modo como as doutrinas médicas que lhe embasam compreendem e atuam sobre a saúde. O contraponto ao “taylorismo” pode ser exemplificado pela introdução, no âmbito das quebras da hierarquia e papéis entre as diversas profissões da saúde, já que a habilitação para instruir as práticas corporais e meditativas não se prende ao nível de escolaridade ou profissão.

4.1.2- Proposta de organização e dinâmica dos encontros / aulas

A proposta de organização do curso se deu por temas, e a dinâmica prevista dos encontros foi discussão em grupo após apresentação de temas pré-estabelecidos, apresentados e aprovados pelos grupos por ocasião do primeiro seminário.

Como temas de estudo sugeridos:

- interpretações de mundo;
- conjuntura geral;
- conjuntura no setor saúde;
- processo de trabalho;
- necessidades de saúde.

Para os encontros optou-se por realizá-los sob a forma de seminários, utilizando o formato geral proposto por Michel Thiollent (2011). Os seminários foram concebidos com a seguinte dinâmica:

- apresentação de conhecimentos produzidos sobre cada tema;
- discussão em grupo;
- elaboração de relatórios e registro de informações;
- organização de atividades complementar para complementar a compreensão e discussão dos temas.

Para a escolha dos pesquisadores instrutores, inicialmente consideramos o universo de instrutores de práticas corporais e meditativas com ênfase nas modalidades das medicinas tradicionais. Como o universo de instrutores de práticas corporais é muito extenso (em torno de 800), optamos por um recorte priorizando para esta pesquisa os instrutores de práticas meditativas (em torno de 50), inclusive os que instruem a meditação no interior de outras modalidades como o Ioga e o *Tai Chi Pai Lin*, para quem a possibilidade de inscrição foi divulgada.

Para viabilizar a divulgação e o apoio para realização da pesquisa/curso, participamos de duas reuniões da AT-MTHPIS com presença dos interlocutores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de SMS. Nestas reuniões, onde a proposta da pesquisa /curso

foi apresentada, ficou acordado que os interlocutores das CRS fariam a divulgação do curso / pesquisa nas unidades de saúde de suas respectivas regiões. Foi também acordado a possibilidade dos trabalhadores que atuam na interlocução, das CRS ou das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) assim como algum outro trabalhador da saúde que identificássemos como importante para prestar apoio na realização da atividade de pesquisa e formação poderiam também participar da pesquisa / curso como convidados, mesmo que, no momento, não desenvolvessem alguma atividade de instrução de práticas meditativas.

A priori entendemos, pelas características da modalidade de pesquisa, que o número esperado seria de 14 participantes, as vagas divididas em duas turmas de 7 participantes, podendo chegar até o limite de 20 participantes divididos em duas turmas de 10 participantes.

Os procedimentos de oficialização do curso junto às devidas instâncias de SMS e os procedimentos de inscrição e de certificação foram assumidos pelo HMEC.

As instalações, equipamentos e apoio para realização dos seminários foram cedidos pelo Instituto de Saúde.

Formato geral dos encontros / seminários:

- Procedimentos relativos aos relatórios e registros de informação de reunião (ões) anterior (es), quando necessário, exceto no primeiro seminário;
- Apresentação do tema, na forma de leitura de textos, palestra, projeção de filmes, com discussões e encaminhamentos para discussão em grupo (escolha de coordenador da discussão e de relatores), com duração de até 1 hora exceto quando da exibição do filme, com duração em torno de 100 minutos;
- Grupo para discussão do tema;
- Finalização dos trabalhos, abordando pendência e encaminhamentos necessários.

Em todos os encontros previu-se um intervalo, com cerca de 20 minutos, de acordo com a conveniência do grupo.

Previu-se também a possibilidade de atividades complementares como entrevistas e

troca de mensagens por via eletrônica para informar sobre a programação, envio dos relatórios e registros de informação das reuniões e procedimentos para aprimoramento dos mesmos.

4.2- ASPECTOS ÉTICOS

Nos procedimentos que envolvem aspectos éticos foram observados o disposto na Resolução Nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Para cada participante da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo o tema da pesquisa, sua justificativa, objetivos e demais esclarecimentos, inclusive a plena liberdade de recusa a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, e também a garantia de sigilo das informações prestadas. Os TCLE, juntamente com os Consentimentos Pós-Informação, lavrados em duas vias, foram devidamente lidos e assinados pelos pesquisadores participantes e coordenador da pesquisa ficando uma via com o coordenador e outra via com cada pesquisador participante. Previamente à assinatura dos TCLE, durante o primeiro seminário, as informações que constam do termo quanto ao tema, justificativas e objetivos da pesquisa, além da garantia da plena liberdade de recusa a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento no andamento desta fase da pesquisa, sem penalização alguma, foram reforçadas.

Cabe ressaltar que foram adotadas todas as medidas para evitar situações, durante a condução da pesquisa, capazes de causar prejuízos ou constrangimentos dos participantes. Pela singularidade da modalidade pesquisa participante, onde os

participantes são sujeitos da pesquisa, consideramos que se estabeleceram, no grupo, relações de confiança mútua entre os pesquisadores participantes.

O projeto foi devidamente lançado na Plataforma Brasil para análise e monitoramento do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), sendo devidamente aprovado pelo CEP da instituição proponente Instituto de Saúde (CEPIS) após inclusão de recomendações pelo CEP da instituição coparticipante (CEP/SMS).

5 RESULTADOS / DISCUSSÃO

5.1- ASPECTOS PRELIMINARES

5.1.1 Perfil dos participantes do curso

Na documentação elaborada, no decorrer da pesquisa, convencionamos denominar o propositor e organizador da pesquisa de *coordenador* e os demais participantes de *instrutores*.

Na primeira turma, no período da tarde, inscreveram-se e compareceram seis instrutores. Na segunda turma, no período da manhã, inscreveram-se e compareceram nove instrutores, totalizando quinze inscritos, mais o instrutor coordenador. Dos quinze inscritos, doze são trabalhadores do SUS (onze com vínculo efetivo e um com vínculo com organização social) e três são instrutores voluntários de práticas meditativas em unidades de saúde da SMS. Dos doze trabalhadores do SUS, dois atualmente não estão instruindo grupos de práticas meditativas, embora possuam formação ou vivência de meditação e, conforme o acordo para efetivação do curso, seriam participantes convidados, sendo os restantes participantes instrutores. Para efeito de sigilo, nos relatórios, com exceção do instrutor coordenador, todos são denominados “instrutores”.

Dos doze trabalhadores do SUS onze atuavam, no momento da realização da pesquisa, em unidades de saúde e um estava lotado em serviço de coordenação / supervisão das unidades de saúde. Quatro trabalhadores estavam lotados em três unidades de saúde de grande porte (unidades hospitalares ou ambulatoriais de especialidade) com mais de 100 trabalhadores e sete em unidades de saúde de pequeno ou médio porte. Destes, quatro estavam lotados em quatro unidades do âmbito da saúde mental - centro de atenção psicossocial (CAPS) ou centro de convivência e cooperativa (CECCO) - e três estavam

lotados em três unidades básicas de saúde (UBS). Dois trabalhadores lotados em unidades básicas de saúde também prestavam serviços, em alguns dias da semana, em outras unidades, no caso um CECCO e uma unidade de saúde de referência em medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde. Os três voluntários instruíam grupos de práticas meditativas em unidade de saúde de grande porte (mais de cem trabalhadores).

Dos doze trabalhadores, nove exerciam cargos de nível universitário e três exerciam cargos de nível médio. Os instrutores voluntários possuíam escolaridade de graduação universitária completa.

Dos quinze inscritos, doze participaram até o final da pesquisa / curso. Um trabalhador interrompeu sua participação por afastamento, devido a acidente, e dois voluntários interromperam devidos outros compromissos de trabalho no período do curso. Os três participaram de trinta a pouco mais de sessenta por cento dos encontros.

No primeiro encontro da turma da manhã participou da atividade um convidado membro da equipe da AT-MTHPIS.

5.1.2 Operacionalização dos encontros / seminários

A pesquisa em forma de curso ocorreu no período 03 de agosto a 11 de dezembro de 2015, com onze encontros em cada turma e, somado a estes, um seminário final aberto a todos os participantes, com um total de 23 encontros.

Utilizou-se a troca de mensagens por via eletrônica para informar sobre a programação, envio dos relatórios e registros de informação das reuniões e procedimentos para aprimoramento dos mesmos.

Conforme foi pré-estabelecido e pactuado no seminário inicial, foram realizados onze encontros de quatro horas por turma, sendo sete seminários conforme a programação prevista, três encontros que abordaram o tema “interpretações de mundo”, com dinâmica diferenciada do que havia sido inicialmente planejado e uma atividade complementar.

Como atividade complementar foram realizadas três entrevistas (registro em anexo) e

uma reunião por via eletrônica para aprimorar a incorporação, no relatório, das recomendações do grupo.

Os intervalos previstos, com cerca de 20 minutos, foram mantidos em todos os encontros e não constarão da descrição da dinâmica dos encontros.

Utilizou-se três modalidades para apresentação de conteúdos para a discussão:

- Apresentações - em equipamento multimídia de material no formato “*power point*” - no seminário inicial na parte de “exposição dos objetivos, proposta de temas e metodologia de trabalho” e na abordagem dos temas “Reforma e contrarreforma na saúde” (na parte inicial, complementando informações do seminário anterior), “Interpretações de mundo”, “Necessidades de saúde” e “Trabalho e processo de trabalho”;
- Projeção de filme em equipamento multimídia, na abordagem do tema “Conjuntura e momento atual”;
- Leitura de textos na forma de relatos de casos (no seminário inicial, na segunda parte) ou leitura de artigo de revista (no seminário do tema “Reforma e contrarreforma na saúde”).

Utilizaram-se também roteiros de questões (na forma de perguntas) para direcionar as discussões dos temas “Percepção das necessidades de saúde através da discussão de dois casos”, “Necessidades de saúde”, “Trabalho e processo de trabalho” e nas entrevistas que ocorreram como atividades complementares.

Nos relatórios cada instrutor foi identificado com um número para permitir identificar pontos de vista divergentes no decorrer da pesquisa, exceto nos relatórios onde realizam críticas ao modo de organizar e gerenciar o trabalho nas unidades de saúde, quando não se procedeu a identificação dos instrutores como medida para resguardar o sigilo. Nos relatórios sobre “Trabalho e processo de trabalho” e de “recomendações”, os propositores não foram identificados, pela dinâmica coletiva de elaboração das mesmas. Ainda como critério para favorecer o sigilo optou-se por identificar, no texto, os instrutores no gênero masculino.

Nos seminários e encontros, na operacionalização de todos os grupos, procedeu-se a

escolha de coordenadores das discussões em grupo e de relatores das discussões que elaboraram os relatórios e registros de informações dos encontros. Os relatórios e registros de informações foram revisados pelo instrutor coordenador e por todos os membros do grupo que puderam sugerir alterações para a redação final. Todas as sugestões foram acatadas.

Para subsidiar as discussões dos temas foram sugeridos material bibliográfico e encaminhados textos para o grupo, tanto pelo instrutor coordenador como por alguns instrutores.

No seminário inicial ocorreram dois momentos: a) exposição dos objetivos, proposta de temas e metodologia de trabalho, seguido de esclarecimentos e discussão (cerca de 40 minutos); b) percepção das necessidades de saúde, por meio da discussão em grupo, de dois casos (cerca de 3 horas). O segundo momento é relatado como um tema.

As dinâmicas dos seminários e encontros são resumidos na sequência, segundo os temas:

Percepção das necessidades de saúde através da discussão de dois casos

No seminário foi proposta a discussão de dois relatos de casos recolhidos da experiência real de duas unidades de saúde.

A apresentação de casos se fez como estratégia para o debate visando identificar, nas colocações do grupo, como se dá resposta às necessidades de saúde das pessoas atendidas nas unidades onde os instrutores trabalham ou atuam como voluntários, assim como a própria compreensão do grupo sobre necessidades de saúde e outros aspectos relacionados com as práticas de saúde.

No primeiro caso, a pessoa atendida relata uma queixa de dor associada à situação no trabalho a qual inclui o que é denominado “assédio moral” e outras condições relativas à precarização do trabalho. Foram propostas duas questões para discussão deste caso: *como sua Unidade de Saúde daria resposta a esta situação?; no grupo de meditação como a discussão poderia ser conduzida?*

O segundo caso se refere a uma adolescente que vivencia, desde tenra idade, condição

social precária decorrente das profundas desigualdades e iniquidades que caracterizam a sociedade; a adolescente se encontra, também desde tenra idade, sob a tutela do Estado. Foram propostas duas questões para discussão deste caso: *como sua Unidade de Saúde daria resposta a esta situação?; como você se posicionaria quanto à possibilidade da adolescente ser ou não convidada para participar do grupo meditação?*

Como cuidado para preservar o sigilo de suas identidades alguns dados relativos à identificação das pessoas, cujos casos são relatos, foram alterados.

Ambos os casos podem ser conhecidos nos anexos.

Ao final da discussão foram sugeridos e acordados o modo de introduzir a discussão do tema “Conjuntura e momento atual”, no seminário subsequente.

Nas discussões, em uma turma, participaram cinco instrutores e o instrutor coordenador. Na outra turma participaram dez instrutores (destes, um convidado, que atua no Gabinete de SMS, e que participou somente deste seminário) e o instrutor coordenador.

Conjuntura e momento atual

No seminário foi apresentado, em equipamento multimídia, o filme “*Encontro com Milton Santos ou mundo global visto do lado de cá*”, de Silvio Tendler (2006) com cerca de cem minutos (1:40h), seguido de discussão em grupo com duração em torno de duas horas.

No Seminário anterior o tema e o modo de apresentar conteúdos para a discussão (filme-documentário) já haviam sido acordados. Como subsídios foram enviadas indicações de textos, por meio virtual, e indicado o sítio eletrônico onde o filme estaria disponível.

O grupo (duas turmas) optou pela projeção do filme inteiro e por realizar depois o intervalo e a discussão.

Introduziu-se a discussão da conjuntura, do momento histórico em que as empresas monopolistas e financeiras estendem seus domínios para todas as áreas de extração, produção, serviços e comércio, em que se consolida a tendência de mundialização do capital em meio à crise e reestruturação das forças produtivas e reconfiguração do papel do Estado, tudo isto vivido em um país e em uma região de capitalismo dependente.

Portanto, um tema amplo e complexo que não poderia ser esgotado no âmbito deste processo de pesquisa. Assim o intuito foi introduzir a discussão do tema, sem deixar de demonstrar sua complexidade, mas produzindo também subsídios para a discussão seguinte que aborda a conjuntura da saúde.

Foi sugerido e acordado o modo de introduzir a discussão do tema “Reforma e contrarreforma na saúde”, no seminário subsequente.

De tarde participaram seis instrutores e o instrutor coordenador. Pela manhã participaram nove instrutores e o instrutor coordenador.

Reforma e contrarreforma na saúde

O seminário iniciou com apresentações, em equipamento multimídia, das recomendações formuladas em reunião de economistas de instituições financeiras como Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, Departamento do Tesouro dos Estados Unidos e representantes de vários países das Américas do Sul e Central, ocorrida em 1989 na capital estadunidense e conhecidas como “*Consenso de Washington*” e informações sobre a dívida pública brasileira. A apresentação durou cerca de trinta minutos. Em seguida procedeu-se a leitura do artigo “A inconstitucionalidade da contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus modelos privados de gestão”, de Gustavo França Gomes (2014), com duração em torno de três horas.

No Seminário anterior havia sido sugerido e acordado a leitura do artigo para introduzir a discussão sobre o tema. O artigo foi enviado por meio virtual, assim como outros textos foram também enviados pelo instrutor coordenador ou permutados pelos instrutores utilizando o mesmo meio.

O tema do seminário, conjuntura da saúde, faz parte da vivência dos instrutores no trabalho que desenvolvem nas unidades de saúde, provavelmente com mais intensidade pelos trabalhadores formais do SUS. Entretanto esta vivência se dá, via de regra, sem a correspondente reflexão e sem o acesso à produção teórica sobre o assunto. Pela amplitude do tema assim como pelo grande volume de material produzido sobre ele foi difícil escolher um texto que permitisse a reflexão coletiva, mesmo de forma

introdutória. Optou-se por utilizar um texto que ao mesmo tempo, trouxesse elementos da história recente da reforma e contrarreforma da saúde do Brasil, destacando elementos da superestrutura social (ideológica e, principalmente, jurídico - política) em associação com elementos da infraestrutura social (econômica).

Nas duas turmas optou-se por realizar a discussão durante a leitura do texto.

No seminário da manhã, um instrutor sugeriu a leitura de um trecho do artigo de autoria de Virgínia Junqueira e Ianni Scarcelli (2011) - *O SUS como desafio para formação em psicologia*, como subsídio para a discussão. Com a concordância dos presentes se procedeu a leitura.

Durante as discussões dos seminários o instrutor coordenador expôs também que em muitos países da Europa o Estado de bem estar social, incluindo o sistema de saúde, está sofrendo importantes regressões, com tendência de redução dos serviços públicos estatais e ampliação da compra de serviços dos privados.

Ao final do seminário, foi sugerido e acordado o modo de introduzir a discussão do tema “Interpretações de mundo”, no encontro subsequente.

Participaram seis instrutores e o instrutor coordenador, no encontro da tarde e nove instrutores e o instrutor coordenador no encontro da manhã.

Interpretações de mundo

As apresentações e discussões do tema foram realizadas em três encontros por turma, sendo que o primeiro encontro abordou aspectos dos impasses filosóficos da antiguidade grega e a interpretação de mundo do taoísmo (China), o segundo encontro abordou as interpretações de mundo com origem na Índia e o terceiro encontro abordou aspectos das interpretações de mundo elaboradas na Europa a partir do iluminismo.

Nestes encontros não se procederam as discussões em grupo por opção dos instrutores participantes que preferiram realizar as discussões e, principalmente, esclarecimentos, no decorrer das apresentações. As apresentações, discussões e esclarecimentos duraram em torno de três horas e meia por encontro.

O tema foi concebido como modo de subsidiar a compreensão sobre as práticas

corporais e meditativas das medicinas tradicionais, com ênfase nos aspectos que contextualizam as práticas meditativas. Procurou-se também reunir informações que permitam um percurso no sentido de se construir uma concepção de mundo crítica e coerente, se aprofundadas pelos instrutores que participaram deste processo.

Para tal, destacaram-se interpretações de mundo ou elementos de concepções de mundo do que é denominado antiguidade, com ênfase nas interpretações de mundo do Oriente. Também se apresentam fundamentos e elementos históricos de interpretações de mundo elaboradas na Europa, a partir do iluminismo, com ênfase no materialismo histórico.

Nas duas turmas optou-se por realizar a discussão durante as apresentações.

As apresentações dos subtemas foram enviadas por via eletrônica, conforme foram sendo elaboradas.

Como já foi ressaltado, nas intervenções dos instrutores predominaram principalmente questões relacionadas a esclarecimentos e dúvidas. Entretanto particularmente na discussão sobre o budismo ocorreram intervenções, principalmente de dois instrutores, que acrescentaram informações sobre o que estava sendo apresentado e discutido. As informações acrescentadas pelos instrutores foram incorporadas às apresentações. As apresentações revistas e modificadas com as contribuições dos instrutores foram reenviadas.

Como material de apoio se procurou também, no intervalo de tempo em que se realizou a discussão do tema, organizar quadro comparativo entre as varias concepções que iam sendo apresentadas e discutidas. Este material manuscrito ficou de posse dos instrutores que, com novos estudos, podem utilizá-lo para continuar aprofundando os conhecimentos sobre o tema.

Ao final dos encontros o grupo identificou dificuldades para produzir relatórios das discussões: como o tema e os subtemas apresentam grande densidade teórica e o tempo para a reflexão foi muito restrito, os instrutores consideraram que seria muito difícil produzir um relatório das discussões que refletisse alguma apropriação da temática como reflexão coletiva. Nas duas turmas optou-se por produzir um texto sobre o tema. Um texto compilado, baseado no texto elaborado pelo instrutor coordenador (ver

introdução), tendo sido designado dois instrutores, um de cada turma, que juntamente com o instrutor coordenador realizaram a tarefa. Este texto foi encaminhado aos instrutores e também serve de subsídio para continuidade do estudo sobre o tema pelos instrutores interessados.

Ao final da discussão do sexto encontro (terceiro encontro do tema) foi acordado o modo de proceder a discussão dos temas “Necessidades de saúde” e “Trabalho e processo de trabalho”, nos seminários subsequentes.

No quinto encontro, um instrutor (voluntário) informou que, devido ter de assumir outra atividade, que coincidiria com dia e horário dos encontros da pesquisa, estaria interrompendo sua participação.

Em uma turma, participaram entre cinco e seis instrutores e o instrutor coordenador. Na outra turma, participaram entre sete e nove instrutores e o instrutor coordenador.

Necessidades de saúde

A apreciação do tema ocorreu em quatro seminários, sendo o primeiro para apresentação de conteúdos teóricos e realização de pesquisa sobre o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) de São Paulo.

A apresentação abordou os temas “*Necessidades de saúde*” e “*Processo de trabalho*”, com cerca de quarenta minutos de duração, como subsídios para as discussões. A exemplo de outras, as apresentações foram enviadas para todos os instrutores.

A pesquisa sobre o MLA de São Paulo se realizou através de entrevistas com pessoas que participaram do mesmo, possibilitando ao grupo conhecer outro modo de atuar nas necessidades de saúde e de organizar o processo de trabalho. O tempo relativo aos procedimentos de cada entrevista variou entre uma e três horas e os relatos das entrevistas foram partilhados entre todos os membros do grupo.

O MLA articulou trabalhadores da saúde, população que faz uso dos serviços de saúde organizada em movimentos populares e, durante um período, gestores do serviço de

saúde. Nas décadas de oitenta e noventa organizaram a luta pela reforma psiquiátrica na cidade e participaram da mesma luta no estado e no país.

A questão colocada para cada entrevistada foi: *fale sobre a luta antimanicomial nas décadas de 1980 e 1990; fale também da participação de entidades e movimentos populares e da relação da luta com as políticas públicas?*

Nos três seminários seguintes se procederam as discussões sobre as necessidades de saúde. Procurou-se refletir sobre como se dá a resposta às diversas necessidades de saúde da população que recebe cuidados nas unidades de saúde onde os instrutores trabalham, relacionando esta dimensão com a organização e gestão do processo de trabalho.

Na abordagem das necessidades de saúde, se utilizou o agrupamento proposto por Matsumoto e Cecílio que as insere em quatro grupos: acesso às tecnologias para melhorar e prolongar a vida; estabelecimento de vínculos (afetivos e efetivos); ampliação da autonomia; melhoria das condições de vida (CECÍLIO, 2001).

Sobre o agrupamento “ampliação da autonomia”, em ambas as turmas, optaram-se por substituir esta nomenclatura por outra: “desenvolvimento e recuperação de capacidades”. Esta opção deveu-se á uma crítica da concepção de autonomia conforme é tomada em nossa sociedade, inclusive por praticantes de meditação.

O agrupamento “acesso às tecnologias para melhorar e prolongar a vida“ abarca o conceito de “trabalho vivo em ato”. Tal conceito expressa o trabalho implicado e de qualidade que possibilita ou se articula com a resposta aos outros tipos de necessidades como o vínculo, o desenvolvimento de capacidades e as condições de vida.

Na classificação das tecnologias de saúde utilizou-se a classificação proposta por Merhy (2013 e 2014), identificando as tecnologias como leves, leve-duras e duras, de acordo com a concentração de trabalho vivo ou trabalho morto e segundo a proposta de Cecílio (2001).

A utilização desta abordagem das necessidades de saúde se deu pela facilidade de seu entendimento e profundidade dos conceitos que incorpora.

