

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Helen da Costa Toledo Piza

Contribuições da psicologia histórico-cultural para o processo grupal com usuários  
com esquizofrenia nos Centros de Atenção Psicossocial

SÃO CARLOS

2022

Helen da Costa Toledo Piza

Contribuições da psicologia histórico-cultural para o processo grupal com usuários  
com esquizofrenia nos Centros de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof. Dra. Renata Bellenzani

Coorientador: Prof. Dr. Vitor Marcel Schühli

SÃO CARLOS

2022



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Helen da Costa Toledo Piza, realizada em 26/05/2022.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Renata Bellenzani (UFSCar)

Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin (UNESP)

Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni (UFSCar)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Renata, por todos os anos de orientação, pela paciência e pelo tempo dedicado a leitura deste trabalho. Sem ela, esta pesquisa não seria possível.

Ao Vitor não só pela coorientação, como também pelas complementações que se seguiram por todo o percurso da pesquisa.

Aos professores membros da banca, por aceitarem o convite e pela contribuição para a finalização deste trabalho.

À Mel, pelo auxílio com a elaboração e desenvolvimento do projeto.

A todos os professores do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- Câmpus de Paranaíba que contribuíram com o meu conhecimento durante a graduação, em especial aos professores que se dedicaram a ensinar a psicologia histórico-cultural, Bruno, Netto, Célia e Henrique.

Aos professores e técnicos do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, sempre prontos a colaborar e esclarecer as dúvidas.

Ao meu companheiro de vida André, que caminha ao meu lado compartilhando sonhos e fazendo a vida ser mais leve.

Aos meus pais Debora e Wagner, por todo apoio e por possibilitarem meu acesso a uma pós-graduação, mesmo quando as condições não permitiam tal acesso.

Ao meu irmão Gabriel, pela parceria e por tudo que representa em minha vida.

Aos meus colegas de mestrado, pelas risadas, auxílios e compartilhamentos, em especial à Rosana, Manu, Sheila, Ana Paula e Sérgio.

À minha amiga Letícia, por sempre estar presente e pelo acolhimento nos momentos de desespero.

*Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição. Aspirada a respiração não é... é introchada. Os nervos já não tremem...dão solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas. A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta rodam a fechadura. Já não sei quem e o que sou. Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado....escuto parte do meu gemido. Quem disse que só se morre uma vez?*

(Austregésilo Carrano)

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar e sistematizar aportes teórico-práticos capazes de contribuir para um maior alcance das atividades grupais nos CAPS, particularmente para auxiliar, junto às pessoas com esquizofrenia, a reorganização da personalidade, via novas mediações para reconstituição do sistema psicológico. Trata-se de um estudo teórico-conceitual que evoca categoriais da psicologia histórico-cultural, da saúde coletiva, do materialismo histórico-dialético e da teoria do processo grupal segundo a psicologia social latino-americana. No momento que se considera que o conjunto das ações de cuidado em um serviço de saúde mental precisa ser voltado à socialização, contudo sem abdicar de finalidades terapêuticas, de reabilitação psicossocial, entende-se que é necessário pensar o processo grupal a luz da Teoria Histórico-Cultural, evocando a Teoria da Atividade, de Leontiev, e a relação entre a estrutura da atividade e o desenvolvimento do psiquismo. O ponto de partida, foi a necessidade de refletir sobre as possíveis mediações que intencionalmente uma atividade grupal poderia dinamizar, com foco na reorganização da consciência e de todo o sistema psicológico. Para isso é necessário levar em conta as particularidades da desintegração do sistema de cada pessoa com esquizofrenia e como esta tem reagido, conforme condições singulares e gerais de desenvolvimento da consciência que se dá nas relações sociais historicamente configuradas. Como resultante da pesquisa teórico-conceitual, foram sintetizadas reflexões, ilustrações de possíveis manejos grupais na ocorrência de determinadas dificuldades e recomendações práticas mais gerais para o desenvolvimento dos principais tipos de oficinas preconizadas para os CAPS (terapêuticas com atividades manuais e expressivas, de geração de renda e de alfabetização/pedagógicas). Foram organizadas duas seções: uma com contribuições mais gerais que esses referenciais aportam para as práticas grupais em saúde mental; outra com as contribuições de maior especificidade para a realização com as pessoas com esquizofrenia. O princípio mais relevante é que a grupalidade (plano sociogenético do desenvolvimento) é fonte, e expressão, de processos microgenéticos do desenvolvimento, que podem se revelar como processos de reconstituição das funções psicológicas superiores desintegradas na esquizofrenia, e da personalidade como um todo. O manejo grupal será mais potente quanto mais os profissionais dirigirem sua atenção e esforços tanto para a grupalização (identificações, vínculos, dimensão coletiva das tarefas, atividades, papéis e significados), como para a dimensão da singularidade (necessidades, motivos, sentidos para realizar a atividade), além da dinâmica do sistema das funções psicológicas de cada participante. Espera-se que o estudo possa derivar materiais técnicos e atividades formativas dirigidas aos profissionais dos CAPS, fomentando o avanço na utilização consciente das técnicas grupais com os usuários em geral e

em particular os acometidos pela esquizofrenia, contribuindo com a consolidação da política de saúde mental do Brasil.

**Palavras-Chave:** Esquizofrenia; Processo Grupal; Psicologia Histórico-Cultural; Teoria da Atividade, Saúde Mental

## **ABSTRACT**

The intent of this research was to investigate and systematize theoretical-practical contributions capable of adding up to a greater range of group activities at Psychosocial Care Centers – known in Brazil as CAPS - particularly to assist, along people with schizophrenia, the reorganization of personality through new mediations for reconstitution of the psychological system. This is a theoretical-conceptual study that evokes categories from historical-cultural psychology, collective health, historical-dialectical materialism and the group process theory according to the Latin American social psychology. By considering that the set of care actions in a mental health service needs to be aimed at socialization, without giving up therapeutic purposes, of psychosocial rehabilitation, it is understood that it is necessary to think about the group process in the light of the cultural-historical theory, evoking Leontiev's Activity Theory and the relation between the structure of activity and the development of the psyche. The starting point was the need to reflect on the possible mediations that a group activity could intentionally dynamize, focusing on the reorganization of consciousness and the entire psychological system. For this, it is necessary to take into account the particularities of each person with schizophrenia's system disintegration and how this person has reacted, according to the singular and general conditions of the development of consciousness that takes place in historically configured social relationships. As a result of the theoretical-conceptual research, illustrations and practical recommendations were synthesized for the development of the main types of workshops recommended for the CAPS (therapeutic with manual and expressive, income generation and literacy/pedagogical activities). Two sections were organized: one which has more general contributions that these references add up to group practices in mental health; and another that has contributions of greater specificity for carrying out with people with schizophrenia. The most relevant principle is that groupality (sociogenetic plan of development) is the source and expression of microgenetic processes of development, which can reveal themselves as processes of reconstitution of higher psychological functions disintegrated in schizophrenia, and of the personality as a whole. Group management will be more powerful the more professionals direct their attention and efforts both to grouping (identifications, bonds, collective dimension of tasks, activities, roles and meanings), and to the dimension of singularity (needs, reasons, meanings to perform the activity), in addition to the system dynamics of the psychological functions of each participant. It is expected that the study can derive technical materials and training activities for CAPS professionals, promoting the advance in the conscious use of group techniques with users in general, particularly those



affected by schizophrenia, contributing to the consolidation of the mental health policy in Brazil.

**Key words:** Schizophrenia; Group Process; Cultural-Historical Psychology; Activity Theory; Mental Health.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social

ESF- Estratégia Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CIT- (Critical Time Intervention)- Intervenção do Tempo Crítico

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PTS – Plano/Projeto terapêutico singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SIGEM- Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamento e Materiais

SUS – Sistema Único de Saúde

STOR- Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação

TCC- Terapia Cognitivo Comportamental

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO - EMERGÊNCIA DO TEMA E OBJETO, OS OBJETIVOS DA PESQUISA E SEU PERCURSO</b> .....	13
<b>1.1 Um breve histórico das Reformas Psiquiátricas, a Política de Saúde Mental centrada no CAPS e suas atividades grupais</b> .....	18
<b>1.2 Retrocessos na Política de Saúde Mental no Brasil e nas atividades psicossociais de cuidado</b> .....	26
<b>1.3 As práticas grupais e o cuidado à esquizofrenia na produção científica do Brasil.</b>	29
<b>1.4 As principais modalidades, e seus enfoques teóricos, de intervenções com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia</b> .....	31
<b>CAPÍTULO 2- O PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	39
<b>CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM PSIQUIÁTRICA DA ESQUIZOFRENIA</b> .....	41
<b>3.1 Esquizofrenia na concepção tradicional da psiquiatria</b> .....	41
<b>3.2 Epidemiologia</b> .....	47
<b>3.3 Etiologia</b> .....	48
<b>CAPÍTULO 4 - A ABORDAGEM DA ESQUIZOFRENIA PELA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL</b> .....	60
<b>4.1 Os nexos psicológicos: A esquizofrenia como desintegração de uma totalidade</b> .....	60
<b>4.2. O desenvolvimento do sistema de conceitos e sua desintegração na esquizofrenia</b>	66
<b>4.3 A esquizofrenia e seus duplos</b> .....	75
<b>CAPÍTULO 5 - O PROCESSO GRUPAL A PARTIR DA PSICOLOGIA SOCIAL LATINO-AMERICANA E DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL</b> .....	79
<b>5.1 O desenvolvimento do processo grupal no contexto da psicologia social latino-americana</b> .....	81
<b>CAPÍTULO 6 – A TEORIA DA ATIVIDADE DE LEONTIEV E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL AOS CONCEITOS DE CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE</b> .....	95
<b>6.1 A estrutura da atividade</b> .....	96
<b>6.2 Atividade dominante no desenvolvimento psíquico</b> .....	101

6.3 O desenvolvimento da consciência e da personalidade .....	105
<b>7 SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL PARA O PROCESSO GRUPAL COM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA, ALGUMAS ILUSTRAÇÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>111</b>
7.1 Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e Social latino-americana para as práticas grupais em saúde mental .....	113
7.1.1 Aspectos que qualificam a preparação e condução dos grupos .....	114
7.1.2 A superação do tecnicismo e funcionalismo rumo a uma prática grupal desenvolvimental .....	116
7.1.3 A grupalização das pessoas com esquizofrenia e sua reabilitação têm viabilidade, embora não seja de interesse do capital .....	118
7.2 Contribuições específicas à reabilitação das pessoas com esquizofrenia via o processo grupal .....	119
7.2.1 O processo grupal e a Zona de Desenvolvimento Proximal .....	123
7.2.2 O processo grupal e os motivos da atividade que podem ser mobilizados nas diferentes modalidades de oficinas .....	124
7.2.3 As oficinas terapêuticas, expressivas e com atividades manuais.....	125
7.2.4 As oficinas de geração de renda .....	131
7.2.5 As oficinas de alfabetização .....	132
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>137</b>

## **INTRODUÇÃO - EMERGÊNCIA DO TEMA E OBJETO, OS OBJETIVOS DA PESQUISA E SEU PERCURSO**

O interesse pelo campo da saúde mental, em específico na abordagem da psicologia histórico-cultural, teve início durante minha graduação em psicologia na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -UFMS *campus* de Paranaíba, em 2017. Foi na iniciação científica, que me dediquei pela primeira vez a estudos nessa área, com a pesquisa “Uma interpretação da História da Loucura na perspectiva do materialismo histórico-dialético”, com o objetivo de reinterpretar a compreensão foucaultiana sobre a gênese da loucura, das instituições psiquiátricas e da psiquiatria a partir da teoria social de Marx. O contato com o campo da saúde prosseguiu com os estágios curriculares em uma Unidade de Saúde da Família e em atendimentos na clínica-escola na abordagem da psicologia histórico-cultural. Em continuidade aos meus estudos na área, meu trabalho de conclusão de curso, foi um estudo teórico sobre as contribuições de Vigotski e Luria para o problema da esquizofrenia.

Após conclusão da graduação, cursei a especialização “Saúde Mental e Cognição” na Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, com o objetivo de compreender os ditos "transtornos mentais" a partir do modelo biomédico. Apesar de não compartilhar dessa mesma visão, nesse momento senti a necessidade de me apropriar minuciosamente do entendimento do sofrimento psíquico como alteração biológica, para posteriormente ser capaz de identificar e apresentar com propriedade os problemas dessa abordagem. Meu trabalho de conclusão de curso foi sobre as diversas teorias etiológicas da esquizofrenia existentes na literatura científica.

Em 2019 vi a oportunidade de ingressar no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, e continuar me debruçando sobre os estudos da esquizofrenia, sob a orientação da professora Renata, que já havia me orientado antes no estágio curricular da graduação.

Na minha trajetória profissional atuei em três prefeituras municipais como psicóloga, tanto na política de assistência social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), quanto no Sistema Único de Saúde, realizando atendimentos psicológicos. Atualmente trabalho em um CRAS na prefeitura municipal de Araraquara-SP.

De início, esta pesquisa seria um estudo de campo, inclusive já aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, que tinha a prática grupal como um fenômeno da realidade que seria observado e analisado a partir da perspectiva epistemológica do materialismo histórico-dialético e da psicologia histórico-cultural. O objetivo era investigar, a partir do estudo de um caso-serviço, os alcances e limites do processo grupal identificado, para promover mediações reconstituidoras das funções psicológicas superiores de pessoas com esquizofrenia. Contudo

com a pandemia de COVID-19, foi necessário reformular a pesquisa para um estudo teórico. Pretendemos com esta, oferecer aportes para contribuir na ampliação do alcance das atividades grupais, para auxiliar a reorganização da personalidade via novas mediações, com o objetivo de reconstituição do sistema psicológico das pessoas com esquizofrenia.

A literatura mostrou que a concepção de esquizofrenia da maior parte dos profissionais de saúde ancora-se no modelo médico organicista; uma vez sendo este modelo hegemônico, os profissionais de saúde parecem operar o cuidado segundo uma concepção muito distante da incorporação do debate sobre a gênese social do processo de sofrimento psíquico/adoecimento. Se entre os profissionais de saúde impera o modelo biomédico e a falta de apropriação teórico-metodológica sobre o processo grupal, pode-se afirmar que é pouco provável que as práticas grupais realizadas no CAPS tenham uma intencionalidade voltada para a perspectiva desenvolvimental.

Nota-se, também, que nos estudos encontrados descritos adiante, embora sejam valorizadas as atividades grupais na forma de oficinas, não há reflexões sobre as mesmas a partir do debate em psicologia de grupos ou de determinadas perspectivas teórico-metodológicas sobre o processo grupal. Os trabalhos não argumentam acerca de características necessárias para que se produza o processo, como se este fosse naturalmente resultante do trivial agrupamento de pessoas num determinado espaço físico, realizando algo, simultaneamente. A psicologia social latino-americana (ao debater criticamente as propostas grupais dominantes na psicologia mundial e teorizar, nos anos 1980, sobre outras categorias centrais à análise do processo grupal e ao trabalho com grupos voltados ao desenvolvimento individual e coletivo), bem como a psicologia histórico-cultural (ao fornecer toda uma teoria sobre a constituição do psiquismo e do desenvolvimento da personalidade), revelem-se, ambas, muito pertinentes quando articuladas para produzir os aportes que diminuam as lacunas e os problemas acima mencionados sobre o tema do processo grupal no CAPS, com particular ênfase à reabilitação psicossocial de pessoas com esquizofrenia.

No momento que se considera que o conjunto das ações de cuidado em um serviço de saúde mental precisa ser voltado à socialização, contudo sem abdicar de finalidades terapêuticas, de reabilitação, entende-se que é necessário recuperar o processo grupal a luz da Psicologia Social Latino-Americana, articuladamente à Teoria Histórico-Cultural. Evocou-se entre outras formulações e conceitos, por exemplo, a Teoria da Atividade, de Leontiev, e a relação entre a estrutura da atividade e o desenvolvimento do psiquismo. A Teoria da Atividade se constrói a partir da categoria ontológica do trabalho para Marx e oferece uma reflexão sobre o conceito-chave da teoria desenvolvimental histórico-cultural, a formação da consciência.

Na medida em que a atividade é o processo que engendra a consciência e desenvolve o psiquismo/personalidade, a consciência passa a orientar e regular a atividade no interior de condições materiais determinadas. A esquizofrenia, segundo a psicologia histórico-cultural, é uma patologia em que estaria subjacente às suas expressões sintomatológicas, uma desintegração do sistema de conceitos, ou seja, do pensamento conceitual e da linguagem, o que pela interfuncionalidade dos sistemas das funções superiores, tenderia a ter um efeito extensivo à desintegração da consciência e da personalidade como um todo. Com a desintegração desse sistema, todo o sistema da consciência da realidade e da personalidade também se dissociariam, produzindo a desorientação do indivíduo em relação a ele, ao mundo e às pessoas.

Assim, nesse marco teórico, quais as questões centrais estão postas ao planejamento de uma atividade terapêutica grupal para pessoas com as particularidades da esquizofrenia? Parece ser outro ponto de partida, a necessidade de refletir sobre as possíveis mediações que intencionalmente uma atividade grupal poderia dinamizar, com foco na reorganização da consciência e de todo o sistema psicológico. Além disso, parece também ser necessário levar em conta as particularidades da desintegração do sistema de cada pessoa e como esta tem reagido, conforme condições singulares e gerais de desenvolvimento da consciência que se dá nas relações sociais historicamente configuradas.

Com base no exposto até aqui, formulou-se, como **problema de pesquisa**: quais as formulações teórico-metodológicas da psicologia histórico-cultural poderiam contribuir para uma maior finalidade terapêutica/de reabilitação das atividades grupais? Em particular daqueles usuários e usuárias com comprometimentos mais graves na dinâmica da consciência-personalidade, como se observa na história pessoal, clínica e social das pessoas com esquizofrenia atendidas. O presente estudo se dedica a articular uma reflexão norteada por essa pergunta, contudo, buscando sintetizar sua resposta ao final desse percurso, nos capítulos 7 e 8, concluindo, assim, esta dissertação. São sintetizadas reflexões, recomendações, e exemplos práticos de “ajustes de manejos” diante de possíveis desafios que surjam, nas atividades grupais, das principais modalidades de oficinas mais tradicionalmente realizadas nos CAPS do país.

Assim, o **objetivo do estudo** é oferecer aportes para contribuir na ampliação do alcance das atividades grupais, para auxiliar a reorganização da personalidade via novas mediações, com o objetivo de reconstituição do sistema psicológico das pessoas com esquizofrenia. Dentre os objetivos específicos: problematizar a perspectiva organicista da esquizofrenia, e a partir de pesquisadores contemporâneos que dão continuidade as teorizações sobre a esquizofrenia na psicologia histórico-cultural, contribuir com formulações teóricas sobre essa forma de

sofrimento psíquico e seu cuidado. Além disso, buscar-se-á fortalecer a fundamentação de que a base do desenvolvimento da personalidade e dos sistemas psicológicos é a constituição do psiquismo através da atividade humana na realidade objetiva, de modo que no, e pelo, processo grupal, possam ser dinamizadas atividades segundo esse fundamento.

Para tanto, a pesquisa, percorreu subconjuntos de textos e obras para demonstrar que a atividade grupal precisa ser pensada como um momento terapêutico dentro da sociabilidade geral e do processo de desenvolvimento/reabilitação dos indivíduos. São sistematizadas algumas compreensões teóricas-conceituais de Vigotski para a esquizofrenia e com base nisso, propõem-se uma reflexão sobre os fundamentos da psicologia desse autor e seus colaboradores, para as práticas terapêuticas grupais com as pessoas com esquizofrenia realizadas nos CAPS. São articuladas reflexões em torno das formulações gerais teórico-conceituais da psicologia histórico-cultural (atividade humana, consciência, personalidade e sistema psicológico, funções psicológicas, linguagem, sentido, significado, mediação, relações sociais, entre outras) aplicadas às especificidades da esquizofrenia e das práticas grupais, buscando derivar com base nisso, algumas diretrizes gerais, para que de fato se ampliem as possibilidades de produção de processos grupais, resultantes das oficinas e grupos diversos que são realizados nos CAPS. E, especificamente, tenta-se explicitar que características particulares em termos de desenvolvimento e finalidades da atividade são defendidas, com base nesses referenciais. Uma vez produzidos tais sistematizações, aportam-se desta escola psicológica os fundamentos e formulações que, avalia-se, poderem auxiliar os profissionais a dirigirem especial atenção às necessidades mais próprias à reconstituição dos sistemas e processos ligados ao pensamento conceitual, linguagem e comunicação, que tendem a se apresentar em desagregação nas pessoas, como características mais gerais do quadro da esquizofrenia.

Em termos de aplicabilidade para o avanço do SUS e de sua política de saúde mental sustentada na reforma psiquiátrica, como se espera dos programas de mestrado profissional em saúde coletiva, espera-se que o estudo possa contribuir com a elaboração de materiais técnicos e atividades de formação, dirigidas aos profissionais em formação e em atuação dos CAPS, fomentando o avanço nas utilizações das técnicas grupais com usuários em geral, mas que podem ser particularmente manejadas com determinadas intencionalidades junto àqueles com prejuízos mais severos, como se observam nos usuários diagnosticados com esquizofrenia.

Isso, posto, o estudo se configura como teórico conceitual interdisciplinar, articulando contribuições da Psicologia aos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. Vários conceitos e formulações destas matrizes são articulados, orientando-se, contudo, por uma determinada



perspectiva epistemológico-metodológica, a do materialismo histórico-dialético<sup>1</sup>, que na constituição da saúde coletiva se expressou mais fortemente na proposição da tese da determinação social do processo saúde-doença.

A sistematização escrita na forma da dissertação está organizada na seguinte estrutura:

O primeiro capítulo aborda aspectos históricos e técnicos mais gerais sobre a reforma psiquiátrica, a política de saúde mental, o trabalho com grupos no CAPS e questões mais específicas da pesquisa etiológica e sobre assistência voltadas à esquizofrenia – entendida como um dos diagnósticos em que a gravidade e severidade das alterações psicológicas e comportamentais justificam que os indivíduos sejam atendidos em um serviço especializado de saúde mental, na atenção secundária do SUS, em caráter contínuo.

O percurso metodológico realizado na pesquisa e as principais obras utilizadas em cada capítulo são tratados no segundo capítulo. No terceiro capítulo, é descrita e debatida a insuficiência do modelo orgânico etiológico das principais teses da esquizofrenia. Em seguida, no quarto, é exposta a proposição crítica da psicologia histórico-cultural sobre o que caracteriza esse quadro clínico, a partir de Vigotski e de pesquisadores atuais que utilizam do mesmo referencial teórico. No quinto, sistematizam-se as contribuições dos trabalhos sobre o processo grupal desenvolvidas no contexto da psicologia social latino-americana. No sexto capítulo é apresentada a Teoria da Atividade de Leontiev e as contribuições da psicologia histórico-cultural aos conceitos de consciência e personalidade. No sétimo capítulo, são tecidas as articulações teórico-práticas tentando responder, por fim, mais diretamente ao problema de pesquisa, em que está implicada a indagação – sobre como as principais categorias teóricas, conceitos e formulações desses referenciais teóricos estudados, se fariam instrumentais, “aplicáveis”, para a orientação das atividades grupais, principalmente das oficinas. Defende-se a ideia mais geral de que desse modo, as atividades grupais ganhariam maior potência para produzirem saúde, desenvolvimento humano e sociabilidade, e simultaneamente, alcancarem finalidades mais específicas de reabilitação psicossocial dos usuários com esquizofrenia – via incremento de mediações reconstituíntes dos sistemas psicológicos (mais desagregados na esquizofrenia) que sustentam o curso dialético da formação da personalidade, via atividade, tendo a vida social como fonte. E por fim, as conclusões do estudo.

---

<sup>1</sup> Ao definir o método como sendo o materialismo histórico-dialético, é necessário ter “compreensão do historicismo concreto presente nas obras de Marx e Engels, para as quais a produção material da vida engendra todas as formas de relações humanas” (MARTINS, 2015, p.38).

## CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, GRUPOS E ESQUIZOFRENIA

### 1.1 Um breve histórico das Reformas Psiquiátricas, a Política de Saúde Mental centrada no CAPS e suas atividades grupais

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico, político e social<sup>2</sup> que tem como objetivo questionar e formular estratégias para a transformação do modelo clássico<sup>3</sup> de assistência à saúde mental, da prática e do saber psiquiátrico. A partir do final da década de 70 do século XX, com o processo de redemocratização do Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira começa a se constituir, dentro de um contexto amplo, internacional, de reformas.

Destacam-se aqui três importantes experiências antimanicomiais que marcaram uma nova compressão da loucura, que de diferentes modos influenciaram o contexto brasileiro, e defenderam a extinção das práticas da psiquiatria clássica, e dando voz àqueles indivíduos, antes calados pela própria medicina: as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional na França e a Psiquiatria Democrática na Itália<sup>4</sup>.

As Comunidades Terapêuticas<sup>5</sup> surgem como proposta de reformulação ao asilo psiquiátrico, a partir de Maxwell Jones, que demonstrou ser possível o tratamento de “doentes mentais” fora dos hospitais, marcando uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade. A característica essencial das comunidades são a desarticulação da estrutura hospitalar, considerada segregadora e cronificadora, dando lugar a uma nova relação, onde os pacientes e profissionais executam de modo igualitário as tarefas do serviço. Entretanto, Rotelli

---

<sup>2</sup> Compartilha-se do entendimento de Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) para a compreensão da reforma psiquiátrica como um processo social complexo que não se reduz a mudança tecnológica de cuidado.

<sup>3</sup> A crítica a psiquiatria clássica apresentada nesta pesquisa é a crítica ao modelo biomédico. Este é caracterizado por saberes e práticas anatomofisiológica, excluem as dimensões histórico-sociais, localizando as intervenções no próprio corpo (PAIM, 2012 apud SCHÜHLI, 2020). O modelo biomédico foca “no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença; a orientação para a demanda espontânea; o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2015, p.1870 apud SCHÜHLI, 2020, p.178).

<sup>4</sup> Além dessas experiências, também influenciaram no contexto brasileiro, a psicoterapia de setor e a psiquiatria preventiva norte-americana, entretanto optou-se por restringir a apresentação nas experiências que apresentam características mais relevantes para o estudo.

<sup>5</sup> Termo utilizado pela primeira vez em 1959, por Maxwell Jones ao se referir as experiências realizadas em um hospital psiquiátrico, inspirado nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. A partir disso, o termo comunidade terapêutica “passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcada pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas” (AMARANTE, 1995, p.28).

(1994 apud AMARANTE, 1995), afirma que a comunidade terapêutica inglesa não conseguiu enfrentar o maior problema que fundamenta o hospital psiquiátrico, a exclusão, e desta forma não poderia ir para além do hospital. Isto é, não aconteceu uma discussão sobre as causas externas da reclusão no asilo, mesmo com demandas sociais pela recuperação do “louco” em força de trabalho produtiva (AMARANTE, 1995).

A reforma na Inglaterra também foi marcada pelo movimento da antipsiquiatria, que surgiu na década de 60, em meio aos movimentos de contracultura, tendo como principais representantes David Cooper e Robert Laing, ambos influenciados pelo marxismo. A antipsiquiatria tinha como principal característica a negação e oposição às teorias e métodos da psiquiatria, promovendo formas alternativas de cuidado para o sofrimento psíquico.

Ao criticar a medicina psiquiátrica, Cooper (1973) afirma que um dos problemas desta abordagem é o tratar as afecções sociais iguais as afecções biológicas, utilizando do mesmo método e mesma compreensão, em um nível biológico.

A abordagem quase médico-nosológica presume que, uma vez que esteja lidando com uma doença, existem sintomas e sinais passíveis de observação numa pessoa-objeto, que pode ser (implícita ou explicitamente) abstraída do seu meio humano com o fim de fazer tais observações e, ademais, que os sintomas e sinais indicam um diagnóstico, que, por sua vez, indica prognóstico e tratamento. Esta suposta entidade diagnóstica, por definição, precisa ter uma causa e, aqui, as opiniões divergem, embora com base de evidência sensivelmente escassa, entre anormalidade bioquímica, infecção por vírus, defeito estrutural do cérebro, origem constitucional-genética (que pode ser relacionada com outras causas) e causação psicológica. (COOPER, 1973, p.16)

Para enfrentar os modos de tratamento que foram oferecidos pela psiquiatria ao sofrimento psíquico, Cooper (1973) toma como objeto de análise a esquizofrenia. Para ele, a esquizofrenia não é algo que o indivíduo possua, ou seja, ela não existe enquanto doença, mas como modo de existência, é um ato por meio do qual os esquizofrênicos começam ser invalidados. Essa invalidação social, segundo Cooper, começa na família para posteriormente se completar no hospital psiquiátrico, por isso a necessidade de atuar no lugar que produz o adoecimento do sujeito. “(...)o problema não reside na chamada “pessoa doente”, porém na rede de interações de pessoas, particularmente sua família, da qual o paciente admitido, por um truque de prestidigitação conceitual, já foi abstraído”. Ainda continua dizendo que, “a loucura não se encontra “numa” pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o “paciente” rotulado participa” (COOPER, 1973, p.47).

Em 1962, Cooper inicia uma experiência antipsiquiátrica em uma ala denominada de Pavilhão 21. Não utilizando de métodos da psiquiatria clássica, ele realiza uma inversão da lógica prognóstica neste hospital, com modificação de alguns aspectos ligados à hierarquia

institucional, fim da repressão sexual e de outros tipos de tratamentos gestados pela psiquiatria. Porém, Cooper admite que essa experiência deveria ocorrer fora de um hospital psiquiátrico.

Na França, foi François Tosquelles que iniciou a experiência da Psicoterapia Institucional<sup>6</sup> no Hospital Saint-Alban, e posteriormente, Jean Oury e Felix Guattari em La Borde. O objetivo era transformar o espaço asilar, buscando superar o modelo clássico da psiquiatria, de hierarquia e verticalidade (AMARANTE, 1995).

Na clínica de La Borde, assim como na experiência de reforma dos ingleses, não eram utilizados os métodos clássicos da psiquiatria, em substituição ao modelo tradicional, foram criadas novas estratégias de cuidado, como: os grupos terapêuticos, a gestão realizada com participação dos pacientes, o acolhimento feito pelo coletivo e a existência de uma rotatividade das funções entre os funcionários, todos seriam em algum momento tanto enfermeiro quanto jardineiro, por exemplo. Entretanto, este modelo sofreu grandes críticas por não questionar a função social e as práticas da psiquiatria, e ainda por considerar a instituição como um lugar legítimo para tratamento.

Para Tosquelles, o hospital deveria existir para que as pessoas “vivessem sua loucura”:

No grupo dos doentes parafrênicos, lembro-me ter dito: “Alucinem, delirem quando quiserem, desde que estejamos aqui dentro, mas aprendam a não fazê-lo fora, com os familiares, com os policiais! Aprendam a não fazer isso publicamente (...)”. Minha psicopedagogia consistia em ensinar o doente, em atividades de grupo, a assimilar a loucura diante das pessoas que não o entende(...) (GALLIO; CONSTANTINO, 1993, p.98).

A Reforma Francesa defendeu a continuidade dos hospitais psiquiátricos como forma de acolhimento as pessoas em sofrimento psíquico, com a justificativa de que na sociedade não haveria lugar para os delírios. De outro lado, a Reforma Italiana tinha como objetivo extinguir completamente os manicômios.

A Psiquiatria Democrática, foi influenciada pela experiência das reformas francesa e inglesa, Franco Basaglia começou a desenvolver trabalhos semelhantes à psicoterapia institucional e à comunidade terapêutica (AMARANTE, 1994). Para ele, os modelos de reformas não deveriam ser transferidos para outro país, mas deveriam ser tomados como referência de modelos que conseguiram superar os manicômios e suas práticas manicomialis (AMARANTE; ROTELI, 1992).

---

<sup>6</sup>“As próprias instituições têm características doentias e devem ser tratadas (daí a adequação do termo psicoterapia institucional)” (AMARANTE, 1995, p.32).

A crítica à psiquiatria clássica na Itália se iniciou a partir da década de 60, com a experiência de Basaglia no manicômio de Gorizia. A estratégia inicial foi a transformação da relação técnico-paciente e instituição-paciente por meio de uma discussão coletiva entre profissionais da saúde, pacientes, força política e social. Durante os anos de 61 a 68, com foco na emancipação do sujeito, a experiência cresce e o hospital torna-se aberto (ROTELLI, 1987).

Com um trabalho de humanização no hospital e orientado no modelo de Comunidade Terapêutica, Basaglia conseguiu identificar quais foram os problemas desta experiência.

Justamente este caráter ainda terapêutico matizava e deixava intacto um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, lugar instituinte das relações objeto e saber/prática. Este espaço produzia um mundo ainda à parte das relações sociais complexas, ainda promovia uma redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva (AMARANTE, 1995, p.47).

Embora Gorizia houvesse sofrido algumas alterações em sua dinâmica hospitalar, ainda predominavam os interesses da psiquiatria, sendo necessário um avanço em relação à Comunidade Terapêutica. Mas, para isso ser consolidado existia (e ainda existe) uma resistência de reestruturação do modelo psiquiátrico uma vez que “a mudança desse estado de coisas vem colocar em risco seus interesses de hegemonia do saber ou de produção de capital na exploração da mercadoria "doença mental"” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p.43).

Após um período fora do país, Basaglia retorna à Itália, chegando a Trieste em 1971, com o objetivo de desmontar todo o aparato manicomial e construir serviços substitutivos destinados ao cuidado do “doente mental”. A partir de 1973, fortalece-se um movimento político e social denominado de Psiquiatria Democrática, que se tornou um ator fundamental na luta pela extinção dos manicômios na Itália (AMARANTE, 1995).

À medida que ocorreu o processo de desinstitucionalização, três elementos foram essenciais no movimento de desmonte do hospital: 1) a construção de uma nova política de saúde mental; 2) a centralização do trabalho terapêutico, de tal forma que os sujeitos fossem ativos e não objetos na relação com a instituição; 3) a construção de serviços substitutivos às internações hospitalares (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Além disso, foi necessária uma inversão da lógica psiquiátrica tradicional. Segundo Basaglia, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se de uma doença abstrata, simbólica e ideológica, entretanto, para atender as necessidades dos indivíduos seria necessário colocar a doença mental entre parênteses, somente a partir daí seria possível se relacionar com a pessoa e não com seu diagnóstico (AMARANTE, 2010).

Em 1976, iniciou-se a construção de centros externos de saúde mental, com foco na substituição dos hospitais psiquiátricos em Trieste. Eles funcionavam 24 horas por dia, durante todos os dias da semana, possuindo aproximadamente oito leitos por centro, que eram destinados a pacientes que precisavam de um acompanhamento particularizado e para os que necessitassem ficarem afastados por um período do ambiente que viviam. A organização do trabalho era pouco hierarquizada, com pequenas divisões de tarefas, o centro tinha um aspecto de casa, também sendo utilizado como espaço de encontros e socialização. Além dos centros de saúde mental, a reforma italiana em substituição aos hospitais, desenvolveu grande variedade de serviços e espaços de cuidado à saúde mental. Entre eles o plantão psiquiátrico no hospital geral, criado para atender casos de emergência; as cooperativas de trabalho; os centros para dependentes químicos, as estruturas e o espaço do antigo hospital psiquiátrico destinado para outros fins que não a internação, como por exemplo, escolas, laboratório artístico, de música, de pintura etc. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; ROTELLI, 1987).

A grande conquista da reforma italiana, é de fato o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação dos centros de saúde mental, que passam a receber e a cuidar dos usuários, sem que permaneçam fechados em instituições. O hospital de Trieste foi progressivamente desocupado entre 1971 e 1978, e desmontando completamente em 1980.

No Brasil, foi a partir do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental<sup>7</sup> (MTSM) que são sistematizadas as primeiras denúncias de violência/maus tratos no interior dos manicômios e da utilização da psiquiatria como forma de controle social. A partir do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado no município de Bauru, o MTSM assume o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, resultando em duas importantes transformações: o que antes era um coletivo de profissionais, pacientes e seus familiares se torna um movimento social, constituído também por ativistas de direitos humanos; o que de início era uma luta por melhorias nas instituições e contra a violência, se transforma em um Movimento da Luta Antimanicomial, se diferenciando por almejar a extinção dos hospitais psiquiátricos e suas práticas psiquiátricas (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada na Reforma Italiana, tem o objetivo de ir além da extinção dos manicômios, de construir uma Política de Saúde Mental que garanta os

---

<sup>7</sup> O marco principal do seu surgimento foi em 1978 com a “Crise da DINSAM”, movimento de denúncias a quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. “Considerado ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas e formulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico do saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1995, p.51).

direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Para isso, fora necessária a criação de uma Política de Saúde Mental nestas bases, onde a assistência prestada não seria centralizada no modelo biomédico, mas em um modelo de atenção em rede, que viria a substituição gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação.

Foi apenas em 1989, com a proposta de Lei do deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional, que se iniciou a possibilidade de regulamentação das pessoas com sofrimento psíquico e a extinção dos hospitais psiquiátricos no âmbito legislativo e normativo. Em 1990, um ano após a entrada no Congresso, os movimentos sociais conseguiram aprovar as primeiras leis que determinaram a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental (BRASIL, 2005). Ainda na década de 1980, ocorreram dois fatos importantes para ajudar na consolidação da nova forma de cuidado em saúde mental no Brasil: em 1987 a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989, no município de Santos-SP. A partir da constatação de maus tratos, o hospital psiquiátrico foi fechado pela prefeitura do município. De acordo com Amarante (1995), esse processo criou condições para a implantação de uma nova rede de cuidado em saúde mental, que substituiria o modelo manicomial, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Segundo Nicácio os NAPS (1994, p.82 apud AMARANTE, 1995, p.83):

São regionalizados funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência(...) Diferentemente de ambulatórios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia de direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agendar espaços de transformação cultural.

Entretanto, tão somente doze anos após a entrada no Congresso, em 2001, que a Lei Paulo Delgado (lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) é sancionada no país, completando assim 20 anos em 2021<sup>8</sup>. É no contexto de aprovação da lei no Congresso e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que se inaugura a Política Nacional de Saúde Mental, estabelecendo diretrizes para a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais” e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Além da substituição dos leitos e da vedação da internação psiquiátrica para pessoas em sofrimento psíquico (somente

---

<sup>8</sup> Porém, foi somente aprovada após muitas modificações que descaracterizaram o projeto original. A maior parte delas garantindo a continuidade dos interesses privados no sistema.

aceita mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos), a lei ainda prevê que o indivíduo tenha acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; seja tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e que seja tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

É com o advento da Reforma Psiquiátrica<sup>9</sup>, que a Política Nacional de Saúde Mental é formulada, tendo como proposta um cuidado humanizado, com foco no processo de desinstitucionalização, e criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS compõe as estratégias do processo de reforma psiquiátrica, sendo o principal serviço em substituição ao hospital. São instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) que evitam internações psiquiátricas, oferecendo serviços de cuidado e reabilitação psicossocial, a partir de equipes multidisciplinares que atuam de forma interdisciplinar, (BRASIL, 2011). Ele é caracterizado como um serviço de atenção diária e de caráter ambulatorial, destinado às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo crianças e adolescentes e usuários de substâncias psicoativas. Em geral, entende-se que dentre os principais transtornos ditos severos e persistentes se encontra a esquizofrenia, tema desta pesquisa.

Os profissionais que atuam no CAPS devem desempenhar suas funções de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, com a rede de saúde e com as demais redes assistenciais. Contudo, a construção de um novo olhar para os chamados transtornos mentais deve se iniciar na rede básica de saúde, com a equipe de saúde que está mais próxima do usuário e que tem o compromisso pela atenção à saúde da população, isto é o Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004).

O primeiro entendimento dos CAPS como regulador do território, foi reformulado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), passando a ser compreendido como um serviço integrante da rede. Os CAPS se articulam desde a atenção direta, com a promoção da vida e autonomia dos sujeitos, até a organização do cuidado, juntamente com as demais redes. A RAPS na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo “a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2015, p. 6). Ainda constituem os objetivos da RAPS a priorização da promoção do cuidado em saúde para grupos mais vulneráveis, isto é, crianças, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas. Dentre as suas diretrizes, destaca-se a autonomia e liberdade dos usuários, o cuidado integral e multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, o desenvolvimento do cuidado baseado no

---

<sup>9</sup> O termo reforma psiquiátrica começou a ser utilizado somente na virada dos anos 1980 para 1990.



Projeto Terapêutico Singular (PTS), a promoção da equidade e a atenção humanizada considerando as necessidades do usuário (BRASIL, 2011).

O cuidado da equipe do CAPS, com os usuários, é realizado por meio do Projeto Terapêutico Singular, envolvendo todos os profissionais da equipe, a família e o usuário. Ele deve refletir a proposição de um conjunto de atendimentos, condutas terapêuticas e atividades, que são elaboradas pela equipe multidisciplinar para cada usuário, priorizando suas particularidades e respeitando necessidades individuais (BRASIL, 2004).

Os CAPS estão divididos de acordo com o tamanho do município, podendo ser CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), II (entre 70.000 e 200.000 habitantes), ou III (acima de 200.000 habitantes), o que os difere são: o horário de funcionamento, o tamanho do equipamento, o número de profissionais, a diversidade das atividades terapêuticas e a presença de leito. Se diferenciam também pelo tipo de demanda, para adultos CAPS I, II, II, para crianças e adolescentes CAPSi e para usuários de álcool e outras drogas CAPS-AD I, II. Os atendimentos do serviço contam com atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que visam a integração do paciente na inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

As oficinas terapêuticas podem ser de três tipos: oficinas expressivas com espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro; oficinas geradoras de renda, a partir do aprendizado de uma atividade específica servem como instrumento de geração de renda (culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó etc.) e oficinas de alfabetização para usuários que não sabem ler e escrever (BRASIL, 2004)

Para o funcionamento do serviço e realização das atividades, o CAPS deve possuir um espaço próprio e adequado, contando com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2002).

Ao recuperar o histórico das reformas psiquiátricas, pode-se notar que foi a partir da criação dos CAPS, que o processo grupal ganhou maior valorização nas propostas terapêuticas e nos processos de convivência. Com a política dos CAPS, os atendimentos grupais passaram a ter centralidade no processo de cuidado, o que antes era “tratado” dentro de hospitais

psiquiátricos, com isolamento, medicação, tortura etc., com o surgimento dos CAPS, as pessoas passaram a receber um cuidado humanizado. Embora a política de saúde mental dê ênfase nos processos grupais para o cuidado dos indivíduos com transtornos severos e persistentes, há pouca produção acadêmica que apresente detalhado o cuidado com essas pessoas no processo grupal. Ao verificar que existe poucos estudos sobre as práticas grupais no CAPS, principalmente na psicologia histórico-cultural, esta pesquisa se justifica pelo potencial de contribuição na diminuição dessa lacuna. Oferecerá aportes, a partir da psicologia histórico-cultural, para a fundamentação do processo grupal de cuidado a usuários, independentemente de seus quadros clínicos e, particularmente, em específico às pessoas com esquizofrenia. Mais adiante, serão apreciados alguns trabalhos que se debruçam sobre práticas grupais nos CAPS e sobre as modalidades de intervenções dirigidas às pessoas com esse quadro clínico mais encontradas na produção científica nacional.

## **1.2 Retrocessos na Política de Saúde Mental no Brasil e nas atividades psicossociais de cuidado**

A discussão sobre cuidado humanizado em saúde, como já ressaltado, só foi possível com o advento da reforma psiquiátrica. Entretanto, mesmo após a criação de uma Política de Saúde Mental, e com o surgimento dos CAPS em substituição aos hospitais, ainda são encontrados serviços que guardam, e perpetuam, o modelo manicomial. Segundo Roteli e Amarante (1992), desconstrução não é o mesmo que destruição do hospital, ou seja, a mudança nas práticas psiquiátricas não deve ser exclusiva dos (des)tratamentos hospitalares, mas essa mudança deve acontecer em toda proposta de saúde mental, seja ela em CAPS, comunidades terapêuticas, residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental etc. É necessária a superação do aparato manicomial e ruptura dos paradigmas da psiquiatria clássica.

Diante do exposto, é de grande importância apresentar o atual cenário que a Política de Saúde Mental se encontra no Brasil. Retrocessos vem acontecendo e não podemos nos calar diante dos fatos. Após vinte anos da Lei Paulo Delgado ser sancionada no país, graves retrocessos acontecem em Portarias do Ministério da Saúde, especialmente a Portaria nº 3.588/2017, que dispõe de alterações na Rede de Atenção Psicossocial, propondo o retorno dos hospitais e suas práticas psiquiátricas, e a Nota Técnica nº11/2019, que revogou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas.

Em 14 de dezembro de 2017 é apresentada pelo governo Temer, a nova proposta da Política Nacional de Saúde Mental, com a Resolução nº32/2017 da Comissão Intergestora

Tripartite (CIT), e a partir dessa proposta, o início do desmonte da Política de Saúde Mental orientada pelos processos das Reformas Psiquiátricas tanto em âmbito nacional como dos países descritos. Com essa resolução inclui-se “novos componentes” na RAPS: os hospitais psiquiátricos especializados, os hospitais dia e os ambulatórios multiprofissionais de saúde mental.

Uma semana após a divulgação da resolução, é publicado a Portaria nº 3.588/2017 oficializando a resolução, garantindo a manutenção dos leitos nos hospitais psiquiátricos<sup>10</sup>, novas vagas em hospitais gerais e o aumento de recursos hospitalares. Além disso, as comunidades terapêuticas<sup>11</sup> também se inserem na RAPS, onde terão financiamento pelo Ministério da Saúde. Ou seja, o modelo asilar ganha destaque nessa política, tanto em termos de hospitais, como de instituições destinadas ao isolamento e abstinência dos usuários de álcool e drogas, contradizendo os princípios da Reforma Psiquiátrica em substituição ao modelo asilar.

Porém, isso não é tudo. O desmonte imposto à Política de Saúde Mental continuou durante o governo Bolsonaro. Em Nota Técnica nº11/2019, novamente os hospitais psiquiátricos se tornaram o foco principal: “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (...), não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro” (BRASIL, 2019).

A Nota Técnica se diferencia das portarias e resoluções divulgadas anteriormente, pelo fato de somente nesta haver a assunção de se tratar de uma Nova Política de Saúde Mental. Nos documentos anteriores se falava em “fortalecimento da RAPS”, mesmo que seu conteúdo divergisse de um fortalecimento. Entretanto, seu conteúdo se assemelha ao que já havia sido apresentado e publicado em outras resoluções.

Para Amarante (2019, s/p), a transformação do modelo assistencial:

passou a desagradar aos interesses envolvidos no campo, especialmente dos proprietários de hospitais e dos que deles dependem. (...) A nota se intitula “técnica” sob o argumento de que “as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente”, mas tem como objetivo mascarar o fato de que é um documento de natureza exclusivamente política.

<sup>10</sup> Segundo a Lei nº10.216/2001 na desocupação de um leito, este seria destinado aos serviços substitutivo, com a nova política o leito não será mais fechado, mas ocupado por outro paciente.

<sup>11</sup> Importante diferenciar o termo “comunidade terapêutica” de Maxwell Jones com o uso atual no Brasil, que se refere a instituições, na sua maioria de cunho religioso, que oferecem “tratamento” a usuários de álcool e outras drogas.

Dentre os tantos retrocessos dessa nota, dois itens merecem ainda mais destaque: 1) o aparelho de eletroconvulsoterapia, mais conhecido como eletrochoque, passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, sendo considerado um tratamento modernizado para pacientes com sofrimento psíquico grave, desconsiderando todo um contexto histórico no qual se utilizavam os eletrochoques como forma de tortura nos hospitais psiquiátricos; 2) a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos é apresentada como algo normal e possível de ser realizada, sem qualquer impedimento legal.

As resoluções propostas abrem totalmente as portas para os interesses da “indústria da loucura”, empresas proprietárias de hospitais psiquiátricos e de “comunidades terapêuticas” — onde se incluem as instituições religiosas —, para a indústria de medicamentos e de equipamentos médicos. Aspectos considerados muito delicados, como a liberação para a internação de crianças e adolescentes, a suspensão da política de redução de danos (e consequentemente da eleição exclusiva da internação integral e compulsória das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias), a adoção da eletroconvulsoterapia (ECT) como política pública, inclusive com financiamento pelo SUS, dentre outras medidas, respondem aos anseios dos empresários que atuam no setor (AMARANTE, 2019, s/p).

A Nota Técnica é visivelmente um retrocesso da reforma psiquiátrica e da Política de Saúde Mental, ficando nítido o fim da RAPS. Observa-se que as portarias e os documentos técnicos são omissos quanto à importância do trabalho grupal na Atenção e Reabilitação Psicossociais. A ênfase é dada aos procedimentos de uso habitual antes do advento dos processos de reforma psiquiátrica, como por exemplo, os eletrochoques (denominados agora de eletroconvulsoterapia - muda-se a nomenclatura para transmitir a imagem de algo terapêutico, entretanto o objetivo continua o mesmo) e aos cuidados em hospitais psiquiátricos. Ou seja, nos documentos atuais não é dada relevância à necessidade de manutenção das estratégias que caracterizam a atenção psicossocial, em que as atividades grupais são indispensáveis para a oportunizar contatos/interações/relações com outras pessoas, ou seja, relações de comunicação e sociabilidade, mediadas por processos de significação, base de toda fundamentação da psicologia histórico-cultural, que tem o meio social como fundamental para constituição do psiquismo. Portanto, deve adquirir centralidade na Atenção Psicossocial, os processos grupais de convivência geral e, sobretudo, aqueles intencionalmente planejados como atividades terapêuticas, contudo estando a Atenção Psicossocial em risco, estão, por extensão, as estratégias grupais, entre outras, que tensionam a lógica manicomial organicista.

A importância do trabalho grupal terapêutico foi se constituindo historicamente a partir das reformas psiquiátricas, como se buscou evidenciar nesta introdução, em suas diversas

formas de substituição ao modelo manicomial, considerando a especificidade de cada país. Esse processo também foi marcado pelas diversas publicações oficiais, no caso do Brasil, no Diário Oficial da União, gerando uma nova modalidade de serviço e novas práticas de cuidado, os CAPS, aonde os grupos se tornaram (ou deveriam) as principais estratégias terapêuticas. Assim, essa pesquisa se encontra no campo da temática do processo grupal, estudado do ponto de vista da sua teorização e das particularidades do processo grupal no CAPS com um determinado perfil de usuários, aqueles diagnosticados com esquizofrenia. A próxima sessão será dedicada a apresentar um conjunto de estudos teóricos e de campo que aborda a questão dos processos grupais no CAPS e, na sequência, as pesquisas a respeito dos usuários com esse determinado diagnóstico: esquizofrenia, e em seguida os objetivos desta pesquisa.

### **1.3 As práticas grupais e o cuidado à esquizofrenia na produção científica do Brasil**

A partir da promulgação da Política de Saúde Mental, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o país avança na implantação e expansão de uma rede de atenção psicossocial, que não se resume somente aos CAPS, mas inclui, também, outros serviços. O foco do cuidado se voltou para os indivíduos, suas relações e atividades sociais, afastando-se de uma noção de tratamento estritamente médico, em que toda uma complexidade psicossocial é negligenciada em prol de uma abordagem de tratamento que resume a pessoa a um diagnóstico, ao tratamento com psicofármacos e às internações psiquiátricas.