As discussões, segundo proposta do coordenador aceita pelo grupo, foram organizadas com questões em torno destas necessidades e das características dos serviços de saúde. As questões foram agrupadas em cinco blocos:

1º. bloco: *foi solicitado aos instrutores identificarem os tipos de tecnologias²⁹ utilizadas nos grupos de meditação ou setores das unidades onde estes grupos estão inseridos assim como identificarem o tipo de tecnologia que a unidade de saúde onde trabalham concentra; foi solicitado também aos instrutores falarem sobre o trabalho de voluntários na unidade de saúde;*

2º. bloco: *foi solicitado aos instrutores falarem sobre a utilização das tecnologias de saúde nos grupos de práticas corporais e meditativas ou setores onde estão inseridos e também nas unidades de saúde onde trabalham.*

3º. bloco: *foi solicitado aos instrutores falarem sobre a existência de programa formal de acolhimento e/ou humanização do atendimento, implantado na unidade de saúde onde trabalham; foi solicitado também falarem sobre como se estabelece a formação de vínculos, nos grupos de práticas corporais e meditativas ou setores onde estão inseridos, assim como nas unidades de saúde onde trabalham.*

4º. bloco: *foi solicitado aos instrutores falarem sobre a abordagem e os resultados relacionados ao desenvolvimento ou recuperação de capacidades das pessoas atendidas (em outras palavras, como se processa o desenvolvimento de suas capacidades potenciais e efetivas) nos grupos de práticas corporais e meditativas ou setores onde estão inseridos assim como nas unidades de saúde onde trabalham; foi solicitado falarem também sobre os mecanismos de referência e contra-referência na sua unidade e região de saúde.*

5º. bloco: *foi solicitado aos instrutores falarem sobre como se percebe e atende as questões relacionadas com as “boas condições de vida”, nos grupos de práticas corporais e meditativas ou setores onde estão inseridos, assim como nas unidades de saúde onde trabalham; foi solicitado falarem também sobre a existência de relações*

²⁹ Segundo classificação proposta por Merry (2013)

formais e informais com movimentos sociais e populares ou instituições que atuam no âmbito do social, em sua unidade de saúde e, em caso afirmativo, responderem se isto têm influência na qualidade do atendimento .

Para complementar as informações que constam dos relatórios dos seminários do tema se solicitaram, por via eletrônica, informações dos instrutores sobre alguns aspectos das unidades de saúde, como a existência de filas, tempo de espera para os atendimentos e informações similares. Com tais informações se organizou a caracterização geral das unidades.

Por volta do sétimo encontro um instrutor informou que não continuaria participando da pesquisa, devido estar em licença médica e acamado.

No oitavo encontro um instrutor informou que não continuaria participando da pesquisa, devido ter assumido outro compromisso no horário e dia do curso.

Em uma turma, participaram entre quatro e cinco instrutores e o instrutor coordenador.

Na outra turma, participaram entre sete e nove instrutores e o instrutor coordenador.

Trabalho e processo de trabalho

O tema foi abordado em um seminário exclusivo e em partes de outros seminários.

A intenção inicial, quando a pesquisa / curso foi planejada, era realizar a discussão de cada tema em encontros separados, mas a dinâmica interna dos grupos e a limitação do tempo disponível para as discussões determinaram adaptações relacionadas com a necessidade de cumprir o cronograma da pesquisa: a apresentação, sobre os aspectos teóricos sobre os dois temas, “necessidades de saúde” e “trabalho e processo de trabalho”, ocorreu no mesmo seminário (o sétimo seminário); no décimo primeiro seminário se procederam discussões em grupos do tema “trabalho e processo de trabalho”; a discussão sobre “trabalho e processo de trabalho” no décimo primeiro seminário, se mesclou com o final da discussão sobre “necessidades de saúde”, em uma turma, e com a discussão sobre “recomendações”, em outra turma.

A apresentação do tema se fundamentou na compreensão do materialismo histórico:

foram apresentados alguns conceitos como *trabalho e trabalho humano, processo de trabalho* e seus componentes, *mais-valia, força de trabalho, divisão do trabalho* e sobre os *momentos históricos do modo de produção capitalista*. Na abordagem do processo de trabalho discutiram-se os modos de organização do trabalho, destacando as características da “gerência científica” (*taylorismo*), mas também abordando aspectos das ‘novas’ técnicas organizacionais (*toyotismo*).

No seminário a discussão sobre como está organizado a gestão e o processo de trabalho nas unidades de saúde foi orientada pelas questões: *como está organizado e gerenciado o trabalho na unidade de saúde onde trabalha; você considera que há relação entre esta organização e este gerenciamento com a resposta às necessidade de saúde?*

As discussões tiveram como objetivo entender aspectos relevantes do processo de trabalho nas unidades de saúde onde os instrutores trabalhavam através de duas questões: *descrevam e avaliem o modo como esta organizado e gerenciado o trabalho; percebem alguma relação desta organização e gerenciamento com as respostas às necessidades de saúde?*

Em uma turma, participaram entre quatro e cinco instrutores e o instrutor coordenador. Na outra turma, participaram entre sete e oito instrutores e o instrutor coordenador.

Práticas meditativas em SMS

Além dos temas previstos com os devidos registros de discussão e/ou relatórios optou-se por destacar um tema transversal, presente nas discussões do primeiro, segundo e sexto temas: “as práticas meditativas na SMS”. Os procedimentos dos seminários que abordaram estes temas já foram descritos.

Recomendações

Este tema foi discutido no seminário final, em encontro aberto aos participantes das duas turmas, sendo que o período inicial, em torno de meia hora, foi utilizado para conclusão da discussão do tema anterior (“Trabalho e processo de trabalho”) pela turma da manhã.

Na turma da tarde a discussão já havia sido iniciada no seminário anterior.

Participaram oito instrutores e o instrutor coordenador.

Realizou-se também encontro por via eletrônica para aprimorar as recomendações e organizá-las como proposta para ser apresentada aos gestores de SMS.

5.2 RESULTADOS / DISCUSSÕES DOS TEMAS

5.2.1 Percepção das necessidades de saúde através da discussão de dois casos

As principais motivações para a proposta de discussão dos casos podem ser sintetizadas em duas questões: qual a compreensão do grupo sobre necessidades de saúde e outros aspectos relacionados com as práticas de saúde? Como se dá respostas às necessidades de saúde das pessoas atendidas nas unidades onde os instrutores trabalhavam ou atuavam como voluntários?

A compreensão dos instrutores, sobre as necessidades e práticas de saúde, foi expressa no primeiro encontro da pesquisa, quando pôde se verificar, na própria compreensão dos casos discutidos, que envolvia tanto informações e experiências como os valores humanos e sociais presentes no grupo, tendo sido reveladas compreensões antagônicas.

Na discussão sobre o primeiro caso (gestante), vários instrutores compreenderam a atitude do administrador / empresário como ilegal e violenta: *“(...) considero que, do ponto de vista de qualquer organização, o administrador citado no caso, tem postura ilegal, sem falar dos problemas éticos”*; *“(...) poderia ser processado, com base no testemunho das funcionárias que vivenciaram a situação e ouviram suas colocações”* ou *“(...) sobre a situação, a gestação da trabalhadora e de, nesta situação, passar por esta experiência no trabalho e nos outros lugares que procurou, enfim em como tudo isto*

pode influenciar a criança que está a caminho”.

Dois instrutores compreenderam de modo diferente. Um considerou existir algum grau de responsabilidade da gestante: *“(...) a escolha de permanecer neste ambiente de trabalho, que está lhe prejudicando e ao feto, é uma escolha. Por que não se organizar para mudar de trabalho?”.* Outro justificou a atitude do administrador: *“(...) o administrador precisa se preocupar com a produção da empresa, que pode ter dificuldade para arcar com a impossibilidade das trabalhadoras exercerem seu trabalho nas unidades de saúde, por estarem doentes, com lombalgia”.*

Estes pontos de vista suscitaram um debate onde a maioria dos instrutores se posicionou em apoio à trabalhadora gestante e contra a ação do empresário: *“(...) nem toda gestante tem dor lombar, não é uma condição natural da gestação”;* *“(...) no relato do caso, as gestantes eram submetidas a condições que propiciam o surgimento das dores, da lombalgia”;* e também *“(...) neste estado é muito difícil conseguir outro trabalho e que a condição financeira da família pode não permitir esta opção”;* *“(...) o interesse econômico prevalece, a época que vivemos não é uma época da humanização. Penso como estes (interesses) podem levar a atitude de forçar uma pessoa a pedir a conta”.*

Apesar dos argumentos, não houve acordo sobre a crítica ao empresário e um instrutor manteve o argumento da necessidade de compreender o ponto de vista do empresário: *“(...) a questão deve também ser observada sobre o ponto de vista da empresa, não social”.*

No segundo caso (adolescente) também surgiu polêmica que envolve a questão da responsabilidade individual produzindo as condições de vida. A polêmica foi iniciada com a colocação de um instrutor:

(...) A adolescente está muito próxima de cometer atos mais graves, como homicídio. É um trabalho difícil e longo. O abandono vem determinando a situação da adolescente (...). Há também a natureza interna e a opção de cada um de obedecer ou não regras e esta escolha é individual, (...) há muitos exemplos de escolhas positivas, mesmo em situações adversas, (...) é preciso considerar a Lei do Carma, das ações, que trazem consequências, inclusive em vidas futuras e que fazem as pessoas passarem por situações que não entendem.

Outros instrutores argumentaram em sentido diverso, falando coisas como: “(...) a adolescente tem potencial já que com a psicopedagoga aprendeu a escrever, portanto tem potencial” ou “(...) vejo as situações de rejeição repetidas que a menina vem vivenciando, como a relação a escola. Mas com a psicopedagoga, a menina se alfabetizou”.

Em colocação, que novamente considerava a responsabilidade individual, o instrutor voltou a argumentar: (...) talvez a adolescente tenha uma característica pessoal negativa. Talvez não seja possível ajudar esta adolescente.

Outro instrutor inquiriu: “(...) acha que a adolescente possui esta natureza?”

Ao que o primeiro instrutor respondeu: “(...) não sei, mas é possível”.

Um terceiro instrutor argumentou que “(...) esta posição me parece muito determinista. A condição (da adolescente) não pode ser conjuntural?”.

Outro instrutor relatou uma experiência e expôs uma opinião:

Vou contar uma experiência de um atendimento de saúde para um rapaz que é ligado ao crime, que já matou. Outros trabalhadores do local tinham receio do contato com ele, porque ele sempre tinha uma postura ameaçadora. Durante o atendimento ele falou muito e eu somente escutei e realizei o procedimento. O rapaz voltou para outro atendimento, com outro comportamento, mudado, e falou que lhe fez muito bem. Ele veio com outra pessoa para quem indicou o procedimento (...) sempre existe uma possibilidade, por mais que seja uma pessoa violenta, sempre tem uma possibilidade.

Outro instrutor argumentou propondo pensar na responsabilidade do trabalhador da saúde em vez de pensar na responsabilidade de quem está sendo cuidado:

(...) enquanto escutava, pensei a questão sob outro ângulo. Se a escolha, enquanto trabalhador da saúde, não seria minha. De fazer ou não a escolha de acolher e escutar. De abrir possibilidades em mim mesma, para receber, para acolher e para atender. É comum, nos serviços de saúde, argumentarmos as deficiências dos serviços para nos escondermos e justificarmos o mau atendimento. As crianças e adolescentes, como esta, passam por tantos serviços e são “empurradas”, não atendidas.

Como resposta, o instrutor argumentou que a possibilidade de mudança existe, mas reiterou que considera pessoal e não depende dos atos de terceiros.

O modo como aconteceram estas polêmicas indica, no grupo de instrutores de práticas

meditativas que participou da pesquisa, que prevaleceu uma posição de crítica ao empresário e de que as condições de vida têm determinação social, pois os indivíduos se constituem no social. Estas posições podem exprimir valores humanistas, valores sociais e políticos progressistas (no sentido civilizatório) ou mesmo consciência de classe.

De qualquer modo, a expressão de pontos de vista divergentes, que refletem posições ideológicas, trouxe um enriquecimento para o debate.

De um lado, suscitou discussões. De outro lado, expressou posições presentes, as quais se constituem e se reproduzem, inclusive, nas relações de trabalho. Mesmo quando manifestada por uma ou duas pessoas do grupo, entende-se que tais concepções se constituíram nas relações sociais que lhe estão disponíveis e que, portanto, espelham posições presentes na sociedade. Quando se expressaram, produziram debate e possibilitaram a reflexão, remetendo para a pergunta de como estas questões estão presentes no cotidiano dos trabalhadores da saúde.

Ainda neste tópico, os instrutores falaram sobre a produção social das condições de vida:

(...) sobre a possibilidade de atuarmos como técnicos ou especialistas; como técnicos, ao atuarmos meramente na dor lombar, ou uniríamos o conhecimento técnico ao político, com a compreensão do que estava provocando a dor lombar, a compreensão política, e nossa atuação seria ajudar a paciente a reagir de certa forma contra o abuso a que estava submetida.

(...) os casos atendidos são associados com a condição da mãe, que são decorrentes da produção social. Considero que as unidades de saúde devem se aproximar dos movimentos sociais, no caso, do movimento de mulheres, pois vários casos necessitam também de um encaminhamento político. Como os serviços de saúde não se bastam isoladamente, é necessário pensar em uma atuação intersetorial - com outros setores-, buscar parcerias com movimentos de mulheres para situações similares.

(...) deve ser observado o aspecto político como a precarização do trabalho. Também ressalto que a empresa age deste modo e fica por isto mesmo. Pergunto como seria possível atuar nesta situação? Pergunto ainda sobre a norma do trabalho, se é lícito a empresa obrigar as trabalhadoras a ficarem de pé?

Estas colocações indicam, entre os participantes do grupo, a compreensão da existência de condições sociais determinando as condições de vida. Cabe indicar, nas falas destacadas, reflexões ou posicionamentos que estão além do senso comum: os limites do

conhecimento técnico e a necessidade do conhecimento político; a necessidade de articulação com movimentos sociais (movimento de mulheres) para melhor resposta a situações similares; a existência de uma condição econômica e política geral (precarização do trabalho) que possibilita a existência das condições de trabalho descritas na empresa “terceirizada”.

Os instrutores também fizeram comentários sobre a violência contra mulheres, interpretada, pelos que se pronunciaram, como um problema social; a este respeito contaram experiências que vivenciaram ou intervenções que conhecem.

Na questão da resposta às necessidades de saúde, os instrutores falaram sobre o modo que esta é feita e as dificuldades das equipes intervirem em casos similares.

Na discussão do caso da trabalhadora gestante, os instrutores opinaram sobre quais os tipos de atendimento que seriam indicados: “(...) *encaminhar a trabalhadora gestante para consulta com o ginecologista e obstetra*”, também “(...) *proceder à indicação de prática física*” ou passar “(...) *com a assistente social para orientações e argumentos para a trabalhadora*” e ainda “(...) *no trabalho (...) tais casos são encaminhados para a assistente social*” ou “*Entendo que a assistente social deveria ser chamada*”. Outro instrutor indicou: “(...) *necessidade de, dentro da própria unidade de saúde, ter um questionamento adequado desta política e sobre o significado da gravidez*”.

Na discussão do caso da adolescente fizeram sugestões sobre o atendimento: “(...) *é possível dar acolhimento ao caso com procedimentos terapêuticos*” ou ainda “(...) *a necessidade de ofertar um atendimento multiprofissional, com avaliação psiquiátrica. Acertar a situação leva tempo. Vejo ainda a necessidade de trabalho em grupo, onde seja possível a vivência de regras e deveres*”. Outro instrutor falou da: “(...) *experiências que conheço de se utilizar a técnica de psicodrama e que poderia ajudar neste caso*”.

As limitações do atendimento, nas unidades, foram apontadas por vários instrutores.

Na discussão do caso da gestante: “(...) *o que percebo que acontece nos serviços de*

saúde é a prática de passar a bola havendo, portanto, necessidade de encaminhamento mais efetivo”.

Cabe ainda registrar outra polêmica que se apresentou na discussão, mas não se alongou. Dois instrutores criticaram a postura da direção da unidade onde a gestante trabalhava pela empresa terceirizada:

(...) a posição da direção da unidade de saúde de origem, disponibilizando a trabalhadora. Como poderia ser a posição neste período de gestação. Considero que deveria haver um olhar diferente, certa flexibilidade na atribuição das tarefas, e solidariedade dos outros trabalhadores da unidade de saúde.

Ou ainda: *“(...) unidade de saúde de origem não percebe a trabalhadora como percebe a população atendida, e encaminhou a trabalhadora para a empresa”.*

O contraponto foi expresso por outro instrutor: *“(...) a trabalhadora presta serviço e, não correspondendo, teria uma lógica em ser afastada”.*

Na discussão do caso da adolescente: *“(...) das unidades de saúde que conheço (...) acho que, mais uma vez, cairia em procedimento burocrático e a equipe teria dificuldade em realmente acolher. Mas considero que existem unidades que fariam o acolhimento adequado”.*

De outro lado, o atendimento que a unidade de saúde, do campo da saúde mental, presta à adolescente foi elogiado por um instrutor: *“(...) eu gostaria de ressaltar a qualidade do atendimento que (a adolescente) recebe na unidade de saúde onde é atendida”.*

Outro instrutor falou sobre o atendimento de crianças e adolescentes na unidade de saúde onde trabalha, também do campo da saúde mental:

(...) na unidade de saúde onde trabalho (os adolescentes) passam por avaliação e discussão na equipe multiprofissional. Há o caso de um menino cumprindo medida sócio-educativa na unidade de saúde e que, de início, adotava para com a equipe na unidade de saúde atitudes ameaçadoras. Este menino com o tempo estabeleceu uma amizade com uma trabalhadora que realizava atividades de limpeza na unidade de saúde e que o tratava de forma bastante amistosa, inclusive apontando as atitudes do menino que considerava inadequadas, sugerindo limites (se você fosse meu filho,...). Com o estabelecimento deste tipo de vínculo do menino com a trabalhadora, toda a equipe percebeu uma mudança significativa no comportamento e mesmo nas

expectativas do menino.

Na sequência, outro instrutor falou sobre a natureza do atendimento:

“Acho que não é o saber técnico que é determinante (...), como no exemplo da trabalhadora da limpeza que ajudou o menino. O conhecimento técnico do profissional é importante, mas pode não ser determinante. Os vínculos, o grupo de convivência, são mais importantes”.

Outros instrutores ressaltaram a importância do estabelecimento de vínculos.

Também sugeriram atendimentos ou acompanhamentos em outras instituições.

No caso da trabalhadora gestante, foi sugerido: *“(...) encaminhar a trabalhadora para o sindicato ou para quem possa orientá-la sobre os direitos que tem”* e ainda *“(...) Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST (...) proponho encaminhar a trabalhadora para esta unidade de saúde”*. Um instrutor chegou a sugerir necessidade de: *“(...) procurar as instâncias administrativas da empresa como o RH (recursos humanos) e o proprietário”*. Foi esclarecido que os encaminhamentos para o CRST e sindicato foram procedidos, porém com resultados desfavoráveis para a trabalhadora e que o administrador autor do assédio era o proprietário da empresa. Foi também indicado: *“Necessidade de advogado para questionar a empresa”*.

Para a adolescente foi sugerido buscar apoio externo: *“(...) O que a unidade de saúde poderia fazer era encaminhar a adolescente para alguma outra colocação (possibilidade)”*. A este respeito outro instrutor relatou:

(...) uma experiência que envolve outro adolescente e é acompanhado por outra unidade de saúde, que está recebendo apoio do Fórum, do Judiciário, e está realizando uma formação para trabalhar como auxiliar de lavanderia, enfim, criando alguma condição de sobrevivência para quando sair do abrigo.

Nesta discussão, que situa a questão das necessidades de saúde nas unidades de saúde, pode-se perceber que o atendimento de casos, como os que foram apresentados, é, de modo geral, pouco estruturado. Com exceção, talvez, de unidades voltadas para o atendimento de saúde mental. Cabe destacar que vários instrutores destacaram a importância dos vínculos. Também foram destacadas as compreensões da determinação

social. Poucos instrutores referiram o desenvolvimento de capacidades potenciais (que ocorreram com relação ao bebê e ao caso da adolescente) e alguns expressaram certa preocupação com a articulação com outras instituições e movimentos.

Percebe-se, entretanto, a dificuldade, expressa pelo coletivo, do que fazer e do que esperar frente aos casos que expressam sofrimentos psíquicos e sociais.

Partindo do pressuposto de que casos similares aos apresentados fazem parte da rotina de atendimento de praticamente todas as unidades de saúde, pelo menos das que atendem a população SUS dependente, presume-se que os instrutores já se depararam com muitos casos similares.

Considerando os princípios doutrinários do SUS, que incluem o da integralidade, esperar-se-ia, em serviços de saúde bem estruturados, maior clareza e maior uniformidade do entendimento e de condutas quando se realiza um atendimento baseado nas necessidades de saúde.

Há, portanto necessidade de explicar o porquê da diversidade e mesmo deficiências do entendimento do papel.

Considerando que dentre a população SUS dependente atendida nas unidades de saúde, muitos casos similares são atendidos nas unidades de saúde:

- A afirmação anterior, de que se atende casos similares nas unidades de saúde do SUS, não é verdadeira?
- Sendo verdadeira a afirmação, estas questões não se revelam aos olhos dos trabalhadores da saúde durante os atendimentos?
- Se são verdadeiras e se revelam aos olhos dos trabalhadores, há alguma condição objetiva ou condição subjetiva, ou ambas, que impede(m) que seja(m) devidamente compreendida(s) e respondida(s)?

5.2.2 Conjuntura e momento atual

Este tópico se reveste de grande importância para a produção de reflexão,

contextualizada e crítica, sobre o trabalho e a atenção à saúde no SUS, pelo momento histórico em que se inserem as transformações no sistema de saúde do Brasil - de crise prolongada da ordem capitalista mundial e de respostas à crise caracterizada pela reestruturação das forças produtivas, expansão do domínio dos monopólios para todas as áreas, mundialização do capital e reconfiguração do papel dos Estados.

A discussão sobre o tema se deu a partir da abordagem do filme sobre Milton Santos e sua interpretação da conjuntura. Como modo de introduzir a discussão e buscando resgatar o “clima” do seminário, procura-se destacar as impressões que o filme e as falas de Milton Santos produziram, conforme relatos dos instrutores: “(...) *fico impactado ao ver o filme. O que chama a atenção é que a gente é eco de vozes alheias*”; “(...) *sinto-me impactado com a amplitude e complexidade do tema, uma visão de mundo muito abrangente e muito pessoal e tal complexidade não facilita o entendimento*”; “(...) *como as questões do filme são atuais*”; “(...) *assisti o filme duas vezes. Considera que o modo de pensar que predomina no capitalismo já privilegia uns em detrimento de outros*”.

A palavra de Milton Santos, em várias partes do filme, foi destacada por vários instrutores:

(...) ao responder a pergunta de Silvio Tendler: se é difícil ser intelectual negro no Brasil. Milton Santos diz que é difícil ser negro no cotidiano, quando não se está em evidência, e é difícil ser intelectual. Então, a noção da dificuldade de ser intelectual, no sentido de se olhar crítica e reflexivamente a realidade.

E também: “(...) *de ser um outsider, de estar à margem, de não estar ligado a alguma religião, partido, grupo e não professar algum fundamentalismo, o que, acredito, propicia condições para ter clareza, para realmente ver o outro*”. Ou ainda: “(...) *lembro que Milton Santos fala mais do que a globalização, fala do globalitarismo, uma noção mais adequada*”.

Também as palavras sobre a relação colonial: “(...) *no início do filme, que descolonizar é descolonizar o olhar e isto implica olhar o mundo com seus próprios olhos*”, e a abrangência de seu objeto de estudo: “(...) *o conceito de Geografia, que não é territorial: é todo o contexto civilizatório. O holístico no sentido civilizatório*”.

Dentre as questões suscitadas pelo filme, relatadas pelos instrutores, se refere à tomada de consciência do mundo. Ver o mundo como ele é.

Esta consciência pode se manifestar como um sentimento, um desconforto, uma percepção: “(...) filme que (...) traz muitas coisas, não apenas para refletir, mas para sentir”; “(...) uma inquietação pessoal (...) é muito inquietante ver a realidade”; “(...) me mobilizou, fez pensar muitas questões, principalmente a desigualdade, porque as pessoas têm condições de serem atendidas em suas necessidades, é possível o mundo ser diferente”.

Pode, também, manifestar-se como compreensão da ordem que impera no mundo, a consciência de um mundo sem equidade: “(...) a lógica é do lucro” ou “(...) a sociedade da economia de consumo não é sustentável. Considero haver uma glamourização dos bens de consumo, muito além do que, por exemplo, os pais precisam para suprir as necessidades da família”; “(...) percebo uma série de contradições. A contradição entre o ser e o ter. Ao invés de privilegiar o ser, nesta sociedade, se privilegia o ter e poucos ficam com muito e muitos ficam com nada”. Ou, a conclusão que remete à práxis: “Como articular com o que atendo na comunidade? Acredito que o meu, seja um trabalho de facilitador de um processo, que não basta ter a prática somente, se não tiver a teoria. A teoria possibilita avançar”.

Outras reflexões que o filme possibilitou aos instrutores:

(...) Aí a gente faz de conta que não vê a desigualdade. Pensando em uma analogia, lembro que ontem assisti o filme “Vida de inseto”, como as iniciativas individuais dos insetos para evitarem a opressão dos gafanhotos fracassam. E somente quando eles se juntam é que conseguem sucesso na luta contra a opressão dos gafanhotos. Penso que no mundo vai ser assim, porque a situação de exclusão é insustentável. Então percebo que os grupos sociais vão ficando tão separados que o pobre não pode sair de onde está. Então, isto favorece a violência.

(...) a cena dos sem teto entrando no shopping: lembro-me de um trabalho com crianças que nunca tinham estado no shopping, e se organizou uma visita destas crianças ao shopping. No shopping, aquele olhar! Todo mundo olhando as crianças (como no filme). Lembro que fomos em uma livraria, depois no fast-food famoso, onde as crianças que freqüentam habitualmente os shopping costumam ir (todos têm o direito). Mas lembro dos olhares (como no filme): você é olhado pelo que tem. Não é o ser, é o ter;

(...) já fui assaltada (...) os rapazes eram negros (...) quando vejo rapazes negros, fico com medo (...). Isto fez meu comportamento mudar. Há uma experiência, quando lembro (...) me causa desconforto (...) certo dia caminhando, sorri espontaneamente para um senhor negro e ele retribuiu o sorriso (...) fiquei com medo, apreensiva e desviei o olhar. Percebi (...) que ele ficou desconcertado, sem entender (ou entendendo de algum modo) a reação (...) o sorriso que recebi era um sorriso bom, bonito e mesmo assim acabei reagindo deste modo.

Como posição contrária à abordagem do filme, um instrutor expôs, em várias falas, sua compreensão do momento político:

(...) o filme é tendencioso, pois coloca sempre a idéia de socialismo (...) o filme é tendencioso, porque ele leva a pensar de uma forma só. (...) O mundo proposto no filme é um mundo perfeito e este mundo não existe. E as sociedades que propuseram dividir para todos não deram certo. Então, como dividir? Por isso considero que o filme é tendencioso. (...) uma frase dita no filme: “doutrina que não busca renovar, corre risco de se tornar uma religião”. No filme Milton Santos critica o que denomina marxismo fundamentalista, mas tem o tempo todo a posição do socialismo (...) no final do filme, Milton Santos fala sobre o cuidado com todos, mas todos sabem o que foi a experiência do socialismo, e ele propõe o socialismo. Considero que o ser humano é corruptível, que não estamos prontos para este processo “tudo para todos”.

A crítica ao filme e às ideias ali expressas ocorreu em alguns momentos do seminário suscitando debate.

Sobre a caracterização do estágio atual do capitalismo, alguns instrutores debateram aspectos de tal ordem: “(...) as empresas pressionam os Estados (...) o poder econômico influencia o poder político (...) o filme cita a CIA, os Estados Unidos, e por aí dá para pensar nas privatizações. E até que ponto não estamos privatizando a saúde?”; “(...) sobre o Consenso de Washington, sobre a manipulação da grande mídia, a democracia da informação que gera a complexidade no modo de pensar”

A questão do controle da comunicação para dominação e da democratização da informação, abordadas no filme, foram comentadas por vários instrutores:

Esta é a informação que chega, que é permitida. (...) nas políticas públicas isto ocorre, como no exemplo do incentivo para carro, mas não para os esportes e a cultura. Então, considero que isto vai se refletir nas pessoas, que vai criar a necessidade de ter para se sentir incluído, para pertencer ao mundo.

A este respeito o coordenador comentou “que esta ideia pode ser muito forte entre

setores com maior vulnerabilidade e exclusão, o que provoca angústias profundas que se resolverão de algum modo”.

Outros comentários sobre o uso da comunicação: “(...) *sobre quem financia a mídia e porque a mídia sobrevive, induzindo ao consumo de produtos, produzindo necessidades de consumo*”; “(O filme) *abriu meu olhar sobre o poder da mídia e sobre os interesses que estão por trás. Como utilizar tudo isto?*”

Outro aspecto abordado no filme e registrado nos comentários foi o uso das fronteiras nacionais e a relação assimétrica entre o Norte e o Sul, na ordem econômica mundial. Os instrutores expressaram que: “*As fronteiras nacionais, como conhecemos, são um fato muito recente na história, que poderiam ser de um jeito ou de outro jeito, com uma quantidade muito grande de culturas. De outro lado, o poder no mundo está concentrado no setor financeiro internacional, em grandes empresas*”; “(...) *pensamos sempre, aquela coisa de que ‘tem de ser desta forma’: que o pensamento ‘do norte’ ainda é o principal, e o que eles mandam de lá, a gente acredita*”.

Outra questão que o filme aborda e que foi bastante comentada pelos instrutores foi a luta, em vários países, contra o controle dos monopólios sobre a água. Os instrutores remeteram o tema para a questão local, a crise de abastecimento de água em São Paulo, de responsabilidade da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp).

Esta questão gerou polêmicas envolvendo duas compreensões presentes na sociedade. O acesso à água deve ser compreendido como um direito ou o abastecimento de água para a população deve ser submetido aos interesses do mercado? As posições dos instrutores: “(...) *a atuação dos movimentos sociais com relação à questão da água remete para São Paulo agora*”. E também: “(...) *sobre a questão da água, a própria Sabesp comercializou ações na bolsa de Nova York. Indago porque ela (a Sabesp) aumenta o preço para quem gasta menos e cobra barato das empresas que gastam muita água? Então, concluo, a lógica da Sabesp é a lógica do capitalismo*”.

Um instrutor contrapôs outra interpretação:

A forma que apresenta a questão sobre a água é tendenciosa também, porque não fala sobre os custos, os gastos para o tratamento da água. A sociedade evoluiu e o dinheiro é uma evolução. Porque o custo da água é real, são necessários recursos para construir assim como para manter sua limpeza e o próprio governo não tem esses recursos. Não se pensa que vai ter um custo.

Outro instrutor contra-argumentou: “(...) se a gente vive uma democracia, a Sabesp deveria ser movida pela lógica do fornecimento da água para todos”.

Cabe ressaltar que esta discussão se torna importante e possui relação com as polêmicas que envolvem a privatização dos serviços públicos de saúde, pois remete à nova ordem econômica mundial imposta pelos interesses dos monopólios onde áreas que antes eram consideradas como de atuação do Estado, referentes a serviços e direitos, pela nova configuração, transformam-se em áreas de realização e reprodução do capital, com todos os prejuízos que isto implica para a população.

Uma das marcas de Milton Santos é sua crença na capacidade dos setores populares enfrentarem os interesses hegemônicos, lutarem contra as injustiças e, com suas lutas, construir um mundo novo. Estas lutas são comentadas pelos instrutores:

Gosto da fala de que “as mudanças têm que vir de baixo”. As mudanças vindas de baixo, em direção de horizontalidade. Mas ressalto a plataforma técnica, a tecnologia da informação que permite a horizontalidade (...). Este aspecto me dá esperança, abre um momento para ver esperança.

Outro instrutor complementou: “(...) as transformações devem vir de baixo, mas é necessário o Estado, que pode e deve cuidar dos interesses coletivos”.

Também sobre as lutas um instrutor destacou: “(...) a fala do senhor da Bolívia que, falando da luta que participa, destaca a importância ‘de que as pessoas estejam em pé e não de joelhos”.

Na preparação do seminário, devido ao tempo limitado da pesquisa, que não permitiria o desdobramento da exibição do filme em dois seminários, pensou-se em utilizar outros recursos como modo de provocar o debate e a reflexão. Entretanto, pela riqueza das falas nos debates e da reflexão que suscitou, a utilização do filme mostrou ter sido acertada.

O debate produzido no seminário expressou reflexões sobre as ordens social, econômica e

política mundial e sobre o processo histórico, inclusive identificando as heranças da ordem colonial, prevalecendo, entre os instrutores, concordância com as teses do filme.

Também foram expostos argumentos contrários à interpretação da realidade que o filme propunha e isto novamente enriqueceu o processo de discussão.

A percepção da ampliação do olhar, produzindo reflexão, foi expressa em diferentes falas, de vários instrutores.

Também foi incentivada a necessidade de atuar, de ir do tema proposto para a ação prática, de contribuir para as mudanças.

É importante destacar que, frente à exposição de conhecimentos elaborados e apresentados de forma estruturada, como no filme, facilitando a compreensão, foi possível desencadear, entre os instrutores, reflexão sobre a realidade, integrando os conhecimentos e articulando as partes em uma perspectiva de totalidade.

5.2.3 Reforma e contrarreforma na saúde

Este seminário objetivou produzir reflexão sobre a conjuntura da saúde. Optou-se por realizá-lo tendo como apoio um texto que atualiza algumas discussões sobre o tema, com esclarecimentos sobre a base legal do SUS, o que traria elementos para os instrutores compreenderem também aspectos da conjuntura que vivenciam em seu trabalho nas unidades de saúde.

Um primeiro aspecto, presente nas intervenções dos instrutores se relaciona com a própria compreensão do sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu arcabouço legal. A este respeito, no seminário, se expressaram algumas dúvidas. As dúvidas se referiram: aos princípios e regras do regime público e o do privado; sobre as diferenças, na Constituição, entre as atividades complementares e suplementares; sobre como se inserem no SUS as organizações sociais e as entidades filantrópicas. As dúvidas foram esclarecidas pela própria leitura do texto e, para introduzir os resultados da discussão deste tema, apresentar-se-á um resumo sobre o que foi esclarecido.

O sistema de saúde no Brasil inclui dois regimes jurídicos: o regime jurídico público - estatal e complementar, para o qual vale a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS); o regime jurídico privado, que obedece às regras próprias aplicadas às atividades econômicas. Portanto estão previstas na Constituição de 1988, três espécies de atividades no âmbito da saúde: estatal, complementar e suplementar.

O regime jurídico público se fundamenta nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal e no artigo 7º. da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) que define os princípios públicos do SUS: universalidade, integralidade, federalismo colaborativo, participação da comunidade e direito à informação.

Neste regime jurídico foi permitida a presença de entidades privadas, ainda que de forma excepcional, complementando a prestação de serviços de saúde onde o Estado não conseguir suprir com sua própria estrutura. Nesta situação o Estado está autorizado a proceder a parcerias com entidades privadas, preferencialmente filantrópicas, através de convênios ou contratos de gestão.

Vale ressaltar também, que no SUS, as discriminações ou privilégios de qualquer espécie, estão vedados (como dupla porta de entrada, o atendimento diferenciado mediante qualquer tipo de remuneração) assim como negar ao usuário assistência motivada por quaisquer razões, como: insuficiência de equipamentos e insumos ou de recursos orçamentários.

Cabe ainda ressaltar que através de legislação infraconstitucional, editada no final da década de 1990, ocorreu uma ofensiva visando diminuir a prestação direta pelo Estado dos serviços de saúde e ampliar a presença da iniciativa privada. Isto se deve principalmente à Lei 9.637/1998 que dispõe sobre a qualificação das Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) para prestarem serviços nas áreas de saúde e outras esferas públicas. Uma das teses defendidas no artigo que serviu de subsídio para discussão é de que, quando aplicado no SUS, esta Lei viola dispositivo constitucional que apenas autoriza a atuação de entidades privadas no SUS de forma complementar, ou seja, excepcional.

Já as atividades suplementares são regulamentadas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Algumas características do SUS, com relação ao momento em que surgiu, direitos que seriam garantidos e transformações que vêm sendo implementadas, foram comentadas e criticadas pelos instrutores: *“Em 1988 tinha uma realidade em que era até necessário o suplementar, mas de lá pra cá as coisas não melhoraram, o país aumentou a dívida e os recursos da saúde diminuíram. Então, autossuficiência com esse modelo, não pode ser”*; *“Hoje o governo está bancando 40% da saúde os outros 60% estão aonde? Cada vez se aplica menos”*. Outro instrutor comentou: *“Então, vendo ao artigo 7, é dito da universalidade e acesso a todos os níveis de assistência ao nível do SUS. Mas o SUS dá aberturas para o privado”*.

E também:

(...) ele (o Estado) tem de dar o direito de saúde total para as pessoas, inclusive a prevenção. De outro lado também recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviço e assistência à saúde da população. Aqui, na página 27: “para isso todos os entes federativos devem organizar seus serviços públicos”. Então eu vejo que o serviço público não investiu como deveria nessa parte preventiva;

A constituição garante que seja universal, depois dela aprovada foram acontecendo distorções da Lei, por isso a inconstitucionalidade dessa situação. Nunca foi impedido que o privado acontecesse, mas ele seria complementar, o que aconteceu foi que elas foram mudando, mudando de forma que o público virou complementar ao privado. (...) de modo geral (os princípios da) Constituição de 1988 estão “deteriorados”.

Outro instrutor ressaltou parte deste comentário: *“(...) a inversão apontada pelo instrutor - o público virou complementar ao privado - não está fundamentada em Lei”*.

Um instrutor expressou uma opinião sobre a possível entrada de grandes empresas estrangeiras no mercado de saúde do Brasil: *“(...) o governo está encontrando saídas, trazendo o dinheiro de fora, porque eles estão abrindo as portas para o investimento estrangeiro na saúde, nesse ano”*. Sobre esta compreensão, o coordenador comentou: *“(...) entendo que é o contrário. Sendo um dos maiores setores de saúde privados do mundo tem uma pressão muito forte pra permitir a entrada do capital estrangeiro aqui”*.

A reflexão que se iniciou no tema anterior, sobre o impacto da nova ordem econômica mundial em áreas que eram de atuação privilegiada do Estado e que se transformam em áreas de realização e reprodução do capital, neste seminário é aprofundada com o exemplo da saúde. Mesmo com dispositivos legais que estabelecem a saúde como direito, e a responsabilidade do Estado organizar um sistema público de saúde universal, o que se constata pela iniciativa dos governos é: a ingerência dos interesses privados no interior do SUS; a criação de dispositivos jurídicos conflitantes com a CF e a Lei Orgânica da Saúde; a inobservância de dispositivos legais, sempre no sentido de beneficiar os interesses privados na saúde. Este conflito, entre os interesses públicos e privados no campo da saúde, que transparece nesta parte da discussão continuou sendo reconhecido no decorrer do seminário.

Várias outras falas abordaram a questão do público e do privado no sistema de saúde do Brasil. Algumas identificaram precariedades presentes no atendimento do setor privado:

(...) algumas doenças não são cobertas pelos planos privados, o que acaba sendo assumido pelo SUS. Em outras situações, quando cobertos, o valor repassado para o médico é irrisório, como ocorreu em uma experiência que vivenciei. Outra questão é relativa à carência dos planos de saúde, que em caso de necessidade de atendimento, o paciente acaba arcando com as despesas.

E também: *“(...) Há casos do atendimento médico dos convênios onde alguns dos tratamentos deixam de ser cobertos, como a correção de miopia, assim como procedimentos como o aborto legal, o que também ocorre no setor complementar contratado pelo SUS”; “Há também a dificuldade em muitos planos de saúde, no caso do paciente depois da alta hospitalar, necessitar do atendimento de enfermagem em casa, atendimento domiciliar. Este é outro exemplo das dificuldades de quem utiliza planos de saúde”.*

Um instrutor procurou sintetizar esta parte da discussão: *“(...) conforme foi comentado, se no SUS há falhas no atendimento, o mesmo ocorre no caso dos convênios médicos”.*

A correlação entre as deficiências do sistema público e os interesses privados foi estabelecida em algumas falas:

(...) eu vejo pessoas simples que falam, 'eu não tenho seguro saúde mas pago para meu neto, porque se ele adoecer eu não tenho para onde levar'. Porque a incompetência e essa má gestão do serviço público faz com que ele não sirva. Essas 150 milhões de pessoas são mal atendidas e você é obrigado, quando pode, a querer pagar um plano privado (...) não haveria um melhor atendimento no serviço pago?

(...) vem surgindo agentes interessados em participar do mercado de saúde, após o incremento da iniciativa privada nos planos de saúde. Diferente do papel do Estado na prestação de serviços pelo SUS, a iniciativa privada pretende abarcar uma camada da população disposta a pagar pelos serviços.

Comentando sobre o crescimento do setor privado de saúde no Brasil, um instrutor falou: *"(...) suponho que isso não ocorreria se a iniciativa privada precisasse fazer grandes gastos com pouco retorno. A saúde pode virar somente uma mercadoria"*.

Ainda sobre o crescimento do setor privado de saúde: *"(...) desde que a iniciativa privada 'descobriu' que o serviço médico pago pode ser um bom negócio, este setor cresce na medida em que os serviços do SUS tendem a perder qualidade"*. E o coordenador comentou: *"(...) a precariedade do sistema público de saúde não é inevitável"*.

Um instrutor ponderou:

Então o serviço de saúde (privado) pode também se esforçar menos e fazer cada vez menos. Também tem isso, que é outro aspecto. Acho confuso isso. Porque vou fazer diferente, só se me convier, se for interessante pra mim (...) considero que se está falando de corrupção.

Ao que outros instrutores comentaram: *"(...) às vezes não é nem corrupção pessoal, é partidário: O SUS é desse jeito, o privado é desse outro. É uma visão de como as coisas devem ser"*; *"(...) entendo que há um conflito entre os interesses da população e dos governantes sobre a gestão do SUS"*.

Sobre a noção do privado no serviço público, um instrutor abordou no debate outro enfoque:

Tem outra face disso, na medida em que os serviços são privatizados. Acho que quando se fala da dor de cada um, de localizar a dor, fica uma noção de que o sofrimento é privado, é do indivíduo e não se pensa em que condições coletivas produzem tal sofrimento. Então, cada um fica com sua dor silenciada. Pode-se pensar o quanto está relacionado com a condição de vida, mas acabamos produzindo uma noção

privada de sofrimento. Para isso, também um sistema privado de atendimento, porque mesmo que seja público, a gente incorpora no público a noção do privado, não no sentido da qualidade, mas no sentido do funcionamento. Ai a gente pensa em oferecer um serviço totalmente individualizado, no sentido privado.

As repercussões das políticas de incentivo à privatização que determinam a precarização dos serviços de saúde para a população SUS dependente foram exemplificadas na discussão tanto com instituições públicas ou subordinadas ao regime público que fazem uso das discriminações ou privilégios como com instituições que estão sofrendo processo de “desmonte” para permitir a entrada do setor privado.

Um exemplo foi o atendimento do Instituto do Coração (INCOR) e outros hospitais do estado de São Paulo que adotam a dupla porta de entrada e o atendimento diferenciado:

“(...) citando o INCOR: abrir equipamentos do SUS para atendimento diferenciado do particular é decorrência das alterações que estão sendo feitas na legislação, que estão deteriorando o escrito original da Constituição (...) tem vários hospitais públicos que estão assumindo a discriminação”.

Outro exemplo de instituição complementar, que realiza também atendimento diferenciado, é o “sistema” Santa Casa em São Paulo: *“(...) a Santa Casa não paga impostos, recebe uma série de benefícios e mantém um hospital privado também. (...) são muito diferenciados os atendimentos. Não sei se vocês já entraram no Santa Isabel e na Santa Casa?”*

Um instrutor comentou: *“(...) o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) está em situações difícilima. escutei um comentário de que há a possibilidade de uma faculdade privada que tem curso de medicina assumir o hospital”.* Outro instrutor informou: *“(...) o HU fechou o ambulatório de saúde mental, e as crianças e adolescentes que eram atendidas lá foram para o CAPS-Lapa. Vêm pessoas de muitos lugares, inclusive que não estão referenciadas neste CAPS, como de outros municípios”.*

O que se constata no decorrer do seminário é o entendimento, pelo grupo de instrutores, da lógica privada que se estabelece no funcionamento de serviços públicos estatais que, inclusive, determina a quebra dos princípios do SUS no interior destes serviços ao

implantar atendimento diferenciado para pessoas oriundas das empresas de saúde ou para quem paga pelo atendimento e o investimento de governos no sentido de ‘desmontar’ serviços de saúde para promover sua privatização.

Os instrutores, na discussão, também se ocuparam da contrarreforma na saúde.

A este respeito um instrutor falou: *“(...) entre 94/96 se explicita no país a contrarreforma, como parte de um novo momento de ataque às conquistas populares”*.

Também se procedeu a correlação da contrarreforma na saúde no Brasil com os interesses dos monopólios e os retrocessos nos sistemas públicos de saúde de outros países: *“(...) estas medidas fazem parte do desmonte do Estado de bem-estar social dos países de capitalismo central que, por sinal, era sustentado pela exploração dos países de capitalismo periférico como nós”; “(...) as corporações internacionais transformam de fato várias esferas dos governos e dos poderes, em funcionários deles. Pergunta: quem é que está comandando? quem comanda, por exemplo, o presidente que comanda o país?”*

Possibilidades e dificuldades de resistência à contrarreforma na saúde foram comentadas: *“(...) caberia ao Ministério Público (MP) fazer uma ação de intervenção, de questionamento das ações do SUS”; “(...) estamos menos organizados do que em 1988. O que vem ocorrendo depois também está relacionado com esta desmobilização”*. E ainda: *“(...) é possível lutar, mas que é uma luta difícil, de longo prazo”*.

Neste seminário se expressaram poucas polêmicas, com os discursos dos instrutores se direcionando para uma compreensão com vários pontos de convergência.

Produziram-se discussões e reflexões que compõem um diagnóstico do SUS e da contrarreforma na saúde que está em andamento no Brasil.

Expressou-se uma compreensão de características centrais da contrarreforma na saúde e de seus modelos privados de gestão. Entretanto, algumas questões não foram aprofundadas como, por exemplo, a aplicação das propostas formuladas pelo Banco Mundial para operacionalização do nosso sistema público de saúde (SUS).

Os instrutores que participaram da pesquisa constituem um grupo de pessoas – na maioria trabalhadores de saúde – que exprimem compromisso com o serviço público de saúde, disposição de participarem de processo de elaboração do conhecimento e possuem informações sobre vários temas referentes às políticas de saúde. Também vivenciaram muitas experiências concretas no seu trabalho no sistema público de saúde. Entretanto, o conhecimento e experiência não estão sistematizados e aprofundados. Neste sentido percebeu-se, no seminário, que o conhecimento prévio do grupo com relação ao SUS, enquanto sistema instituído através de uma reforma do sistema público de saúde (reforma sanitária) e também sobre a contrarreforma em andamento era restrito e não estava integrado. O seminário foi um passo inicial neste sentido.

A possível integração e aprofundamento do conhecimento possibilitarão entender melhor o porquê das diferenças entre o que está disposto em Lei (o projeto) e o que se apresenta na realidade, enfim, entender as forças e os interesses em jogo, o que permite melhores condições para as escolhas, para as lutas e intervenções visando transformações, inclusive, de suas condições de trabalho.

5.2.4 Interpretações e concepções de mundo

Sobre o tema, os instrutores apresentavam um acúmulo de conhecimentos e reflexões muito diversificado.

Um dos instrutores, pela graduação que cursou e pela atividade que desenvolve, possuía um conhecimento muito diferenciado sobre os temas abordados e acrescentou muitas informações ao que foi exposto e ao que foi discutido pelo grupo. Outro instrutor também dispunha de muitas leituras e conhecimentos sobre uma das visões de mundo abordadas, o budismo. Outros possuíam formação e conhecimento, em graus variados, sobre o materialismo histórico.