O CAPS conquistou na política de saúde mental, uma centralidade ao ser atribuído a este serviço a função de desenvolver um cuidado voltado para restituição da liberdade, desenvolvimento de autonomia e competências, de laços sociais, acesso a direitos, como trabalho e renda, entre outras necessidades psicossociais comuns a maioria dos usuários, independentemente de seus quadros clínicos e diagnósticos. Se por um lado isso parece bastante positivo, levanta-se a reflexão sobre em que medida, possíveis singularidades e, sobretudo, possíveis aspectos ou demandas comuns a grupos de usuários com quadros clínicos semelhantes, ganham, ou não, algum tipo de visibilidade, orientando, ou não, rumos das propostas de cuidado.

Ainda que existam as portarias e as diretrizes sobre os usuários prioritários do CAPS, parece não haver um direcionamento das pesquisas sobre como é realizado o trabalho das equipes multiprofissionais nos CAPSs do território nacional, com base em especificidades – entendendo-as não como decorrentes unicamente dos quadros clínicos, mas sim constituídas na

articulação complexa entre aspectos clínicos (da esquizofrenia, por exemplo), sociais e das trajetórias/biografias individuais. Ou ainda, estudos que descrevam tais especificidades, ou que investiguem se a estas, de alguma forma, são dirigidas ações, técnicas, métodos ou estratégias de cuidado - sustentadas, ou não, em algum referencial teórico sobre os quadros clínicos em sua generalidade e, simultaneamente, em sua singularização na psicologia dos indivíduos concretos.

Se aventamos a hipótese de que há poucos trabalhos que discutem a fundamentação teórico-metodológica geral em psicologia e/ou psicopatologia no trabalho dos CAPS, isso se estende ao trabalho em grupo, ou de modo mais conceitual, ao processo grupal, ou aos grupos como recursos terapêuticos. Schühli (2020), em sua pesquisa com profissionais que realizavam grupos no CAPS, constatou que das trinta profissionais que participaram da sua pesquisa, somente uma afirmou utilizar algum referencial teórico, neste caso a psicanálise de Wilfred Bion. Apesar da ausência de referencial teórico na fundamentação da prática grupal, as profissionais do CAPS afirmaram que os grupos são importantes na estruturação do cuidado. Para Schühli (2020), o fato de a concepção teórica não ser algo presente entre as profissionais revela a hegemonia do modelo biomédico, apontando para a urgente necessidade de recuperar, na prática, as teorias que propõem perspectivas sobre os fenômenos ligados ao sofrimento psíquico e aos modos de cuidado, alternativas ao modelo biomédico, no trabalho de cuidado em geral e particularmente, com grupos.

Nas buscas realizadas<sup>12</sup> em bases de dados no início deste projeto, tivemos a percepção que grande parte dos artigos encontrados sobre oficinas de música, dança, artesanato, teatro etc. realizadas no CAPS centravam-se em: publicações de autoria de estudantes, professores e pesquisadores de alguma instituição de ensino superior que realizaram algum tipo de projeto/atividade no serviço, não participando de autor os profissionais que atuam no serviço (uma minoria é coautor); nas poucas pesquisas sobre essas oficinas, em geral conduzidas em contextos de aproximação do ensino universitário à realidade assistencial, os pesquisadores realizam uma atividade diferente do que está proposto na rotina do CAPS e descrevem os resultados, que normalmente são positivos, mas na grande maioria das vezes, os desdobramentos dessa oficina não refletem continuamente na realidade objetiva do cuidado ofertado e das pessoas atendidas.

Ao analisar essas pesquisas, identifica-se que durante o planejamento da atividade e sua realização, a premissa de compreender algumas singularidades dos usuários e possíveis

---

<sup>12</sup>Não cabe no momento detalhar as buscas, mas apresentar as percepções da pesquisadora quanto a estas pesquisas.

particularidades em função de quadros clínicos, não é abordada nos artigos. Além disso, as oficinas têm um caráter voltado para ao lazer, entretenimento e socialização dos usuários, sem que de alguma forma tais necessidades, legítimas para a produção de saúde, sejam pensadas, também, articuladas às necessidades mais específicas de reabilitação psicossocial. Também não são encontradas pesquisas, cujas oficinas sejam analisadas mais centralmente em seu alcance de reabilitação, seja focando dimensões mais globais do desenvolvimento ou determinadas funções psicológicas superiores prioritariamente trabalhadas com base no tipo de atividade proposta.

As oficinas são legitimamente uma forma de cuidado, porém, dependendo de como essas atividades são planejadas e realizadas, indaga-se se seria pertinente, no CAPS, que se tornassem meramente atividades de "passa tempo". Aventa-se a reflexão de haver um maior risco de que sem uma fundamentação teórico-metodológico, carecendo de propósito/finalidade, haveria uma tendência a isso acontecer. Ou o que é pior, poderiam se tornar mais um meio de reprodução do enfoque biomédico e do lugar social marginalizado das pessoas em sofrimento psíquico, mesmo que essas atividades grupais ocorram dentro de um serviço que nasceu para objetivar anseios da Reforma Psiquiátrica contrários a isso.

Propõe-se como pontos de partida para as reflexões teórico-metodológicas do presente estudo: que, ao planejar uma atividade, podendo ser qualquer oficina nos CAPSs, o profissional deve refletir sobre quais as necessidades individuais e, possivelmente, por subgrupos, estão presentes nos potenciais participantes, que deverão orientar o desenho e o manejo dos processos grupais no âmbito das atividades em curso. Isso, considerando o desenvolvimento do sistema psicológico, as histórias de vida antes do adoecimento e a partir desse, o que as pessoas são capazes de realizar e vivenciar até o momento. Para, a partir disso, a atividade ser estruturada e conduzida como um espaço/conjunto de processos ricos em mediações potencialmente capazes de dinamizar novas condições desenvolvimentais para o sistema da personalidade como um todo e para sistemas de funções priorizadas, em seus múltiplos nexos.

#### **1.4 As principais modalidades, e seus enfoques teóricos, de intervenções com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia**

Os artigos, tanto no CAPS quanto fora dele, com pessoas com esquizofrenia, são menos frequentes<sup>13</sup> ainda do que os artigos que apresentam a realização de diversos tipos de oficinas do serviço, independentemente de perfis clínicos dos participantes.

---

<sup>13</sup> Vale destacar que nas bases de dados quando buscamos por trabalhos de grupo, e/ou caps e/ou esquizofrenia são encontrados artigos, entretanto, não com devido aprofundamento. Assume-se uma limitação de que ao fazer esse

Entre as pesquisas encontradas, os enfoques da Análise do Comportamento e da Psicologia Cognitivo-comportamental predominam entre as investigações. Na abordagem da psicologia histórico-cultural foi localizada uma pesquisa que se apresenta filiada à teoria sócio-histórica<sup>14</sup>, contudo distante dos temas da presente pesquisa (esquizofrenia e processo grupal). Entre os artigos encontrados na literatura, foram selecionados para uma breve explicação, aqui, aqueles que focaram práticas grupais e/ou o cuidado mais geral com usuários com diagnóstico de esquizofrenia<sup>15</sup>, e os que apresentaram alguma modalidade de intervenção, realizada tanto dentro quanto fora do CAPS.

Na pesquisa de Tavares (2003), realizada em um determinado CAPS, foi identificado que os profissionais do serviço utilizavam da arte como forma de cuidado. Os profissionais justificaram que os motivos que os levaram a escolher a atividade artística para o cuidado com os usuários em geral, foi devido a arte favorecer a comunicação entre os profissionais e usuários, permitir a expressão dos sentimentos e emoções, ter uma função de reabilitação, possibilitar novas experiências aos usuários e favorecer a circulação de afetos. Para os profissionais a arte tem a função de mediar e facilitar o processo de comunicação com os usuários; segundo Tavares (2003, p. 37) a arte “permite a expressão de conteúdos que não respeitam a ordenação lógica e temporal de linguagem”.

Durante a pesquisa, Tavares (2003) constatou que existe uma preocupação entre os profissionais do CAPS de ampliar as formas de escuta ao usuário, e a arte seria uma forma adicional de oferecer a escuta sensível das emoções e reações subjetivas do usuário. Entretanto, não com o intuito de fazer interpretações do que é produzido, mas como possibilidade de reinvenção de suas existências. Segundo a autora, a arte no CAPS é tida como uma atividade-meio e não atividade-fim; ela tem função de facilitar o alcance de objetivos (atividade-fim) do CAPS, como, por exemplo, a reabilitação psicossocial.

Ao refletir sobre a pesquisa de Tavares (2003), a partir do referencial teórico da psicologia histórico-cultural, coloca-se um questionamento: É possível que a arte, em si, tenha potencial para atuar como reorganizadora das funções psicológicas na pessoa com esquizofrenia? Trata-se de um recurso no cuidado à esquizofrenia a ser potencializado e mais

---

estudo teórico não se considerou (devido ao tempo do mestrado) que fosse possível realizar uma revisão bibliográfica expansiva (integrativa), que pudesse afirmar pontualmente a quantidade de trabalho e seu conteúdo.

<sup>14</sup> Termo difundido e utilizado principalmente pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

<sup>15</sup> Como não foram localizados muitos artigos científicos que se dedicasse exclusivamente ao cuidado da esquizofrenia no CAPS, dois dos artigos apresentados envolvem todos os usuários que frequentam o serviço.



investigado?<sup>16</sup> . Os trabalhos realizados por Nise da Silveira<sup>17</sup>, nos fornecem base para pensar nessa possibilidade. A partir das manifestações expressivas dos pacientes em hospitais, Nise afirmava que era possível “penetrar no seu mundo interior”. Para isso o terapeuta precisaria aprender a decifrar as imagens que o indivíduo pinta ou modela, como também aprender a ler sua expressão corporal, e captar as “veladas expressões de suas tentativas de comunicação”. Portanto, o monitor responsável por cada paciente deveria estabelecer uma relação entre o que foi vivido pela pessoa e as suas manifestações expressivas. Ademais, para Nise as pinturas e esculturas produzidas pelos pacientes eram “instrumento para reorganizar a ordem interna e ao mesmo tempo para reconstituir a realidade” (SILVEIRA, s/d, p.32), sendo assim um meio terapêutico.

Vigotski também compartilha sobre a importância da arte, dado que ela “estrutura e ordena os nossos dispêndios psíquicos, os nossos sentimentos” (VIGOTSKI, 1999, p.315). A partir dessas considerações, é possível afirmar o quanto a arte pode vir a ser um instrumento de mediação importante no sofrimento psíquico. Contudo, como pensar o componente artístico no cuidado aos usuários, particularmente aos esquizofrênicos, não em si mesmo, nem tampouco abstratamente, mas pensá-lo dentro de uma estrutura-dinâmica comunicacional, relacional e da atividade, que se produz (ou pelo menos deveria haver o esforço para isso) na atividade grupal?

No que diz respeito às pesquisas voltadas para os usuários com diagnóstico de esquizofrenia, a pesquisa de Moll et al. (2015), apresentou as ações terapêuticas realizadas em um CAPS, com foco nas pessoas com esquizofrenia. As atividades realizadas para o cuidado dos usuários foram divididas em: atendimento psicoterápico, oficinas terapêuticas, terapia em grupo, arteterapia, terapia familiar, tratamento medicamentoso e consultas psiquiátricas.

As oficinas terapêuticas do serviço consistiam em atividades com música, dança, higiene, hábitos de vida, confecção de bonecas e artesanato, já nas oficinas de caráter produtivo, os usuários produziam sabão, crochê, bordado e /ou mosaico para posteriormente

---

<sup>16</sup> Não existe na literatura pesquisas a partir da psicologia histórico-cultural que utilizam da arte como forma de reorganização do sistema psicológico.

<sup>17</sup> Foi uma médica psiquiátrica que se destacou no âmbito da saúde por discordar das técnicas utilizadas no tratamento psiquiátrico (GULLAR, 1996). Ao recusar utilizar os métodos adotados pela psiquiatria de sua época, como por exemplo, o choque elétrico, choque de insulina e a lobotomia, propôs um novo método, o da terapêutica ocupacional. Em seus trabalhos Nise relata duas experiências de terapêutica ocupacional no tratamento com pessoas com esquizofrenia, a primeira realizada na Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Pedro II, em 1946, e a segunda quando criou em 1956 a Casa das Palmeiras. Nessas duas práticas Nise se fundamentou teoricamente na psicologia analítica de C. G. Jung. A partir das atividades realizadas na STOR, Nise encontrou uma nova forma para se comunicar com os pacientes esquizofrênicos que não fosse a partir do nível verbal, já que em alguns casos a sua linguagem se torna incompreensível. Por meio das atividades de pintura, dança, modelagem, desenho, e outras que eram desenvolvidas na seção, o sujeito expressava imagens do inconsciente.

comercializarem os produtos. Os profissionais que participaram da entrevista na pesquisa de Moll et al. (2015), relataram que as atividades consideradas essenciais para os usuários com esquizofrenia são a psicoterapia e as oficinas de caráter de geração de renda.

Na mesma direção, o trabalho de Moll e Saeki (2009), também foi realizado com pessoas com esquizofrenia que frequentam um CAPS, entretanto, a partir de outra perspectiva que não a dos profissionais, a dos usuários. A pesquisa apontou como ações de cuidado, os atendimentos psicoterápicos grupais, a terapia medicamentosa e as oficinas de trabalhos manuais, entretanto, acrescentou em relação à pesquisa de Moll et al. (2015), as festas de confraternização como recursos terapêuticos. A partir de entrevistas com os usuários, as autoras constataram que para os pacientes as festas promovidas pelo serviço eram os recursos mais significativos para o enriquecimento da vida social. Segundo Moll e Saeki (2009), os eventos de socialização contribuem para que os usuários elevem sua autoestima, fazendo com que se sintam capacitados para exercerem alguma função social. Isto nos leva a confirmação de que a pessoa com esquizofrenia raramente consegue frequentar algum local público de festas, confraternizações, sem ser rotulada de louca, por exemplo. Os usuários reconhecem que o CAPS proporciona um espaço para que sejam aceitos, independentemente de sua desorganização psíquica e diante disso, valorizam esses momentos.

Já a pesquisa de revisão bibliográfica de Esteves e Santos (2016), sistematizou os trabalhos que propõem intervenções a partir do treino de habilidades sociais na abordagem da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Entretanto, estas intervenções só poderiam ser realizadas com pessoas que apresentam os sintomas negativos da esquizofrenia, isto é, ausência de resposta emocional, diminuição da motivação, isolamento social e alterações do discurso.

O termo “habilidades sociais” é caracterizado pelas autoras como um conjunto de comportamentos, que são classificados por meio da competência social (conjunto de comportamentos bem-sucedidos). O treino de habilidades sociais é utilizado quando as pessoas apresentam ter dificuldade na demonstração de afeto, desejos e opiniões, a ponto de prejudicar suas relações sociais. A pessoa com esquizofrenia normalmente tem dificuldade nessas habilidades, não conseguindo estabelecer relações interpessoais, como também demonstram dificuldade no cuidado consigo mesmo. Entre as técnicas de treino de habilidades sociais com esquizofrênicos, destacam-se: o ensaio comportamental, a modelação, o feedback e a representação de papéis, habilidades de conversação, controle de medicação, procura de atividade laboral, habilidades para relações e comunicação com família (ESTEVEES; SANTOS, 2016).

O ensaio comportamental permite que o indivíduo enfrente situações que tem dificuldade no dia a dia, a partir da aprendizagem de comportamentos mais adaptativos (CABALLO, 1996 apud ESTEVES; SANTOS, 2016). No ensaio comportamental alguns passos podem ser trabalhados: “a descrição do problema; a representação de como o paciente reage; identificação das cognições desadaptativas que provocam tal comportamento e a soluções dos problemas; modelação” e por fim, representação dos papéis utilizando da nova alternativa, ensaiando de 8 a 11 vezes (ESTEVES; SANTOS, 2016, p. 210).

A modelação é a aprendizagem a partir de modelos que podem ser ou não intencionais. No treino de habilidades sociais para as pessoas que tem esquizofrenia, a modelação pode ser utilizada, por exemplo, por meio de exibição vídeos. Mas segundo o autor, é importante questionar qual consequência o modelo poderá apresentar e o que a pessoa pensa para modificar o seu comportamento (MELO, 2014 apud ESTEVES; SANTOS, 2016).

Na técnica de representação de papéis o indivíduo demonstra para o terapeuta situações que ele tenha dificuldade na vida real. O objetivo é ajudar a pessoa a desenvolver a habilidade social para uma melhor comunicação, melhorando sua qualidade de vida. Por fim, o feedback ou retroalimentação é utilizada em todas as outras técnicas, consistindo em dar um feedback para o indivíduo (CABALLO, 2007 apud ESTEVES; SANTOS, 2016).

No treino de habilidades sociais é recomendado que as técnicas sejam reforçadas, sendo utilizadas no cotidiano do indivíduo, por exemplo, em sua casa, e na rua. O indivíduo deve escolher a situação para começar uma conversa, expressar seus sentimentos e dizer sua opinião diante de um fato, e assim empregar o que foi aprendido durante o processo (CABALLO, 2007 apud ESTEVES E SANTOS, 2016). Desta forma, o treino de habilidades sociais para os sujeitos esquizofrênicos, auxilia a diminuir as dificuldades em se comportar socialmente.

Costa e Calais (2010), também utilizaram o treinamento de habilidades sociais como possibilidade de intervenção. Diferentemente de Esteves e Santos (2010), a pesquisa foi de intervenção aplicada no CAPS com uma adolescente com diagnóstico de esquizofrenia, utilizando-se da abordagem do modelo clínico da terapia comportamental. Os temas trabalhados foram os de habilidades de comunicação, expressão de sentimentos e opiniões, direitos humanos, resoluções de problemas, comportamentos assertivos e aspectos de orientação profissional. As autoras relataram como resultados da intervenção maior variabilidade comportamental proporcionado pelo treino de habilidades sociais, ampliação do repertório social e capacidade de escolher novas formas de se comportar diante dos problemas enfrentados. Sobre as estratégias ressaltadas nas sessões:

Uma das estratégias utilizadas por B foi mudar o comportamento e o ambiente quando apresentava alucinações. Geralmente, ela ouvia vozes quando estudava e se sentia sozinha. Ao ouvir as vozes, chorava e sentia-se triste. Sua estratégia passou a ser: interromper o que estava fazendo no momento e ir fazer outras coisas, por exemplo, ajudar nas tarefas de casa ou conversar com quem estivesse na casa no momento (COSTA; CALAIS; 2010, p.190).

Entretanto, de acordo com Saraceno (2001), os cuidados em saúde mental não podem focar unicamente em treinos de habilidades sociais, é necessário a criação e a manutenção de espaços de lazer, atividades sociais e atividades de trabalho (APUD RICCI E LEAL, 2016).

Além de pesquisas sobre treinos de habilidades sociais com usuários esquizofrênicos, também foram encontrados estudos que utilizavam a abordagem da terapia cognitivo-comportamental (TCC) de Aaron Beck, para o tratamento da esquizofrenia. Segundo Mota, Silva e Lopes (2017), a TCC busca reduzir os sintomas dos sujeitos, ensinando-os a mudar seus pensamentos e crenças disfuncionais.

O modelo cognitivo compreende as vozes (alucinações) como sendo “pensamentos automáticos externalizados, associadas ao surgimento de crenças delirantes ou não, que acarretam perturbação e comportamentos evitativos e de segurança” (BECK et al., 2010 apud MOTA, SILVA E LOPES, 2017, p. 377). As características inerentes a esse fenômeno devem ser consideradas pelos terapeutas, como por exemplo, a frequência, a quantidade de vozes e o conteúdo, com o objetivo de recomendar diversas abordagens e técnicas disponíveis para o enfrentamento da angústia (CÂNDIDA E COLABORADORES, 2016 apud MOTA, SILVA E LOPES, 2017).

No que diz respeito aos estudos na abordagem da análise do comportamento, o estudo de Silva (2020), apresentou uma revisão da literatura brasileira de pesquisas com pessoas com esquizofrenia sob este referencial teórico. As pesquisas mostraram que as intervenções mais utilizadas foram: o procedimento de extinção para falas inadequadas e o reforçamento diferencial para qualquer outro tipo de resposta verbal vocal.

O estudo de Souza et al. (2012, p.429), utilizou da adaptação da intervenção do tempo crítico (*Critical Time Intervention- CTI*) para o contexto brasileiro, para pessoas com esquizofrenia no CAPS. O objetivo da CTI é “fortalecer as redes de serviços de saúde e suporte social, auxiliando pessoas portadoras de transtornos do espectro esquizofrênico a se engajarem e estabilizarem em um cuidado continuado”. Essa intervenção tem duração, normalmente, de nove meses, sendo constituída de dois componentes: o vínculo (entre as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e a rede de saúde, o suporte social e o familiar), e o “apoio emocional e prático durante o tempo crítico de transição”. Essa intervenção é realizada por um grupo de

agenciadores de caso e um coordenador que tem apoio do psiquiatra. Os agenciadores têm por objetivo “acompanhar o paciente, dedicando-se a criar e/ou fortalecer os vínculos que porventura o paciente pudesse vir a ter, (...) aumentar a rede social do usuário, favorecendo a continuidade do cuidado” (SOUZA ET AL. 2012, p. 430). Além disso, tem-se como referência a intervenção do tempo crítico criada em Nova York, com foco no tratamento psiquiátrico, medicação, treinamento de habilidade da vida diária, prevenção e manejo de problemas de moradia, manejo de dinheiro e intervenção familiar.

O artigo de Tavares e Sousa (2009), considerado pelas autoras como um trabalho fundamentado na teoria sócio-histórica de Vigotski, apresentou os significados que os trabalhadores de um CAPS atribuem aos usuários em sofrimento psíquico. A metodologia utilizada foi a observação de três reuniões dos profissionais e a realização de um grupo focal com os profissionais e coordenadores do serviço. As pesquisadoras tinham como objetivo responder as seguintes questões: Quem é o usuário para essa equipe? Quais são as possibilidades de participação social desses usuários? Quais são os seus recursos pessoais para enfrentamento das adversidades?

Os resultados encontrados na pesquisa foram: 1) para os trabalhadores do CAPS, são poucos os usuários que têm condições de se responsabilizarem pelo seu tratamento e pela sua vida. Para eles, o sofrimento psíquico dos usuários impossibilita a tomada de decisão; 2) os profissionais acreditam que o comportamento adequado para o usuário, seria aquele que condiz com as posturas do próprio profissional. Para Tavares e Sousa (2009, p. 45) “a fala do usuário que é percebida como adequada, algumas vezes, mais parece discurso enxertado, um discurso ideológico, do que uma expressão de compreensão ou apropriação do usuário pelo conteúdo de sua fala”; 3) os profissionais não acreditam que os usuários consigam ser capazes de reivindicar seus direitos nas reuniões a nível federal e estadual; 4) os trabalhadores expressaram o desejo de que os usuários fossem mais independentes, porém a equipe entende que a capacidade de resolutividade está ligada aos modos de participação valorizados na sociedade, à capacidade de adequação e a aceitação as normas, em detrimento da subjetividade do usuário; 5) os profissionais manifestaram dificuldade de compreender e respeitar o usuário como sujeito.

As pesquisadoras concluíram que o significado do usuário de saúde mental para os trabalhadores do CAPS, é “de alguém a-sujeitado nas relações, alguém que deve passar pela modelagem de comportamentos (...) os usuários, diante de toda a sua história e dessa significação dada a eles, emitem como resposta a mera reprodução dessa condição de ser tutelado, de sujeito passivo” (TAVARES; SOUSA, 2019, p. 48).

A partir dessa revisão bibliográfica preliminar, restrita ao Brasil, não foram encontrados artigos que abordassem o cuidado em esquizofrenia e as práticas grupais, no contexto dos CAPS, na abordagem da psicologia histórico-cultural, nem mesmo algum trabalho que apresentasse aspectos gerais sobre possíveis particularidades da atividade grupal dirigida a esse perfil de usuários, segundo esta abordagem.

## CAPÍTULO 2- O PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é um estudo teórico conceitual orientado pela psicologia histórico-cultural, pelas categorias técnicas e teóricas do campo da Saúde Coletiva e pelo materialismo histórico-dialético. O estudo teórico na psicologia tem o objetivo de contribuir para o desenvolvimento das teorias psicológicas. “A investigação teórica, além de evitar a reprodução de erros, oferece material para apreciação crítica das teorias e conceitos, algo fundamental ao avanço de qualquer área de conhecimento” (LAURENTI; LOPES; ARAUJO, 2016, p.9).

A pesquisa teórica também auxilia a interromper o dogmatismo e o ecletismo presente na formação em psicologia. O ecletismo é responsável por forjar semelhanças teórico-conceituais inexistente entre as abordagens psicológicas, assim como o dogmatismo, ele também ajuda na propagação de visões equivocadas das teorias (LAURENTI; LOPES; ARAUJO, 2016).

Para a estruturação dos capítulos, foram selecionados os principais textos que pudessem oferecer aportes à reflexão sobre o processo grupal geral e em suas especificidades quando tenha finalidades de reabilitação e desenvolvimentais, junto às pessoas com esquizofrenia. Exceto o terceiro capítulo, que reuniu artigos da psiquiatria tradicional, assim como seus textos clássicos, como por exemplo o DSM-V.

Embora a produção de Vigotski sobre esquizofrenia não seja extensa, seus textos a este respeito trazem postulados gerais importantes sobre a constituição da esquizofrenia e os meios para a sua investigação, o que não aconteceu com outros tipos de afecções, que guardariam relações mais intrínsecas com o que hoje denomina-se transtornos de humor, por exemplo

O quarto capítulo da dissertação, ao apresentar as publicações de Vigotski sobre a esquizofrenia, utilizam-se dos seguintes textos:

- *Desarrollo de las funciones psíquicas superiores en la edad de transición* (1930);
- *El pensamiento en la esquizofrenia* (1934/1998);
- *The psychology of schizophrenia* (1933);
- *Disintegration and Schizophrenia* (“Vygotsky’s Notebooks” (1932/2018).

Apesar de poucas publicações, Vigotski também nos deixou elementos para pensar essa patologia, encontrados nos textos a seguir, também utilizados para compor o quarto capítulo:

- *Sobre os sistemas psicológicos* (1930/1996),

- *El desarrollo del pensamiento del adolescente y la formación de conceptos* (1930/1996);
- *El problema del desarrollo y la desintegración de las funciones psíquicas superiores* (1934/1960).

O quinto capítulo ao apresentar as contribuições sobre grupos na psicologia social latino-americana, utiliza-se das produções de autores como Silvia Lane, Martín-Baró e Dalla Vecchia. Essas contribuições gerais sobre o processo grupal extrapolam a discussão das finalidades terapêuticas do processo grupal quando focadas as especificidades do quadro clínico em questão, contudo no modo de pensar dessa pesquisadora, são contribuições necessárias à produção de grupalidades com fins desenvolvimentais e emancipatórios, independentemente de quadros clínicos. Tratam-se de princípios gerais ao processo grupal que foram construídos a partir da psicologia histórico-cultural, entendidos como uma primeira forma de aproximação da argumentação a partir desse referencial.

O sexto capítulo, apresenta os conceitos de atividade, consciência e personalidade a partir da psicologia histórico-cultural, utilizando principalmente dos textos de Leontiev, Vigotski e de Ligia Márcia Martins.

O sétimo capítulo sintetiza contribuições instrumentais derivadas da sistematização teórica realizada, com ilustrações e recomendações para qualificar as oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial - superando o tecnicismo e o funcionalismo, fortalecendo a grupalização dos usuários com esquizofrenia com vias ao desenvolvimento humano.



## CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM PSIQUIÁTRICA DA ESQUIZOFRENIA <sup>18</sup>

Este capítulo tem como objetivo apresentar as considerações acerca da esquizofrenia a partir do modelo biomédico. O capítulo se divide em três seções: 1) inicialmente, apresenta-se a esquizofrenia na concepção tradicional da psiquiatria; 2) em seguida, destaca-se estudos de epidemiologia nesta mesma perspectiva; 3) por fim, apresenta-se trabalhos sobre a etiologia da esquizofrenia também baseado no modelo tradicional da psiquiatria.

### 3.1 Esquizofrenia na concepção tradicional da psiquiatria

Esta seção tem por finalidade apresentar como a psiquiatria tradicional, isto é, o modelo médico, compreende e classifica a esquizofrenia. Para realizar tal exposição utilizou-se o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), em sua quinta edição. Este manual corresponde a uma classificação médica de transtornos mentais, utilizado para auxiliar profissionais da saúde no diagnóstico e tratamento de transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além disso, se apresentará de modo breve, as primeiras definições de esquizofrenia segundo Emil Kraepelin, Eugen Bleuler e Eugène Minkowski.

A esquizofrenia é descrita segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), como uma perturbação, que para atender aos critérios diagnósticos, deve permanecer por um período mínimo de seis meses. Para um paciente ser diagnosticado com esquizofrenia é necessária a manifestação de dois ou mais sintomas durante um mês, dentre os quais: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos<sup>19</sup>.

Além dos sintomas para os critérios diagnósticos, os sintomas característicos da esquizofrenia compreendem disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Entretanto, os sintomas não são exclusivos da esquizofrenia e seu surgimento isolado não é suficiente para

---

<sup>18</sup> O conteúdo que está sintetizado neste capítulo e no próximo não se restringe a estudos e escritos realizados no âmbito das atividades e cronograma do presente estudo de mestrado, mas sim reúnem-se materiais de leituras, estudos e escritos da pesquisadora durante a graduação e a especialização que até o momento estavam seu arquivo pessoal.

<sup>19</sup> Os sintomas negativos referem-se à redução das funções psíquicas e a expressão emocional diminuída, como por exemplo, o embotamento afetivo e cognitivo, empobrecimento da linguagem e do pensamento, retração social. Diferentemente, os sintomas positivos caracterizam-se pelo excesso de manifestação das funções psíquicas, são manifestações novas, como alucinações, delírios, neologismos.

o diagnóstico. Os primeiros sinais manifestados segundo a literatura tradicional são as crenças incomuns, experiências perceptivas raras, discurso vago, comportamento desordenado, indivíduos que eram ativos e se tornam retraídos e alterações no humor. As características associadas que apoiam o diagnóstico de esquizofrenia incluem humor disfórico, ansiedade ou raiva, alterações no sono e alimentação, déficits cognitivos, redução da atenção, alteração na memória e na linguagem, falta de percepção e em alguns casos agressões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para a realização do diagnóstico da esquizofrenia, é necessário considerar a relação dos sintomas e o como isto afeta a vida social e profissional da pessoa, isto é, como sua vida está sendo prejudicada. O diagnóstico não é realizado por meio de exames, uma vez que, não foram encontradas alterações laboratoriais e radiológicas quando comparada a uma pessoa sem esquizofrenia. Contudo, apesar do DSM-V afirmar que não é possível a utilização de exames laboratoriais, ele anuncia que há diferenças em várias regiões cerebrais entre pessoas com e sem esquizofrenia.

[...] As diferenças são claras em múltiplas regiões do cérebro entre grupos de pessoas saudáveis e pessoas com esquizofrenia, incluindo evidências de estudos por neuroimagem, neuropatologia e neurofisiologia. Diferenças ficam também evidentes na arquitetura celular, na conectividade da substância branca e no volume da substância cinzenta em uma variedade de regiões, como os córtices pré-frontal e temporal. É observada redução no volume cerebral total, bem como aumento da redução de volume com o envelhecimento. Reduções do volume cerebral com o envelhecimento são mais pronunciadas em pessoas com esquizofrenia do que em indivíduos saudáveis. Por fim, pessoas com a doença parecem diferir daquelas sem o transtorno em índices eletrofisiológicos e de *eye-tracking* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.102).

Os sintomas da esquizofrenia normalmente se desenvolvem durante o período da adolescência até aos 30 anos, e dificilmente se inicia na infância. O desenvolvimento da esquizofrenia na maioria das vezes acontece de forma lenta e gradual, porém quando originado em idade precoce a chance de um pior prognóstico é alta. Nas crianças e nos adultos as características do transtorno são iguais, no entanto, o diagnóstico é mais difícil de ser realizado em crianças. Isto ocorre em consequência de alucinações e delírios que podem ser confundidos com a fantasia infantil.

De acordo com o DSM-V, os casos tardios de esquizofrenia "são mais comuns nas mulheres, que podem ter casado. Frequentemente, o curso caracteriza-se por predominância de sintomas psicóticos com preservação do afeto e do funcionamento social" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 103).

Ademais, de acordo com a American Psychiatric Association (2014) existem alguns anunciados fatores de risco e prognósticos associados à esquizofrenia. São exemplos disto, o nascimento em determinadas estações do ano, como o final do inverno/início da primavera e o verão. Também ligado a fatores ambientais, a ocorrência da esquizofrenia é mais alta em crianças que crescem em ambientes urbanos e pertencentes a alguns grupos étnicos. Os riscos associados a fatores genéticos e fisiológicos são relacionados a alelos de risco não especificadas pelo manual. Outras razões também podem estar relacionadas com a incidência da esquizofrenia, como, por exemplo, complicações na gravidez e no nascimento. Importante dizer que estes fatores de risco presentes no DSM figuram como afirmações vagas as quais não se fornece explicação. Além dos fatores de risco descritos pelo DSM- V, Louzã (2007) apresenta outros fatores como: gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, baixo rendimento escolar, déficits cognitivos, dificuldade de socialização e a baixa condição socioeconômica.

O DSM-V como se pode observar, apresenta a definição de esquizofrenia baseada em sua sintomatologia como se tratasse aí de uma definição inequívoca. Entretanto, é grande a tradição psiquiátrica quando do que se trata é a busca do entendimento da causa e do desenvolvimento da esquizofrenia, como o atestam os trabalhos de Kraepelin, Bleuler e Minkowski, por exemplo.

Até o atual momento, a historiografia psiquiátrica dá conta de identificar que Bénédict Auguste Morel foi o primeiro a referi-la pela denominação de *dementia praecox*. Fora Emil Kraepelin, entretanto, que em seu *Compêndio*, de 1883, lhe conferiu o tratamento de um conceito (PESSOTTI, 1999).

A demência precoce para Kraepelin, segundo Pessotti (2007, p.6) implicava em uma etiologia orgânica, caracterizada por “estados de intoxicação cerebral sem implicarem lesões estruturais ao encéfalo”. Outra causa também citada por Kraepelin, partindo de uma visão organicista, a de hereditariedade, era de que o sujeito teria “herdado um cérebro estruturalmente pronto para produzir todo o quadro patológico”<sup>20</sup>. Embora Kraepelin não considerasse uma origem psíquica para a demência precoce, para ele, o diagnóstico e o tratamento deveriam apoiar-se nos sintomas das alterações psíquicas. Desse modo, era importante a descrição

---

<sup>20</sup> Importante destacar que, atualmente, dominam as tentativas explicativas da esquizofrenia e de outros chamados transtornos mentais a partir da ideia de desequilíbrio químico, algo que nos parece se vincular à hipótese etiológica kraepeliniana.

"objetiva" dos sintomas, uma vez que, para ele, cada sintoma se ligava a uma patologia. A partir dos sintomas, Kraepelin determinaria a relação entre o sintoma e uma lesão cerebral.

Em sua obra *Introdução à psiquiatria clínica (1905) Terceira lição: Demência precoce*, Kraepelin aponta os sintomas da demência precoce:

[...] Vê-se, por exemplo, ideias delirantes, alucinações sensoriais, na verdade extraordinariamente frequentes, mas com desenvolvimento muito irregular; elas podem estar completamente ausentes ou desaparecer, sem que os traços essenciais fiquem, por isso, modificados ao longo da doença ou em sua fase final. Assim, temos o direito de propor como regra que todos os estados de depressão com alucinações sensoriais muito evidentes no início ou com delírio estúpido não constituem, na maior parte das vezes, senão a primeira fase da demência precoce (KRAEPELIN, 1905/2001, p. 135).

Além disso, Kraepelin (1905/2001) também apresenta outros sintomas que crê peculiares da demência precoce, como por exemplo: sorriso que não se refere a sentimento de alegria, contorções do rosto, linguagem extravagante, forma particular de dar as mãos, decadência de inteligência e afetividade, ausência de atividade intelectual. Com relação à cura da demência precoce, Kraepelin afirma que ainda não havia comprovações acerca desta.

Em 1911, uma nova definição, de Eugen Bleuler, substitui o termo demência precoce. Bleuler, em seu texto *A demência precoce e o grupo das esquizofrenias*, passa a referir-se à demência precoce pelo termo esquizofrenia<sup>21</sup> (PESSOTTI, 1999). “Chamo esquizofrenia à *dementia praecox* porque, como espero demonstrar, uma de suas características mais importantes é a cisão entre as diversas funções psíquicas” (BLEULER, 1911, apud PESSOTTI, 2007, p. 131).

A alteração do nome demência precoce para esquizofrenia ocorre em razão de que para Bleuler a demência, considerada como perda das funções mentais, não é um sintoma essencial da esquizofrenia, como também ela não é necessariamente precoce, mas pode desenrolar-se durante a vida do sujeito (PESSOTTI, 1999).

Uma das objeções mais comuns, que ainda se esgrime, especialmente no estrangeiro, é, coisa estranha, que nem sempre nos vemos frente a uma *demência* e que nem sempre é *precoce*. Considerando a clara definição que fez Kraepelin do conceito, e sua enfática menção de curas e de incidências nos grupos de idade avançada, uma objeção como essa deve ser qualificada de grosseira má interpretação por parte de quem não quer reconhecer o conceito, e que no lugar dele continua se aferrando a nomes (BLEULER, 1911/2000, p. 178).

---

<sup>21</sup> Do grego *skihizen* – cindida e *phren* – mente

Bleuler modifica a teoria de seu antecessor a partir dos conceitos psicodinâmicos. Com essa postura funda uma nova psicopatologia, baseada não mais em classificações, mas no reconhecimento da regularidade de certos processos psicodinâmicos.

Para Bleuler, o que Kraepelin considerava como uma alteração a nível biológico e cerebral, por exemplo, a perda de afetividade, é considerado "um processo seletivo que obedece à dinâmica dos complexos: os vínculos abandonados são os que implicam alguma carga emocional penosa (consciente e inconsciente)" (PESSOTTI, 2007, p.19).

Ao se apropriar dos sintomas descritos por Kraepelin, Bleuler distingue-os em: sintomas fundamentais e sintomas secundários. Os primeiros são próprios para caracterizar a esquizofrenia e os secundários empregados em casos particulares de delírios esquizofrênicos.

O primeiro sintoma fundamental da esquizofrenia segundo Bleuler é a cisão (*Spaltung*) entre as funções psíquicas. Esse rompimento entre as funções, principalmente entre os nexos do pensamento resultariam numa desorganização das ideias e da linguagem no sujeito esquizofrênico. Dessa maneira, o pensamento do esquizofrênico é caótico, "privado de qualquer organização lógica, já não se presta à função de compreender a realidade, e adaptar-se a ela. Particularmente ilógico, o discurso resultante torna-se estranho e incompreensível" (PESSOTTI, 2007, p.20). Isto para Kraepelin nada mais era que a *dementia*, uma consequência da alteração do funcionamento do cérebro.

Devido à não compreensão da realidade e à não adaptação a ela, a pessoa com esquizofrenia estabelece uma relação de isolamento ante o mundo. Essa condição Bleuler chamou de autismo, e é o que caracteriza o segundo sintoma fundamental da esquizofrenia.

Os esquizofrênicos graves já não têm qualquer relação com o mundo externo, vivem num mundo *a se*; ali vivem com seus desejos que consideram satisfeitos ou com o sofrimento da própria perseguição. Limitam, ao máximo, os contactos com o mundo. Chamamos autismo ao destaque da realidade e à predominância da vida interior (...). Mesmo sem verdadeiras ideias delirantes, o autismo está presente na incapacidade dos doentes para adaptar-se à realidade, na inadequação de duas reações às influências externas e na ausência de resistência a qualquer ideia imprevista ou impulso (BLEULER *apud* PESSOTTI, 2009, p.21).

Dos dois sintomas fundamentais da esquizofrenia, a cisão do pensamento e o autismo, originam os sintomas secundários. Os variados sintomas que Kraepelin atribuía à demência precoce passam a ser classificados e subdivididos por Bleuler. Essa explicação para a esquizofrenia é, posteriormente, reformulada por seu aluno Eugène Minkowski.

A partir da interpretação do conceito de Bleuler sobre os sintomas fundamentais e secundários, e sob a influência de Bergson, Minkowski formula sua teoria. Bleuler considera

como elemento principal da esquizofrenia os sintomas referentes à afetividade, às vontades do sujeito e o autismo. Porém, para Minkowski (1926/2004), Bleuler não conjectura que a perda de contato com a realidade esteja na causação da esquizofrenia.

O contato vital com a realidade não é para ele um fator regulador essencial da vida ao qual poderiam ser subordinadas as funções psíquicas. Fiel ao associacionismo, ele defende, em sua teoria da esquizofrenia, a opinião de que um distúrbio particular nas associações das ideias é o distúrbio primeiro dessa afecção (MINKOWSKI 1926/2004, p. 135).

A essa perda do contato com a realidade, Minkowski chamou de anestesia afetiva. A cisão entre as funções psíquicas, considerada por Bleuler como primeiro sintoma fundamental da esquizofrenia, também é apontada por Minkowski como uma anestesia afetiva. Baseando-se na teoria de Bleuler e reformulando-a, Minkowski considerou que o contato vital com a realidade é a chave para o entendimento da esquizofrenia.

O contato vital com a realidade parece, sem dúvida, se relacionar com os fatores irracionais da vida. Os conceitos ordinários, elaborados pela fisiologia e pela psicologia, como excitação, sensação, reflexo, reação motora etc., passam ao largo deles, sem mesmo tocá-los. Os cegos, os mutilados, os paralisados, podem viver em contato bem mais íntimo com o ambiente do que os indivíduos cuja vista encontra-se intacta e que têm seus quatro membros: os esquizofrênicos, pelo contrário, perdem esse contato, sem que seu aparelho sensitivo-motor, sem que sua memória, sem mesmo que sua inteligência tenham se alterado (MINKOWSKI, 1926/2004,133).

Para Minkowski os sintomas da esquizofrenia, como por exemplo, o pensamento e o discurso desorganizado, são "tentativas ineficazes de retomar o contato com a realidade". Até mesmo perguntas feitas pelas pessoas com esquizofrenia são uma tentativa de "recuperar o sentimento de estar ligado à vida real" (PESSOTTI, 2007, p.28).

Como se pôde identificar, malgrado a distância temporal e as mudanças terminológicas que separam as primeiras definições/conceituações de esquizofrenia daquelas encontradas na quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o atual diagnóstico clínico da esquizofrenia preserva a descrição fenomenológica dos pioneiros da psiquiatria moderna, embora já tenham aberto mão até mesmo da explicação da dinâmica dos sintomas.

Segundo Dalgarrondo (2008, p. 329), um importante representante da tradição diagnóstica psiquiátrica: "Apesar do surgimento dos antipsicóticos de primeira e segunda gerações, a clínica das psicoses em geral e da esquizofrenia em particular permanece, com algumas mudanças superficiais, com a mesma estrutura básica".

### 3.2 Epidemiologia

Na bibliografia disponível há uma literatura escassa de artigos epidemiológicos da esquizofrenia, ademais essas pesquisas foram realizadas há mais de dez anos. De acordo com Matos et al. (2015), a estimativa de prevalência da esquizofrenia no Brasil é de 0,8%, o que significa que existem mais de 1,6 milhões de pessoas com esquizofrenia no país.

Dentre os poucos estudos disponíveis, a pesquisa realizada por Leitão et al. (2006), calculou a prevalência da esquizofrenia, para estimar o custo que esta tinha para o setor público do Estado de São Paulo. A taxa de prevalência da esquizofrenia variou entre 0,5% e 1% da população adulta. Em relação aos custos com a esquizofrenia, são destinados 2,2% do total de gastos em saúde do estado de São Paulo (11% ao tratamento ambulatorial e 79,2% às internações psiquiátricas).

Outro estudo epidemiológico (ALMEIDA-FILHO et. al, 1997) realizado em três capitais brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre), em 1992, apresentou as prevalências e características de indivíduos que foram diagnosticados conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e encontrou prevalência para psicose de 0,3% a 2,4%, com maior taxa em Porto Alegre e menor em Brasília.

As pesquisas de Theme-Filha, Szwarcwald, Souza-Junior (2013) e Andrade et al. (1999), embora realizadas com menor número de sujeitos, também avaliaram a taxa de prevalência da esquizofrenia no Brasil. Theme-Filha, Szwarcwald, Souza-Junior (2013) selecionaram 5 mil sujeitos, em 250 setores censitários (amostragem probabilística), para aplicação de questionário sobre doenças orgânicas e alterações psicológicas. Dentre os vários diagnósticos possíveis, incluindo doenças clínicas como artrite, angina, asma, depressão e diabetes mellitus, a esquizofrenia apresentou o índice de 1,7%. O estudo de Andrade et al. (1999) tinha como objetivo identificar a prevalência e fatores de risco dos chamados “transtornos mentais”, em uma região de São Paulo no último mês e ano. Andrade et al. (1999) entrevistaram 1.464 pessoas, e utilizaram de questionário com dados demográficos e o instrumento Composite International Diagnostic Interview (CIDI). A prevalência para “transtorno” psicótico foi de 0,5% no mês anterior ao estudo e 0,3% no ano anterior.

De forma geral, a prevalência da esquizofrenia variou entre 0,3% a 2,4%. As diferenças de prevalências nos diferentes estudos podem ocorrer devido a diversidade de métodos e instrumentos utilizados e a população analisada.

Em relação às pesquisas publicadas em outros países, uma revisão de estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e na Europa (DOHRENWEND ET AL.,1980,

apud MARI; LEITÃO, 2000) identificou que a média de prevalência da esquizofrenia foi de 0,59%, variando entre 0,6% a 3% conforme os métodos utilizados. Eaton (1985, apud MARI; LEITÃO, 2000) também revisou 25 estudos de prevalência em diversos países, a partir de 1960, e prevalência de esquizofrenia variou entre 0,16% e 0,57%. Além desses estudos de revisão, Torrey (1987, apud MARI; LEITÃO, 2000) também analisou estudos mais recentes e a taxa encontrada foi de 0,03% a 1,7%.

Segundo Mari e Leitão (2000), os estudos mais recentes e com novas metodologias (mais sofisticadas) apresentaram prevalência maior (próximos a 1%) quando comparada as revisões de bibliografia (0,5%). A partir dessas pesquisas observa-se que a média de prevalência da esquizofrenia no Brasil é similar a dos diversos países analisados.

### **3.3 Etiologia**

A causa da esquizofrenia como alteração biológica é tão antiga quanto o conceito dado por Kraepelin, quando agrupou a demência precoce dentro das demências endógenas (NETO et. al, 2007).

Com o desenvolvimento da medicina, da psicologia e das demais áreas da saúde, surgiram diversas teorias para explicarem a gênese da esquizofrenia, entre essas explicações, estão principalmente: a) a teoria bioquímica, b) a teoria genética, c) a teoria neurodesenvolvimental, d) a teoria das alterações estruturais, e) a teoria do fluxo sanguíneo cerebral, f) a teoria do estresse, a teoria nutricional, a teoria viral, a teoria social, a teoria canabinoide, as explicações psicológicas, entre outras.

Na década de 1950, devido às dificuldades metodológicas de estudos neuropatológicos, as descobertas inconsistentes e o surgimento dos antipsicóticos, as pesquisas passaram a enfatizar os neurotransmissores como elementos essenciais na origem da esquizofrenia (ARARIPE NETO et. al, 2007).

A teoria bioquímica recorre ao desequilíbrio dos neurotransmissores para explicar a causa da esquizofrenia. Embora, na literatura científica, a maior parte das pesquisas seja relativa às de ordem dopaminérgica, serotoninérgica e glutamatérgica, desde 1955, surgiram diferentes investigações bioquímicas. Por exemplo, o metabolismo da serotonina em 1955, da noradrenalina em 1971, da dopamina em 1972, da acetilcolina em 1973, da endorfina em 1976 e da prostaglandina em 1977 (LEWONTIN, ROSE E KAMIN, 1984/2013).



A hipótese dopaminérgica explica a causa da esquizofrenia por meio de um aumento da atividade dopaminérgica no cérebro. Essa teoria foi fundamentada a partir da observação de que algumas drogas estimulavam a neurotransmissão da dopamina. Duas principais teorias sustentam a hipótese dopaminérgica: 1) A droga psicoestimulante anfetamina, quando utilizada em altas doses, causa sintomas semelhantes aos da esquizofrenia (indução de quadros psicóticos por meio de anfetamina) (SILVA, 2006). A hiperfunção do sistema dopaminérgico através da anfetamina induz somente aos sintomas positivos (delírios e alucinações). Isto significa dizer que a hipótese dopaminérgica se restringe à explicar alguns sintomas, os positivos, da esquizofrenia, desconsiderando os sintomas negativos (embotamento afetivo) (BRESSAN E PILOWSKY, 2003; SAWA e SNYDER, 2003), e o mais importante, desconsiderando a unidade do quadro clínico como um todo.

Arvid Carlsson (apud Marden e van Kammer, 2004) demonstrou que o haloperidol e a clorpromazina aumentavam os níveis de metabólitos da dopamina em certas regiões do cérebro de ratos ricos em dopamina, embora tivessem efeitos inconsistentes em outros neurotransmissores. A partir dessa observação, propôs-se que os antipsicóticos agiriam por intermédio do antagonismo de receptores dopaminérgicos, o que causaria um aumento compensatório nos níveis de dopamina (ARARIPE NETO ET AL., 2007, p.199).

2) O efeito das drogas antipsicóticas está relacionado ao bloqueio de receptores dopaminérgicos (BRESSAN E PILOWSKY, 2003). Os sintomas da esquizofrenia cessam após a administração de neurolépticos<sup>22</sup> bloqueadores de um subtipo de receptor de dopamina, o receptor D-2. Ao bloquear os receptores D-2 de estruturas que regulam as emoções, fornecem eficácia antipsicótica (SILVA, 2006; SAWA e SNYDER, 2003).

A hipótese dopaminérgica está presente como principal teoria na maioria dos artigos de etiologia da esquizofrenia. Porém, os pesquisadores da área não têm consenso; ao mesmo tempo, há estudos que defendem que a causa seja a alteração da dopamina, enquanto outros apresentam a hipótese como essencial, mas a negam, e formulam ou defendem outras teorias. Além disso, existe um reducionismo da experiência subjetiva da doença a um nível neurofisiológico (GAUDENZI, 2014).

A teoria dopaminérgica, vista isoladamente, é falha em explicar algumas questões, tais como: o porquê de o início dos sintomas ocorrer usualmente na adolescência e no começo da vida adulta, como se dão as alterações estruturais cerebrais e os prejuízos

---

<sup>22</sup> Termo criado por Jean Daley e Pierre Deniker, que significa “apertar o neurônio”, indicando que o comportamento antipsicótico estava associado com alguma influência neurológica.

cognitivos e o motivo de os antipsicóticos não serem igualmente eficazes sobre os sintomas negativos (ARARIPE NETO et. al, 2007, p.199)

(...) há falhas nesta teoria. Primeiro, não há total alívio dos sintomas com o bloqueio dopaminérgico; segundo, mesmo com a diminuição dos sintomas positivos com o decréscimo da neurotransmissão dopaminérgica, níveis de metabólitos e receptores dopaminérgicos continuam inalterados antes e depois do tratamento; terceiro, o papel da dopamina no cérebro é mais complexo que apenas agir como simples desencadeador de sintomas psicóticos (RAMOS E HUBNER, 2004, p.2).