Entretanto, pela amplitude da abordagem e dos conteúdos colocados para discussão, ao mesmo tempo limitados pelo tempo disponível para produção de uma reflexão

envolvendo o coletivo de instrutores, foi-se optando por realizar mais um processo expositivo, porém sempre aberto para intervenções, do que uma discussão de temas no formato que havia sido proposto - os seminários -, que teria momentos de discussão e reflexão em grupo e resultaria em um produto.

Portanto esta opção significou não ter sido elaborado um relatório que refletisse a discussão coletiva deste tema.

Isto indica, pelo menos em parte, que os instrutores que participaram da pesquisa não tinham elaborado – de forma sistematizada – o entendimento das visões ou interpretações de mundo (que no mundo ocidental são chamadas filosofia), mesmo daquelas que fundamentam as práticas meditativas.

Esta constatação se explica pelo fato de que os instrutores – como todos – estão inseridos em uma sociedade, cujo pressuposto para sua reprodução é impedir ou dificultar as pessoas de elaborem uma concepção de mundo de maneira crítica e consciente, ou seja, de ter acesso às informações necessárias para procederem à crítica à própria concepção de mundo. A este respeito Antonio Gramsci (1991) explica que a concepção de mundo que prevalece nesta sociedade é ocasional e desagregada e o desafio é torná-la unitária e coerente, inclusive se reconhecendo como produto de um processo histórico até hoje desenvolvido.

Neste sentido, o processo de discussão sobre concepções de mundo no decorrer desta pesquisa - talvez em maior intensidade do que outros temas - ocorre em estágio muito inicial e deve ser tomado como subsídio para a reflexão e para situar as discussões no contexto de totalidade.

5.2.5 Necessidades de saúde

Como resultado deste seminário, que foi o de maior duração, foi produzido um relatório mais extenso. As atividades complementares – entrevistas – serviram de subsídio para as discussões no sentido de informarem sobre uma experiência que resultou em vários

progressos na organização de serviços de saúde para atendimento às necessidades de saúde.

As discussões do seminário se organizaram através de lógica baseada na compreensão das necessidades de saúde adotada na pesquisa.

Um aspecto prévio diz respeito à caracterização das unidades de saúde onde os instrutores trabalham ou atuam.

Na caracterização geral das unidades hospitalares os instrutores referiram que: “(...) é uma unidade que concentra o atendimento nos níveis de atenção secundária e terciária de saúde, mas trabalho em um setor voltado para a atenção primária”; “(...) a unidade de saúde onde trabalho se constituiu como uma referência até nacional, pelas conquistas relacionadas à qualidade do atendimento e dos resultados que veio alcançando desde sua criação”; “(...) trabalho em unidade grande, de referência, que faz uso de todos os tipos de tecnologias”.

Nos hospitais, nos setores que realizam atendimento ambulatorial, há filas de espera para o atendimento.

Na caracterização do ambulatório de especialidades, o instrutor disse:

Com relação à unidade de saúde onde trabalho (...) considero que os serviços e as tecnologias utilizadas têm resolutividade, limitada por outros aspectos. A crítica se refere a situações que envolvem a subjetividade ou até questões concretas que inviabilizam ou dificultam o seguimento, como a dificuldade de alguns pagarem a condução, enfim, questões relacionadas com a implicação e responsabilidade do profissional que realiza o atendimento, de conseguir praticar a integralidade (...) as ações caracterizadas como da saúde coletiva são pouco consideradas.

No ambulatório de especialidades em questão, na maioria dos setores, há filas de espera para o atendimento e em algumas especialidades não é garantida vaga suficiente para as pessoas que aguardam vagas na fila de espera.

Na caracterização geral das unidades básicas de saúde um instrutor expôs pouco sobre as características gerais, concentrando seu relato em outros aspectos. Um instrutor comentou: “Na unidade chegou a equipe da Estratégia de Saúde da Família – ESF e a equipe antiga, dos profissionais antigos, está em minoria e se estabeleceu certo

conflito”. E comentou também: *“Há falta de pessoal e as pessoas que se aposentam ou que se afastam do trabalho, não são repostas e isto vem se agravando”*.

Outro instrutor realizou uma caracterização mais detalhada:

(...) a unidade de saúde onde trabalho é uma unidade tradicional que conta com as clínicas básicas e outros serviços: odontologia, pediatria, ginecologia, clínica geral, equipe de enfermagem, EMAD (equipe multidisciplinar de atenção domiciliar) e educação em saúde. No atendimento feito pelos médicos o foco do atendimento é individual. A equipe de enfermagem organizada em setores (vacina, tratamento, curativos, coleta de exames etc) também atende com foco individual. Foi realizado pela equipe, em outro momento, atendimento grupal para pacientes com hipertensão e diabetes. O serviço que se desloca até os domicílios, EMAD (que tem na equipe: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista e assistente social), também realiza atendimento individual. Este atendimento é destinado a pessoas acamadas por diferentes motivos como acidentes vasculares cerebrais ou outros problemas que de saúde que impossibilitam a sua locomoção até a UBS. O serviço está num momento de transição já que passou a ser pela organização social (OS) que atua na área.

Nas unidades básicas de saúde em que os instrutores trabalham há filas de espera para o atendimento.

Na caracterização geral das unidades de saúde mental, os instrutores referiram que: *“A unidade de saúde, conta com cerca de 10 trabalhadores e o foco é a promover a saúde e não prestar cuidados aos doentes”*; *“na unidade onde trabalha se realiza o atendimento de crianças e adolescentes em situação de grande precariedade”*; *“Com relação à unidade de saúde no seu conjunto, por sua natureza de desenvolver atividades que visam promover a saúde, não concentram atividades da biomedicina”*. E também:

(...) a unidade não trabalha somente com atendimento individual. Cerca da metade dos atendimentos são individuais e nem todos passam por consulta com médico - a unidade ficou por um período longo sem médicos. (...) atende crianças e adolescentes com condições e doenças do campo da saúde mental, encaminhadas por outras unidades de saúde.

Nas unidades de saúde mental, após o acolhimento, todos são encaminhados para atendimento. Nos centros de convivência e cooperativa (CECCO) são encaminhados para atividades grupais. Nos centros de atenção psicossocial (CAPS), as crianças e adolescentes, são encaminhados e atendidos em processos grupais e /ou atendimento individual, sendo que o atendimento com psiquiatra é realizado para os casos onde a

necessidade é mais premente.

Na unidade de referência em medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde, após o acolhimento, as pessoas são encaminhadas para alguma modalidade que a unidade oferece, podendo haver espera para a consulta nas modalidades médicas (acupuntura e homeopatia).

Na discussão sobre o primeiro bloco de questões os instrutores informaram sobre as tecnologias que predominam nas unidades de saúde onde trabalham ou atuam.

Nas unidades básicas de saúde os instrutores identificaram a predominância de tecnologias leve-duras: *“(...) em uma unidade básica (...) onde se utilizam mais tecnologias leve-duras”*; *“(...) na unidade (...) concentra mais as tecnologias leve-duras, com atendimento em três clínicas básicas, odontologia e grande demanda de planejamento familiar”*. Na unidade de saúde de referência em MTPIS o instrutor identificou que atuam com tecnologias leves: *“(...) em outra unidade, mais voltada para a promoção de saúde, onde atuam alguns voluntários, com práticas corporais e meditativas e outras modalidades que seriam tecnologias leves”*.

Nas unidades de saúde mental os instrutores identificaram o uso de tecnologias leves: *“(...) trabalho em uma unidade que atende crianças e adolescentes onde se utilizam as tecnologias leves. É um pressuposto do trabalho o vínculo, onde produzir saúde envolve construir relações com responsabilidades, portanto é necessário o trabalho vivo”*; *“(...) trabalho em unidade voltada fundamentalmente para a promoção da saúde, onde se utilizam as tecnologias leves embora possam utilizar tecnologias leves-duras”*; *“tecnologias leves, pois entendo que há a construção de vínculos e há o acolhimento”* e que *“(...) O objetivo do trabalho é a inclusão social, desde a acolhida, até o acompanhamento e as atividades”*.

Nas unidades de saúde de grande porte identificaram os três tipos de tecnologias: *“(...) trabalho em unidade grande, de referência, que faz uso de todos os tipos de tecnologias”*; *“A unidade concentre os três tipos de tecnologias”*, sendo que, nestas unidades, nos setores onde os instrutores estão lotados ou atuam consideram que

predomina o uso de tecnologias leves: “(...) trabalho em unidade grande e complexa (...) considero que o setor concentra tecnologias leves”; “no meu trabalho, predominam as tecnologias leves”; “O uso de tecnologias leves acontecem mais no acolhimento e nos grupos, voltados para a promoção de saúde”.

Sobre o uso de tecnologias e o trabalho vivo em ato, os instrutores comentaram ainda:

No trabalho que participo é essencial este tipo de trabalho (trabalho vivo em ato) com vínculo de confiança, que possibilite à pessoa atendida “confidenciar” necessidades críticas, pois trazem normalmente questões relevantes. Isto se associa com a capacidade de ajudar a encontrar respostas, de formar vínculos;

(...) as pessoas melhoram a qualidade de vida e desenvolvem capacidades, tanto físicas como emocionais. Isto também está associado com as relações e vínculos sociais e com o entendimento de que são sujeitos de sua melhora, o que é diferente de esperar que a melhora venha de uma pílula.

Outro instrutor se refere à adesão das pessoas atendidas e aos resultados do tratamento:

(...) a unidade de saúde no seu conjunto, por sua natureza desenvolve atividades que visam promover a saúde, não concentrando atividades da biomedicina (...). As pessoas que tem maior adesão às diversas modalidades oferecidas, são as que, quando doentes, melhoram, reduzem as queixas e o uso de medicamentos. Outro exemplo que também considero um indicador de mudança de condição de sofrimento, é o de pessoas que participavam das atividades da unidade tendo chegado à unidade em condições precárias, e que deixam de comparecer às atividades. Depois fico sabendo que deixou de frequentar a unidade porque está trabalhando, arranhou um emprego. Este emprego significa também que a pessoa melhorou.

Um instrutor comentou sobre a utilização de protocolos para as práticas corporais em uma concepção de tecnologia leve (predominando o trabalho vivo) ou de tecnologia leve-dura (predominando o trabalho morto, incorporado no protocolo): “(...) alguns voluntários desenvolvem o trabalho de forma muito protocolar, ligados aos protocolos e outros que o fazem de forma mais solta, menos presos aos protocolos”.

Cabe ressaltar, quanto ao uso de tecnologias, que dois pesquisadores comentaram a respeito do trabalho baseado no conhecimento do território (introduzido em SMS na administração municipal 89-92, com a denominação *territorialização*) que se reconhece como tecnologias que integram diagnóstico, planejamento e execução das ações de promoção e recuperação da saúde e que já foi amplamente utilizada no município, em

outro período. Os instrutores pensaram como uma tecnologia de trabalho das unidades básicas de saúde: *“Embora em grande parte das UBS o trabalho com a concepção de território não ocorra, nelas esta possibilidade é mais factível”*; *“Na unidade de referência, o território não é pensado e no máximo é possível a articulação com outros grupos, mas é difícil trabalhar no coletivo, vendo nele o singular e não o individual. Então não trabalhar o território - e existe tecnologia elaborada para trabalhar o território-, é uma limitação”*.

Conforme os relatos, na caracterização das unidades de saúde foram identificados os diversos tipos de tecnologias que as unidades de saúde utilizam, conforme o tipo de serviço que oferecem para a população. Excetuando as unidades de saúde mental e a unidade de referência em MTPIS, todas as unidades trabalham com filas de espera para concretizar os atendimentos, sendo que para algumas modalidades de consultas ou atendimento não está garantido que o procedimento se realize para uma parcela significativa das pessoas que dele necessitam. Nas unidades de saúde mental o que não está garantido é a consulta em psiquiatria e na unidade de referência em MTPIS os atendimentos realizados por médicos.

Cabe destacar a referência de dois instrutores à tecnologia da territorialização (trabalho que articula o diagnóstico e o conhecimento do território da unidade de saúde com o planejamento e execução das ações de saúde). Esta tecnologia veio sendo construída e aplicada, particularmente em unidades básicas de saúde, há pelo menos três décadas e, pelas características que os serviços de saúde do SUS estão assumindo em São Paulo, vem deixando de ser utilizada.

Sobre o trabalho voluntário ele está presente em seis das doze unidades onde os instrutores trabalham, prestam serviços ou atuam como voluntários, conforme relatado: *“Na unidade atuam três voluntários, dois que instruem grupos, de karatê e ioga, um que realiza atendimento de acupuntura, somente para os trabalhadores da equipe da unidade”*; *“(...) atuam 3 voluntários, sendo um massoterapeuta e dois instrutores de práticas corporais e meditativas”*; *“No setor (...) atuam voluntários (...) com terapias*

corporais e instruem práticas corporais e meditativas”; “Na unidade atua uma voluntária”; “Presto serviços em outra unidade, mais voltada para a promoção de saúde, onde atuam alguns voluntários, com práticas corporais e meditativas e outras modalidades”; “(...) na unidade atua um voluntário que instruí pratica corporal da medicina chinesa”. E também:

(...) o setor onde trabalho está aberto para o trabalho de voluntários. Lá atua um número muito grande de voluntários, com um numero muito grande de atendimentos no ano, enfim, um trabalho estruturado há muito tempo, que foi decorrente de um trabalho ainda mais antigo.

Outro instrutor relatou que: *“Atualmente não contamos com trabalho de voluntários. Mas já contamos com uma voluntária, educadora física. A voluntária instruía um grupo de atividades físicas no período que coincidia com o ano letivo”.*

Sobre o trabalho e o compromisso dos voluntários, os instrutores relataram que: *“Considero que os voluntários desenvolvem um trabalho de qualidade e são compromissados com a qualidade dos grupos que instruem”; “Considero que há um esforço grande e compromisso, tanto dos voluntários como dos profissionais da unidade”; “Considera que realizava um trabalho de qualidade, sendo de inicio exercícios mais leves e, após alguns encontros, aumentava o grau de exigência. Seu compromisso era equivalente ao dos trabalhadores da unidade de saúde”. E também:*

Considero que os voluntários realizam um trabalho de grande qualidade e que são comprometidos com o trabalho, embora não fiquem na unidade por muito tempo, mas que, no tempo em que realizam o trabalho voluntário, o compromisso é equivalente aos dos trabalhadores da equipe da unidade;

A voluntária vivenciou uma experiência de enfermidade da fala e recebeu tratamento de reabilitação em serviço de fonoaudiologia, onde aprendeu diversas técnicas e a partir daí passou a desenvolver um trabalho neste campo. O trabalho da voluntária envolve uma parceria com a equipe da unidade e ela é bastante responsável e procura desenvolver bem o trabalho.

Na dinâmica do seminário foi solicitado aos instrutores que são voluntários, falarem sobre sua motivação e sobre o trabalho que realizam:

(...) o que motivou oferecer o trabalho voluntário foi entender que seria necessário para a unidade de saúde. Ressalto, porém, que o setor onde atuo, conta com instalações

muito boas e boa estrutura, funciona basicamente com o trabalho de voluntários. Atuo com a prática meditativa e em seguida a utilização da escuta, sendo a modalidade denominada no conjunto de “escuta amiga”. Como esta modalidade em que atuo propicia a saúde, considero natural oferecer este trabalho para serviços de saúde. (...) o compromisso como voluntários é deferente: no trabalho voluntário a motivação é oferecer a disponibilidade, a oportunidade para alguém. Se uma pessoa procura, gera a situação de escuta, com conteúdo forte (é atendida), e no final agradece e diz: “como você me ajudou!”, o voluntário se sente gratificado, mesmo que seja somente um atendimento no mês;

Minha motivação, em parte, é relacionada com uma experiência pessoal de vivenciar situação de doença na família tratada em hospital, com internação. Em um atendimento recente, de uma pessoa que estava profundamente perturbada, devido determinadas situações que vivenciei no hospital (...) pelo fato de poder falar, de ver acolhida suas queixas, suas narrativas, foi acalmando e no final, já recomposta, agradeceu a acolhida - Estes resultados me sustentam, me deixam renovado.

Ainda com relação aos voluntários, um instrutor comentou: “(...) há uma diferença entre o trabalho voluntário, que trás uma experiência nova, uma nova modalidade algo que a unidade não oferece”.

Com base no relato de um voluntário, um instrutor expressou uma compreensão:

(...) sempre questioneei o trabalho voluntário, pois entendia que tal trabalho não deveria suprir carências de recursos humanos ou substituir o trabalho dos profissionais da unidade. Entretanto, pela explicação do trabalho voluntário narrado pelo instrutor que é voluntário e pelo pesquisador que me antecedeu, considero que nesta circunstância, quando o trabalho voluntário trás uma experiência inovadora, que ainda não faz parte do repertório dos trabalhadores, ele pode contribuir sim para qualificar o atendimento realizado pela unidade de saúde.

Segundo os instrutores do grupo, o trabalho dos voluntários que atuam no âmbito das práticas meditativas e demais PCM objetiva diversificar as modalidades que são oferecidas nas unidades de saúde. Podemos acrescentar também que no enfoque das práticas de promoção da saúde das medicinas tradicionais ou modalidades equivalentes, o incentivo ao trabalho dos voluntários cumpre outro papel: o de contribuir com sua formação de instrutores para expansão da utilização destas modalidades em outros espaços, além dos serviços de saúde, como ocorreu na experiência da China e de outros países.

Sobre o estabelecimento de vínculos, ocorreram muitas intervenções dos instrutores.

Algumas colocações enfatizam sua importância: “Considero que o conhecimento técnico do profissional é importante, mas pode não ser determinante, que os vínculos, o grupo de convivência, seriam mais importantes”; “(...) nos grupos de PCM se estabelecem os vínculos, as pessoas são acolhidas e se propicia laços de amizade entre as pessoas”; “Com relação à unidade de saúde como um todo, é difícil avaliar. O vínculo depende de cada setor”; “(...) percebe que nos grupos com menos participantes o estabelecimento de vínculos, de laços é mais forte. A maioria das pessoas atendidas estabelece vínculos com a unidade e isto se fortalece com o tempo”.

E ainda:

Este modo de trabalho que se baseia no cuidado, estabelecimento de vínculos e responsabilidade não se limita ao momento de chegada de adolescentes, mas norteia o trabalho desenvolvido na unidade de saúde. Nele está incluído de o momento de recepção, o acompanhamento nas diversas modalidades de atendimento, a família e também a rede de atendimento que as crianças e adolescentes possam utilizar. Cada criança ou adolescente têm um profissional como referência que o acompanha e realiza o contato com outros serviços, mesmo que não seja a pessoa com quem ele estabeleceu o vínculo afetivo mais forte;

(...) é essencial este tipo de trabalho, com vínculo de confiança, que possibilite à pessoa atendida “confidenciar” necessidades críticas, pois trazem normalmente questões relevantes. Isto se associa com a capacidade de ajudar a encontrar respostas, de formar vínculos;

(...) na unidade onde trabalho se realiza o atendimento de crianças e adolescentes em situação de grande precariedade. Nestes casos - pelo menos -, assume grande importância a unidade onde as crianças e adolescentes estabelecem vínculos, mesmo que, por exemplo, seja de outra região. (...) as crianças e adolescentes que chegam à unidade devem ser bem acolhidos, “de coração aberto”, “sem preconceitos” e este vínculo é que pode possibilitar que sejam ou não encaminhados para atividades e processos grupais;

Algumas pessoas atendidas retornam várias vezes. No trabalho com a mesma abordagem ou modalidade que realiza fora da unidade de saúde, as pessoas são atendidas somente uma vez. Na unidade de saúde é diferente. Para manter a característica da abordagem, a escuta amiga, que não é uma prática terapêutica, os voluntários se alternam no atendimento da mesma pessoa, pois na proposta não se preconiza o vínculo pessoal, mas com a modalidade.

Outras intervenções problematizam questões envolvidas com o atendimento prestado em unidades de saúde da SMS:

(...) criança (...) encaminhada de forma que considero descuidada por profissional de uma unidade básica de saúde onde foi diagnosticado autismo: os pais contaram que a criança estava melhorando com o atendimento na unidade, portanto, se estava melhorando, havia sido estabelecido um vínculo e este vínculo foi rompido. Fora outros descuidos na conduta, não foram pensados as repercussões do rompimento do vínculo. No final o diagnóstico de autismo estava errado;

Há falta de pessoal e as pessoas que se aposentam ou que se afastam do trabalho, não são repostas e isto vem se agravando. Estas precariedades do atendimento impedem a formação de vínculos de confiança e a unidade não está “sintonizada” para atender esta necessidade;

(...) há problemas relacionados com a concepção de regionalização, que substitui as relações de vínculo pela localização da residência e onde, por exemplo, crianças e adolescentes podem ter de mudar o atendimento de unidades onde haviam estabelecido vínculos com a equipe.

Pelo que foi exposto, o estabelecimento de vínculos, de modo geral, está identificado, entre os instrutores, como uma necessidade para a qualificação do trabalho que executam e também como uma característica dos grupos das práticas meditativas e demais PCM. Foram identificados o estabelecimento de vínculos afetivos e laços de solidariedade entre os participantes de diversos grupos nas unidades de saúde, ressaltando que foram identificadas também condições que são facilitadoras, como: a constância de participação nas atividades grupais e o número de participantes do grupo.

Cabe ressaltar, com relação aos vínculos, que eles não são somente afetivos, mas também se efetivam nos cuidados que fazem parte do atendimento. Estão presentes no acolhimento, mas também em como o trabalhador de saúde está implicado com o que executa como, por exemplo, em como processa as referências e contra referências para outras unidades ou serviços. Também está intimamente associado com as condições de trabalho e o tempo que se tem disponível para realizar todos os procedimentos e cuidados que fazem parte de um bom atendimento em saúde.

Apesar da importância reconhecida do estabelecimento dos vínculos, os instrutores procederam a várias referências de que, no âmbito da SMS, grande parte do atendimento nas unidades de saúde é realizado sem esta implicação. Também associaram esta situação com precariedades das condições de trabalho e com a organização dos serviços.

Sobre programas de acolhimento e humanização, vários instrutores relataram a

experiência de suas unidades de saúde. Nas unidades de saúde mental o acolhimento é organizado formalmente: “(...) existe uma proposta formal de acolhimento e acompanhamento da população que atendem (...). A unidade é pequena, mas os trabalhadores se esforçam bastante para garantir práticas reais de acolhimento e de dispositivos que sejam de cuidado”. E também:

(...) o estabelecimento de vínculos é uma característica importante do trabalho desenvolvido na unidade. O acolhimento está formalmente organizado. No acolhimento ficam três trabalhadores para acolher, cuidar de intercorrências e atender outras necessidades.

(...) na unidade de saúde onde trabalho, o primeiro atendimento é o acolhimento. No acolhimento é apresentado a unidade, a equipe, os objetivos da unidade e as atividades que são ofertadas. Nesta conversa, perguntam como a pessoa chegou à unidade. Então é agendada uma entrevista e depois as pessoas começam a participar das atividades grupais.

Esta também é a situação da unidade de referência em medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde: “Há um acolhimento formal para todos que procuram o atendimento em grupo, inclusive com projeções utilizando vídeo projetores portáteis (data show), algumas vezes”.

Nas Unidades hospitalares há informação sobre programas formais de humanização, mas os instrutores não conseguiram identificar uma norma comum relativa ao acolhimento: “(...) a unidade de saúde onde trabalho possui um programa formal de humanização”; “(...) a unidade de saúde onde trabalho, pela dimensão da unidade, em cada setor pode ser diferente. Pode ou não haver algum modo estabelecido de acolhimento. Já existiu um programa formal de humanização, mas foi interrompido”.

Nas unidades básicas de saúde e no ambulatório de especialidades, pelos relatos dos instrutores, não está formalizado um modo de fazer o acolhimento: “(...) não conheço um programa formalizado de acolhimento ou de humanização na unidade de saúde onde trabalho”; “Na UBS não conheço um programa de acolhimento”. E também:

Não há acolhimento formal. A forma de acolhimento e a humanização do atendimento dependem do profissional e do programa onde está inserido. Por exemplo, nos programas de hanseníase e tuberculose, há um modo estabelecido de receber e acolher

todos os que são atendidos. Para outros setores, a pessoa que chega vai perguntando até achar o atendimento ou cuidado que procura.