Da mesma forma que a teoria dopaminérgica, a hipótese glutamatérgica também foi baseada na observação da administração de drogas. A cetamina (anestésico), quando administrada em indivíduos normais, produz sintomas semelhantes aos dos sujeitos esquizofrênicos (BRESSAN E PILOWSKI, 2003). A cetamina atua como antagonista do receptor glutamatérgico, ocorrendo uma diminuição no neurotransmissor glutamato na região cortical do cérebro. A teoria glutamatérgica “baseia-se na constatação de menores concentrações de ácido glutâmico em líquido cérebro-espinhal nos esquizofrênicos” (FIALHO et. al, 2014, p. 24).

Entretanto, de acordo com Bressan e Pilowski (2003), o estudo da diminuição de glutamato em esquizofrênicos não foi reproduzido por todos os pesquisadores, mas foi necessário para impulsionar outras pesquisas na área. Como por exemplo, o aumento de dopamina no córtex frontal, quando administrada a fenciclidina (anestésico), sugerindo a interligação entre os sistemas glutamatérgico e dopaminérgico (ARARIPE NETO et. al, 2007). Isto significa que os dois sistemas seriam complementares na compreensão da esquizofrenia.

A teoria serotoninérgica também foi formulada a partir do uso de drogas, o LSD. Os efeitos do LSD ocorrem por meio do antagonismo de receptores serotoninérgicos, e também causariam sintomas similares aos da esquizofrenia. Isso conduziu os pesquisadores a concluir que o déficit de serotonina (baixos níveis de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA)<sup>23</sup> levaria a desenvolver a esquizofrenia (ARARIPE NETO et. al, 2007). Porém, segundo Araripe Neto et al. (2007), a teoria serotoninérgica necessita de evidências mais consistentes.

Os artigos analisados (ARARIPE NETO et. al, 2007; BRESSAN E PILOWSKI, 2003; FIALHO et. al, 2014; RAMOS E HUBNER, 2004; SILVA, 2006; SAWA E SNYDER, 2002; GAUDENZI, 2014) consideram que o desequilíbrio de neurotransmissores é a causa de determinados comportamentos da esquizofrenia. Porém, segundo Brzozowski e Caponi (2012, p.949) não se pode afirmar que o desequilíbrio nos neurotransmissores é a causa ou

---

<sup>23</sup> Principal metabólito da serotonina.

consequência de uma conduta, pois “esse desequilíbrio é observado a partir do mecanismo de ação do psicofármaco utilizado para tratar aquela condição”. Por exemplo, se a fluoxetina atua aumentando “a recaptção de serotonina na fenda sináptica e tem resultado no tratamento de depressão, considera-se que a própria depressão é causada pela falta desse neurotransmissor”.

Sawa e Snyder (2003) trazem as referências das teorias bioquímicas, entretanto as questionam.

Melhorias nos medicamentos e drogas existentes que atuam em novos neurotransmissores certamente trarão melhor terapia. No entanto, esta abordagem empírica da terapia não é tão intelectualmente satisfatória quanto os esforços para encontrar causas (SAWA E SNYDER, 2003, p.7, tradução nossa).

Além disso, segundo Lewontin, Rose e Kamin (1984/2013), a teoria que afirma serem as alterações bioquímicas as causas para a esquizofrenia está relacionada com a indústria farmacêutica. Um a cada cinco medicamentos vendidos, em 1979, no serviço de saúde britânico eram drogas psicotrópicas. Estima-se que em 1952, quando a clorpromazina foi introduzida para pacientes com esquizofrenia, cinquenta milhões de pessoas fizeram uso nos dez primeiros anos. Outro fato é a interdependência entre a indústria farmacêutica e os diagnósticos psiquiátricos. Devido ao uso prolongado de alguns medicamentos, outras alterações físicas e psicológicas surgem em consequência do medicamento. Por exemplo, o uso da clorpromazina produz sintomas que incluem incapacidade motora e movimentos involuntários, que não desaparecem com a interrupção do medicamento.

É importante desenvolver medicamentos que aliviam os sintomas, porém não se pode confundir o efeito do medicamento com a explicação da origem do processo de adoecimento que determinados sintomas sugerem estar em curso. Lewontin, Rose e Kamin (1984/2013) apresentam o exemplo da aspirina para aliar a dor de dente, o alívio da dor não revela nada sobre a causa da dor, ou sobre a cura da doença. O mesmo deveríamos pensar sobre a esquizofrenia; portanto, os efeitos de um medicamento que induz os sintomas da esquizofrenia ou cessam parte deles, pouco ou nada têm a dizer sobre sua etiologia.

Ademais, se a causa da esquizofrenia restringir-se a uma alteração bioquímica, torna-se necessário indagar, então, qual seria a explicação causal para esse desequilíbrio? Atualmente, pesquisadores sustentam a teoria da frequência nos genes, viabilizando estudos de herdabilidade (BRZOZOWSKI E CAPONI, 2012).

A teoria genética afirma que a esquizofrenia é de origem hereditária, um possível gene causador da esquizofrenia poderia ser transmitido dentro de uma família (SILVA, 2006). Desde o final do século XIX, psiquiatras europeus consideravam que a esquizofrenia era de caráter

hereditário. Em 1916, foi realizado na Alemanha o primeiro estudo em famílias, com o objetivo de demonstrar que a esquizofrenia era transmitida dentro de uma geração. A partir desse primeiro estudo realizado por Ernst Rüdin, diversos outros trabalhos foram apresentados, porém de acordo com Vallada Filho e Samaia (2000), esses estudos tinham problemas metodológicos, como por exemplo, ausência de critérios diagnósticos.

No início da década de 80, os estudos de esquizofrenia passaram a se fundamentar nos critérios do DSM-III, entretanto, os resultados dessas pesquisas ainda eram semelhantes aos estudos iniciais. Em 1991, Irving Gottesman realizou uma revisão sobre estudos de esquizofrenia em famílias, entre 1920 e 1987, para calcular o risco que os familiares tinham de desenvolver a esquizofrenia, quando algum membro da família já tivesse. O risco médio encontrado por Gottesman foi de 46% quando ambos os pais apresentassem esquizofrenia. Segundo Silva (2006), existem diversos estudos que demonstram o aumento do risco de esquizofrenia em famílias. Entretanto, Vallada Filho e Samaia (2000, p.2) salientam que “a demonstração do caráter familiar é necessária, mas não suficiente para a comprovação de influência genética, já que outras doenças com agregação na família ocorrem devido à mesma exposição ambiental” como por exemplo, cárie dental e verminose.

Estudos com gêmeos também foram realizados para identificar a taxa de concordância<sup>24</sup> para esquizofrenia. A concordância em gêmeos monozigóticos (idênticos) é aproximadamente 50% e para gêmeos dizigóticos cerca de 12%. Embora a taxa em gêmeos idênticos seja superior aos outros, a taxa de concordância de 50% nos demonstra que existem fatores ambientais que participam da etiologia da esquizofrenia (SILVA, 2006). Isto comprova, como já citado por Vallada Filho e Samaia (2000), que o componente genético não é suficiente para manifestação da esquizofrenia.

A busca por identificar o gene responsável pelo desenvolvimento da esquizofrenia levou pesquisadores a encontrarem diversos genes suscetíveis, entretanto “nenhum gene candidato altamente confiável para esquizofrenia apareceu até o momento” (OJOPI ET AL, 2004, p.12).

De acordo com Sawa e Snyder (2003), os genes podem estar associados tanto ao perfil de neurotransmissores, quanto estarem ligados às proteínas do citoesqueleto que influenciam o crescimento neuronal (função sistema imunológico). Os autores apontam os genes G72, CHRNA7, COMT, PRODH (cromossomos 13q34, 15p14, 22q11) responsáveis pela transmissão de mensagens no cérebro, entretanto quanto ao cromossomo 22q11<sup>25</sup> não é de total

---

<sup>24</sup> Para uma condição ser exclusivamente genética, a taxa de concordância precisa ser de 100% em gêmeos monozigóticos (carga genética é idêntica em ambos) e inferior em dizigóticos.

<sup>25</sup> O cromossomo mais relatado na literatura quando associado a causa da esquizofrenia.

conhecimento qual o seu respectivo gene, mas os autores citam como “possíveis candidatos” os genes COMT e PRODH. Para Ojopi et al. (2004), além dos dois genes, também estaria associado ao DGCR6. Os genes do citoesqueleto citado por Sawa e Snyder (2003), responsáveis pelos sintomas da esquizofrenia, são o RGS4, DISC-1, Disbindina e Neuregulina (1q21, 1q42, 6p24, 8p21).

Em uma revisão de 3519 publicações, Dias e Rodrigues (2010) identificaram que os genes mais associados a esquizofrenia foram a Neuregulina (ligado à atividade glutamatérgica), a COMT (inativação de catecolaminas) e o DISC-1 (neurodesenvolvimento).

Um estudo realizado pelo Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (MUNDASAD, 2014) identificou mais de 100 regiões genéticas associadas à esquizofrenia- 83 nunca havia sido identificada. O estudo, considerado o maior já realizado sobre esquizofrenia, comparou a composição genética de mais de 37.000 pessoas com esquizofrenia, com cerca de 110.000 pessoas sem esquizofrenia. Entre os genes identificados estão os responsáveis pela transmissão de mensagens químicas no cérebro, e os envolvidos na função do sistema imunológico. Vale destacar que são diversos genes que estão relacionados com variadas funções, podendo qualquer um estar ligado à causa da esquizofrenia.

Segundo Ojopi et al. (2004) mesmo com as diversas pesquisas para identificarem os genes suscetíveis a esquizofrenia, poucos são os resultados dos estudos de genética molecular. Isto sugere forte possibilidade de que os fatores ambientais possuem impacto no desenvolvimento da esquizofrenia, sendo capazes de distorcerem os achados genéticos. Outro fator é que “o padrão de herança da esquizofrenia não está completamente esclarecido e geralmente não segue um modelo de herança Mendeliano, sendo que a maioria dos casos é esporádica” (GOTTESMAN e SHIELDS, 1976 apud OJOPI ET AL., 2004).

Numerosas regiões genômicas têm sido identificadas como suspeitas de possuir genes que predisõem para a doença; entretanto, essas regiões supostamente de suscetibilidade variam de estudo para estudo e de famílias para famílias, sugerindo um alto grau de heterogeneidade da doença (Ojopi et al, 2004, p.12).

Pode-se afirmar que a hereditariedade não explica todos os casos de esquizofrenia, de acordo com Murray e Lopez (1996), cerca de 60% das pessoas diagnosticadas não possuem familiares com esquizofrenia. Quando pesquisadores não encontram um gene específico como causa de determinado comportamento, afirmam ser resultado de um aditivo de muitos genes de pouco resultado (BRZOWSKI E CAPONI, 2012).

Segundo Gottesman e Shields (1967), as análises complexas de segregação sustentaram a hipótese de herança poligênica, negando os modelos monogênicos. “De acordo com o modelo

poligênico, há vários genes causadores da patologia que podem agir de forma aditiva, aumentando a suscetibilidade à doença” (APUD CHOWDARI E NIMGAONKAR, 1999, p.8).

Sobre este fato, Oliveira (2015, p.747) afirma que no modelo reducionista “reconhece-se que transtornos complexos não são causados por um ou poucos genes, mas sim, por diferentes grupamentos poligenéticos, tratando-se, portanto, de transtornos poligênicos”. Ainda que este modelo possa reconhecer a participação de fatores ambientes na etiologia da esquizofrenia, considera como elemento primordial somente o nível biológico/genético.

A hipótese da esquizofrenia como uma alteração do neurodesenvolvimento compreende que a causa é relacionada ao desenvolvimento cerebral. Estudos sugerem que eventos que ocorrem precocemente durante a vida intrauterina ou logo após o nascimento, podem interferir no desenvolvimento das estruturas cerebrais, tornando o sujeito vulnerável à esquizofrenia. Como por exemplo, a má nutrição do feto pode levar a danos no desenvolvimento do sistema nervoso central, e “parece”<sup>26</sup> aumentar o risco de esquizofrenia. Da mesma forma, o nascimento prematuro e eventos ocorridos durante o parto e no período perinatal podem causar prejuízos ao hipocampo e córtex cerebral, devido à hipóxia<sup>27</sup> ou isquemia<sup>28</sup> cerebral. Porém, o autor salienta que “inúmeras restrições devem ser feitas”, já que esses casos explicam somente uma pequena porcentagem dos casos de esquizofrenia (SILVA, 2006).

Não há, aparentemente, uma única lesão cerebral responsável pela causa da esquizofrenia. Interneurônios inibitórios são afetados, diminuição na expressão de enzimas que sintetizam o neurotransmissor inibitório GABA; diminuição na expressão de neuropeptídeos; decréscimo da migração de neurônios da matéria branca para o córtex cerebral. Há também uma perda generalizada de dendritos e axônios da região cortical (...). Achados como esses podem ser explicados por falha no neurodesenvolvimento e podem sugerir que a esquizofrenia está relacionada com distúrbios em qualquer fase da maturação cerebral (...) (RAMOS E HUBNER, 2004, p.2).

Weinberger (1995) apud Araripe Neto et al. (2007, p. 201) também apresenta questões sobre a hipótese neurodesenvolvimental.

Uma variação genética ou um fator ambiental podem levar a uma cadeia de eventos, em que ocorrendo numa fase sensível, por sua vez, podem determinar um desenvolvimento cerebral alterado, eliciando uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e perpetuação da psicose e/ou outros sintomas que compõem a esquizofrenia.

<sup>26</sup> Termo utilizado pelo próprio autor (Silva, 2006).

<sup>27</sup> Baixa concentração de oxigênio.

<sup>28</sup> Falta de sangue em uma área do cérebro por conta da obstrução de uma artéria.

De acordo com Aguiar et al. (2010), até o ano de 2010, existiam em torno de 375 artigos publicados a respeito da relação existente entre quadros infecciosos no período gestacional e o desenvolvimento da esquizofrenia –muitas evidências sugerem que a esquizofrenia é de origem neurodesenvolvimental.

Outro fator de risco citado na literatura é o nascimento em determinadas estações do ano. Por exemplo, o risco é maior em nascidos no inverno e início da primavera, entretanto, os sintomas negativos da esquizofrenia estão associados com nascimentos no verão. Os autores destacam que estes dados não podem ser compreendidos de forma isolada, pois existem outros fatores que podem ser responsáveis. No Brasil, os estudos afirmam maior prevalência de esquizofrenia para nascidos entre os meses de maio e julho, associado com as estações das chuvas (AMARAL, 2012).

As alterações no tamanho, peso ou fluxo sanguíneo do cérebro também são etiologias encontradas na literatura para a explicação da esquizofrenia (BUSATTO FILHO, 2000, RAMOS E HUBNER, 2004; SILVA, 2006; FIALHO ET AL, 2014). Desde a década de 80, estudos patológicos *post mortem* buscam identificar alterações estruturais em cérebros de sujeitos esquizofrênicos. Na década de 70, estudos com tomografia computadorizada de crânio compararam pessoas com esquizofrenia com voluntários saudáveis. O estudo mostrou aumento de ventrículos laterais e alargamento de sulcos corticais indicando atrofia cerebral. A partir da década de 80, estes estudos foram realizados utilizando a técnica de ressonância magnética, com uma melhor resolução, e confirmaram os estudos iniciais de neuroimagem (BUSATTO FILHO, 2000; SILVA, 2006).

As pesquisas de neuroimagem são “comparações estatísticas de valores médios entre grupos de pacientes esquizofrênicos e controles normais. (...) apenas uma parcela dos pacientes investigados apresenta valores nitidamente fora dos padrões normais”, até mesmo nos casos clássicos, como a dilatação ventricular e hipofrontalidade (BUSATTO FILHO, 2000, p.10). Ao mesmo tempo que o autor afirma a existência de alterações cerebrais em sujeitos com esquizofrenia e a utilização de técnicas neuropatológicas e de neuroimagem, ele as questiona.

(...) os achados de neuroimagem são pouco específicos para a esquizofrenia, surgindo também em transtornos do humor e diversos outros. Essas limitações de sensibilidade e especificidade restringem as aplicações diagnósticas das técnicas de neuroimagem na esquizofrenia. Esses exames se mostram clinicamente relevantes somente nos casos em que sintomas psicóticos constituem manifestação clínica de condições médicas insuspeitadas, como por exemplo, neoplasias cerebrais ou hematomas subdurais (BUSATTO FILHO, 2000, p.10).

Uma parte das neurociências explica as condições mentais (classificadas como doenças) a partir de explicações reducionistas. “(...) são utilizados exames de neuroimagem para comprovar, a partir de mecanismo de ação de um medicamento, uma classificação nosológica que possui, por sua vez, fragilidades epistemológicas” (BRZOZOWSKI E CAPONI, 2012, p.958).

As explicações reducionistas, ou deterministas, quando falamos de neurociências, estão relacionadas às funções cerebrais, regiões cerebrais, neurotransmissores, neurônios, genes, dentre outros. (...) Os deterministas biológicos que, por sua vez, são reducionistas, afirmam que a vida e as ações humanas são consequências inevitáveis das propriedades bioquímicas das células que constituem o indivíduo e que estas características estão determinadas, por sua vez, pelos constituintes dos genes que cada indivíduo possui (BRZOZOWSKI E CAPONI, 2012, p.946).

Uma forma para estudar os sintomas e o desenvolvimento de uma patologia na medicina é buscar por pesquisas experimentais com animais. A partir de lesões, infecções ou administração de medicamentos, é possível induzir sintomas semelhantes aos seres humanos. Entretanto, pensar a esquizofrenia por meio desses estudos é um problema (LEWONTIN, ROSE E KAMIN, 1984/2013).

De acordo com Gottschalk et al. (2012) e Silva (2006), uma das dificuldades é não ser possível eliminar um gene de risco de forma a gerar os sintomas da esquizofrenia, por ser de origem multifatorial. Outros dois problemas, são que os fatores ambientais são desconhecidos e que os sintomas da esquizofrenia (delírios, alucinações, discurso desorganizado) são impossíveis de serem reproduzidos em animais. “O estudo de similaridades do comportamento animal e características de pacientes pode ser subjetivo, levando a problemas de tendências e irreprodutibilidade”. Devido a isto, a “relevância da doença em muitos modelos animais para a esquizofrenia permanece duvidosa” (GOTTSCHALK ET AL., 2012, p. 45).

Outro fator a ser destacado é que quando descoberta alguma alteração no comportamento animal devido a genes ou alguma região do cérebro, gerando um comportamento considerado anormal, logo pensam que nos seres humanos também existem genes e neurotransmissores semelhantes que pudessem levar ao mesmo comportamento (BRZOZOWSKI E CAPONI 2012).

A partir deste estudo, pode-se afirmar que na literatura não existe um consenso sobre as etiologias da esquizofrenia, diversas foram as hipóteses encontradas. Ainda não se pode dizer se existem causas/determinações gerais para a sua causação, esse é um caminho ainda a ser investigado. A psiquiatria tradicional tenta atribuir a causa a um gene específico ou às alterações no mecanismo da serotonina, noradrenalina, dopamina, entre outros. Existem pesquisas que a



consideram como um complexo multicausal, enquanto outras, a reduzem ao fato biológico e a entendem como falha de um órgão em executar uma função normal - fato este constatado também por Gaudenzi (2014).

A psiquiatria normalmente privilegia a dimensão biológica em detrimento às outras dimensões do ser humano - a não priorização da experiência singular vivida pelo indivíduo. É necessária esta priorização em “detrimento do saber científico universal ilustrado no (mau) uso dos manuais diagnósticos é uma forma de resistir à redução do sujeito e seu sintoma a nomenclaturas dos transtornos mentais, que os engessa em classificações identitárias universais” (GAUDENZI, 2014, p. 921).

Por fim, cabe destacar dois trabalhos que discutem sobre a medicalização e a investigação da etiologia da esquizofrenia. A dissertação de Penteado (2018) apresenta uma revisão de artigos sobre as diversas etiologias da esquizofrenia presentes na produção científica. Ela concluiu que os artigos analisados diferem dos princípios de desenvolvimento humano da psicologia histórico-cultural, a maior parte das pesquisas utilizam de referências a experimentos com modelos animais para a elaboração da hipótese etiológica, em regra se baseiam em componentes biológicos para a explicação, desconsiderando a história dos sujeitos. Além disso, constatou em sua pesquisa que a preocupação por descobrir a etiologia da esquizofrenia centrando-se nos mecanismos biológicos, pouco contribuem para auxiliar o diagnóstico e o tratamento não medicamentoso.

No livro de Whitaker (2017) “Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental” é necessário dar destaque a uma importante pesquisa, realizada de 1993 a 2005, de estudo longitudinal com medicação psicotrópica, conduzida por Nancy Andreasen, professora de psiquiatria da Universidade de Iowa, com quinhentos pacientes com esquizofrenia. A partir do estudo com ressonância magnética foi constatada a mudança estrutural do cérebro devido ao uso prolongado de medicamentos.

(...) As aptidões cognitivas de seus pacientes começaram a “piorar significativamente”, cinco anos depois do diagnóstico inicial, declínio este que foi associado às “reduções progressivas do volume cerebral após a instalação da doença”. Em outras palavras, à medida que os lobos frontais de seus pacientes foram encolhendo, sua capacidade de pensar diminuiu. Mas outros pesquisadores que conduziam estudos usando a ressonância magnética haviam constatado que o encolhimento dos lobos frontais estava *ligado aos medicamentos*, e, numa entrevista de 2008 ao *New York Times*, Andreasen admitiu que, “quanto mais remédios são administrados ao paciente, mais ele perde tecido cerebral”. A redução dos lobos frontais poderia fazer parte de um processo patológico, que os medicamentos *exacerbavam*. “O que fazem esses remédios exatamente?”, indagou Andreasen. “Bloqueiam a atividade dos gânglios basais. O córtex pré-frontal não recebe aquilo de

que necessita e é isolado pelas drogas. Isso reduz os sintomas psicóticos. E também faz o córtex pré-frontal atrofiar-se lentamente (Whitaker, 2017, p. 124).

Outro estudo apresentado por Whitaker (2017) que vale destaque é o do psicólogo Martin Harrow da Faculdade de Medicina da Universidade de Illinois, que foi conduzido de 1975 a 1983 com 64 jovens com esquizofrenia. A pesquisa, financiada pelo NIMH, foi apresentada em 2008 no congresso da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria.

Ao cabo de dois anos, o grupo que não tomava antipsicótico estava ligeiramente melhor; numa “escala de avaliação global”, do que o grupo que usava esses medicamentos. Depois, nos cinco anos seguintes, o destino coletivo dos dois grupos começou a divergir drasticamente. O grupo sem medicação começou a ter melhoras significativas e, ao final de 4,5 anos, 39% desses pacientes estavam “em recuperação” e mais de 60% trabalhavam. Em contraste, os resultados do grupo com medicação pioraram nesse período de trinta meses (...) após 4,5 anos, apenas 6% deles estavam em recuperação e poucos estavam trabalhando. Essa divergência marcante dos resultados se manteve nos dez anos seguintes. No acompanhamento de 15 anos, 40% dos que não tomavam remédios estavam em recuperação, mais da metade trabalhava e apenas 28% sofriam de sintomas psicóticos. Em contraste, apenas 5% dos que tomavam antipsicóticos estavam em recuperação, e 64% eram ativamente psicóticos (WHITAKER, 2017, p.126).

Sobre seu estudo, Harrow disse que os pacientes que não foram medicados têm um funcionamento global significativamente melhor do que os que ingeriram antipsicóticos. Quando questionado por Whitaker sobre os pacientes não medicados terem melhor resultado na pesquisa, Harrow disse que eles “tinham um senso interno de identidade que era mais forte” e, depois de inicialmente estabilizados com medicamentos, esse “melhor senso de identidade” lhes deu confiança para abandonar a medicação” (WHITAKER, 2017, p. 128). Novamente questionado disse que é uma possibilidade de que os remédios pioravam os resultados a longo prazo, entretanto, não estava defendendo isto. Ao ser indagado disse também que os dados da pesquisa são uma “prova esmagadora” de que nem todos os pacientes com esquizofrenia necessitam de antipsicóticos por toda sua vida. Whitaker (2017) concluiu que mesmo os pesquisadores desejando constatar o inverso sobre a ingestão de antipsicóticos, o estudo demonstrou que os pacientes que não foram medicados obtiveram melhores resultados.

Assim, a partir do que foi discutido nesse capítulo, pode-se afirmar que é necessário ao buscar a causa da esquizofrenia saber que essas causas se encontrariam em uma realidade particular, com as condições de vida de cada pessoa. É importante assinalar que algumas pessoas podem viver algumas determinações gerais e responder de um modo que não necessariamente pela esquizofrenia, enquanto outras podem reagir segundo as características desse quadro.

Este capítulo teve por objetivo apresentar a sintomatologia da esquizofrenia a partir de sua forma aparente, assim como compreendido pela psiquiatria tradicional. Como vimos, o foco dessa abordagem é nos sintomas, sua etiologia ainda não é consenso entre os pesquisadores e nem mesmo seus dados epidemiológicos, divergindo entre as diversas pesquisas apresentadas. Isto significa que, as descrições iniciais da psicopatologia se mantêm no nível da descrição do fenômeno, não avançando para a sua essência e explicação, por isso a necessidade de compreender a esquizofrenia a partir da psicologia histórico-cultural que tem outra abordagem para estes fenômenos.

## **CAPÍTULO 4 - A ABORDAGEM DA ESQUIZOFRENIA PELA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Apesar das várias teorias organicistas, as pesquisas de Vigotski e os teóricos da psicologia histórico-cultural, formularam ideias relevantes para se pensar a esquizofrenia. As produções não elucidam necessariamente sua etiologia, mas sim descrevem a expressão da esquizofrenia sobre o sistema psicológico.