Em uma UBS, mesmo sem um programa formal, há uma mudança recente:

(...) não há um grupo estruturado da UBS que receba o usuário com acolhimento no sentido de esclarecer o fluxo de funcionamento da UBS. Entretanto estamos recebendo alguns trabalhadores do projeto “Jovem SUS” e uma das atividades do projeto é receber e proceder a um direcionamento para as pessoas que procuram atendimento na unidade.

Ainda neste tópico, dois instrutores teceram considerações sobre aspectos relevantes do acolhimento:

O que considero que necessita ser aprimorado é a concepção de que o acolhimento é sempre individual. Na minha experiência anterior, de trabalho em UBS o acolhimento era coletivo, com dois ou três profissionais da unidade participando das reuniões dos grupos de acolhimento. No modelo de acolhimento individual se parte de um pressuposto do modelo biomédico, de que alguém vai atender e cuidar.

Na unidade de referência em medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde:

(...) há um acolhimento específico para quem vem encaminhado pela saúde mental, pelo CAPS. Mas gostaria de ressaltar uma coisa que vem refletindo, a partir das discussões dos seminários: sobre a separação do acolhimento da saúde mental do restante, percebe que não deveria ser separado, que se está reproduzindo esta separação, o estigma de atender separado quem recebe os cuidados da saúde mental.

Pelos relatos, nas unidades em que os instrutores trabalham, o acolhimento não está estruturado, o que faz supor que não há uma política efetivada no município sobre este tema. As exceções são as unidades de saúde mental e também na unidade de referência em MTPIS o acolhimento é estruturado.

Sobre as necessidades de recuperar e desenvolver capacidades, no grupo, instrutores da unidade de referência em MTPIS e dos CECCOS tiveram maior facilidade de comentar as experiências positivas nas unidades. Outros instrutores referiram experiências positivas nos grupos de meditação e outras PCM.

(...) no início da participação no grupo, alguns resistem, alguns desistem e outros iniciam com entusiasmo. Dos que resistem, por exemplo, alegando motivos religiosos, depois de compreenderem que não é uma prática religiosa, mas uma prática de saúde, uma parte supera o preconceito e se tornam muito participativos. Estes que participam, que estão presentes nas atividades, desenvolvem capacidades.

Sobre os resultados dos dois grupos, que sou responsável (um de PCM), considero que são atividades que complementam outros tratamentos. Há relatos de melhora dos sintomas, mas não consigo relacionar com que tipo de atendimento se estabeleceu a melhora. Seria preciso um estudo para avaliar os resultados.

Alem da repercussão nas capacidades outro aspecto foi observado: “*É possível perceber esta mudança de atitude, mas isto ainda não é avaliado, medido de algum modo*”.

Um instrutor comentou sobre o programa em que está inserido em uma unidade de saúde:

Sobre o desenvolvimento de capacidades, é difícil avaliar na unidade de saúde. No programa em que trabalho há grande compromisso da equipe. As pessoas atendidas podem ter uma história de vida difícil, sofrido o estigma social e podem necessitar de um amparo. A equipe atua prestando este amparo e o cuidado, inclusive atuando para facilitar a reinserção no trabalho. Então, nesta prática de solidariedade é possível recuperar ou conquistar também uma capacidade social que é pelo menos tão importante como a capacidade física (...).

Outro instrutor fez uma avaliação importante:

Considero, de modo geral, que a unidade obtém para a maioria dos atendimentos realizados, bons resultados, que muitos casos evoluem bem, que as crianças e adolescentes atendidas melhoram. Noutros casos não considero que a melhora é significativa. Considero que (e isto não é compartilhado por parte da equipe), uma criança que permanece em atendimento em uma unidade de referência por 6, 7, 8 ou mais anos, é porque o resultado foi insuficiente, que a condição está cronicada, que não foi possível encaminhá-la, por exemplo, para os CECCO e unidades de saúde. Acaba sendo reproduzida uma lógica de manicomização;

Além de identificarem o desenvolvimento e recuperação de capacidades, outros aspectos são também comentados: “*(...) é mais fácil perceber as capacidades físicas e menos as conquistas relacionadas com o emocional*”.

Sobre a referência das unidades de saúde para os grupos de práticas corporais e meditativas, visando desenvolver ou recuperar capacidades, foi comentado que: “*(...) ainda não há um conhecimento do papel de cada modalidade. Por exemplo, as pessoas com hipertensão arterial e diabetes deveriam participar do grupo de caminhada, mas não o fazem ou não são encaminhadas para o grupo*”.

Sobre o sistema de referência e contra referência, uma primeira questão que se destacou

é a dificuldade de se conseguir vagas quando há necessidades de encaminhamento: “(...) alguns tipos de encaminhamentos e até contato com outras unidades em vários momentos são muito difíceis (...)”. Outras dificuldades são também relatadas:

(...) referência e contra referência: considero que o setor mais recebe do que encaminha. Quando necessitamos encaminhar, por exemplo, para serviços de outras unidades, como especialidades médicas e fisioterapia, encontramos muitas dificuldades, as vagas são muito insuficientes;

Sobre a referência e contra referência, no serviço é bastante utilizado. É muito difícil conseguir referência para odontologia: é crítico, dificilmente se consegue. Também é muito difícil para conseguir leitos para internação. Como relatei, quando aceitam psicóticos, não aceitam usuários de drogas e quando aceitam usuários de drogas, não aceitam psicóticos. Além de algumas exigências, como a presença de familiares, que crianças e adolescentes em situação de rua não podem responder;

Referência e contra-referência é sempre difícil (...) muito difícil conversar com as pessoas que realizam o encaminhamento do CAPS. Como exemplo, recentemente liguei para o CAPS todos os dias tentando falar com uma profissional que havia encaminhado uma pessoa. Não consegui falar e não obtive retorno (...) e é muito difícil, encaminhar para o psiquiatra;

Conseguir vagas, muitas vezes, depende de relações pessoais que se estabelecem entre profissionais de unidades diferentes e o pior, que isto vai sendo incorporado como normal, como se fosse normal estabelecer uma rede de influências ou de relações para viabilizar necessidades que deveriam estar reguladas de outro modo.

Também foi relatada dificuldade da própria unidade de saúde em operacionalizar e acompanhar os casos de pessoas que necessitam ser referenciadas: “(...) o acompanhamento dos encaminhamentos não é organizado (...)”. Em uma UBS com porte maior e no ambulatório de especialidades que contam com setores que tratam da referência e contra referência, os instrutores apontaram as dificuldades:

Por exemplo, há o setor de recepção que recebe os encaminhamentos (pedidos de referência) - inclusive das cinco equipes da estratégia de saúde da família (ESF) – e, pela quantidade de funcionários e pelas dificuldades do próprio sistema de regulação, não consegue dar conta destes encaminhamentos e somente cerca de 30% destes são efetivados. Portanto, uma expressiva maioria dos pacientes não é encaminhada para outros serviços;

(...) há um setor de regulação que trata das referências (...) este trabalho tem muitos problemas. Para a maioria dos encaminhamentos trabalham com lista de espera. Anotam o telefone (ou um telefone de referência) para informar depois onde vai ocorrer o atendimento. Muitas pessoas que a unidade atende não possuem telefone ou,

pela própria condição financeira, seus telefones ficam sem créditos e não recebem ligação. Então, uma parte considerável destes encaminhamentos se perde. Sei de casos que isto se repetiu mais de uma vez.

Cabe destacar, a respeito da implicação do atendimento realizado, inclusive com relação aos encaminhamentos, o relato de um instrutor de unidade de saúde mental:

(...) o trabalho de referência e contra referência é uma das características da unidade de saúde. Raramente a referência se resume na entrega da folha de encaminhamento. Alguém da equipe acompanha antes e depois de se concretizar a referência. O procedimento mais comum é discutirmos o caso em reunião antes de proceder ao encaminhamento (referência). Usualmente o profissional da unidade faz contato por telefone, esclarece o caso e depois procede ao encaminhamento. Mesmo que a demanda não seja relacionada com saúde mental este acompanhamento é realizado e se busca parcerias. Nas unidades que não ficam distantes, no caso a UBS e o pronto socorro, costumamos acompanhar a criança ou adolescente encaminhada. A maioria da equipe faz isso (não todos). Mas procuram se informar sobre como está sendo realizado o atendimento e discutir o caso com a outra unidade.

O que se identifica, pelos relatos, sobre o sistema de referência e contra referência é uma profunda crise do sistema de saúde no âmbito de SMS. Há falta de vagas, longa espera e muitos atendimentos em especialidades médicas, odontologia e fisioterapia (os citados) não se concretizam. Entretanto, é necessário destacar o modo cuidadoso com que as unidades de saúde mental, representadas no grupo, procedem e acompanham as pessoas referenciadas, apesar das dificuldades para conseguirem efetivar os procedimentos que os usuários de seus serviços de saúde necessitam.

Sobre as boas condições de vida, enquanto necessidades de saúde, vários instrutores entenderam que as práticas corporais e meditativas respondem a estas necessidades: “(...) o trabalho desenvolvido na unidade de saúde, incluindo as PCM, propicia boas condições de vida”; “(...) conjunto das práticas integrativas da sala de meditação da unidade de saúde contribui para a melhora das condições de vida”; “(...) ao atender com as práticas integrativas contribui com as condições de vida ao possibilitar o desenvolvimento de potencialidades e a promoção da saúde”.

Um instrutor de unidade hospitalar inclusive entende que o objetivo principal da realização dos processos grupais PCM é melhorar a qualidade de vida:

(...) o trabalho desenvolvido nestes anos tem como foco a qualidade de vida, tanto que foi instituído um programa de qualidade de vida que se chama “Vida e Terapia” que é responsável pela coordenação de todas as práticas integrativas existentes na sala de meditação da unidade de saúde, visando a saúde física, psíquica, mental, espiritual e social, resultando num bem estar que se traduz em melhoria na qualidade de vida.

Ao abordar a questão da medicalização, como prática para adequar comportamentos, um instrutor indicou sua relação com a determinação social:

(...) minha unidade recebe muitas crianças e adolescentes oriundos do ambulatório do hospital das clínicas (HC/USP), em sua grande maioria multimedicamentadas, com condições crônicas. Muitas crianças pela contenção química estão largamente incapacitadas ou com imensas dificuldades para desenvolver suas capacidades. A isto se associa a limitação de atendimento com psiquiatria, já que nem todas conseguem o acompanhamento para reduzir a medicação. Considero que esta situação é fortemente determinada socialmente: hoje a infância incomoda muito e tanto as crianças mais tranquilas como as mais ativas são enquadradas em supostas condições que necessitariam ser medicalizadas. Isto está se difundindo no senso comum e mesmo pessoas leigas, sem relacionar com as condições de vida, fazem ou sugerem diagnósticos precoces, por exemplo, de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Outro instrutor problematizou a complexidade inerente à esfera das boas condições de vida: “(...) boas condições de vida é um termo muito amplo, se refere desde a percepção subjetiva do bem estar até a saúde física, passando por questões de entendimento do mundo e de satisfação de necessidades”.

Outro instrutor de unidade da saúde mental expressou uma compreensão da relação do tipo de sofrimentos que atende com as condições de vida que o determinam:

(...) nas unidades de saúde mental se lida com sofrimento psíquico, o que remete a pensar nas condições de vida. Não há como pensar e praticar cuidado em saúde mental sem considerar as condições de vida, porque sem reconhecer o que está na determinação do sofrimento tende-se para práticas alienadas, em que o sujeito que sofre, muitas vezes se torna objeto do saber e das técnicas.

E ainda expôs o entendimento de que as condições de vida se articulam com o social e político:

O sofrimento psíquico é social e político e está intrinsecamente articulado às condições de vida, nestas incluídas a cultura, a moradia, o transporte, o lazer, a inserção pelo trabalho, a confiança no futuro (...) na unidade há uma limitação na utilização de tecnologias de diagnósticos e de intervenção nas condições de vida que determinam a saúde.

Ao abordarem a articulação do trabalho que desenvolvem na unidade de saúde com instituições e movimentos populares, alguns instrutores estabeleceram a relação destes movimentos com as condições de vida: *“Para quem se articula e participa destes movimentos, influencia na compreensão e na intervenção nas condições de vida que se associam com as condições de saúde”*; *“(...) as capacidades estão muito comprometidas então é necessário buscar apoio em outras instituições e procurar intervir na família”*; *“A articulação com os movimentos e instituições facilita o trabalho, mas ainda é intermitente, e pode ser melhorada”*. E ainda:

A articulação com as instituições amplia a qualidade do atendimento que o setor oferece, ajuda a atender aspectos que a unidade de saúde sozinha não consegue responder. Penso que isto pode ser ampliado, pode ser mais efetivo se articular também com movimentos sociais como o Fórum Popular de Saúde.

Um instrutor expôs um contraponto considerando que as PCM são as ações, no âmbito do trabalho em saúde, suficientes para propiciar as boas condições de vida:

(...) relação com movimentos sociais e populares! Considero que seria contraproducente já que o trabalho é individual e direto. Atendemos o indivíduo, trabalhamos suas dores, seu sentir. Neste caso não há espaço para intermediários, a atuação deles poderia ser possível na divulgação e disseminação do trabalho.

Entretanto, pelas colocações, os outros instrutores reconhecem a importância desta relação:

(...) considero que a articulação com movimentos sociais é fundamental, mas que esta concepção não é de grande parte da equipe e não há investimento ou articulação com os movimentos. Considero que, dada as mudanças sociais de posição e lugar social das mulheres, seria fundamental as unidades de saúde mental se articularem com os movimentos de mulheres, assim como com o movimento negro, visto que o racismo é uma forte fonte de sofrimento.

Vários instrutores citaram a incipiência desta articulação ou a necessidade de haver investimentos neste sentido: *“A articulação dos movimentos citados ainda ocorre por*

iniciativas individuais, não da equipe do setor”; “(...) penso que isto pode ser ampliado, pode ser mais efetivo se articular também com movimentos sociais como o Fórum Popular de Saúde”. E também:

Avalio que o meu trabalho ainda não está tão articulado como ocorre com outros instrutores. Na minha experiência de trabalho, no ambulatório de saúde mental, esta articulação era incipiente, na UBS nem isso, na unidade de referência é mais presente e há maior possibilidade de articular;

Alguns setores, por iniciativa dos trabalhadores, mantêm relação com instituições. (...) a experiência da formação de “promotoras legais populares” pode ter repercussão nas condições de vida. Percebo que estas iniciativas, de articulação com os movimentos sociais ainda são individuais. Penso em um trabalho onde possa ser discutida e partilhada pela equipe de saúde, pelo menos do setor. Também envolvendo os participantes do conselho gestor

Alguns instrutores citaram experiências concretas de articulação: “(...) no bairro existe um movimento de saúde autônomo da população e muitas vezes fazem convite para os trabalhadores da unidade de saúde participarem das reuniões. Na unidade são divulgadas as atividades dos movimentos populares de saúde”.

Ocorreram ainda outras colocações falando destas relações e articulações: “(...) articulação da unidade com movimentos populares e instituições que atuam nas questões sociais existe”; “Estão estabelecidas relações formais com duas entidades sociais que atuam na área de abrangência da UBS com as quais é mantido relacionamento de parceria”.

Vários instrutores identificaram as condições de vida como determinantes das condições de saúde e consideraram a necessidade de articulação com instituições que atuam no âmbito do social e principalmente com movimentos sociais e populares, mas, de forma geral, se identificou que esta articulação ainda é incipiente ou inexistente.

Um instrutor considerou que somente as práticas corporais e meditativas respondem a tais necessidades. Na opinião do autor, se considerar o primeiro seminário e a dificuldade identificada por vários instrutores de, em grupos de práticas meditativas, acolher e intervir nos aspectos sociais que os dois casos revelavam, esta posição

conflitua com o que foi revelado ou indica uma concepção de saúde, e do papel dos trabalhadores de saúde, que desconsidera ou relativiza a integralidade.

Sobre o produto do debate, cabe destacar que é possível perceber uma diversidade e, talvez, imprecisões sobre o conceito de saúde (e conseqüentemente de doença) que os instrutores utilizam, pelas reflexões e conclusões que expressaram. Entretanto, apesar das dificuldades no entendimento do papel dos trabalhadores da saúde, considera-se que as reflexões produzidas no debate refletem um grau de estruturação da compreensão das necessidades de saúde, conforme o modo que foi proposto agrupar ou organizar a compreensão das necessidades de saúde, identificando os vários problemas e regressões que o SUS experimenta e que refletem diretamente no atendimento prestado aos usuários do sistema público de saúde em São Paulo.

5.2.6 Trabalho e processo de trabalho

A partir das questões propostas, sobre o modo como está organizado e gerenciado o trabalho nas unidades de saúde e sobre a relação desta organização e gerenciamento com as respostas às necessidades de saúde, os instrutores identificaram as características do processo de trabalho em que estão inseridos e suas repercussões.

Os instrutores abordaram, em várias falas, a experiência relacionada com a organização do trabalho que vivenciam:

(...) eu gostaria de falar que a organização do trabalho esta boa, porque há esta preocupação entre os trabalhadores. Porém, mesmo com o esforço da equipe, que é pequena e engajada, a organização do trabalho não esta boa. Percebo que a equipe não consegue atender toda a demanda, que é maior do que a capacidade do setor. A organização interna do setor esbarra na capacidade de responder a demanda.

Destacaram ainda: *“A prioridade do atendimento (...) é responder às queixas (queixa-conduta) e não o olhar integral para quem é atendido, o que interfere na qualidade do atendimento e interfere no diagnóstico de casos com gravidade que, em várias*

situações, não foram diagnosticados”; “(...) as ações caracterizadas como da saúde coletiva são pouco consideradas”; “Considero que a maior parte do atendimento prestado tem o caráter individual e curativo destinado aos que agendam o atendimento ou para os que eventualmente, conseguem uma vaga de encaixe”; “(...) dificuldade de concepção gerencial para a unidade assumir algum trabalho relacionado com as condições de vida”.

E também:

Considero que seria desejável que houvesse um maior diálogo interno, reuniões de equipe ou reuniões de trabalho para se conversar sobre estratégias visando as ações de promoção de saúde para os usuários, de acordo com as principais questões de saúde apresentadas pela população atendida (...) no interior da unidade de saúde seria necessário estas reuniões de trabalho para podermos atuar mais conjuntamente, em equipe sobre as referidas questões de saúde.

Estes relatos revelam um descompasso entre a concepção e os princípios do SUS e o modo como se efetiva a organização das unidades de saúde onde vários instrutores, que participaram da pesquisa, trabalham.

Em sentido semelhante, vários instrutores apontam problemas na gestão dos setores ou das unidades de saúde: *“(...) na unidade de saúde onde trabalho, o (processo de) trabalho é hierarquizado e não se estabeleceu um processo de comunicação com os outros setores”.* E também: *“Estou preocupado com os problemas e como vai ser organizado o trabalho no ano que vem. A equipe não reúne e há grande dificuldade para marcar reuniões da equipe”.*

E também:

(...) o trabalho que executo (...) não é gerenciado nem organizado. Ficou decidido que atenderia as demandas do conselho tutelar e ministério público e é assim que funciona. Chega e tem de atender. Isto impede que o trabalho seja organizado, inclusive voltou a ter lista de espera para outros atendimentos.

Os instrutores identificaram, na sua experiência de trabalho em saúde, que predomina a utilização do *taylorismo*, particularmente com relação à verticalização da gestão e decisões, assim como fragmentação do trabalho:

(...) considero que a organização do trabalho e a gerência da unidade são “tayloristas”, pela fragmentação da abordagem, horizontalidade das decisões e falta de integração dos setores. A gerência não discute nas reuniões as questões relacionadas com a organização do trabalho e do serviço. As reuniões são somente para passar informações. Opta, nas questões relacionadas ao trabalho, pelas conversas “pessoa a pessoa”. Uma minoria questiona a gerência, o que provoca tensões. Alguns, ainda com potencial e disponibilidade para continuar trabalhando, optaram pela aposentadoria.

E também: *“(...) o que predomina na unidade e no setor onde trabalho é a gerência e organização “taylorista”. Há meses a equipe não consegue se reunir”; “Há muitos profissionais compromissados, mas o trabalho é fragmentado. Por exemplo, não está organizada a discussão de casos na equipe”.*

E também:

Quanto a avaliar se o trabalho atual responde às necessidades de saúde da população penso que não, porque predomina um modelo de saúde baseado na fragmentação, norteado nas especialidades médicas, contrário a um modelo de saúde que veja o paciente como um todo e integral.

As exceções são a unidade de referência em MTPIS e unidades de saúde mental onde estes princípios são aplicados de modo mais brando ou podem não ser aplicados: *“(...) onde trabalho, a gerência é democrática. A equipe reúne uma vez por semana, e ocorrem discussões em grupo. A gerência apóia o desenvolvimento das PCM, favorece o aprimoramento e a participação dos trabalhadores em cursos”.* E também: *“Na unidade de referência é diferente: o atendimento é discutido, a gerencia é democrática, é possível ser criativo”.* E ainda:

(...) sobre o trabalho na unidade de saúde, a gestão é coletiva, mesmo havendo verticalidade das decisões que não são deliberadas pelo coletivo, mas pelo colegiado de coordenadores ligados à instituição. Entretanto, pelas características dos coordenadores e o compromisso reconhecido da equipe, acaba havendo repercussões das discussões coletivas nas decisões.

Porém é possível notar uma variação no grau de participação, nestas unidades: *“(...) na minha unidade de saúde há discussão e planejamento das atividades, embora os limites políticos dados por vários fatores, um deles são as relações hierárquicas que se mantêm internamente às instituições de saúde”.*

Na discussão sobre o trabalho e gestão do processo de trabalho, alguns instrutores contaram de experiências de trabalho anteriores em outras unidades de saúde ou mesmo outras secretarias, estabelecendo comparações que ajudam a compreender a dinâmica e complexidade do trabalho na SMS, que inclui muitas experiências no decurso de governos autoritários.

Um instrutor comparou dois momentos em SMS:

(...) os modos de gestão de duas gerências diferentes: A primeira gerente organizava e dirigia o trabalho em moldes “taylorista”, pois, por exemplo, procurava impedir que os trabalhadores conversassem sobre o trabalho e queria saber e controlar qualquer atividade dos trabalhadores. O ambiente era muito tenso e as pessoas até adoeciam. A gerente atual cobra o trabalho, como todos os gerentes, mas sua administração é diferente, mais participativa. Todos falam, podem se posicionar e sugerir e se reúnem para isso. Particularmente nesta experiência me sinto mais à vontade. A gerente também proporciona oportunidades para a população falar. E considera o que foi sugerido. As decisões são coletivas. Percebo que quando as decisões são coletivas, o compromisso de cada um é diferente.

Outro instrutor contou de uma experiência de resistência durante uma gestão mais autoritária:

(...) neste período, pelos interesses dos governantes, as condições de trabalho eram precárias. (...) trabalhava em unidade de referência, onde a equipe se reunia para discussões e a gestão era mais horizontal, pela qualidade e experiência da equipe, pelas características do gestor.

Outro instrutor relatou experiências de trabalho em outras secretarias, durante a vigência do PAS, quando um grande número de trabalhadores da saúde foi remanejado para outras secretarias:

Na Secretaria de Assistência Social o trabalho era em equipe multiprofissional e era discutido em equipe: uma gestão mais participativa. Na Secretaria Municipal de Abastecimento a gestão era diferente, muito verticalizada, com práticas de gestão autoritárias.

O mesmo instrutor citou uma impressão sobre o trabalho na saúde, segundo trabalhadora de outra secretaria: “(...) na Secretaria de Assistência Social, (...) uma pessoa comentou que na Secretaria de Saúde era diferente: as pessoas chegavam, atendiam e iam para casa”.