O capítulo se divide em três seções: 1) inicialmente, destaca-se conceitos vigotskianos sobre o desenvolvimento das funções psicológicas superiores e como estas se relacionam com a desintegração na psicopatologia; 2) num segundo momento, o sistema de conceitos é tomado como chave para compreensão da desintegração na esquizofrenia; 3) por fim, debruça-se sobre a sintomatologia da esquizofrenia a partir de Vigotski.

### **4.1 Os nexos psicológicos: A esquizofrenia como desintegração de uma totalidade**

Esta seção tem como objetivo apresentar o funcionamento dos sistemas psicológicos, assim como assinalar o papel que ocupa o conceito de sistema psicológico num complexo explicativo histórico-cultural sobre a esquizofrenia.

Para Vigotski (1930/1996a), as funções psicológicas se relacionam umas com as outras de modo sempre diverso no curso do desenvolvimento humano; a explicitar a natureza destas relações, é o que Vigotski dedica a sua conferência *Sobre os sistemas psicológicos*. Para Vigotski (1930/1996a), o que se transforma no processo de desenvolvimento não são tanto as funções tomadas isoladamente, mas a relação existente entre elas.

No curso do desenvolvimento normal, as funções psicológicas superiores se alteram, assim como ocorre na patologia. Vigotski apresenta dois exemplos, o mal de Parkinson, que é uma deterioração orgânica – cujos correspondentes nervosos podem ser identificados – e a esquizofrenia, cuja gênese ainda não se conhece.

Não se pode negar que conexões entre os sistemas psicológicos dependem de uma estrutura cerebral. E isso se relaciona diretamente ao problema da localização dos sistemas psicológicos. Segundo Vigotski (1930/1996a) a teoria mais apropriada sobre a localização dos sistemas é a de considerar que uma mesma função é operada por processos em áreas diferentes do cérebro. As regiões do cérebro – assim como as funções psicológicas – estão estritamente relacionadas, de modo que os setores do cérebro operam conjuntamente.

No texto *A psicologia e a teoria da localização das funções psíquicas*, Vigotski (1934/1996) discute essa questão, a do problema da localização das funções psicológicas isoladamente à determinadas áreas cerebrais. Para explicar a teoria da localização, Vigotski salienta três teses importantes para o problema. A primeira refere-se ao funcionamento em conjunto de cada área do cérebro. Uma função do cérebro está sempre ligada com a relação estabelecida entre os diversos centros, e não associada à atividade de um único centro. Segundo o autor “tanto a função de uma parte concreta quanto à do conjunto são estruturadas como atividades integradas, baseadas em complicadas relações intercentrais” (VIGOTSKI, 1934/1996, p. 196). Isto é confirmado por Vigotski em estudos experimentais:

Uma determinada função complexa (a linguagem) ver-se-á afetada no caso de lesão de uma determinada área, e estará relacionada sempre globalmente em todas as partes, ainda que não de modo uniforme, com um aspecto parcial dessa função (sensorial, motora, mnêmica). Isto indica que o funcionamento normal desse complicado sistema psicológico não está garantido apenas pelo conjunto de todas as funções das áreas especializadas, mas por um único sistema de centros, que participa da formação de qualquer dos aspectos parciais da função em questão (VIGOTSKI, 1934/1996, p. 196).

Além disso, quando ocorre uma lesão em algum setor do cérebro, uma função que não tem relação com esta área lesionada também é afetada. Isso ocorre porque um sistema de centros depende de uma atividade integral do sistema (VIGOTSKI, 1934/1996).

A segunda tese fundamental para o problema da localização das funções psicológicas é a relação de unidades funcionais e estruturais. Esse elo é ocasionado por uma deficiência cerebral ou uma desintegração do sistema psicológico devido a um dano cerebral. Essa correlação é verificada segundo Vigotski (1934/1996) nos transtornos do desenvolvimento infantil. Se baseando em estudos de sintomatologia das patologias cerebrais, Vigotski afirma que é possível um adulto e uma criança apresentarem os mesmos sintomas de uma patologia e terem lesões em distintos setores do cérebro. Como também é possível possuírem alterações no mesmo local do cérebro e terem quadros sintomáticos diferentes. Vigotski anuncia que esse fato pode ser explicado através de um princípio geral, no qual afirma que no caso da criança desenvolver uma patologia cerebral, a região que é mais afetada é o centro superior, região próxima da lesão, e a menos afetada é o centro inferior. No caso de adultos, ocorre ao contrário, “é mais afetado o centro inferior dependente do mais próximo ao setor lesionado e relativamente menos, o superior mais próximo dele, do qual depende funcionalmente” (VIGOTSKI, 1934/1996, p.198).

A terceira conclusão que Vigotski chegou a respeito do problema da localização é relativa às propriedades da localização das funções nas áreas do cérebro.

A investigação de afasias, agnosias e apraxias leva-nos à conclusão de que na localização desses transtornos desempenham um importante papel as alterações das conexões extracerebrais [supracorticais] na atividade do sistema de centros que asseguram o funcionamento correto das formas superiores da linguagem, do conhecimento e da atuação (...). Inicialmente todas essas funções agem em estreita conexão com a atividade externa e apenas posteriormente parecem interiorizar-se, transformando em atividade interna (VIGOTSKI, 1934/1996, p.199).

Vigotski (1934/1996) propõe um sistema de análise psicológico diferente do método experimental para o problema da localização. Essa forma distinta de análise consiste em decompor o conjunto psicológico em elementos, de maneira que não possam mais ser decompostos, no entanto devem conservar as características próprias do conjunto, como também utilizar a análise interfuncional para alcançar a atividade em seu conjunto.

Essa análise a nível biológico dos sistemas psicológicos auxilia na compreensão de diversas patologias. Em *Sobre os sistemas psicológicos* (1930/1996a), Vigotski expõe o exemplo do mal de Parkinson. Nesse caso, o sujeito<sup>29</sup> tem uma lesão cerebral e devido a isso precisa de uma mediação para conseguir realizar determinada atividade. Quando a pessoa executa alguma ação motora, por exemplo, no caso de caminhar até um local, ele precisa receber instruções de como proceder para isto (alguém falar “dê um passo”, ou fazer marcações no chão). Isso ocorre porque a relação entre a motricidade e o centro de comando está destruído, conseqüentemente seu pensamento subordina a ação motora. O indivíduo consegue por meio da mediação realizar as ações, pois mediante a presença de um signo externo tem a capacidade de ligar dois pontos do cérebro, a partir de um terminal periférico. Sobre esse processo, Vigotski (1930/1996a, p.133) afirma ter três etapas:

Primeiro, a interpsicológica: eu ordeno, você executa; depois, a extrapsicológica: começo a dizer a mim mesmo; e, em seguida, a intrapsicológica: dois pontos do cérebro, que são estimulados de fora, têm tendência a atuar dentro de um sistema único e se transformam em um ponto intracortical.

Para compreender os processos psicopatológicos deve-se entender como as funções se relacionam, e como os nexos se transformam no curso do desenvolvimento. É preciso

---

<sup>29</sup> O termo sujeito será utilizado daqui em diante pela pesquisadora somente quando remeter a escritos de Vigotski, pelo mesmo utilizar em suas obras. A autora optou por utilizar o termo pessoa ou usuário (quando remeter a pessoas que frequentam o serviço do CAPS).

“compreender que a consciência não se forma pela soma do desenvolvimento de funções simples, mas, pelo contrário: cada função se desenvolve em dependência do desenvolvimento da consciência como um todo” (VIGOTSKI, 1934/1960, s/p). Segundo Vigostki (1930/1996a):

A idéia principal (extraordinariamente simples) consiste em que durante o processo de desenvolvimento do comportamento, o que muda não são tanto as funções, tal como tínhamos considerado anteriormente (era esse nosso erro), nem sua estrutura, nem sua parte de desenvolvimento, mas o que muda e se modifica são precisamente as relações, ou seja, o nexos das funções entre si, de maneira que surgem novos agrupamentos desconhecidos no nível anterior. É por isso que, quando se passa de um nível a outro, com frequência a diferença essencial não decorre da mudança intrafuncional, mas das mudanças interfuncionais, as mudanças nos nexos interfuncionais, da estrutura interfuncional (VIGOTSKI, 1930/1996a, p.104).

De acordo com Vigotski (1934/1960) os sistemas psicológicos se formam no processo de constituição das funções psicológicas de elementares em superiores. Isto significa que a organização da consciência se modifica no desenvolvimento tanto em sua complexidade quanto na relação entre as funções e a atividade.

Em *Sobre os sistemas psicológicos*, Vigotski (1930/1996a) destaca o exemplo das relações entre os processos sensoriais e motores. A relação de unidade entre o sistema sensório e motor na criança muito pequena é uma relação de tipo imediata, necessária. Quando um bebê tem fome ou dor, comunica o que sente por meio do choro (sentir e dar resposta motora). Quando esta criança cresce e começa a se apropriar dos signos, estabelece-se uma nova relação entre o sistema sensório motor, não mais tão direta. A criança, por exemplo, ao ser beliscada/agredida pode intencionalmente provocar o adulto falando “não doeu”. Esta resposta é dissonante com um nexos funcional de tipo imediato. Quanto mais a criança se apropria dos signos e instrumentos, mais se destrói a unidade entre o aparato sensório e a motricidade; não se trata aí de uma alteração da sensação nem tampouco da motricidade, mas uma modificação do nexos entre as funções.

A apropriação do signo elimina de cada função psicológica o seu caráter de imediatividade. No caso dos processos sensoriais e motores, a motricidade em relação à sensação passa a ter caráter independente. Entretanto, em momentos de tensão emocional, a relação de imediatividade entre estas duas funções pode tornar a expressar-se.

Vigostki (1930/1996a) também salienta outros exemplos de relações entre as funções, entre elas: sensação e percepção, percepção e linguagem, percepção e ação motora, memória e pensamento e pensamento e emoção. Com relação à percepção, inicialmente a sensação predomina sobre a percepção, posteriormente, como já dito, com a apropriação dos signos a

percepção passa a organizar os processos sensoriais. Do mesmo modo que a percepção se sobrepõe inicialmente em relação à linguagem e ação motora.

[...] uma vez isolada da motricidade, a percepção não continua se desenvolvendo intrafuncionalmente, mas o desenvolvimento ocorre precisamente devido ao [fato] de que a percepção estabelece novas relações com outras funções, entra em complicadas combinações com novas funções e começa atuar em conjunto com elas como um sistema novo, que se revela bastante difícil de se decompor e cuja desintegração só pode ser observada na patologia (VIGOSTKI,1930/1996a, p.110).

Isso significa que no processo de desenvolvimento a relação inicial entre as funções se desintegra e surge uma nova relação entre as funções. Em seu texto *O problema do desenvolvimento e a desintegração das funções psicológicas superiores* Vigotski (1934/1960) salienta a dificuldade enfrentada pela psicologia ao se deparar com a análise das funções psicológicas superiores de crianças entre um a três anos. Isto porque neste período, as funções, por exemplo, memória, atenção e pensamento, se apoiam em um conjunto próprio de relações funcionais, um sistema particular de consciência. Nesse sistema a percepção é a função dominante, e as demais funções agem como resultado dela. Para exemplificar esta relação, Vigostki (1930/1996a) menciona o exemplo de uma criança se lembrar de palavras por meio de imagens, a memória se expressa no reconhecimento (lembrar é perceber), e também o pensamento se apresenta como um ato da percepção. Em um segundo momento, a criança ao se lembrar das palavras, não se apoia nos processos naturais da memória, mas em outra relação estabelecida com novas funções.

No caso do pensamento, de início este é subordinado à memória e à emoção. Para a criança pensar é lembrar, os processos de pensamento são conduzidos pela memória. Posteriormente, no adolescente e no adulto, o pensamento passa a sobredeterminar a memória, e neste nível de desenvolvimento lembrar é pensar. No contexto do pensamento e da emoção, a criança é fundamentalmente dirigida pela base afetiva. Vale lembrar que tanto na criança como no adulto, toda função superior aparece inicialmente como algo externo a eles, como forma coletiva (interpsicológica), para em um segundo momento se tornar intrapsicológica. “O estudo da gênese desses processos mostra que qualquer processo volitivo é inicialmente social, coletivo, interpsicológico” (VIGOSTKI,1930/1996a, p.113).

Segundo Vigotski (1934/1960), se no curso de desenvolvimento as relações entre as funções são alteradas, então é no próprio movimento de mudança que se dá entre os nexos psicológicos, que se tem a integração das funções elementares, o que posteriormente, levará a formação das funções psicológicas superiores.



Quando a criança alcança a idade de transição<sup>30</sup>, a função psicológica superior mais complexa se desenvolve, aquela de ordem mais elevada, a essência dos processos de desenvolvimento e desintegração, isto é, a função da formação de conceitos (VIGOTSKI, 1930/1996a).

A idade de transição é a idade de estruturação da concepção do mundo e da personalidade, do aparecimento da autoconsciência e das ideias coerentes sobre o mundo. A base para esse fato é o pensamento em conceitos, e para nós toda a experiência do homem culto atual, o mundo externo, a realidade externa e nossa realidade interna estão representados em um determinado sistema de conceitos (VIGOTSKI, 1930/1996a, p. 123).

Para Bleuler, Kretschmer e Blonski a esquizofrenia e a idade de transição conservam características em comum como, por exemplo, a pobreza afetiva. Porém ao estudar a esquizofrenia, Vigotski (1930/1996a) concluiu que a relação entre a esquizofrenia e a idade de transição é inversa. Na idade de transição, com a formação do sistema de conceitos, a relação entre as funções psicológicas superiores se altera. Essa alteração na relação das funções, também ocorre na esquizofrenia, mas com outra qualidade, em uma direção oposta. Na esquizofrenia há a desintegração dos nexos já formados na idade de transição

No sujeito com esquizofrenia, a mudança fundamental na relação entre as funções opera no nível do sistema de conceitos, função esta formada mais tardiamente, portanto mais complexa. Com relação à gênese da esquizofrenia, Vigotski (1930/1996a, p. 124) afirma que “na esquizofrenia tropeçamos com um misterioso quadro, do ponto de vista psicológico, e nem mesmo nos melhores clínicos atuais encontramos explicação para o mecanismo de formação dos sintomas; é impossível mostrar como surge”. Isto significa dizer, até mesmo nos dias atuais, que ainda não foram elucidados a causalidade dos processos que estão na origem do quadro esquizofrênico.

Sobre o comportamento do sujeito com esquizofrenia, Vigotski anuncia que:

Os esquizofrênicos caracterizam-se por seu torpor afetivo; modificam sua atitude para com a esposa amada, os pais, os filhos. No outro extremo, é clássica a descrição de inabilidade e costumam ser descritos por sua irascibilidade e pela ausência de qualquer tipo de impulso, embora se verifique, como aponta com correção Bleuler, uma vida afetiva extraordinariamente aguçada (VIGOTSKI, 1930/1996a, p. 125).

A inabilidade afetiva da pessoa com esquizofrenia resulta da desintegração do sistema de conceitos, e dessa forma, os afetos passam a subordinar o pensamento; isso ocorre devido à

---

<sup>30</sup> Período da adolescência.

hierarquização das funções psicológicas superiores. A medida que o sistema de conceitos tende à desintegração, está ausente, a função que rege a dinâmica psicológica passa a ser a emoção. Na esquizofrenia “do ponto de vista formal, se conservam as funções psicológicas: não ocorrem mudanças na memória, na orientação, na percepção, na atenção”. No indivíduo com esquizofrenia, por exemplo, o pensamento está conservado, entretanto, o pensamento e a emoção estão em relação inversa, é a realidade do delírio que passa a controlar o pensamento. Em referência a isso, Vigotski ressalta que a esquizofrenia é caracterizada pela “conservação das funções em si mesmas e a desintegração do sistema que aparece em certas circunstâncias” (VIGOTSKI, 1930/1996a, p.126).

Os sistemas se originam do social e se caracterizam pelo traslado das relações coletivas para o seu interior da personalidade. O esquizofrênico, que perdeu as relações sociais com aqueles que o rodeiam, perde-as para consigo mesmo (...) não deixa apenas de compreender os demais e de falar com eles, mas deixa de se dirigir a si mesmo através da linguagem. A desintegração dos sistemas de personalidade construídos socialmente é outro traço da desintegração das relações externas, que são relações interpsicológicas (VIGOTSKI, 1930/1996a, p.129).

O estudo dos sistemas e de suas funções, segundo Vigotski auxilia não somente para a compreensão do desenvolvimento e dos processos psíquicos, mas também para o entendimento da desintegração dos sistemas. Como por exemplo, a fala dos afásicos que no processo de desintegração surge conservando determinadas funções. Outro exemplo da importância do estudo do sistema é por explicar o motivo de alterações produzirem mudanças no cérebro. E sinaliza também “o paradoxo psicológico de que nas afasias e nas alterações orgânicas globais do cérebro se observam alterações psicológicas insignificantes” enquanto na esquizofrenia há uma desorganização total do comportamento (VIGOTSKI, 1930/1996a, p.128).

#### **4.2. O desenvolvimento do sistema de conceitos e sua desintegração na esquizofrenia**

Na obra de Vigotski *O pensamento na esquizofrenia* (1934/1998), a esquizofrenia é caracterizada essencialmente como uma alteração do pensamento que se dá a partir de uma desintegração do sistema de conceitos. O quadro sintomatológico da esquizofrenia para Vigotski deriva, pois, das alterações do sistema de conceitos. O sistema de conceitos é a conquista mais tardia do processo desenvolvimental, ou seja, a mais complexa e que por sua natureza condiciona o conjunto das funções psicológicas superiores e é estruturante da personalidade.

Em seu texto *Sobre os sistemas psicológicos* (1930/1996a), Vigotski também anuncia que a esquizofrenia é uma patologia cujo centro dinâmico reside no sistema de conceitos. Portanto para compreender o que é esquizofrenia é preciso, antes, entender o que é o sistema de conceitos e como se desenvolve.

O conceito para Vigotski (1934/2009) é um ato de generalização. Por exemplo, quando alguém diz que em um escritório precisa-se de cadeiras, ela não está se referindo a uma cadeira em particular, mas a qualquer cadeira, nem tampouco atribuindo ao escritório a volição ou a necessidade por cadeiras. A palavra cadeira é uma generalização que remete a um conjunto de objetos que possuem traços e função social em comum, mas que ao mesmo tempo são diferentes. O significado da palavra se altera no curso do desenvolvimento infantil, à medida em que a criança se apropria de novas palavras e, por conseguinte de novos significados, o que também altera as relações da criança com o meio. Inicialmente, o conceito é uma generalização do tipo elementar, que posteriormente se tornará mais extensiva, atingindo a formação do verdadeiro conceito.

Um conceito é mais do que a soma de certos vínculos associativos formados pela memória, é mais do que um simples hábito mental; é um ato real e complexo do pensamento que não pode ser aprendido por meio de simples memorização, só podendo ser realizado quando o próprio desenvolvimento mental da criança já houver atingido o seu nível mais elevado (VIGOTSKI, 1934/2009, p. 246).

A palavra, para Vigotski, tem uma função importante no processo de formação dos conceitos. A palavra é um signo fundamental na mediação das funções psicológicas superiores, por meio da palavra o adolescente “subordina ao seu poder as suas próprias operações psicológicas, através do qual ele domina o fluxo dos próprios processos psicológicos e lhes orienta a atividade no sentido de resolver os problemas que tem pela frente” (Vigotski, 1934/2009, p.169).

Sobre o processo que pode levar à formação de conceitos, Vigotski (1934/2009, p. 170) salienta que:

O conceito é impossível sem palavras, o pensamento em conceitos é impossível fora do pensamento verbal; em todo esse processo, o momento central, que tem todos os fundamentos para ser considerado causa decorrente do amadurecimento de conceitos, é o emprego específico da palavra, o emprego funcional do signo como meio de formação de conceitos.

O desenvolvimento dos processos que resultam no sistema de conceitos tem início na infância, porém, as funções se intelectualizam na idade de transição, isto é, mudam-se os nexos

entre as funções, e estas passam a ser governadas pelo pensamento conceitual (ALMEIDA; CARVALHO; TULESKI, 2019). O desenvolvimento do conceito acontece desde que a criança começa a se relacionar com o mundo social, e ela manifesta isso a cada nova generalização que passa a fazer. Ela substitui a ênfase que dá aos objetos na brincadeira, à ênfase que ela dá nos papéis, por exemplo, quando a criança brinca de casinha. Muitas vezes as relações são mais importantes que os objetos, ou seja, ela desloca seu interesse do objeto para algo mais complexo, e isso já é o desenvolvimento de um novo processo de generalização. Esses processos que resultam no uso generalizado da linguagem para operar as generalizações já existem nas fases anteriores, mas só vão ser a tônica no processo desenvolvimental na adolescência, quando essas formas generalizadas do pensamento subordinarão as demais.

O desenvolvimento dos conceitos é dividido por Vigotski em três fases/estágios, que não seguem necessariamente uma ordem cronológica. Isso significa que mesmo o adulto pode recorrer a formas superadas do pensamento diante de problemas/situações desconhecidas. O primeiro deles é o sincretismo, o segundo é a formação dos complexos, que é subdividido em: tipo associativo, complexo por coleção, complexo em cadeia, complexo difuso e pseudoconceito. E por fim o estágio da formação do conceito propriamente dito.

O pensamento sincrético é predominante na primeira infância, é o primeiro estágio da formação de conceitos. Nesse período, o principal vínculo do pensamento da criança é o que se forma perceptualmente a partir das sensações. O significado da palavra é formado a partir de sua percepção imediata do mundo, em que uma série de elementos senso-perceptivos se sobrepõem em uma fusão de percepções. A criança, nessa fase, começa a formar os conceitos unindo vários objetos de modo desordenado, para a resolução de um problema, o que no caso dos adultos se resolve com um novo conceito. Esse conjunto de objetos díspares entre si, não ordenados hierarquicamente, sem associações entre as partes, implicam em uma impressão integral e difusa do significado da palavra. A criança nesse estágio não relaciona o objeto com o significado da palavra (VIGOTSKI, 1934/2009).

No sincretismo, a compreensão das palavras pela criança é baseada no impacto que a palavra tem sobre ela, isto é, o significado das palavras é dado de acordo com o conteúdo emocional que ela provoca. Nesse estágio, a criança não sabe qual a relação das palavras ditas com as ações realizadas pelo adulto e para superar o sincretismo, a criança percebe a relação que a palavra tem com as coisas, isso ocorre a partir das relações sociais, quando os adultos indicam o uso das palavras (ALMEIDA; CARVALHO; TULESKI, 2019).

Nesse estágio do desenvolvimento, o significado da palavra é um encadeamento sincrético não enformado de objetos particulares que, nas representações e na percepção da criança, estão mais ou menos concatenados em uma imagem mista. Na formação dessa imagem cabe o papel decisivo ao sincretismo da percepção ou da ação infantil, razão por que essa imagem é sumamente instável. Como se sabe, na percepção, no pensamento e na ação a criança revela essa tendência a associar, a partir de uma única impressão, os elementos mais diversos e internamente desconexos, fundindo-os numa imagem que não pode ser desmembrada (VIGOTSKI, 1934/2009, p.175).

O pensamento por complexos é caracterizado pelo desenvolvimento dos vínculos objetivos e nele, “a criança começa a unificar objetos homogêneos em um grupo comum, a complexificá-los já segundo as leis dos vínculos objetivos que ela descobre em tais objetos” (VIGOTSKI, 1934/2009, p.179). Esse vínculo utilizado para agrupar os objetos pode se dar das mais variadas formas, e é isto que caracteriza esse estágio do pensamento, já que os vínculos são fatuais e se mostram na experiência, qualquer associação existente entre os objetos permite a inclusão no complexo. A criança nomeia os objetos ainda sobre a base da experiência concreta e também se apoia em elementos dessa experiência.

Nessa fase, a criança já tem certo domínio da linguagem, segundo Almeida, Carvalho e Tuleski (2019), ela já é capaz de perceber as relações existentes entre as palavras e os objetos, porém não consegue captar plenamente as particularidades do objeto e sua função social. Dessa maneira, ela é capaz somente de captar um atributo do objeto, não conseguindo sintetizar as principais características para diferenciá-lo de outros objetos, e é essa captação parcial que caracteriza todos os tipos de complexos.

A primeira subdivisão do pensamento por complexo, o tipo associativo, é caracterizado pela junção de objetos em um mesmo grupo, considerando um atributo semelhante entre eles (VIGOTSKI, 1934/2009). Essa associação pode ser feita conservando qualquer característica sem hierarquização, por exemplo, ao dar para a criança algumas formas geométricas de diversas cores e tamanhos, e pedir para que ela separe conforme desejar, ela pode agrupar segundo sua cor, tamanho, número de lados, ou qualquer outro atributo que ela tenha observado alguma relação em comum.

O complexo por coleção é a segunda fase<sup>31</sup> do pensamento por complexo, nessa fase a criança começa a agrupar objetos diferentes entre si, mas que se complementam. A criança classifica os objetos por coleções, a partir de sua experiência prática. Em seu dia a dia, a criança encontra complexos de coleções, por exemplo, no contexto de alimentação, a criança observa a

---

<sup>31</sup> Não se trata de fases sequenciais, mas são formas de generalização que aparecem no pensamento por complexo.

repetição das palavras garfo, copo, prato, colher. Portanto, todos esses objetos que se combinam pela funcionalidade formam uma coleção (VIGOTSKI, 1934/2009).

Outra subdivisão do pensamento por complexo é denominada por Vigotski (1934/2009) de complexo em cadeia. Esse é o estágio do pensamento em que a criança associa a característica de um objeto com a característica de outro objeto. Neste complexo não há um núcleo em comum entre os elementos, o pensamento opera a partir do deslocamento do significado da palavra, que transita pelos elos da cadeia. Assim um elo sempre se relaciona com um objeto da cadeia, que está associado a um elemento anterior e também ao seu posterior. Nesse caso, o primeiro e o terceiro objeto podem não ter nenhuma característica em comum, porém estão vinculados por meio do segundo elemento, que se associa por alguma particularidade ao primeiro e terceiro objeto. Vigotski cita o exemplo de uma criança escolher um triângulo amarelo, posteriormente escolher triângulos de outras cores, até ela escolher outra forma geométrica que tem relação com a cor do último triângulo. Por exemplo, escolher triângulo amarelo, depois triângulo azul e por fim o círculo azul, observa-se que o triângulo amarelo só tem relação com o círculo azul por estarem inseridos na categoria de forma geométrica, mas muitas vezes não terá nenhuma relação entre o primeiro e último elemento da cadeia.

A quarta fase do pensamento por complexo, o complexo difuso, é caracterizada por a criança classificar os elementos por meio de ligações difusas, indefinidas e confusas, mas já generalizantes. Diferentemente do complexo por coleção, que está relacionado com as experiências práticas da criança, no complexo difuso as generalizações feitas não estão no plano do prático e do concreto. “Aqui a criança ingressa em um mundo de generalizações difusas, onde os traços escorregam e oscilam, transformando-se imperceptivelmente uns nos outros” (VIGOTSKI, 1934/2009, p. 189). Por exemplo, de acordo com Vigotski, uma criança escolhe um triângulo e um trapézio, pelo último lhe lembrar do triângulo, devido ao vértice cortado. Depois, o trapézio vai lhe lembrar do quadrado que em seguida se junta aos hexágonos.

Por fim, a última fase do pensamento por complexo, que também é a transição para o pensamento conceitual, é o pseudoconceito. Esse complexo predomina na maior parte do desenvolvimento da criança, e isto ocorre porque os complexos que correspondem ao significado da palavra não são desenvolvidos de forma espontânea, mas sim a partir das definições dadas pelo adulto para a criança. O significado das palavras é transmitido por meio das comunicações verbais, através das relações que a criança estabelece. Inicialmente a criança se apropria da definição dada pelo adulto, mas ainda não assimila seu modo de pensar, meramente o reproduz. Dessa forma, ela “recebe um produto que é semelhante ao produto dos

adultos porém obtido por intermédio de operações intelectuais inteiramente diversas e elaborado por um método de pensamento também muito diferente” (VIGOTSKI, 1934/2009, p.193). Em sua aparência os significados das palavras são correspondentes, mas quando se busca a essência desse processo, os significados dos adultos diferem dos da criança. Vigotski dá o exemplo de uma criança agrupar triângulos amarelos; ela poderia ter feito essa distinção a partir do conceito de triângulo, isto é, baseado no conceito abstrato, porém, isto acontece com base no pensamento por complexo, ou seja, apoiando na experiência concreta e nos vínculos factuais. O resultado de um adulto que operasse nessa situação com o conceito e da criança operando por complexo é o mesmo, entretanto, chegam ao mesmo resultado por operações totalmente distintas. Desse modo, a criança cria um pseudoconceito “cada vez que se vê às voltas com uma amostra de objetos que poderiam ter sido agrupados com base em um conceito abstrato” (VIGOTSKI, 1934/2009, p. 190).

No seu texto *Análise das funções psicológicas superiores*, Vigotski (1931/2000a) ressalta a importância de ao se analisar o processo do objeto, nesse caso o pensamento, deve-se considerar todo o processo do produto e não somente sua forma final. É fundamental conhecer a sua gênese. Na apropriação do significado da palavra pela criança, quando consideramos esse significado isolado de todo o processo, estamos fadados a acreditar que o significado é o mesmo para a criança e para o adulto. Ao descrever a aparência do fenômeno, estaríamos afirmando que o pseudoconceito e o conceito coincidem, entretanto, quando explicado o desenvolvimento do processo de apropriação do significado da palavra pela criança, observamos uma semelhança apenas fenotípica. Ademais, o desenvolvimento dos conceitos, segundo Vigotski (1934/2009), deve ser compreendido historicamente; essa forma de analisar o desenvolvimento de formação do conceito é essencial para que a compreensão do processo não aconteça de maneira parcial.

Por fim, o último estágio do desenvolvimento do conceito é a formação do verdadeiro conceito. “O conceito surge quando uma série de atributos abstraídos torna a sintetizar-se, e quando a síntese abstrata assim obtida se torna forma basilar de pensamento com o qual a criança percebe e toma conhecimento da realidade que a cerca” (VIGOTSKI, 1934/2009, p. 226). Portanto, a palavra tem papel fundamental nesse processo, ela que orienta a criança a abstrair e sintetizar os atributos para a formação do conceito.

O desenvolvimento na direção da formação do conceito, ou seja, a mudança de um estágio para o outro do pensamento não acontece de forma linear e mecânica. Essa formação do conceito também não é um processo concluído. Por exemplo, quando a criança, ou até mesmo o adulto, passa a operar por meio de conceitos é comum que em alguns momentos ela retorne ao pensamento por complexo (VIGOTSKI, 1934/2009).

A grande conquista da idade de transição é o pensamento conceitual. O conceito pode ser definido como um novo modo de atividade intelectual, uma generalização abstrata.

É o reflexo objetivo das coisas em seus aspectos essenciais e diversos; se forma como resultado da elaboração racional das representações, como resultado de ter descoberto os nexos e as relações desse objeto com outros (...) (VIGOTSKI, 1930/1996c, p. 81).

Assim o conceito é capaz de apreender os traços essenciais do objeto e as relações que ele guarda com outros. O pensamento por conceitos também guarda estrita relação com a qualidade das relações que a criança é capaz de expressar.

Mas o conceito, em sua forma natural desenvolvida, pressupõe não só a combinação e a generalização de determinados elementos concretos da experiência, mas também a discriminação, a abstração e o isolamento de determinados elementos e, ainda, a habilidade de examinar esses elementos discriminados e abstraídos fora do vínculo concreto e factual em que são dados na experiência (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 220).

Em *O pensamento na esquizofrenia* (1934/1998), Vigotski afirma que a alteração mais importante do pensamento na adolescência é a passagem do pensamento complexo para o conceitual, uma mudança não apenas no nível intelectual, mas também definidora da consciência, ou seja, da estrutura da sua personalidade. O pensamento, nessa fase de transição, é caracterizado por oscilar entre o complexo e o conceito. Segundo Vigotski (1934/2009, p.231), “o adolescente aplica a palavra como conceito e a define como complexo”. O adolescente passa a operar com o conceito quando passa a solucionar um problema que lhe foi posto.

Na adolescência ocorre uma alteração na estrutura da personalidade. Além disso, há uma mudança nas relações entre as funções psicológicas elementares e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Estas funções superiores passam a se organizar a partir da mudança nas relações entre as funções elementares, e se complexificam com o desenvolvimento sociocultural do adolescente. Na idade de transição as funções psicológicas superiores se desenvolvem segundo uma hierarquização, as diversas funções são subordinadas à função de formação de conceitos e se estruturam em torno dessa nova formação (VIGOTSKI, 1930/1996c).

A partir do estudo do desenvolvimento das funções psicológicas, Vigotski trabalha com a ideia de que os processos de desintegração/patologia podem jogar luz aos processos normais do desenvolvimento, assim como o contrário também é verdadeiro. Isto aparece nos textos A



*psicologia da esquizofrenia, O pensamento na esquizofrenia e Desenvolvimento das funções psicológicas superiores na idade de transição.*

Como mostrado no capítulo três deste trabalho, a psiquiatria tradicional ao investigar o sujeito esquizofrênico considerou, e ainda considera, somente as mudanças do seu pensamento e alterações do seu comportamento (VIGOTSKI, 1930/1996b). Vigotski ao estudar a esquizofrenia a entende sob outra perspectiva; isto começou a ser apresentado na primeira seção deste capítulo, e dar-se-á continuidade nesta seção.

A esquizofrenia para Vigotski (1930/1996b) é entendida como regressão do desenvolvimento:

A possibilidade de aproximar a análise morfológica e funcional do pensamento dos esquizofrênicos, o passo do estudo do conteúdo de seu pensamento ao estudo de suas formas nos brinda no caso dado, como em todos os demais, o ponto de vista histórico, o método de análise genético que põe de manifesto a unidade e o recíproco condicionamento no desenvolvimento das formas e do conteúdo do pensamento. Esse método permite-nos descobrir na esquizofrenia o mesmo que temos visto na histeria e na afasia, ou seja, o descenso a um nível genético mais primitivo do desenvolvimento, a regressão, o passo atrás, o movimento inverso dos processos de desenvolvimento (VYGOTSKI, 1930/1996b, p. 186).

Se na idade de transição a formação de conceitos é o elemento que permite a intelectualização das funções psicológicas e a mudança na relação entre elas, na esquizofrenia a desintegração desse sistema altera a personalidade do indivíduo, fazendo com que haja uma dissociação da sua consciência, apesar de, as funções psicológicas memória, percepção e orientação estarem conservadas. As funções passam a operar de maneira isolada e não mais em um sistema (VIGOTSKI, 1930/1996b).

Os conceitos no pensamento esquizofrênico se assemelham ao desenvolvimento da formação de conceitos a nível primitivo, o conceito está ancorado mais em um caráter visual direto. Essa formação a nível primitivo é o que ocorre com a criança, ela agrupa os objetos a partir de um atributo que lhe chama a atenção, ou seja, a partir de um caráter visual direto. O mesmo ocorre na pessoa com esquizofrenia, “basta só uma característica em comum que lhe impressione para unificar ideias heterogêneas” (VIGOTSKI, 1930/1996b, p.188).

Com a desintegração do sistema de conceitos, o sujeito volta a operar com o pensamento por complexos, os conceitos que já foram formados continuam sendo utilizados, porém com grande dificuldade de formar novos conceitos. O pensamento da pessoa com esquizofrenia passa a ser em cadeia, semelhante ao da criança na formação dos conceitos. Seu discurso desorganizado é resultado da desintegração do sistema de conceitos; na sua linguagem, uma palavra se relaciona com outra, que se liga a uma terceira a partir de outro atributo, não há um

princípio em comum entre os elementos da cadeia (VIGOTSKI, 1934/1998). Souza (1999, p.19) apresenta o exemplo de um paciente esquizofrênico, que compulsivamente fazia a si mesmo perguntas e as respondia:

“Fazer as coisas forçado ou à vontade? Forçado; Forçado com ódio ou forçado sem ódio? Forçado sem ódio; O dinheiro é limpo ou sujo? É limpo! mas o mendigo pegou, aí ficou sujo; Mas foi passando de mão em mão, aí ficou limpo; Mas aí, é limpo ou é sujo-limpo?”.

No pensamento por complexo no sujeito com esquizofrenia, segundo Zeigarnik (1979), o sujeito agrupa os objetos a partir de um aspecto acessório que ele transforma em uma generalização. Um exemplo dado pela autora é o sujeito associar os objetos garfo, mesa e faca, segundo seu princípio de dureza, ou agrupar fungo, cavalo e lápis devido ao princípio de junção do orgânico com o inorgânico. Neste caso há uma ampliação do seu nível de generalização.

Ao resolver tarefas experimentais associações são atualizadas sem nenhuma relação com a experiência concreta do enfermo. As relações com as quais opera o paciente não refletem o conteúdo dos fenômenos nas relações significativas entre eles. Assim, por exemplo, ao executar a tarefa de classificação de objetos, os doentes se orientam por características muito gerais, inadequadas às relações reais entre os objetos (ZEIGARNIK, 1979, p.71).

Em relação ao pseudoconceito (pensamento por complexo e o pensamento conceitual se referindo a um mesmo objeto) na esquizofrenia, os significados das palavras se modificam. Assim como no desenvolvimento da formação dos conceitos, a palavra também tem sentido diferente na esquizofrenia. Como já descrito, inicialmente o significado da palavra da criança não coincide com o do adulto, por exemplo, quando a criança diz cachorro, ela e o adulto estão falando do mesmo objeto, porém fazem isso por operações intelectuais diferentes. O mesmo acontece com a pessoa com esquizofrenia: as palavras dela se assemelham com as de um indivíduo sem esquizofrenia quanto ao objeto, mas não quanto ao seu significado (VIGOTSKI, 1934/1998).

[...] o significado das palavras se modificam patologicamente na esquizofrenia, embora essas alterações permaneçam ocultas durante um longo tempo. Os complexos substituem os conceitos no pensamento do esquizofrênico, coincidem com os conceitos e a relação com os objetos. Eles são pseudoconceitos, mas a transição total às formas de pensamento mais primitivo não é evidente, já que o paciente mantém a sua capacidade de interagir verbalmente, embora para ele as palavras não tenham o mesmo significado que têm para nós (VIGOTSKI, 1934/1998, p.72).

Assim, só podemos compreender a linguagem do sujeito com esquizofrenia quando entendemos o significado complexo das palavras (VIGOTSKI, 1930/1996b).

Outra alteração no significado das palavras dos esquizofrênicos está relacionada à sua incapacidade de entender palavras usadas em sentidos metafóricos. Vigotski (1934/1998) cita o exemplo de um dos seus pacientes que ao escutar o provérbio “quando os gatos saem, os ratos fazem a festa”, somente o entende em seu sentido literal, ou seja, que quando os gatos não estiverem os ratos festejarão. O indivíduo esquizofrênico não consegue em uma situação concreta operar com os significados abstratos, seu pensamento está no nível do concreto factual, isto é, ele está atento somente às palavras que são usadas para descrever o objeto.

O sistema de conceitos compreende também a consciência da realidade e da personalidade, assim, quando desintegrado o sistema de conceitos, destrói-se também o sistema da consciência da personalidade e da realidade (VIGOTSKI, 1930/1996b). As alterações que ocorrem no pensamento do sujeito esquizofrênico são consequência da desintegração das funções do pensamento. Dessa maneira, no sujeito esquizofrênico há uma desintegração da percepção da realidade, se alteram todas as suas vivências.

[...] Na esquizofrenia não se modifica unicamente a vivência com o mundo, mas também a autoconsciência da própria personalidade. É muito frequente na esquizofrenia a desintegração dos diversos componentes parciais e se manifesta em seguida uma similaridade com os estados mais primitivos do desenvolvimento da personalidade (VIGOTSKI, 1930/1996b, p.193).

Portanto, a desintegração da consciência da realidade tem estreita relação com a desintegração da consciência da personalidade, quando o sujeito com esquizofrenia tem a sensação de perder a integralidade da personalidade; isto condiz com a perda da unidade do mundo exterior. A desintegração da consciência da realidade e da personalidade é resultado da desintegração da função de conceito, conseqüentemente do pensamento operar predominantemente por complexos (VIGOTSKI, 1930/1996b).

Por fim, é importante ressaltar que de acordo com Vigotski (1934/1998) a desintegração do sistema de conceitos não é a etiologia da esquizofrenia, mas sim o resultado de algo que o antecedeu e cuja causa era e ainda nos é desconhecida.

### **4.3 A esquizofrenia e seus duplos**

Esta seção tem por objetivo apresentar a sintomatologia da esquizofrenia, baseando-se no que Vigotski denominou de o duplo da esquizofrenia. Em seu texto *A psicologia da*

*esquizofrenia*, Vygotsky (1987) afirma que existiam duas tendências contemporâneas da psiquiatria e da psicologia para compreensão das funções da consciência, uma das tendências foi a de considerar tais funções como sistemas funcionais. Isto é, uma determinada função da consciência era inseparável de outra, por exemplo, o pensamento era subordinado à atividade da memória. Embora essas funções tivessem articuladas entre si, elas eram estudadas de forma isolada. Esse modo de conceber o funcionamento das funções psicológicas superiores, assumia que não era necessário a articulação das funções para seu desenvolvimento em particular, pois, tais funções sempre se relacionariam de maneira igual umas às outras, não havendo alterações nestas relações no curso do desenvolvimento. Esta perspectiva teve como mérito na investigação da esquizofrenia a colocação da dissociação da consciência como objeto de investigação empírica.

Para Vigotski, por sua vez, a função da dissociação da consciência não é um problema em si, mas uma função tanto ligada à consciência patológica quanto à consciência normal. A função de dissociação é pré-condição para outras funções psicológicas, ela é subordinada a outras funções e é uma atividade voluntária (VYGOTSKY, 1987). Nos processos atencionais, por exemplo, temos a dissociação da consciência, quando na atividade de estudo escutamos algum barulho, inicialmente nos atentamos para este estímulo, porém com alguns minutos nossa atenção se volta novamente para o que estávamos fazendo e não nos atentamos mais para o barulho. O processo de atenção, ou seja, o foco da consciência está na atividade de estudo e não no barulho.

Ao longo do processo de desenvolvimento, a função de dissociação da consciência se altera qualitativamente, como qualquer outra função da consciência.

Nós sabemos que novas estruturas que não existiam nos estágios anteriores e não são simples combinações ou modificações de rudimentos presentes de antemão são geradas no processo de desenvolvimento (VYGOTSKY, 1987, p.76).

Isso significa dizer que a dissociação da consciência é um processo normal da vida humana, mas que na esquizofrenia ocorre de forma alterada.

As pesquisas que foram realizadas no laboratório psicológico, segundo Vygotsky (1987) além de contribuir com o estudo da dissociação da consciência na esquizofrenia, também contribuíram para a descoberta de um novo conceito, que os sintomas da esquizofrenia formam um duplo, isto é, cada sintoma tem o seu sintoma oposto, tem um duplo negativo. Isto fica mais claro quando Vygotsky observou que o embotamento afetivo se referia ao mesmo tempo a uma ausência ou oscilação na expressão de sentimentos, e também há uma supervalorização dos

afetos no pensamento esquizofrênico. Ocorre, por um lado, o embotamento afetivo e, por outro, uma rica experiência emocional.

O sujeito com esquizofrenia é incapaz de entender significados metafóricos e frases com sentido literal, porém simultaneamente é capaz de produzir ideias sem sentido, fantasiosas.

Assim como todos os sintomas da esquizofrenia, a dissociação da consciência também tem seu contra sintoma, ou seja, a integração de elementos completamente heterogêneos entre si. Por exemplo, Souza (1999, p.17) apresenta o caso de uma pessoa com esquizofrenia que precisava aferir a pressão arterial, a enfermeira diz para o mesmo que “tiraria sua pressão”, após o procedimento o sujeito fica em posição de relaxamento, quando fora perguntado o porquê dele estar naquela posição, ele disse “Você não tirou a minha pressão”. Pode-se afirmar que nesse caso a expressão “tirar a pressão”, significou para a pessoa outra coisa que não a aferição de sua pressão, a palavra retornou ao estágio de formação de complexo. É possível dizer que o sujeito esquizofrênico funde coisa com palavra, integra coisas totalmente heterogêneas entre si.

[...] além da força destrutiva extremamente bem desenvolvida da dissociação, na consciência esquizofrênica encontramos aspectos que agem na direção oposta. Uma descrição completa da consciência esquizofrênica requer necessariamente, além de levar em conta a tendência à dissociação, o reconhecimento de uma força contrária, que também é desencadeada pela desintegração de conceitos e obscurece as distintas linhas divisórias entre as diferentes esferas e processos de consciência. (VYGOTSKY, p.76, 1987).

Portanto, na dissociação da consciência há uma tendência da personalidade a uma fusão heterogênea, essa tendência é uma reação da personalidade ao processo patológico. Ademais, Vygotsky (1987) salienta que para explicar a esquizofrenia é necessário considerar a posição ativa da personalidade.

[...] Devemos prestar atenção ao papel ativo da personalidade que subjaz a este processo desintegrador. Deve-se conceber que, além das marcas de destruição da personalidade, que estão sob influência de um processo patológico prolongado que destrói as mais complexas e superiores relações semânticas e sistêmicas da consciência, encontraremos marcas contrárias de que esta personalidade irá, de alguma maneira, resistir, modificar e reorganizar a si mesma, e que o quadro clínico da esquizofrenia jamais pode ser entendido simplesmente como algo que emana diretamente das evidentes consequências destrutivas do processo em si mesmo, mas deve ser vista como uma reação complexa da personalidade a um processo tão destrutivo para si (VYGOTSKY, 1987, p. 77).

De acordo com Vygotsky (1987) devemos buscar compreender a esquizofrenia nas alturas da vida psíquica, isto é, naquelas esferas mais socializadas, portanto mais desenvolvidas

(mais complexas), ou seja, no sistema de conceitos. A partir desse ponto, chegar-se-ia ao entendimento das reações da personalidade e dos distúrbios do sujeito com esquizofrenia.

[...] se a psicologia e a psicopatologia modernas entendessem uma ideia básica – que, do meu ponto de vista, é importante – a saber, que não são as profundidades mas as alturas da personalidade que são decisivas para a compreensão dos distúrbios e reações da personalidade e para o destino da consciência do indivíduo, então, parece-me que este entendimento das reações individuais como advindas das alturas, não das profundidades da personalidade deve conter a chave para decifrar o quadro dual apresentado na esquizofrenia (VYGOTSKY, 1987, p. 77).

Este capítulo teve por finalidade apresentar a partir de Vigotski, a essência do problema da esquizofrenia, diferente do modelo tradicional da psiquiatria. Em seguida, com as múltiplas determinações voltou-se à forma inicial a da sintomatologia da esquizofrenia, porém diferentemente do capítulo anterior, com um todo multideterminado. Sobre a investigação, já dizia Marx, “tem de se apropriar da matéria [*Stoff*] em seus detalhes, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e rastrear seu nexos interno. Somente depois de consumado tal trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real” (MARX, 1873/2013, p.90).

## **CAPÍTULO 5 - O PROCESSO GRUPAL A PARTIR DA PSICOLOGIA SOCIAL LATINO-AMERICANA E DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**

Este capítulo tem como objetivo apresentar reflexões sobre uma teorização da psicologia social latino-americana ao tema do processo grupal.

Considerando que esta pesquisa almeja sistematizar fundamentos teórico-metodológicos sobre como as atividades realizadas no CAPS poderiam ser potencializadas para atender as necessidades de saúde gerais do sofrimento psíquico, e em específico da esquizofrenia - no seu aspecto mais particular, o de auxiliar o processo de reconstituição do sistema psicológico - é necessário a apropriação da teoria e das categorias teóricas para reconstituição do objeto.

Os referenciais teóricos utilizados para discussão da pesquisa sobre grupos são, portanto, da psicologia histórico-cultural e o das teorias denominadas por Dalla Vecchia (2011) de histórico-dialéticas, na psicologia social latino-americana. Entre elas estão a teoria de Silvia Lane e Ignacio Martín Baró. Tanto o referencial da psicologia histórico-cultural, quanto as perspectivas histórico-dialéticas, se apropriaram dos fundamentos teórico-metodológicos do marxismo e tentaram analisar/mobilizar os processos grupais a partir da perspectiva materialista histórico-dialética (SCHUHLI, 2020).

Para Dalla Vecchia (2011), existem duas grandes abordagens do processo grupal que surgiram da psicologia social latino-americana ou de áreas semelhantes. A histórico-dialética, e a denominada por ele de freudomarxista, abordagem que abrange diversas formulações existentes para o processo grupal, tendo como principal representante Pichón-Rivière, integrando as contribuições da psicanálise e do marxismo. As duas abordagens discutem a necessidade de abordar o grupo como processo grupal, porém se diferenciam quanto às suas formulações teóricas - a abordagem freudomarxista emprega fundamentos da psicanálise para a compreensão dos processos grupais. Apesar de reconhecer a importância dos trabalhos de Pichón-Rivière<sup>32</sup> com o marxismo, no trabalho em questão, o referencial utilizado centrou-se na abordagem histórico-dialética.

---

<sup>32</sup> “Do ponto de vista teórico, apesar de a proposta ser de uma abordagem materialista dialética, o autor propõe um “esquema conceitual”, teórico, ao invés de categorias que remetam a fatos concretos, no que se aproxima do modelo lewiano, onde a teoria leva aos fatos (ao empírico) e estes reformulam a teoria. Por outro lado, a dialética proposta se caracteriza como idealista, pois pressupõe contradições entre o “interno” e o “externo” do indivíduo, entre sujeito e grupo, entre o implícito e o explícito e entre projeto e resistência a mudança” (LANE, 2004c, p.94).

Nesta pesquisa, entendemos que existe um referencial teórico organizado da psicologia histórico-cultural, que pode auxiliar a fundamentação de trabalhos com grupos nos CAPS como, também, de pesquisas de campo para analisar atividades grupais em curso. Os processos grupais são forjados sob determinações que as extrapolam e, ao mesmo tempo, são passíveis de virem a se configurar como modalidade de trabalho com determinadas finalidades terapêuticas e/ou psico-educativas. Com certo grau de planejamento, envolvendo objetivos, recursos, atividades variadas, indivíduos em comunicação e em relações sociais, tais processos precisam ser concebidos, manejados pelos profissionais, e analisados, segundo as mediações de naturezas diversas que os constituem. A mais visível, num primeiro momento, mas de longe não a única é a mediação do processo grupal por parte dos profissionais que concebem ideacionalmente, planejam e conduzem uma atividade, no caso do tema do presente estudo, nos serviços de saúde mental, cuja história no Brasil, remete à Reforma Psiquiátrica (SCHUHLI, 2020).

Poucos são os trabalhos que articulam a psicologia histórico-cultural com o trabalho do psicólogo com grupos. Na literatura mais recente, encontra-se a discussão realizada por Andaló, em seu livro “Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural” de 2006. Há também a tese de Dalla Vecchia (2011) que teve por finalidade resgatar um conhecimento crítico produzido no campo da psicologia social por referência à questão dos grupos e também ampliar recursos de análise e intervenção grupal junto às equipes de Saúde da Família. O trabalho de Pereira e Sawaia (2020) discutiu as práticas grupais a partir da ideia de zona de desenvolvimento real e proximal. E o mais recente trabalho, o de Schuhli (2020), que investigou as condições atuais do trabalho com grupos realizado nos CAPS, com o objetivo de apreender as tendências e contratendências do trabalho grupal. Optou-se por apresentar essas produções, sobre o processo grupal a partir da psicologia histórico-cultural, no capítulo sete, no momento de síntese das derivações práticas de uso, de apropriação das categorias teóricas, para dialogar com a literatura mais recente.