Outro instrutor tem como referência o período anterior à municipalização das unidades de saúde do estado e ao *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (SUDS) quando estava instituída a direção das unidades básicas de saúde por médicos com formação em saúde pública, da carreira de médico sanitарista³⁰: *quando as unidades de saúde eram gerenciadas por médicos sanitарistas³¹, a organização e as condições de trabalho eram boas. Quando outros profissionais assumiram a gestão das unidades, as condições deterioraram.*

Também foi relatada, no decurso de um governo bastante progressista, uma experiência de trabalho em unidade de urgência e emergência:

(...) outra experiência de trabalho no SUS, foi em unidade de pronto atendimento e urgência, onde o trabalho era diferente, a equipe sempre “apagando incêndios”, mas havia uma preocupação da gestão em informar e situar sobre o que era discutido e o que era decidido e havia muitos treinamentos e atividades de formação. Mas era outra época, outro governo, comprometido com a construção de um SUS público, de gestão pública e com a cidadania.

Coincidindo com a hegemonia do modelo de saúde, construído segundo as diretrizes formuladas pelo banco mundial que vem sendo assumido por diferentes governos, os instrutores identificam retrocessos na organização e gestão do trabalho em SMS: *“Entendo que no decorrer do tempo, as condições de trabalho e a possibilidade de participação das bases (trabalhadores e pessoas que utilizam os serviços de saúde), vêm se deteriorando”.*

E também:

(...) não ocorrem discussões de casos e percebo que os trabalhos em equipe estão retrocedendo: o diagnóstico de saúde da população que é atendida, os dados epidemiológicos da região não estão sendo trabalhados, assim como o plano

³⁰ A respeito ver, o artigo “Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica” (MOTA & SCHRAIBER, 2011)

³¹ Isto aconteceu, quando as unidades de saúde eram do estado e foi interrompido no governo Orestes Quécia, quando o secretário de Saúde do estado era José Aristodemo Pinotti. Na prefeitura, durante a gestão do governo Luiza Erundina, quando uma parte das unidades estaduais de saúde foram municipalizadas, muitas unidades eram dirigidas por médicos sanitарistas (MOTA e SCHRAIBER, 2011)

pedagógico da unidade. Tudo isto, que já foi feito, se perdeu. O que ainda sobrevive de promoção de saúde são as práticas corporais e meditativas.

Em uma unidade um instrutor observou que:

(...) nos últimos meses um aumento muito grande da carga de trabalho decorrente do aumento da oferta de vagas na acupuntura. Por um lado permitiram um atendimento para mais pessoas. Conseguiu-se zerar a lista de espera em certo momento. Porém, a demanda reprimida devia ser muito grande e a procura vem se expandindo muito, a expansão é progressiva, o que já reflete na qualidade do atendimento e nas relações entre os trabalhadores da equipe.

De outro lado, um pesquisador instrutor, situando o momento atual, questionou o modo como são escolhidos os gestores: *“(...) questiono os critérios para indicação de pessoas para assumirem cargos relacionados com a gestão. Entendo que não são critérios baseados na experiência, conhecimento e afinidade com os princípios do SUS”*.

Os instrutores relatam situações onde se revelam as consequências deste modo de conceber a saúde, de organizar o trabalho em saúde e de escolher dos gestores:

(...) pessoa com doença cardíaca, com gravidade e que necessitava passar por procedimento que não se concretizava. Quando tomei conhecimento e fui tentar resolver, encontrei a solicitação do procedimento arquivado em uma pasta (...). Somente aí o procedimento foi encaminhado, ou seja, ocorreu uma série de erros, o caso não foi acompanhado com responsabilidade.

E ainda:

(...) como está organizado o atendimento da(s) (salas de) enfermagem: a rotina é fazer primeiro a coleta de exames e somente depois vão ser feitas as inalações, curativos e outros procedimentos. Agora imaginem se pessoa vai colher exames e depois fazer a inalação ou outro procedimento. A pessoa pode estar em jejum e ter de aguardar muito tempo para ser atendida.

E também os reflexos em outros aspectos da organização do trabalho: *“Em um setor administrativo, inclusive, aconteceu de duas, das três trabalhadoras saírem de férias ao mesmo tempo, ficando uma imensa sobrecarga para a outra trabalhadora”*.

Os reflexos deste modo de gestão, que vem sendo intensificado, repercutem no comportamento de trabalhadores que desenvolvem modos de se adaptar à condição.

Um instrutor se reconheceu envolvido por tal dinâmica: *“Acho que cabe uma*

autocrítica: percebo que me acomodei. Não venho tentando influenciar, fazer crítica com relação ao processo de trabalho”.

Outros instrutores reportaram à dinâmica conflituosa ou de acomodação que vem se estabelecendo entre os trabalhadores das unidades de saúde:

Muitos trabalhadores concordam com o modo de organizar o trabalho ou se acomodaram. Fazem somente o que é solicitado e ficam isolados em suas salas ou consultórios. Outros trabalhadores percebem a necessidade do atendimento mais integral, procuram conversar com outros profissionais e conseguem perceber outras necessidades nas pessoas que atendem.

E também: *“Avalio que, como o serviço está estruturado, ainda que se tenha o comprometimento e empenho da maior parte da equipe no desenvolvimento de suas atribuições de saúde, não avançamos muito no rumo a conquista de um modelo de atenção a saúde integral”.*

E ainda:

(...) parte da equipe tem compromisso com a atenção à saúde, com estabelecer relações com os sujeitos do atendimento pautadas na cidadania. Entretanto, avalio que esta não pode ser pensada como uma política de atenção em saúde mental, porque está muito mais nos esforços individuais dos trabalhadores, o que sobrecarrega e adoce o próprio trabalhador. São questões complexas.

No âmbito de unidades de saúde mental, em uma perspectiva diferente, um instrutor relatou um aspecto que considera positivo na dinâmica do seu trabalho referente à articulação entre representantes de diferentes unidades de saúde: *“(...) estas reuniões entre unidades similares, com a informação partilhada com os trabalhadores, mostram que fazem parte de um trabalho mais amplo, do trabalho não ser isolado”.*

Um instrutor de unidade hospitalar também destacou aspectos positivos que percebe no atendimento: *“Na unidade, percebo que as pessoas atendidas, no geral, falam bem do atendimento, como as gestantes e os que são atendidos na fisioterapia. As reclamações sobre o atendimento existem, mas são raras”.*

Como comentário dos resultados da discussão do tema, percebe-se que na abordagem do processo de trabalho em articulação com as necessidades de saúde foi realizada reflexão

extensa – pautada na realidade que os instrutores vivenciam no seu trabalho – que refletiu um diagnóstico de retrocessos do SUS, com relação aos seus princípios e seu projeto original.

Frente ao quadro de retrocesso, e talvez às dificuldades inerentes ao trabalho em saúde, as reflexões dos instrutores revelam um clima, entre muitos trabalhadores de saúde, de frustração com seu trabalho e em relação ao sistema público de saúde. A frustração costuma convergir para três possíveis posturas que às vezes se misturam e que podem ser assumidas pelos trabalhadores da saúde: revolta; acomodação; indiferença. Há ainda uma quarta posição possível – presente no caminho apontado na discussão da pesquisa participante, que se esboça nesta pesquisa como possibilidade: apostar no esforço de ampliar a compreensão da realidade para transformá-la.

5.2.7 Práticas meditativas em SMS

Objetivando contribuir com a compreensão sobre o panorama das práticas meditativas e para o planejamento das iniciativas neste campo, particularmente da AT-MTHPIS, construímos, com os relatos dos seminários, este tema transversal “*Práticas meditativas em SMS*”. As falas vieram principalmente do primeiro seminário (“Percepção das necessidades de saúde através da discussão de dois casos”), do segundo seminário (“Conjuntura e momento atual”) e do quinto seminário (“Necessidades de saúde”), porém foram também incorporadas contribuições do sexto seminário (“Trabalho e processo de trabalho”).

A primeira questão que identificamos nas falas dos instrutores se refere à compreensão do papel da meditação, particularmente no primeiro e segundo seminários.

Sobre a questão um instrutor expressou: “(...) *meditação amplia a forma de ver*”. Outro instrutor referiu:

(...) cada um tem seu tempo e momento, e no meu caso a prática da meditação fez tornar-me mais sensível. Acho que meu trabalho, pela característica marcadamente técnica, não favoreceu a sensibilidade, então a experiência com a prática meditativa me possibilitou conhecer ou vislumbrar algo que não era conhecido.

Alguns instrutores, ao abordarem a questão, enfatizaram o desenvolvimento ou conhecimento pessoal como papel da meditação: “(...) o grupo me coloca na prática que é minha, no silêncio, no voltar-se para mim”; “(...) A meditação amplia a visão de mim mesmo e o modo de ver o outro. Ressalta a compaixão para consigo”; “Entendo que meditação não é o que está sendo propondo aqui (...). Entendo a meditação como a compreensão (ou visão) de si mesmo”; “(...) o momento da prática da meditação me permite a ampliação da consciência e favorece o autoconhecimento”.

E também:

(...) sobre o que caracteriza o trabalho de meditação: considera que é um trabalho com a mente (...), para modificação da consciência, um trabalho para que as pessoas desenvolvam a responsabilidade por suas vidas, para as pessoas evoluírem e que não é um trabalho de assistencialismo.

De outro lado, instrutores também expuseram uma compreensão da meditação que, mesmo sem desprezar o seu papel no desenvolvimento pessoal, enfatiza a potencialidade que cria para o conhecimento ampliado (dos outros, da realidade social): “(...) a partir do momento em que modifiquei a consciência foi possível também ter um olhar diferente em relação aos outros. Qual meu papel nesta sociedade? Contribuir com os outros? (...) mas sem esquecer que cada um tem suas limitações...”; “(...) a meditação possibilita como que tirar uma venda. Percebo como meus olhos estavam vendados. A meditação faz uma diferença primeiro em mim mesmo para depois mudar minha relação com o mundo. A meditação é um meio para este aprimoramento”

E também:

(...) quando meditamos nos colocamos no presente (...) busco “estar onde eu estou”. Mas, se ampliamos a pergunta: de que modo estou enxergando? O filme faz isso. Faz a gente olhar o mundo além do que a mídia nos oferece. Remete ao que a gente normalmente não enxerga, que são os privilégios.

(...) considero que a meditação promove o fortalecimento mental. Tem espaço para reflexão e tudo pode ser explicitado. Além do tempo para o exercício da meditação, há

um período para a expressão. É uma oficina que vai lidando com vários aspectos. Penso que, no grupo que instruo, se chegasse este caso, todas teriam condições de acolher, contribuir com algo que ajudasse esta pessoa.

(...) sobre o contato com o interior proporcionado pela meditação, em comparação com a experiência de contato apenas com o externo. Parece com o iceberg, onde o visível é somente a ponta e a maior parte está oculta. Considero que na meditação podemos fazer o balanço entre as duas coisas. Acho que a adolescente seria bem aceita em um grupo de meditação.

E ainda:

“(...) minhas reflexões são semelhantes (...). estou pensando naquele senhor (de que evitei o olhar). E a meditação possibilita isto, pensar sobre aquele sorriso daquele senhor e acho que da próxima vez vou poder retribuir o sorriso, então acho que a meditação favorece descolonizar o meu olhar”; “(...) pergunto: qual a relação entre o filme e a meditação? (...) meditação é também olhar o mundo que você vive. Lembro o que Milton Santos disse sobre descolonizar olhar. A meditação ajuda na percepção. Percepção de você e do que está a sua volta”; “O filme me fez pensar sobre a prática meditativa e a reafirmação de que eu tenho que ser a transformação que eu quero para o mundo”.

Sobre estes posicionamentos, considera-se que se expressam, nas colocações, o modo como se apresentam as práticas meditativas, de certo modo capturadas pelas concepções sociais hegemônicas, que induzem, por exemplo, ao individualismo e à compreensão fragmentada do mundo, e outra concepção que realiza a crítica à tal visão hegemônica e recupera a noção da totalidade, inclusive considerando a dimensão social.

No primeiro seminário os instrutores responderam às perguntas: *como seria conduzido o caso da gestante em um grupo de meditação e se seriam favoráveis ou não ao convite para a adolescente participar do grupo meditação.*

Sobre a gestante, abordou-se a questão da possibilidade de realizar tal discussão em algum momento das dinâmicas dos grupos. Alguns instrutores expuseram dúvidas, outros apontaram a impossibilidade da discussão e outros consideraram oportuna a discussão sobre o caso e a possibilidade do grupo apoiar a gestante.

Os que expressaram dúvidas falaram que: “(...) não são todos os grupos que estão abertos para responder a tais questões, depende de como o grupo se constitui”; “(...) depende se o grupo é com participação ou se a participação no grupo é flutuante” e “(...) a prática meditativa é uma disciplina que abre um espaço de experiência muito individual, disciplinado, que vai gerando algo que é individual. Interrogo como um grupo de meditação entenderia esta situação?” E ainda: “(...) a resposta estaria ligada à condução da prática meditativa, ao espaço para a compaixão”.

Dentre os que consideraram a impossibilidade da discussão, um instrutor interrogou e opinou:

(...) no grupo de meditação há espaço para colocar as individualidades? Acho que não há este momento de abertura para surgirem situações deste tipo (...) o grupo de meditação pode não aceitar tal situação que não é justa. Porém percebo que o grupo não é para isso. É para procurar o “bem-estar”, o “zen”. O grupo pode perceber o que está errado, prestar o apoio moral e identificar qual a linha de ação que ela (a trabalhadora) deve fazer.

Na mesma linha outro instrutor considerou que:

(...) na unidade de saúde onde trabalho, para a meditação, não se chamam as pessoas, as pessoas chegam. Não há julgamentos, as pessoas chegam e podem permanecer. Na saúde, não há como resolver os problemas da humanidade, isto é de cada um, as escolhas (...) sempre há possibilidade, mas que não me compete, compete à pessoa.

Sobre os que consideraram oportuna a discussão, um instrutor disse: “(...) penso em como o grupo pode propiciar à trabalhadora a coragem para levar adiante e para mudar a situação em que se encontra”.

Para as duas posições também se apresentaram outros argumentos expostos no tópico anterior.

Cabe ainda registrar outras colocações relativas ao grupo de meditação: “(...) o livre arbítrio é da trabalhadora, ela decide como conduzir o caso. A decisão vai ser resultado da discussão, havendo um leque de opções, mas a decisão é da pessoa”. Outro instrutor apontou para a vertente presente em parte da turma onde ocorreu a discussão:

(...) a tônica mudou para a pessoa. Na discussão a tônica no outro e no final a tônica

na pessoa. No final eu sei o que sou, a trabalhadora sabe o que é e como vai atuar, ela se fortalece se apropria. Entendo o conhecimento de si mesmo como papel da meditação.

Com relação à pergunta sobre a adolescente ser ou não convidada para participar do grupo de meditação, as opiniões nas duas turmas foram diferentes.

Em uma turma os instrutores que se expressaram opinaram que a adolescente não deveria ser convidada. Um instrutor expressou que: “(...) *pela natureza dos grupos de meditação da SMS, considero que não seria indicado o convite para a menina participar da meditação*”. Outros instrutores concordaram falando que não convidariam neste momento a menina para participar dos grupos de meditação de suas unidades de saúde.

Na outra turma, os instrutores consideraram que convidariam a adolescente para o grupo de meditação. Um instrutor opinou: “*A adolescente seria bem aceita em um grupo de meditação*”, assim como dois outros instrutores ao serem inquiridos se convidariam a adolescente para participar da meditação, responderam que sim.

Um instrutor expôs sobre o trabalho com meditação em outra unidade de saúde: “(...) *o exemplo do Projeto Quixote, que no atendimento de adolescentes utilizam a meditação e os resultados são bons, os adolescentes relatam bem-estar (ficam calmos)*”. Esclareceu que não conhecia esta experiência de modo detalhado.

Neste clima de debate, há um fato que deve ser salientado, pelo que pode estar expressando: os casos apresentados geraram incômodo em alguns dos participantes provocando questionamentos sobre a adequação dos casos para serem refletidos em um processo grupal com práticas meditativas. A meditação, assim, apareceria para parte dos instrutores de práticas meditativas como uma prática que seria neutra frente às questões sociais inclusive as iniquidades sociais?

O modo dos instrutores conduzirem a meditação, nos grupos que instruem, foi relatado pelos instrutores, ainda no primeiro seminário:

(...) com referência à participação da adolescente (...) nem sempre na meditação se encontra o silêncio, mas os barulhos internos. Percebi isto mais nitidamente em uma experiência de retiro. É possível iniciar a meditação com caminhada, para facilitar a possibilidade do silêncio. Suponho o recurso da caminhada como possibilidade de introduzir a adolescente na meditação.

(...) Refleti como seria este caso colocado no grupo. Conduzo a prática meditativa reservando de 10 a 45 min. (...) Reservo, ao final da prática meditativa, um tempo para os praticantes falarem (como é difícil escutar e falar, todos querem falar!). Considero que na meditação a gestante descobriria quem ela é, vai se encontrando nesta sociedade, no mundo. Vai saber que seu trabalho é importante.

(...) a meditação promove o fortalecimento mental. Tem espaço para reflexão e tudo pode ser explicitado. Além do tempo para o exercício da meditação, há um período para a expressão. É uma oficina que vai lidando com vários aspectos. Penso que, no grupo que instruo, se chegasse este caso, todas teriam condições de acolher, contribuir com algo que ajudasse esta pessoa.

No seminário do sexto tema (“Necessidades de saúde”), um instrutor referiu mudança na sua compreensão sobre o papel e o modo de conduzir a prática meditativa:

(...) entendo que mudou minha compreensão. Antes deste curso, percebia a meditação como uma “parada estratégica”, para relaxar e acalmar. Somente depois foi percebendo a meditação como uma “tecnologia leve”, que inclusive dá um suporte para outras modalidades das medicinas tradicionais e outros cuidados.

Outros expressaram sua compreensão das PCM e meditação: “Acredito que as PCM são tecnologias de saúde e que as pessoas atendidas percebem logo mudanças ou melhora, inclusive melhor resposta ao tratamento medicamentoso. São oferecidos para cada pessoa que é atendida duas ou até três atividades”; “(...) considero que as atividades desenvolvidas na Sala de Meditação entram na esfera das práticas não convencionais, portanto não regulamentadas, são terapias que quebram o paradigma vigente trazendo inovadas abordagens do ser humano”.

Os instrutores informaram como ocorre a dinâmica da meditação em articulação com outras práticas inseridas nas PCM: “(...) se realiza a meditação em um grupo de prática corporal. As PCM fazem parte do atendimento em promoção de saúde da unidade. São enfatizadas na unidade. A unidade recebe pessoas encaminhadas e a demanda espontânea”.

E também:

(...) na dinâmica do grupo de Lian Gong se estabeleceu uma rotina que visa acolher os encaminhados: os novos participantes, antes de iniciarem a prática, conversam com o instrutor. Isto favorece a adesão à prática. No grupo de Lian Gong também participam pessoas oriundas de outros grupos como o grupo de cuidadores de idosos / grupo de meditação. A frequência no grupo é aberta, quem deixa de comparecer não é excluído;

No setor onde trabalho, atendemos todas as pessoas que procuram, de modo diferente do restante da unidade, onde costuma haver filas de espera para realizarem o atendimento (...) não há filas de espera (...) muitas pessoas que mudaram sua condição de vida após serem atendidas no setor.

Outro instrutor descreveu os participantes dos grupos que instruí: *“(...) A maioria das mulheres participantes nos grupos PCM esta na faixa etária entre 55 - 65 anos, e em menor numero 70 - 83 anos. São donas de casa, algumas poucas tem sua própria aposentadoria, mas a maior parte delas dependente da renda do marido”.*

Ainda no seminário do sexto tema, os instrutores referiram ao modo como as pessoas são acolhidas, o potencial da meditação favorecer os vínculos e facilitar mudanças e desenvolvimento de capacidades:

(...) percebo que as respostas estão associadas com a questão da adesão à prática meditativa. No grupo mais fixo, com a prática da escuta no fechamento do processo meditativo, há relatos de melhora de sofrimentos como cefaléia, dores em geral e insônia. Acredito que tais resultados só são alcançados com os que participam sistematicamente;

Considero que os usuários dos grupos de práticas corporais e meditativas (PCM) buscam e recebem o estabelecimento de vínculos com a equipe e os outros participantes do grupo. Nas PCM se pratica o acolhimento e a humanização e percebo em todo o setor onde trabalho uma disponibilidade para atuarem neste sentido;

(...) os laços que se estabelecem nos grupos e permite a expressão da solidariedade - onde um apóia o outro e estabelecem os vínculos, e o compromisso - porque muitos saem de suas casas, muitas vezes no horário de calor intenso, enfrentam uma viagem para estarem presentes nos grupos de PCM;

Nos setores que atendem as práticas corporais e meditativas (PCM) e nos grupos de meditação e de outras práticas da medicina tradicional, alguma forma de acolher, formal ou informal, está organizada: “Sobre o atendimento nos grupos de PCM considera que se estabelecem os vínculos, que as pessoas são acolhidas e que propicia laços de amizade entre as pessoas”. E também: “(...) quando a pessoa chega procurando atendimento, lhe é apresentado o setor, é agendado, ou não, a consulta ou atendimento em acupuntura e se informa os horários das PCM”;

(...) é realizado um processo de acolhimento - aos usuários que procuram espontaneamente as PCM e também para os encaminhados pela equipe de enfermagem, gerente da UBS, médico ou mesmo outro equipamento de saúde -, com uma conversa inicial que aborda as questões de saúde visando o direcionamento para uma das PCM realizadas (...) se estabeleceram vínculos nos grupos de PCM. Inclusive no grupo de caminhada percebeu laços de amizade. No grupo de Ioga criaram um grupo de WhatsApp³² e por meio desta ferramenta, conversam todos os dias. Estão, os três grupos, organizando uma festa de confraternização;

(...) já ouvi coisas como: “fulano não deveria estar sendo internado, deveria estar fazendo ioga”. Há relatos de que fazem do uso da ioga para dormir, para reduzir as tensões. Então considero que estamos possibilitando a ampliação do repertório de pessoas a quem foi negado quase tudo. Ampliando o repertório humano, intelectual;

(...) outro exemplo que também considera um indicador de mudança de condição de sofrimento, de pessoas que participavam das atividades da unidade tendo chegado à unidade em condições precárias, e que deixam de comparecer às atividades. Depois ficam sabendo que deixou de frequentar a unidade porque está trabalhando, arranhou um emprego. Este emprego, significa também que a pessoa melhorou;

(...) recuperação de capacidades no grupo, comenta que no início da participação no grupo, alguns resistem, alguns desistem e outros iniciam com entusiasmo. Dos que resistem, por exemplo, alegando motivos religiosos, e que depois de compreenderem que não é uma prática religiosa, mas uma prática de saúde uma parte supera o preconceito e se torna muito participativo. Estes que participam, que estão presentes nas atividades, desenvolvem capacidades.

Também falaram sobre como se realiza a referência para os serviços de meditação e medicinas tradicionais, comentaram sobre problemas destas referências e também sobre outros modos das pessoas terem acesso a estes serviços:

Quem encaminha para os grupos de PCM são os profissionais de ortopedia, acupuntura e saúde mental. (...) Lembro que, dentre os profissionais que encaminham para as PCM, alguns solicitam que sejam abordadas determinadas questões (como alguns cuidados) nos processos grupais, o que faz supor o comprometimento;

A unidade recebe pessoas encaminhadas e a demanda espontânea. Acredita que as PCM são tecnologias de saúde e que as pessoas atendidas percebem logo mudanças ou melhora, inclusive melhor resposta ao tratamento medicamentoso. São oferecidos para cada pessoa que é atendida duas ou até três atividades;

Na equipe de trabalho do setor, parte está muito comprometida com as PCM, priorizam a participação nos grupos. Mas todos encaminham. Nos outros setores da unidade de saúde, o encaminhamento para os grupos de PCM é ocasional. Ocorre mais para a

³² Ferramenta para telefones móveis com sistema de computação (smartphones), que utiliza a conexão na rede virtual para troca instantânea de mensagens de texto, vídeos, fotos e áudios.

acupuntura, embora todos os que são recebidos no setor, recebam um convite para participar dos grupos de PCM;

Os médicos encaminham pessoas com diagnóstico de depressão para a meditação. Não pensam que a meditação é mais preventiva e pensam a meditação como a “cura” de sintomas. Porém alguém, com depressão grave, não consegue meditar. Pensam sempre como cura de sintomas, mas não pensam no que está produzindo a depressão. E a pessoa vem sem saber o que vai ser feito. Costumam dizer: “vim porque o médico mandou”.

Cabe destacar que na discussão do tema “Necessidades de saúde”, além de ter sido ressaltado, nos grupos de meditação e outras PCM, a qualidade do acolhimento e a formação de vínculos, no tópico “recuperação e desenvolvimento de capacidades” os instrutores se referiram basicamente aos serviços e setores de meditação e demais PCM, incluindo a unidade de referência em MTPIS, embora tenha sido também falado do desenvolvimento de recursos “emocionais” nas unidades de saúde mental.

Muitas falas dos instrutores identificaram a incorporação da meditação e demais práticas integrativas como modalidade marginal no sistema público de saúde onde estão inseridos: *“Sobre o setor, percebo que funciona ainda como um apêndice, ainda não incorporado ao trabalho da unidade de saúde, mesmo apresentando resultados. Portanto, o risco de deterioração das condições de trabalho estão sempre presentes”;* *“Percebo que estas questões se relacionam (...) também com o fato de que o trabalho com as práticas integrativas ainda é um ‘trabalho marginal’”;* *“Percebo também que na Coordenadoria (de Saúde) as práticas corporais e meditativas estão perdendo a importância”;* *“Acho que este trabalho grupal, com modalidades de promoção da saúde [PCM]; não é considerado pelos outros profissionais”.*

Os instrutores relataram também que a concepção gerencial verticalizada, fragmentada e que prioriza o atendimento às queixas tem como consequência vários limites para o trabalho com a meditação e demais PCM: *“Pela procura maior, foi solicitado ampliar o grupo de Lian Gong para mais um dia por semana, mas isto não está decidido, criou certo conflito com a gerencia da unidade”;* *“(…) Sobre as prioridades de atuação do setor, em relação aos diversos setores da unidade, isto não foi discutido. O trabalho do setor não está*

articulado nem com o trabalho da homeopatia, que se insere nas práticas integrativas”. E também: “Na unidade de saúde mais tradicional, quando havia grupo de PCM, não ocorriam encaminhamentos, mesmo após ter realizado conversa com os médicos, o que inviabilizou o grupo”.

Citaram outras dificuldades que enfrentam: *“Percebo, portanto muitas questões relacionadas às concepções de trabalho da acupuntura e das práticas corporais e meditativas, como a inadequação do espaço físico onde se realizam, que vai além do espaço da sala de meditação”; “(...) não consegui sensibilizar os gerentes de outros setores no sentido de permitir a participação dos trabalhadores da unidade nas atividades do setor”; “Muita gente foi treinada, mas os grupos estão reduzindo, como no trabalho de fim-de-semana nas praças e parques que estão desarticulados”; “Para as práticas corporais e meditativas utilizávamos uma quadra que fica ao lado da unidade, uma vez por semana. Agora, no horário, está reservado para o futebol. O grupo foi deslocado para o fundo da quadra e o grupo está muito reduzido”.*

E também:

O espaço inicialmente destinado para as PCM hoje só é utilizado para as práticas meditativas, pois seu tamanho não possibilita a realização de práticas corporais, pelo número de participantes em cada grupo. Os grupos ocorrem na área externa ou corredores. Quando está chovendo ou quando está muito quente, no horário do sol, há um prejuízo no desenvolvimento dos grupos de práticas corporais e quando está quente, abafado, o momento de meditação dos grupos de PCM, também ocorre de modo inadequado e algumas pessoas não conseguem permanecer na sala de meditação. Também, em alguns horários de meditação, coincide com o recolhimento do lixo que é ao lado da sala, e isto interfere na dinâmica dos grupos. Cita também, que no atendimento de acupuntura, pelo espaço onde estão localizadas as macas para o atendimento, pela falta de divisórias e pela falta de salas para o atendimento individual, é difícil garantir a privacidade do atendimento.

Outros problemas identificados se referem à dinâmica interna do programa, em SMS ou em sua articulação com outros programas ou serviços: *“As supervisões nos processos grupais tem se restringido à parte técnica, abordando pouco sobre o modo de instruir e conduzir os grupos”; “(...) não ocorrem discussões de casos e percebo que os trabalhos em equipe estão retrocedendo”.*

Sobre a formação dois instrutores apontaram uma questão:

Faço um parêntese para comentar sobre a política de formação, pois percebo que não há um compromisso das pessoas formadas colocarem em prática o que foi aprendido, instruírem os grupos. Muitas vezes, inclusive, quem é formado é impedido de instruir grupos onde trabalha, como o pessoal de enfermagem, onde não se organizou a rotina do trabalho que possibilite instruírem os grupos.

Outro instrutor comentou: “*concordo e também percebo este problema*”.

Um instrutor realizou uma comparação entre o momento que conheceu as medicinas tradicionais (2001) e o momento atual:

Sobre as praticas integrativas (na época era medicina tradicional chinesa), que se implantou na unidade em um momento que estava desarticulado na SMS, parecia no início que seria um trabalho revolucionário, que mudaria o modo de ver a saúde e a doença, mas esta abordagem se perdeu, em parte.

Outro tópico abordado, ainda no seminário do sexto tema, foi a necessidade de avaliação dos resultados das práticas integrativas. Alguns instrutores sugeriram a avaliação, mas a proposta não foi consensual: “*Porém é mais difícil falar sobre o compromisso com os resultados das práticas corporais e meditativas, pois os resultados ainda não são avaliados, o que atribui à problemas na organização do serviço e excesso de atribuições para os trabalhadores do setor*”; “*Seria preciso um estudo para avaliar os resultados*”; “*Mesmo sem um estudo científico, sabe que os resultados são bons, relevantes. Não tem nem certeza se seria necessário um estudo para comprovar isto. Realmente as pessoas atendidas estabelecem vínculos*”.

Este panorama, da relevância das práticas meditativas e mesmo de outras modalidades das práticas integrativas, traçado pelos instrutores, explicita várias questões, muitas já conhecidas e debatidas pelos militantes e gestores que atuam neste campo. O que foi indicado e ainda aparece como tendência, que pode ou não ser verdadeira, mas que deve ser considerada é a possibilidade da meditação, de outras práticas das medicinas tradicionais e mesmo outras, do campo das práticas integrativas, estarem em processo de retração, mesmo antes de terem sido incorporadas como práticas plenamente reconhecidas, no Sistema Único de Saúde.

6. CONCLUSÕES

Ao apreciar o processo da pesquisa é possível perceber que, de modo geral, os instrutores nele se inseriram com a perspectiva da construção coletiva e não pautados por projeto ou interesse de desenvolvimento pessoal. Partilharam as tarefas do curso como: registro das reuniões, elaboração de relatórios, contatos com os convidados para entrevista e se preocuparam em informar possíveis atrasos ou impedimentos. Também se envolveram com a preparação prévia para discussão dos temas propostos (lendo os textos sugeridos, assistindo ao filme e indicando outras leituras) além do compromisso com o processo de compreensão coletiva dos temas abordados e com a formulação de proposições que contemplassem as expectativas do grupo. Esta perspectiva, que se expressou nos primeiros encontros, foi se fortalecendo no decorrer do processo, o que correspondeu aos objetivos da pesquisa.

Pelo desenrolar dos seminários, percebeu-se que os instrutores compartilham valores que refletem compromisso ético com as pessoas que atendem, sendo que as divergências e posicionamentos manifestados nos debates se inserem no campo da ideologia.

Da discussão dos casos, até a formulação de recomendações, no último encontro, o grupo realizou um processo de reflexão sobre a realidade que vivenciam e sobre a articulação desta realidade com o momento histórico em que estão inseridos, assim como iniciaram processo de crítica à própria concepção de mundo no sentido de percebê-la com incoerências.

Nos encontros que abordaram as concepções de mundo - tema muito amplo-, cuja discussão foi somente introduzida com a identificação de alguns pontos considerados relevantes, o grupo manifestou dificuldade de refletir sobre o assunto preferindo utilizar o tempo disponível no curso para conhecer melhor os conceitos abordados. Na discussão sobre a conjuntura geral, após a projeção do filme de Silvio Tendler (2006), produziu-se uma reflexão polêmica, mas riquíssima, onde a maioria dos instrutores

referiu um importante aprendizado. Na abordagem da conjuntura da saúde também ocorreu reflexão e se produziu aprendizado coletivo, porém se revelou a necessidade de aprofundamento da compreensão do contexto econômico, político e social onde o SUS está inserido, já que o grupo manifestou compreensão insuficiente dos interesses em jogo e também das forças que disputam estes interesses. Também, nesta discussão, começou a se esboçar a necessidade de inclusão de um tema que não havia sido previsto na programação: a concepção de saúde prevalente entre os profissionais de saúde, incluindo aquelas partilhadas pelo grupo.

Na abordagem do processo de trabalho em articulação com as necessidades de saúde foi realizada reflexão extensa - pautada na realidade que os instrutores vivenciam no seu trabalho - que reflete o diagnóstico de retrocessos do SUS com relação aos seus princípios e seu projeto original. Entretanto esta reflexão ainda esbarra em certos limites, principalmente relacionados à compreensão do contexto onde o SUS está inserido e também a outro fator: a dificuldade – comum entre os trabalhadores do SUS - em identificar os papéis das unidades de saúde e, principalmente, dos trabalhadores de saúde e outros atores que prestam cuidados (sobre o que eu atuo? O que eu busco? O que eu faço?), em particular nos casos que necessitam de uma intervenção mais complexa, incluindo resposta a demandas subjetivas e alguma intervenção nas condições sociais.

Pela limitação do tempo da pesquisa não foi possível aprofundar a compreensão do contexto político, social e econômico e a introdução de temas sobre as concepções de saúde e sobre o papel da saúde e seus atores na prestação de cuidados.

Como se poderia operar frente às questões até agora colocadas?

Acerca do entendimento dos papéis, percebe-se que se articula com a compreensão do conceito de saúde. O conceito de saúde hegemônico, da biomedicina, se insere na interpretação positivista que se baseia nos dados objetivos: dados observáveis ou quantificáveis, no caso da patologia. Mesmo na clínica, que lida com sintomas e sinais, sendo os sintomas em essência subjetivos, ocorre um esforço de objetivá-los e para

serem plenamente validados, necessitam da comprovação construída pela patologia. O subjetivo e o social, neste enfoque, são apenas tolerados quando não são considerados como fatores contaminantes do processo (GONÇALVES, 1990).

Para construção de um objeto do trabalho em saúde, alternativo à concepção positivista da doença, identificou-se um caminho de abordagem que reúne experiências elaboradas em diferentes partes do mundo e que pode, inclusive, incorporar os conhecimentos da biomedicina devidamente relativizados, eliminando a relação hierárquica de conhecimentos. Uma das experiências referidas, com origem milenar, foi elaborada no Oriente e embasam as práticas meditativas e as medicinas tradicionais. O objeto é o sofrimento. Tal compreensão está presente nas práticas meditativas com origem de tradições orientais. Outra experiência, mais recente, foi elaborada no interior do movimento de reforma psiquiátrica, que se expressou na década de 1970, declaradamente como alternativa à interpretação positivista. Ali se forjou o conceito de sofrimento psíquico, onde estariam articulados o sofrimento físico e o sofrimento social.

A expectativa do autor é que este enfoque, devidamente compreendido e aprimorado, além de concretizar melhor o objeto sobre o qual atuam os instrutores de PCM, permitindo a melhor compreensão de seu papel, também se articularia melhor com os chamados princípios doutrinários do SUS, de universalidade e integralidade, assim como com os princípios de equidade e solidariedade.

Na mesma linha de raciocínio este enfoque também tornaria mais tangível o entendimento da necessidade de se privilegiar, no atendimento da população que utiliza os serviços de saúde, o trabalho vivo em ato e as necessidades de saúde, inclusive a busca de boas condições de vida, em uma perspectiva da determinação social do adoecimento.

Conclui-se, portanto, que este estudo deve ser tomado como parte de um trabalho inicial que aponta possibilidades. Da parte do autor e dos instrutores pesquisadores se manifesta o desejo e compromisso com a continuidade do projeto que pode inclusive agrupar

outros atores, como as pessoas comprometidas com a reforma psiquiátrica ou a reforma sanitária. A suposição é que a continuidade do projeto contribuiria para a consolidação do *Programa Qualidade de vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde*, de SMS, em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

Retomando uma síntese de discussão expressa na fala de um instrutor: “(...) *todos no grupo, em suas falas, falaram sobre a possibilidade de mudanças. Então esta possibilidade existe*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed.rev. amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 779-800.
- Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2009.
- Bezerra Jr. B. Prefácio. In: Vieira MCT, Vicentin MCG, Fernandes MIA, organizadores. Tecendo a rede: trajetória da saúde mental em São Paulo. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1999.
- Bin H. El Qi Gong y sus conocimientos. Beijing: Ediciones en lenguas extranjeras; 1990.
- Bicalho LC. O capital: resumo literal, condensação dos livros 1, 2 e 3 Karl Marx. s.l.: Novos Rumos; s.d.
- Boff L. Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Borda OF. Aspectos teóricos da Pesquisa Participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006. p. 42-62.
- Boschetti I. Assistência social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez; 2016.
- Bottomore T, editor. Dicionário do Pensamento Marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
- Brandão CR. Pesquisar-Participar. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006 a. P. 17-33.
- Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR, Streck DR, organizadores. Pesquisa participante: O saber da partilha. Aparecida: Idéias & Letras; 2006 b. p.21-54.
- Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Caixeiro NC, tradutor. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
- Burns EM. História da civilização ocidental: do homem das cavernas até a bomba atômica. Machado LG, Machado LS, Vallandro L, tradutores. 2.ed. Rio de Janeiro: Globo; 1965. v. 1.
- Cabral M. Texto introdutório para os cursos de Meditação e Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2006.
- Cabral M. ¡Marici we! Outro percurso possível: a Nação Mapuche. São Paulo: UMAPAZ / SVMA/ PMSP; 2010. 8p. [Trabalho de conclusão do curso “Valores da Cultura Indígena”, ministrado por Samuel Souza de Paula].

- Campos GWS. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In: Rizzoto M L F, Costa A M, organizadores. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p.43-58.
- Cardoso FH. O Estado na América Latina. In: Pinheiro PS, coordenador. O Estado na América Latina. Rio de Janeiro e São Paulo: Paz e Terra e Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1977. p. 77-99.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-27.
- Chauí M. Convite à filosofia. 11. edição. São Paulo: Ática; 1999.
- Cherng WJ. *I Ching: a alquimia dos números*. Rio de Janeiro: Mauad ; 2001.
- Cherng WJ. *Meditação taoísta*. Rio de Janeiro: Mauad ; 2013.
- Costa AM. Rumo ao direito universal à saúde. In: Rizzoto MLF, Costa AM, organizadores. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p.79-101.
- Costa EA. Crise econômica mundial, a globalização e o Brasil. São Paulo: Instituto Caio Prado Jr.-ICP; 2013.
- Despeux C. Tai Chi Chuan. Arte marcial técnica da longa vida. São Paulo: Pensamento; 1981.
- Di Stasi L C, Hiruma-Lima. Plantas medicinais na Amazônia e na mata atlântica. São Paulo: Editora UNESP; 2002.
- Diamond J. Armas, Germes e Aço - Os Destinos Das Sociedades Humanas. Rio de Janeiro: Editora Record; 1997.
- Dourado VV. O papel da saúde na sociedade capitalista: como a medicina contribui na reprodução do Capital. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2012. 22p. [Projeto desenvolvido com a orientação de Gastão Wagner de Sousa Campos].
- Elliott J. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: Geraldi CMG, Fiorentini D, Pereira EMA, organizadores. Cartografia do trabalho docente: professor(a) - pesquisador(a). Campinas,: Mercado de Letras/Associação de Leitura do Brasil-ALB; 1998. p.137-152.
- Engels F. Carta de Engels a W. Sombart, 11 de março de 1895. Beiträge zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung. 1961(3). Barata-Moura, Tradutor. Lisboa-Moscou: Editorial "Avante!" - Edições Progresso; 1982. [acesso em 7 nov 2014]. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1895/03/11.htm> .

- Fernandes F. O que é revolução. In: Prado Jr. C. Clássicos sobre a revolução Brasileira. São Paulo: Expressão Popular; 2007.
- Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educ Pesq. 2005;31:483-502.
- Franco T, Druck G Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev bras saúde ocup. 2010 [acesso em 7 jan 2016];35:122. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt .
- Gaarder J, Hellern V, Notaker H. O livro ds religiões. Lando IM, tradutora. São Paulo: Cia. Das Letras; 2000.
- Galeano EH. O livro dos abraços. Mepomuceno E, tradutor. 2. ed. Porto Alegre. L&PM; 2011.
- Galeano EH. Espelhos: uma história quase universal. Mepomuceno E, tradutor.. 3. ed. Porto Alegre. L&PM; 2015.
- Germer C M. A relação abstrato/concreto no método da economia política. In: VI Encontro Anual de Economia Política. 13-15 jun 2001. São Paulo; Sociedade Brasileira de Economia Política. 2001. [acesso em 07 nov 2014]. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigos/download?id=515> .
- Gounet T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo; 1999.
- Gomes GF. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. In: Bravo MIS, Menezes JSB, organizadores. A saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius; 2014. p. 25-31.
- Gomes RM. As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde. [dissertação de mestrado]. Curitiba: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Paraná; 2006.
- Gonçalves RBM. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e prática médica a propósito das doenças crônico degenerativas. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec,/ABRASCO; 1990. p. 39-86.
- Gonçalves RBM. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
- Gramsci A. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1991.
- Harvey D. Condição pós-moderna. Sobral AU, Gonçalves MS, tradutores. São Paulo: Loiola; 1992.

- Hui He Y, Bai Ne Z. Teoria básica da medicina tradicional chinesa. Kaufman D, trad. e adaptador. São Paulo: Atheneu; 2001.
- Jecupé K W. Tupã Tenondé: a criação do universo, da terra e do homem segundo a tradição oral Guarani. São Paulo: Editotra Peirópolis; 2001.
- Jecupé K W. O corpo-som de cada ser. In: Paula SS, organizador. Valores da cultura indígena. São Paulo: Universidade Aberta do Meio Ambiente e Cultura de Paz UMAPAZ; Outubro-Novembro de 2009.
- Junqueira V. Saúde na cidade de São Paulo: avaliação da política municipal (1989 a 2000). São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP; 2001. (Observatório dos Direitos Humanos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3).
- Jia J. Ch'an Tao Conceitos básicos: medicina tradicional chinesa, Lien Ch'i e Meditação. São Paulo: Ícone; 2004.
- Kapnist E. Lacan: a psicanálise reinventada. In: Lacan J, Laurent E, Miller JÁ, Miller J. Lacan e a Psicanálise [DVD] . Manaus: Versátil; 2015. 62 min.
- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Lee M L. Lian Gong em 18 terapias: forjando um corpo saudável. Ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuen Ming. 9.ed. São Paulo: Pensamento; 2000.
- Lessa I. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 285-298.
- Lima P T. Medicina Integrativa a cura pelo equilíbrio. São Paulo: MG Editores; 2009.
- Löwy M. A teoria da revolução no jovem Marx. São Paulo: Boitempo; 2012.
- Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Menezes CB, Dell'Aglio DD. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. *Psicol. cienc. prof.* [periódico na internet]; 2009 [acesso em 6 nov 2014]; 29: 276-289. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200006&lang=pt .
- Marx K. Capítulo inédito de o capital: resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Moraes; 1979.
- Marx K. . Para a crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Os pensadores).

Marx K. O capital: crítica da economia política: Livro I. Enderle R, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2015.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Min L, Guang X. História da China. Beijing: Edições em Línguas Estrangeiras; 1983.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília (DF); 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 07 out 2014]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpi.pdf>.

Ministério da Saúde. Portaria 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União. 4 maio 2006;Seção1:20-25. [acesso em 7 nov 2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

Mota A, Schraiber, L.B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. Saude sociedade. 2011[acesso em 7 jan 2016];20(4):837-852. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400003&script=sci_arttext.

Montaño C, Duriguetto ML. Estado, classe e movimento social. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v.5).

Morgan G. Imagens da organização. Goldschmidt GG, tradutor. 2.ed. São Paulo: Atlas;1996. Revelando a lógica da Mudança; cap,8, p.239-278.

Netto JP. O método em Marx [DVD]. Recife: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco; 2002.

Netto JP. Marxismo impenitente: contribuição à história das idéias marxistas. São Paulo: Cortez; 2004.

Netto JP. Introdução ao estudo do método em Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.

Netto JP, Braz M. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez; 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v.1).

Oliveira F. Acumulação monopolista, estado e urbanização: a nova qualidade do conflito de classes. In: Moisés JA, Martinez-Alier V, Oliveira F, Souza S, organizadores. Contradições urbanas e movimentos sociais. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra/Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1978. p. 65-76.

Oliveira RD; Oliveira MD. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006. P. 17-33.

Organização Mundial da Saúde. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Genebra; 2002. [acesso em 7 nov 2014]. Disponível em:http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.

Pacheco RG, Mendonça EF. Educação, sociedade e trabalho: abordagem sociológica da educação. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Centro de Educação a Distância; 2006.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998; 2(4):299-31.

Paula SS, organizador. Valores da cultura indígena. São Paulo: Universidade Aberta do Meio Ambiente e Cultura de Paz UMAPAZ; 2009.

Pereira EMA. Professor como pesquisador: o enfoque da pesquisa-ação na prática docente. In: Geraldi CMG, Fiorentini D, Pereira EMA, organizadores. Cartografia do trabalho docente: professor(a)-pesquisador(a). Campinas: Mercado de Letras/Associação de leitura do Brasil-ALB; 1998. p. 153-181.

Pimenta SG. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. Ed Pesq. 2005; 31: 521-539.

Pimenta TS. Barbeiros- sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 1998; 5 (2): 349-373.

Pinto G A. A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular; 2010.

Pôrto A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2006; 13 (4): 1019-1027.

Prado Jr. C. A revolução brasileira. In: Prado Jr. C, Fernandes F. Clássicos sobre a revolução Brasileira. São Paulo: Expressão Popular; 2007.

Prefeitura do Município de São Paulo. Lei Nº 14.682 de 30 de janeiro de 2008. Institui no âmbito do Município de São Paulo, o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 06nov 2014]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.a.sp?alt=31012008L%20146820000.

Prefeitura do Município de São Paulo. Caderno técnico CaePS-danT: capacitação em avaliação da efetividade das ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis. São Paulo; 2009.

Prefeitura do Município de São Paulo. Medicinas Tradicionais. Atenção Básica. São Paulo[s.d.]. [acesso em 7 out 2014]. Disponível em

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20377 .

Querido FM. Michel Löwy: marxismo e crítica da modernidade. São Paulo: Boitempo/Fapesp; 2016.

Relatório Final da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde, de 17 a 21 de março de 1986. Brasília (DF)-BR; 1986. [acesso em 8 nov 2014]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf .

Ribeiro HP. Gritos e silêncios: degradação do trabalho e estados de saúde da voz. São Paulo: Edição do autor; 2013.

Rizzoto MLF. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec; 2012.

Rizzoto MLF, Costa AM, organizadores. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. [acesso em 07 maio 2014]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/> .

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Editora Record; 2008.

Santos NR. SUS: 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis. In: Rizzoto M L F, Costa AM, organizadores. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 17-42.

Sayd JD. Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

Scarcelli IR, Junqueira V. O SUS como desafio para a formação em psicologia. *Psicol. cienc. prof.* 2011; 31 (2): 340-357.

Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.

Semeraro G. Gramsci no Brasil: a contribuição de Carlos Nelson Coutinho. In: Braz M, organizador. Carlos Nelson Coutinho e a renovação do marxismo no Brasil. São Paulo: Expressão Popular; 2012. p. 99-119.

Soares LT. Retrocessos, avanços e desafios no acesso a direitos sociais. In: Rizzoto M F, Costa AM, organizadores. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 59-78.

Silva ZP. A política municipal de saúde (2001-2003). São Paulo: Instituto Pólis / PUC-SP; 2004. (Observatório dos Direitos Humanos do Cidadão – acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 19).

Silva G, Homenko R. Budismo: psicologia do autoconhecimento. São Paulo: Pensamento; 2002.

Sociedade Taoísta do Brasil. Discussão sobre Meditação, 11 dez 2012. [acesso em 7 set 2014] Disponível em <http://www.taoismo.org.br/blog/sociedade-taoista/jornal-tao-do-taoismo/discussao-sobre-meditacao/>.

Suzuki DT. Introdução ao Zen-Budismo. São Paulo: Pensamento; 1993.

Tassara ETO. Ética, conhecimento e poder. Leituras políticas de questões de método. Dial. Possíveis. 2013 [acesso em 7 jan 2016]; 12(1):10-26. Disponível em: <http://revistas.aculdaedocial.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/78>.

Thiollent, M. Construção do conhecimento e metodologia da extensão. Mesa-redonda, coordenada pelo Prof. José Willington Germano). In: I CBEU – Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, João Pessoa 10 nov 2002. [Acesso em 26 out 2014]. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/conferencias/construcao.pdf.

Tendler S. Encontro com Milton Santos ou o mundo global visto do lado de cá [filme]. Rio de Janeiro: Caliban Produções; 2006. 89 min.

Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. Ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais, Depto. de Física do Instituto de Ciências Exatas. Mecânica Fundamental. Belo Horizonte; 2013. [Acesso em 26 out 2014]. Disponível em: file:///C:/Users/msfie_000/Documents/DISSERTAÇÃO%20TEXTOS/Textos%20possiveis/apostila.pdf.

Vieira MCT, Vicentin MCG, Fernandes MIA, organizadores. Tecendo a rede: trajetória da saúde mental em São Paulo. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária; 1999.

Yün H. A essência do Ch'an. São Paulo: IBPS (Templo ZuLai); 2001.

Yun H. Características singulares do Budismo. São Paulo: IBPS (Templo ZuLai); 2001.

YUN H. Budismo puro e simples. São Paulo: Cultura; 2003.

Zhizhong B. El Arte Marcial Taoísta para la salud y la longevidad. Beijing: Casa Editora China Hoy; 1991.

Zi N. A Arte de respirar. São Paulo: Pensamento; 1997.

Zimmer H. Filosofias da Índia. Silva NA, Bozza CG, tradutores. 4. ed. São Paulo: Palas Athena; 2008.

GLOSSÁRIO

Termos Chineses

Dao In. Dirigir e esticar; Termo utilizado anteriormente para designar as práticas corporais desenvolvidas por médicos visando a manutenção ou recuperação da saúde.

Tue Na. Deslizar e beliscar. Termo utilizado para designar a massagem.

Qi. Pode ser traduzido como “sopro” ou “alento”, sendo também muitas vezes traduzido como “energia”.

No ideograma do Qi estão representados os conceitos de matéria (arroz) e transformação da matéria (vapor). Idéia de transformação, movimento e fluxo.



Qi Gong. Gong significa treinamento ou arte, portanto Qi Gong pode ser traduzido como “arte do Qi” ou, na tradução de alguns, “arte do treinamento interior”.

Dan Tian. Pode ser traduzida como lugar “onde se planta a imortalidade”(Dan igual ‘semente’; Tian igual terra para cultivo).

Ru Jing (Mushin no japonês). Estado de serenidade interior; Não-pensamento; Onde a mente é esvaziada de conversas internas e imagens mentais e um estado particular de consciência pode aflorar.

Wu Wei. Agir sem esforço; Princípio norteador da meditação e das práticas corporais.

Yin. Conceito relativo baseado na teoria dos opostos complementares em analogia à terra e ao feminino. Seria a tendência à sombra, frio, interno e o abstrato.

Yang. Conceito relativo baseado na teoria dos opostos complementares em analogia ao céu e ao masculino. Seria a tendência à luz, calor, superfície e o concreto.

Termos Pali ou Sânscrito

Ahimsa. Não-violência.

Anekantavada. Não-absolutismo das concepções e idéias.

Aparigraha. Não-posse.

Artha. Êxito.

Atmã ou Prani. A alma ou o ser pessoal.

Brahman. Princípio divino impessoal: o todo.

Carma. O princípio que todas as ações (sentimentos, pensamentos, atos e palavras) tem conseqüências para a vida atual ou seguinte.

Dhammacakkapavattana Sutta. “Sutra para fazer girar a roda do dharma”.

Dharma. Dever.

Dhyana. Concentração.

Jati. Tipo de nascimento.

Kama. Prazer.

Karman. Matéria cármica (e combustível).

Kshanti. Paciência e tolerância.

Nirvana, mocsa ou mukti. Fim do ciclo de renascimentos ou a libertação.

Paramita. Significa que a partir desta margem você vai à outra margem; As seis técnicas para a felicidade.

Dana paramita. Doar; generosidade.

Shila paramita. Honestidade.

Kshanti paramita. Inclusão.

Virya paramita. Diligência.

Dhyana paramita. Meditação.

Prajña paramita. Sabedoria.

Prajña. Sabedoria.

Prakriti. Aproximadamente significa *Matéria e Energia*.

Puruska. Aproximadamente significa *Consciência*, o que observa, mas não interage.

Sanatana darma. Lei ou ordem eternas; determina a correção ou desacerto dos atos; vida, entendida como ciclos, com que padrões se repetem ou reencarnação.

Shila. Não desviar de sua natureza verdadeira;

Smriti. Escritos compostos por humanos, derivados de revelações como a explicação das cinco classes:

Sruti. Escritos sagrados diretamente revelados.

Upekṣā: equanimidade, solidez

Varna. Cor.

Virya. Esforço.

ANEXOS

ANEXO 1

CASOS APRESENTADOS NO TEMA: “DISCUSSÃO DE CASOS”

“Caso 1

Mulher com 29 anos, no 6º mês de gestação, com queixa de dor lombar, que realizou tratamento ambulatorial de acupuntura, com melhora inicial da dor e encaminhada para o grupo de práticas corporais e meditação, conta a seguinte história: Trabalha numa empresa que presta serviços de limpeza para várias unidades educacionais e de saúde dos governos municipal e estadual. Devido limitações de sua condição, a direção da unidade onde prestava serviços, pediu que fosse substituída por outra funcionária, indo então trabalhar na sede da empresa. Na sede convive com outras cinco gestantes, em situação similar. Atribui sua dor e também de outros problemas de saúde vivenciados por suas colegas de trabalho gestantes à ordem dada pelo administrador da empresa de prestação de serviços de que, durante a jornada de trabalho (limpeza da empresa que funciona em prédio de 3 andares), não é permitido sentar. O administrador deixou claro que esta ordem é para forçar as gestantes a “pedirem a conta”, já que a empresa não tem interesse em manter funcionários improdutivos.

Questões:

- como sua Unidade de Saúde daria reposta a esta situação?*
- no grupo de meditação,, como a discussão poderia ser conduzida?”*

“ Caso 2

Adolescente de 13 anos, moradora de abrigo em convênio com a SAS, desde os seis anos de idade, junto com irmãos. Não tem contato com outros membros da família, exceto o irmão, também abrigado (outros irmãos foram adotados). Historia de duas tentativas de adoção que não se consumaram. Coursou vários anos em escola pública, sem se alfabetizar. Entretanto foi alfabetizada por psicopedagoga contratada pelo abrigo. Não frequenta escola devido a não haver adaptação de ambas as partes. Apresenta episódios de comportamentos agressivos, com destruição de objetos e instalações do abrigo e

contra funcionários e colegas, se ocorrerem tentativas de contenção. Em consequência de tais episódios, foi internada por duas vezes em manicômios, uma internação de media e outra de longa duração. Da ultima internação retornou com habito do fumo, que, segundo orientação do hospital, a mantém calma. Usa quatro medicamentos psicoativos desde a primeira internação. Com diagnóstico de deficiência intelectual e psicose, em serviços de saúde onde foi atendida anteriormente, sendo o diagnostico questionado pela equipe que a acompanha atualmente. Cometeu dois atos infracionais (furto e invasão de domicilio) e está ameaçada pelo dono do objeto furtado (o que teria motivado o furto foi necessidade de dinheiro para comprar cigarros). No abrigo foi proposta nova internação após os atos infracionais. Esta possibilidade esta descartada (pelo menos no momento) por intervenção da equipe da unidade de saúde que a acompanha. Por iniciativa desta equipe a adolescente foi encaminhada para uma unidade que desenvolve atividades de convivência. Suponha que você trabalha nesta unidade conduzindo grupo de meditação, e este caso chega para discussão na equipe da unidade.

Questões:

- como sua Unidade de Saúde daria reposta a esta situação?*
- como você se posicionaria quanto à possibilidade da adolescente ser ou não convidada para participar do grupo meditação?*

ANEXO 2

ENREVISTAS REALIZADAS NA ATIVIDADE COMPLEMENTAR DO TEMA “ABORDAGEM DAS NECESSIDADES DE SAÚDE E DO PROCESSO DE TRABALHO” SOBRE A EXPERIÊNCIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NAS DÉCADAS DE 1980-90.

Entrevista com Elizabeth Evangelista (Bete)

Bete conta que no início da década de 80, mais ou menos entre 80 e 83 na zona leste, se organizou o Movimento de Saúde da Zona Leste. Ele teve origem na região de São Mateus e Jardim Iguatemi, de um lado e no movimento de São Miguel de outro lado.

No Jardim Iguatemi e São Mateus tiveram origem na luta dos moradores pelo abastecimento de água e esgotos. Em São Miguel na Associação de Donas de Casa - ADC, que tinha apoio do Serviço de Orientação da Família, entidade que prestava alguma assistência à saúde da população. Daí surgiu o Movimento de Saúde da Zona Leste, que teve apoio da igreja, inclusive através de uma entidade (acho que se chamava FIA) que financiou um curso de formação em saúde pública. Uma das tarefas para os que participaram do curso era formar os Conselhos Populares de Saúde. Também teve grande importância o apoio de médicos sanitaristas das unidades de saúde. Os conselhos se formaram inicialmente em oito unidades de São Mateus e São Miguel e o movimento se expandiu para outros bairros da região.

Criaram-se, neste movimento, comissões, inclusive uma comissão de saúde mental. Em 1987 ocorreu o segundo Encontro de trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, que constituiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA). Os familiares e usuários passaram a participar de forma mais organizada no movimento.

Principalmente em Itaquera um grupo de trabalhadores da saúde mental elaborou uma proposta, ainda em 88, que foi entregue para a prefeita eleita, Luiza Erundina, propondo a implementação de uma política de saúde mental para o município baseada na proposta de reforma psiquiátrica. A prefeita que assumiu em 89, assim como o secretário de saúde aceitou a proposta e esta política foi implantada no município.

Em São Paulo organizou-se o atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde, foi organizado o atendimento da emergência psiquiátrica nas unidades de emergência, foram criados leitos de saúde mental nos hospitais gerais e foram criados os hospitais-dia e os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), constituindo uma rede de atendimento em saúde mental.

Vale destacar também que neste período, diversos movimentos de entrada forçada em manicômios que mantinham convênio com o SUS - através da Secretária Estadual de Saúde -, por militantes da saúde mental, que revelaram condições precárias e desumanas de funcionamento destas instituições e provocaram seu fechamento ou encampação estatal, como no hospital Radamés Nardini na cidade de Mauá, do Hospital San Genaro (Zona Norte) e Hospital da Vila Alpina, ambos em São Paulo que colocaram em evidência o MLA e a questão da saúde mental.

A partir da Comissão de saúde do movimento de saúde da zona Leste de São Paulo foi criada uma organização popular denominada SOS-Saúde Mental. Outros movimentos importantes na cidade, que também congregavam usuários e trabalhadores do município que atuavam no MLA, foram o Coral Cênico de Saúde Mental de São Paulo, atualmente denominado Coral Cênico “Cidadãos Cantantes” - que desenvolve oficinas de canto, instrumentos musicais e expressão corporal com colaboração de dezenas de profissionais da área e que recebe pessoas encaminhada pelos CECCO, MLA, SOS-Saúde Mental- e também a Livraria “Espaço Vôo Livros”.

Cabe destacar esta disponibilidade de atuação militante, tanto dos técnicos trabalhadores dos serviços de saúde, como dos familiares e usuários dos serviços, que procuram uma atuação além dos espaços institucionais.

É necessário citar a formação do Fórum Paulistano de Luta Antimanicomial que cumpriu um papel importante na articulação da luta no município e depois, do Fórum Paulista de Luta Antimanicomial, que procurou cumprir este papel no âmbito estadual e depois se desarticulou, segundo minha opinião, por posturas personalistas de alguns de seus participantes que tinham dificuldade de participar - de modo não sectário -, de discussões e debates acerca dos modelos de atendimento em saúde mental.

Entrevista com Tereza Cristina

Tereza Cristina conta que participou da Comissão de Saúde Mental no Partido dos Trabalhadores / Comitê Florestan Fernandes. Conta também da participação nos movimentos fóruns de saúde da Leste e que fez parte, no governo de Luiza Erundina, do

grupo que organizou a saúde mental no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Coloca também que, atualmente, 12 % da população é atendida com diagnósticos no âmbito da saúde mental, sendo 3% atendidas nos CAPs e 9% na atenção básica (não citou a fonte).

Relata que na década de 1980 ocorreu na Zona Leste movimento de saúde, visando melhores equipamentos de saúde e por contratação de médicos. O movimento cresceu incorporando a luta da saúde mental. Isto possibilitou uma discussão que possibilitou a elaboração de proposta de Saúde mental para São Paulo, que foi levada para a então candidata a prefeita Luiza Erundina, que assumiu o compromisso de implantação. se eleita.

Nesta proposta se pleiteava equipe mínima para atendimento nas unidades básicas de saúde com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra, a implantação de Centros de Convivência e Hospital Dia. Com a eleição de Luiza Erundina na prefeitura foram implantados esses serviços, quando o Eduardo Jorge era secretário da saúde. Nas segundas-feiras, se realizavam reuniões do colegiado para discussão das pautas. Os CECCO foram criados, segundo Tereza Cristina, em uma época muito favorável, com recursos humanos e materiais suficientes.

Na atualidade considera importante o Fórum Popular de Saúde que se reúne na última quinta-feira do mês em Itaquera. Entretanto considera que o Fórum Popular de Saúde passa por um período de “esvaziamento”. Cita também outras iniciativas que considera muito importantes como a Associação de Médicos Populares e sua atuação solidária com os movimentos populares

Entrevista com Isabel Cristina Lopes

Isabel Cristina Lopes foi convidada para ser entrevistada sobre a experiência da luta antimanicomial nas décadas de 1980-90. A proposta era que Cristina contasse a experiência da política de saúde mental desenvolvida no governo da prefeita Luiza Erundina. A entrevista não foi gravada e seu relato é fruto das anotações individuais de cada participante presente na entrevista.

Foi solicitado que pelos vários participantes que ressaltasse como se deu o embate entre o modelo manicomial e o novo modelo menos centralizado, como ele foi encaminhado e como se coadunou esse novo serviço para quem tem algum problema mental?

Isabel inicia situando que seu fazer, no campo da saúde mental, está diretamente associado com sua história pessoal e seu modo de estar no mundo. Os pais de Isabel tinham forte relação com a música. Sua mãe era migrante espanhola e seu pai ... Assim, conta que a música, a arte, a cultura sempre estiveram presentes em sua vida, em sua casa. Moradora da região de Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo, também é tocada pelas condições de vida de quem mora na periferia da cidade.

Atuante na área da Saúde Pública desde a década de 1980 participou da Luta Antimanicomial e das discussões sobre as possibilidades de intervenções no que constituía o modo de compreender e tratar a loucura. Nesta direção houve intervenção e fechamento, no governo de Luiza Erundina, de vários manicômios. Buscava-se denunciar as condições em que as pessoas viviam nos manicômios e para além das condições físicas, a lógica manicomial. Esta lógica não se supera apenas com o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Assim, São Paulo constrói uma rede de atenção, onde a unidade básica de saúde (UBS) é o espaço privilegiado para a atenção à saúde. Nesta se possibilita o princípio da heterogeneidade, superando a lógica de “cada um no seu quadrado”. Cristina fala da noção da necessidade, contrapondo-se à perspectiva de organizar o serviço a partir da demanda. Lógica que responde ao que se coloca como imediato. Não se trata de responder demandas, mas de problematizá-la e compreender qual é a necessidade. Isto se correlaciona com a determinação social do sofrimento. Nesta direção, fala sobre a intervenção no local de trabalho. As condições de trabalho como produtoras de adoecimento.

Ao traçar um viés histórico dos acontecimentos, coloca que o desafio até hoje é superar o funcionamento e a lógica das instituições totais, das quais o manicômio é emblema forte, que segrega, mortifica o sujeito. Diz que é preciso lembrar que o sofrimento mental precisa de uma compreensão de sua determinação social. Esta é uma das

perspectivas que levou à constituição de uma rede com Unidade Básica de Saúde, Hospital Dia, Centro de Convivência e Cooperativa, enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral. Respondendo a perguntas sobre o momento de crise, Cristina delimita a noção da internação como um momento e que se coloca somente para a situação da crise.

Assim, após o fechamento de vários manicômios, a proposta é que é na UBS que as pessoas que necessitam de atenção da saúde mental tenham espaço e possam ser acolhidos. Um problema, no entanto, é que esse serviço funciona atendendo demanda e enxerga só as doenças e não a potência do paciente. Em muitas situações a lógica é de sublocação de sala. Ou seja, importa-se para o espaço público a lógica de atendimento privado. Assim, os profissionais não se conversam, não se articulam para as ações.

Com a construção dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que seguiram um projeto ministerial, produzem-se vários problemas também. Cristina diz que não é contra a existência de CAPS, mas que tudo vem e tudo fica. Um exemplo é o CAPS Itapeva, primeiro CAPS do Brasil, em que era possível observar casos de pessoas que “cronificavam” no atendimento, a mesma lógica vigente nos manicômios. O CAPS, diz Cristina, poderia funcionar como lugar de passagem.

O que define este modelo é o financiamento. Cristina diz que se os gestores municipais não abrem CAPS a verba não vem para o investimento em outros serviços e ações. O CAPS pode ter funcionamento 24 horas, possibilitando internações e, neste modo de funcionar, acaba por se tornar uma instituição total (associada à ideia de estigma, de gueto), sendo que a intenção era de que ele fosse um local de passagem, de atendimento de crises.

A proposta da Rede de Atenção Social é que o CAPS não seja central, o que acontece é que isso dificulta a vinculação dos pacientes, não se vê onde essas pessoas vivem, como trabalham, como são as forças que interferem. Os Agentes Comunitários de Saúde, que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família e os próprios NASF (Núcleo de Apoio à

Saúde da Família), teriam importante função de mediador, mas a palavra do agente comunitário não é ouvida. Por fim, como disse Mário Cabral, é impossível responder com qualidade, porque cada um toma conta de sua parte e nem sempre se tem ideia do todo. Há uma verticalização da gerência, quando a potência pode estar no compartilhamento dos saberes, numa gerência horizontal.

Por fim, fizemos uma reflexão sobre o mundo que vivemos? Quais são os pressupostos de atuais de felicidade? Vimos que os projetos pessoais são individuais e de descarte, que assim que criamos nossos filhos e que isso também aparece na Saúde. Lógica do mercado de capital, onde a meta é a produção, por isso, não vai ser diferente na hora em que o trabalhador vai ver a pessoa que o atende.

A proposta final é que fazer saúde é criar heterogeneidade que possa ser emancipatória.

ANEXO 3

RECOMENDAÇÕES

Sobre políticas públicas de saúde e concepção do SUS

- Que se caminhe para um SUS estatal, com a redução progressiva dos modelos privados de gestão;
- Que se aperfeiçoem os mecanismos de gestão e de participação, visando garantir o exercício do trabalho com responsabilidade, humanidade e qualidade;
- Que sejam realizados concursos públicos, oferecendo vagas, condições salariais e condições de trabalho adequadas pra recompor o quadro de trabalhadores da administração direta, de acordo com as necessidades do sistema;
- Que sejam destinadas mais verbas para a saúde e que estas sejam utilizadas, segundo critérios de responsabilidade, com os princípios da reforma sanitária estabelecendo-se mecanismos para transparência destes gastos;
- Que os espaços públicos (incluindo os equipamentos de saúde) sejam bem cuidados;

- Que se estabeleçam mecanismos, durante o processo de transição para o SUS estatal, para que os “trabalhadores terceirizados” tenham condições de realizar um bom trabalho.

Sobre a organização dos serviços de saúde

- Que se adotem iniciativas visando melhorar a comunicação e o relacionamento de trabalho na rede pública;
- Que se reveja e discuta os critérios de indicação de gestores, cuidando para que a gestão das unidades ocorra de forma participativa.
- Que, dentre os critérios para escolha dos gestores, se considere o compromisso com a participação, universalidade, integralidade, equidade e demais princípios do SUS;
- Que se invista na operacionalização do trabalho das unidades de saúde referenciado no planejamento estratégico local e territorialização;
- Que se efetive, pelo menos, dois instrutores por tipo de PCM que é instruída nas unidades de saúde;
- Que se fortaleça o papel dos interlocutores de MTHPIS nas CRS e STS e que o contato deles com as unidades seja mais próximo, com visitas mais sistemáticas;
- Que se estabeleçam condições para que os interlocutores se pronunciem nas reuniões com os gestores das unidades e que se discuta outras estratégias para sensibilizar estes gestores das unidades de saúde sobre as PCM;
- Que se organize reuniões entre unidades que desenvolvem atividades similares com participação dos trabalhadores para que se partilhem as experiências e se discutam as questões comuns;
- Que se realizem encontros (fóruns) bimestral ou semestral para os instrutores de PCM;
- Que se programe um evento anual, em todas as unidades de saúde, onde os trabalhadores das unidades de saúde possam vivenciar as PCM;

Propostas de formação

- Que se realizem processos de formação com os gestores das unidades de saúde, contemplando o enfoque apontado quando se abordou a questão dos critérios para indicação de gestores das unidades de saúde (compromisso com a participação, universalidade, integralidade, equidade e demais princípios do SUS);
- Que se procedam a atividades de formação dos instrutores incluindo capacitações para o trabalho com grupos;
- Que nos processos de formação e aprimoramento dos instrutores se operacionalizem formas de estabelecer compromissos dos instrutores formados e gestores para que se constituam os grupos de PCM;
- Que se promovam capacitações de instrutores de meditação, aberta inclusive aos trabalhadores em vias de se aposentar e que demonstrem interesse em difundir esta prática;
- Que se realize, na rede, formação em LIBRAS (linguagem brasileira de sinais) para possibilitar o atendimento de qualidade das pessoas com deficiências auditivas.
- Que se realizar processo de formação e investigação nos moldes desta pesquisa com participação dos instrutores que estarão se capacitando para reproduzir o processo. A proposta é de se realizar primeiro processo para toda a secretaria e depois processos de formação regional.

Propostas de pesquisas

- Que a área técnica de MTHPIS proceda a elaboração de um instrumento de pesquisa para ser aplicado aos participantes dos grupos de PCM, identificando sua percepção sobre os resultados das referidas práticas;
- Que na elaboração deste instrumento e para sua operacionalização se realize reuniões com os interlocutores, incluindo o HSPM que já realiza avaliação similar;
- Que se realize, também, no primeiro semestre do ano, um encontro amplo ou encontros regionais com os instrutores, no sentido de sensibilizá-los sobre a importância de participarem deste projeto de pesquisa com os participantes dos processos grupais;

- Que se proceda a um levantamento sobre o perfil dos instrutores de PCM;

Outras questões referentes às práticas meditativas

- Que se discuta com os instrutores de meditação, nos grupos que instruem, a necessidade e oportunidade de reservarem um tempo para os participantes do grupo partilharem suas experiências;
- Que se proceda à capacitação para que os instrutores se aprimorem no sentido de saberem conduzir este tempo de partilha de experiências;
- Que se discuta com os gestores de SMS e, se necessário, das organizações que gerenciam as unidades de saúde, um modo de garantir a implantação e continuidade dos grupos de PCM, incluindo as práticas meditativas.