Já nos referenciais clássicos é importante ressaltar a obra de Petrovski (1984). De acordo com Schuhli (2020) há alguns trabalhos que tentam sistematizar a relação de grupo com a psicologia histórico-cultural, porém muitas vezes restringem as formulações ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal de Vigotski, abandonando categorias que poderiam ser importantes na discussão do trabalho com grupos.



## 5.1 O desenvolvimento do processo grupal no contexto da psicologia social latino-americana

Desde a década de 1950, quando se iniciam as sistematizações na psicologia social, duas tendências são predominantes: a tradição pragmática dos Estados Unidos, que objetiva garantir a produtividade do grupo por meio de mudanças/alterações/criações nas relações grupais<sup>33</sup> e a segunda tendência, que tem raízes na fenomenologia, seguindo a tradição filosófica europeia, como a de Kurt Lewin (LANE, 2004b).

A tradição pragmática, dos Estados Unidos, ganha destaque no contexto após a Segunda Guerra Mundial, período, e país, em que a psicologia social atinge o seu auge. As pesquisas naquele momento tinham como objetivo desenvolver técnicas de intervenção nas relações sociais, e fórmulas para a adequação do comportamento humano no contexto social. Nessas pesquisas o comportamento dos indivíduos era explicado a partir de traços de personalidade, atitudes e instintos, já a sociedade seria somente o cenário de atuação destes indivíduos (LANE, 2006).

É uma Psicologia Social que isola o indivíduo, criando uma dicotomia entre ele e a sociedade — um poderia influenciar o outro, mas se tratavam de dois fenômenos distintos. Durante a década de 1950, parecia que a Psicologia Social daria respostas a todos os problemas sociais, e este clima de otimismo persistiu durante os primeiros anos após 1960, sem que se observasse grandes mudanças; o preconceito continuava gerando violências; nas fábricas, as greves se sucediam; no campo, a miséria aumentava e, nos centros urbanos, o homem se desumanizava. (LANE, 2006, p. 77).

A partir de 1960, a eficácia, mas também o aspecto ético-político, das intervenções grupais nesses marcos passa a ser questionada. A proposta da psicologia social norte-americana era a de concentrar dados de pesquisa, para formular leis universais que deveriam orientar os grupos sociais. É nesse contexto que se caracteriza a “Crise da Psicologia Social”, com denúncias de seu caráter ideológico. A psicologia social na América Latina, até então também seguia e reproduzia o que se desenvolvia nos Estados Unidos (LANE, 2006). As críticas desse período foram produzidas pela própria psicologia, para questionar a compreensão dos grupos e indagar sobre as técnicas que tinham como objetivo produzir consenso e adaptação, consequentemente desprezavam a compreensão do grupo como processo grupal e suas contradições (SCHUHLI, 2020).

---

<sup>33</sup> “Se caracteriza pela euforia de uma intervenção que minimizaria conflitos, tornando os homens “felizes” reconstrutores da humanidade que acabava de sair da Segunda Guerra Mundial” (LANE, 2004b, p.10).

É necessário ressaltar que tanto a psicologia geral quanto a psicologia social foram impactadas pela conjuntura mundial e local. Como por exemplo, nos EUA iniciava-se o movimento de contracultura<sup>34</sup> na década 60, na França ocorria o movimento denominado de maio de 68<sup>35</sup> e a Revolução Cubana que desestabilizava o poder dos EUA na América Latina. O período pós-guerra mundial se apresentava tanto como um movimento emancipatório, como também regressivo. A produção e atuação da psicologia representam as condições históricas que estavam postas nesse momento (FURTADO; BRAMBILLA; ROSA, 2018).

A produção da psicologia passa a ser questionada e alternativas começam a serem discutidas. Nesse cenário, destacam-se na América Latina, Silvia Lane (no Brasil) e Martín-Baró (em El Salvador), ambos discutindo o processo grupal a partir de uma perspectiva crítica aos referenciais positivistas e funcionalistas da psicologia norte-americana e desenvolvendo alternativas para a compreensão do grupo humano. Durante a década de 1970, diversos encontros aconteceram com o objetivo de discutir a psicologia social norte americana. No Peru a produção de Gladys Montecino se evidenciou assim como a de Maritza Montero e Maria Auxiliadora Banchs, na Venezuela (SCHUHLLI, 2020).

Frente a uma sociedade que exacerba o individualismo e instrumentaliza os grupos para a produtividade e atenuação de conflitos, a produção da psicologia social crítica latino-americana se apoia na explicitação das contradições e no desvelamento das naturalizações presentes no cotidiano para produzir novas formas de explicação que potencializem o desenvolvimento dos grupos humanos e dos indivíduos singulares (SCHUHLLI, 2020, p.487).

Desta forma, na América Latina, a crítica à psicologia social assumiu um caráter político, era necessário construir uma nova psicologia social que fosse “comprometida com a denúncia da opressão e com a melhoria das condições de vida das classes populares” (FURTADO; BRAMBILLA; ROSA, 2018, p.229).

A partir da explicação de três perguntas, Martín-Baró (2017) apresenta três períodos históricos importantes para a psicologia social latino-americana. O primeiro deles corresponde à pergunta inicial das ciências sociais “o que nos mantém unidos em uma sociedade em uma dada ordem social?”. Este período trata-se da moderna psicologia social, que teve origem durante um contexto de profunda crise na Europa, provocada pelo processo de industrialização capitalista. As respostas para esse enfoque variam dentro da temática da mente grupal, como a

<sup>34</sup> Movimento organizado por jovens que questionavam os valores tradicionais, opondo-se à cultura vigente.

<sup>35</sup> Protestos de estudantes e trabalhadores geraram a maior greve da Europa. Após o movimento de 1968, sob a ótica da psicanálise, a psicologia social norte-americana é criticada por ser uma ciência ideológica, que reproduz os interesses da classe dominante, e por ser produto de condições históricas específicas (LANE, 2004b).

explicação de Wilhelm Wundt sobre os produtos mentais serem reduzidos à consciência individual; a explicação de Durkheim, sobre a consciência coletiva que nos mantém em sociedade, como também a de Freud sobre os laços afetivos que vinculam os indivíduos ao mesmo líder, a partir do processo de identificação coletiva.

O segundo período está centrado na pergunta “o que integra as pessoas na ordem estabelecida?”, surgindo com a americanização da psicologia. Segundo Martín-Baró (2017), essa pergunta representa uma pequena mudança em relação à primeira, porém, neste momento, assume-se a inquestionabilidade da ordem social existente. O foco é “integrar os indivíduos à ordem, auxiliando na seleção dos indivíduos mais adequados à realização de cada tarefa e se limitando ao estudo da conduta observável, reduzindo a psicologia social à somatória de respostas individuais” (SCHUHLLI, 2020, p.487).

O terceiro e último período histórico, foi denominado por Martín-Baró (2017) de crescente desencanto, momento que ocorreu a derrota militar e política da visão social norte-americana na Guerra do Vietnã. Uma nova perspectiva prevalece, sintetizada na pergunta: “O que nos liberta da desordem existente?”. O importante nesse período é mais do que identificar como ocorre a integração das pessoas à ordem, é saber “como as pessoas podem mudar essa ordem, libertando-se de exigências e imposições e construindo uma ordem social diferente, mais justa e humana (MARTÍN-BARÓ, 2017, p. 127)<sup>36</sup>. Com esse enfoque, mudam não só os pressupostos, mas também o objeto da psicologia social, que começa a não aceitar a realidade social como imutável e a considerar que a oposição entre grupos expressa uma ordem social concreta, na qual as pessoas atualizam interesses, perspectivas e situações sociais divergentes e conflitivas. Esta perspectiva ainda pode recorrer a alguma forma de psicologismo individualista ou subjetivista, mas tende a atribuir importância para as influências objetivas e forças grupais. É nesse último período que se situa a produção crítica da psicologia social latino-americana, “buscando superar as intenções positivistas de predizer e controlar a conduta e se posicionar em favor da maior liberdade individual e grupal pela tomada de consciência sobre as determinações sociais da ação” (SCHUHLLI, 2020, p. 488).

Diante do cenário de crise no interior da psicologia, vários impactos foram produzidos em diferentes países e muito foi realizado para que a psicologia social se constituísse enquanto perspectiva crítica. A reestruturação do curso de pós-graduação em psicologia social da PUC-SP, a criação da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) em 1980 e o aumento

---

<sup>36</sup>Essa paginação corresponde à do PDF.

de produções acadêmicas e eventos científicos de psicologia social no Brasil, são exemplos de mudanças na história da psicologia social (MARTINS, 2018).

Silvia T. M. Lane foi uma das principais teóricas da psicologia social brasileira, se destacando a partir de 1970 com suas análises críticas da psicologia social norte-americana. Foi no materialismo histórico-dialético que encontrou pressupostos epistemológicos para o que chamava de “uma nova concepção de homem para a Psicologia”, tendo como objetivo a reconstrução do indivíduo nas relações sociais que se forjam no curso histórico (LANE 2004a; SCHUHLI, 2020).

Segundo Lane (2004b, p.13), “caberia à psicologia social recuperar o indivíduo na intersecção de sua história com a história de sua sociedade - apenas este conhecimento nos permitiria compreender o homem enquanto produtor da história”.

Inicialmente, duas publicações de Silvia Lane marcam um novo período da história da psicologia social brasileira e latino-americana- o artigo *Uma redefinição da Psicologia Social* divulgado na revista *Educação & Sociedade* em 1980 e o livro *O que é Psicologia Social*, publicado em 1981 na coleção Primeiros Passos. Nessas produções, como também, posteriormente em *A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia*, ela apresenta as bases para a elaboração de uma psicologia social crítica (MARTINS, 2007).

Diante do cenário histórico mundial, já citado, foi necessário que Silvia Lane buscasse, no final da década de 1970, por autores e produções marxistas, a fim de explicar questões que se manifestavam na realidade social. Para isto, se apropriou de autores da psicologia histórico-cultural, como Leontiev, Luria e Vigotski para sintetizar proposições em sua obra *O que é Psicologia Social*<sup>37</sup> e no livro *Psicologia social: o homem em movimento*<sup>38</sup>, publicado em 1984. Em 1981, Silvia Lane já citava em seus trabalhos os autores soviéticos, principalmente Leontiev e seus estudos sobre o desenvolvimento da consciência, tema de muitas pesquisas que ela orientou na década de 1980. Já Vigotski aparece nos trabalhos orientados por ela, a partir de 1983 (MARTINS, 2018).

Durante o fim da década de 1970 e início da década de 1980, Lane ministrou aulas na disciplina de “Processos Grupais” no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde desenvolveu propostas de

<sup>37</sup> Síntese da produção e discussão de temas que eram desenvolvidos no programa de Pós Graduação em psicologia social da PUC-SP (LANE, 2004a).

<sup>38</sup> O objetivo do livro foi abordar temas importantes para serem discutidos em disciplinas de psicologia social, como também em outras áreas que julgarem fundamental esse conhecimento. Este livro possui artigos de diversos autores, na qual Silvia Lane faz a apresentação e tem quatro capítulos “A psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia”, “Linguagem, pensamento e representações sociais”, “Consciência/alienação: a ideologia no nível individual e “O processo grupal” (LANE, 2004a; MARTINS 2018).

análise do processo grupal a partir de suas experiências de pesquisa com os alunos (MARTINS, 2018).

Ao realizar uma revisão crítica das diversas teorias que discutem grupo, entre elas a de Kurt Lewin, Lapassade, Pichon-Rivière, Caldéron e De Govia, Lane (2004c) identifica duas grandes posições sobre grupos: a) a postura tradicional, que tem como função definir papéis e garantir a produtividade dos indivíduos e grupos, por meio da manutenção das relações sociais; b) teorias que destacam o caráter de mediação que o grupo tem entre o indivíduo e a sociedade, enfatizando o processo de produção do grupo e considerando as determinações sociais que se expressam nos grupos.

Na postura tradicional, a análise está centrada na realidade interna ao grupo, enfatizando os fenômenos de coesão e liderança grupal, não revelando o processo histórico do grupo e as mediações sociais que se apresentam na realidade grupal (SCHUHLLI, 2020). Para Lane (2004c), o grupo nessa perspectiva é visto como a-histórico numa sociedade que também é a-histórica.

Refletindo sobre as atividades de grupo realizadas no CAPS, questiona-se qual o tipo de condução normalmente é protagonizada pelos profissionais que realizam atividades grupais. Por exemplo, quando um profissional organiza oficinas de produção de artesanato, pinturas, desenhos com a finalidade de geração de renda e/ou profissionalização, em que medida determinados valores, regras e objetivos tais como incentivo à competição, concorrência e maior produtividade na produção e comercialização tenderiam a emergir no processo grupal e a moldar seus rumos?

A partir de sua revisão crítica sobre grupo, Lane (2004c) destaca que o significado da existência e da ação grupal só podem ser desvelados por meio de uma perspectiva histórica que considere sua inserção na sociedade com suas determinações. O grupo deveria ser entendido enquanto processo histórico, e por este motivo Lane optou por utilizar o termo processo grupal, ao invés de grupo ou dinâmica de grupo. Essa escolha não se trata, somente, de uma diferença na denominação, mas ao se posicionar utilizando o termo processo grupal, Lane traz para o centro da discussão o caráter histórico e dialético do grupo (MARTINS, 2007). Ao romper com a concepção tradicional dos grupos, Lane (2004b, p.17) afirma que:

A análise do processo grupal nos permite captar a dialética indivíduo-grupo, onde a dupla negação caracteriza a superação da contradição existente e quando o indivíduo e o grupo se tornam agentes da história social, membros indissociáveis da totalidade histórica que os produziu e a qual eles transformam por suas atividades também indissociáveis.

Ao assumir essa perspectiva sobre grupos, Lane está afirmando que o grupo é uma experiência histórica, que se produz num determinado espaço e tempo, sendo resultado das relações que estabelecem cotidianamente e, ao mesmo tempo, traz para a experiência vários aspectos gerais da sociedade, expressas nas contradições que se manifestam no grupo (MARTINS, 2007). “Ressaltar o caráter histórico do grupo implica compreender que o grupo, na sua singularidade, expressa múltiplas determinações e as contradições presentes na sociedade contemporânea” (MARTINS, 2007, p.77).

De acordo com Silvia Lane (2004c, p. 82):

(...) todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou transformar as relações sociais desenvolvidas em decorrência das relações de produção e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como nas suas ações, reproduz ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada.

Assim, partindo da concepção histórica e dialética do processo grupal, não é correto afirmar que o grupo se baseia somente em reunir pessoas que compartilham os mesmos objetivos e normas. Mas segundo Martins (2007), significa compreender o grupo em sua totalidade - um conjunto de pessoas não pode ser reduzido à soma de seus membros, considerando apenas os vínculos que cada membro do grupo estabelece com o outro. Significa compreender o processo grupal enquanto relações e vínculos entre os indivíduos que possuem tanto necessidades individuais quanto socialmente produzidas, que vão se expressar no cotidiano da prática social.

Ancorada pela sua concepção histórica sobre grupos, Silvia Lane (2004c), ressalta algumas sugestões importantes para a análise dos indivíduos inseridos no processo grupal, a partir do materialismo histórico-dialético. A primeira delas é considerar que os seres humanos são alienados em alguma medida, desta forma, sempre haverá dois níveis operando, o da vivência subjetiva que é marcada pela ideologia do capitalismo (cada um se representa como pessoas livres, “consciente” de sua própria ação) e o da realidade objetiva, que reproduz a relação explorador-explorado nos papéis sociais, restringindo as interações ao nível do permitido e desejado.

Qualquer análise de um processo grupal que se apoie no materialismo dialético tem de partir, necessariamente desses dois níveis de análise. A emergência da consciência histórica, portanto, de uma ação social como práxis transformadora, significaria o nível das determinações concretas rompendo as representações ideológicas e se fazendo consciência, momento em que a dualidade desapareceria. (LANE, 2004c, p. 85).

A segunda premissa consiste que todo grupo existe dentro de instituições, podendo ser desde a família, a fábrica, a universidade e até o Estado, sendo necessário analisar as condições de seu surgimento, sua função e suas finalidades no interior da instituição. A terceira premissa destacada é que a história de vida de cada membro é importante no desenvolvimento do processo grupal.

Ao adotar como objeto de estudo o processo grupal no interior dos CAPS (serviços do SUS, portanto, no âmbito do Estado), com usuários com diagnóstico de esquizofrenia, é importante analisar as condições de surgimento do CAPS, qual sua função e finalidade no âmbito de uma política estatal de saúde no interior de determinada sociedade, como também qual a função e finalidade dos grupos realizados com essas pessoas, circunscritas ao campo sanitário, e na relação de ambos – grupos e serviços/políticas de saúde – com a totalidade histórico-social.

Considerando a terceira premissa ressaltada por Lane (2004c), vale destacar alguns pontos a serem considerados como: a história de vida de cada indivíduo que frequenta o CAPS; o que determinada pessoa conseguia fazer quando chegou ao serviço; qual atividade ela realizava antes de frequentar o CAPS; como ela era antes das primeiras crises (relação personalidade-meio); qual sua história de vida até chegar ao CAPS. Essas questões são essenciais de serem consideradas ao organizar uma atividade que tenha uma finalidade voltada para a necessidade de cada indivíduo, e do grupo como um todo, podendo assim propiciar, durante a atividade que foi planejada, maiores condições de desenvolvimento das funções psicológicas superiores, desenvolvimento, portanto, da personalidade.

Em quarto lugar sugere-se que é no desempenho dos papéis que se reproduz a relação dominador-dominado, e nesse nível podem surgir os processos de negação, contradição e negação da negação. A primeira negação que ocorre no processo grupal, é a negação da condição de espécie biológica, “possibilitando a concretização de individualidades e diferenciações que se cristalizam em papéis”, sendo apreendidas por meio de análises tradicionais. O processo de negação da negação “ocorre quando a autoanálise do grupo permite constatar a função ideológica e mascaradora dos papéis, negando o individualismo pela ação grupal capaz de produzir uma ação transformadora na sociedade” (LANE, 2004c, apud SCHUHLLI, 2020, p.490).

A quinta sugestão é observar as vivências subjetivas e as representações ideológicas, pois estas vão mostrar o grau com que se mascaram as determinações concretas ou que se manifesta a consciência prática. E por último, os papéis sociais aparecem como interação efetiva no nível das determinações concretas, e nesta reproduzem a estrutura relacional do

sistema; no nível das vivências subjetivas os papéis sociais existem enquanto representação ideológica.

O papel de “líder” pode, no nível das determinações concretas, exercer uma ação de dominação e ser vivido no nível das representações ideológicas como mero “coordenador”, que só quer o bem do grupo e preservar a liberdade de todos. Nesse nível os papéis funcionam como máscaras; no outro nível, o da ação, como elementos de denúncia e motores da dialética (LANE, 2004c, p. 87).

Desta forma, a cristalização de papéis acontece quando estes são desempenhados como “naturais”, evitando qualquer atitude diferente do esperado que possa levar a um questionamento do grupo, preservando assim, a alienação de seus membros. É fundamental que o grupo questione a posição de “assumir papéis”, tomando consciência das determinações históricas próprias aos papéis e aos indivíduos, que fazem parte da participação de cada um no processo grupal.

Analogamente à citação de Lane, pode-se pensar sobre as diferentes atividades grupais realizadas no CAPS e suas possíveis implicações ao se darem sem a explicitação, sem a construção consciente, coletiva, e autodeterminante de suas finalidades e funções, como na maioria das vezes, tende a ocorrer. No nível das representações ideológicas, estas aparecem como estritamente técnicas, terapêuticas, porém no nível das determinações concretas isto se mostra de forma contrária, quando as atividades/oficinas são realizadas em grupo de modos que muitas vezes “justifique”, ali, a naturalização de processos, como por exemplo, dos próprios estados, e das condições, ligados às formas de sofrimento psíquico, ou seja, a naturalização do “doente mental”/ do “louco” pela sociedade capitalista e a cristalização dos papéis de “doente”/“paciente” e de técnicos/profissionais. As atividades podem tender a reforçar, portanto, a cristalização de papéis sociais, o “louco” não conseguiria, assim, ir além de determinada atividade e, portanto, de determinadas relações sociais.

Para questionar a atribuição de papéis e tomar consciência de suas determinações históricas, Lane chama atenção para duas categorias, a de participação grupal e a de produção grupal. “A participação é caracterizada pela ação efetiva compartilhada com os demais”, já a produção do grupo se realiza pela própria ação grupal, que acontece por meio da participação de todos os membros em torno de uma tarefa ou objetivo comum. Portanto, “o processo grupal é caracterizado por uma ação produtiva porque produz ao mesmo tempo a satisfação das necessidades e as próprias relações grupais” (LANE, 2004c apud SCHUHLLI, 2020, p.490).

A partir da análise das contradições decorrentes das relações de dominação e pela autoanálise, segundo Lane (2004c), o grupo poderia se tornar grupo-sujeito, em processo de



conscientização. Porém, quando os membros do grupo resistem às mudanças e a pressão da análise é algo desconfortável, o grupo tende a se desfazer, implicando com que o produto se torne a soma das produções individuais. Nesse caso, predomina a categoria de não-grupo, onde os motivos e as atividades são individuais e não há uma produção do grupo, conseqüentemente não predomina o sentido de nós (SCHUHLLI, 2020).

Os estudos de Silvia Lane sobre grupos, permitiu ela afirmar que:

(...) por um lado, o grupo social é condição de conscientização do indivíduo e, por outro, a sua potência através de mediações institucionais, na produção de relações sociais historicamente engendradas para que sejam mantidas as relações de produção em uma dada sociedade. Outro ponto de fundamental importância para o processo grupal e para superação das contradições existentes é a necessidade de o grupo analisar-se enquanto tal. O grupo que apenas executa tarefas sobre transformações que, se não forem resgatadas conscientemente pelos membros, ele apenas se reajusta, sem que ocorra qualquer mudança qualitativa nas relações entre seus membros (LANE, 2004c, p.97).

Assim como Silvia Lane, o psicólogo social salvadorenho Ignacio Martín-Baró<sup>39</sup> (1999) também discute a concepção de grupo, partindo da realidade de El Salvador. Ao considerar os aspectos pessoais, as características grupais, a vivência subjetiva e realidade objetiva, e o caráter histórico do grupo, ele retoma a discussão sobre o processo grupal realizada por Lane (MARTINS, 2003).

Martín-Baró (1999) apresenta uma análise crítica da maioria das teorias grupais utilizadas pela psicologia social<sup>40</sup>, apontando três problemas desses modelos: a parcialidade dos paradigmas predominantes, a perspectiva individualista e o a-historicismo. O primeiro grande problema apresentado pelo autor, é a psicologia social analisar todos os modelos de grupo a partir da perspectiva dos pequenos grupos, considerando que o macrogrupo seria nada mais que os pequenos grupos reproduzidos em escala maior. O segundo problema é o indivíduo ser o centro de análise do grupo, dando ênfase aos elementos subjetivos das relações; e por fim, o problema da abstração dos indivíduos ou do grupo de sua história, levando a uma naturalização positivista e fazendo com que não se compreenda o caráter ideológico das realidades grupais.

---

<sup>39</sup> “Foi protagonista da construção da psicologia social crítica na América Latina junto com Silvia Lane e outros psicólogos sociais. Foi assassinado em 16 de novembro de 1989 por soldados do governo de El Salvador. Comprometido politicamente com a população mais pobre, atuou e publicou vários trabalhos sobre o povo latino-americano” (MARTINS, 2018, p.105).

<sup>40</sup> Martín-Baró faz crítica ao funcionalismo da psicologia social norte-americana. Para o autor a psicologia social “não é uma especialidade asséptica que estuda a influência social ou a cognição social, mas é um campo que busca ampliar a liberdade humana oferecendo explicações sobre a dimensão ideológica da ação humana, isto é, sobre a relação entre interesses sociais gerados em uma sociedade de classes e as ações humanas em diferentes contextos (JUNIOR LACERDA, 2017, p.11).

Para analisar o processo grupal a partir de uma nova perspectiva, Martín-Baró (1999) - considerando o caráter histórico do grupo<sup>41</sup> - propõe uma teoria dialética dos grupos. Para isso três condições são necessárias reunir na teoria: 1) Ela deve ser capaz de “dar conta” da realidade social do grupo, não reduzindo a realidade às características de cada membro do grupo. Mas considerar que as peculiaridades de cada grupo decorrem dos aspectos pessoais de cada indivíduo, somente assim o grupo aparecerá em seu caráter dialético, “o pessoal converge com o social e o social se individualiza” (MARTÍN-BARÓ, 1999, p.206). 2) A teoria deve incluir tanto os pequenos grupos como os grandes grupos. 3) Deve incluir o caráter histórico dos grupos:

Isso exige referir cada grupo às suas circunstâncias específicas e ao processo social que o configurou, sem, portanto, pressupor que grupos formalmente semelhantes tenham o mesmo significado ou constituam uma realidade idêntica, nem descartando que grupos diferentes possam representar fenômenos equivalentes em contextos e situações históricas diferentes (MARTÍN-BARÓ, 1999, p.206, tradução nossa).

A partir dessas três condições Martín-Baró (1999, p. 206) define o grupo humano como: “uma estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou interesses coletivos”. O autor desenvolve essa definição, ressaltando primeiramente, que o grupo é uma estrutura social, é uma realidade total que não pode ser reduzida à soma dos indivíduos que constituem o grupo. “A totalidade do grupo supõe alguns vínculos entre os indivíduos, uma relação de interdependência que é a que estabelece o caráter de estrutura e faz das pessoas membros”. Em segundo, afirma o caráter concreto e histórico de cada grupo, ao dizer que “um grupo constitui um canal de necessidades e interesses em uma situação e circunstância específica”. Por fim, aponta que faz parte da constituição do grupo tanto as necessidades pessoais como os interesses do grupo, assim o grupo sempre terá duas dimensões, a pessoal que está ligada à realidade dos indivíduos e a estrutural, referente à sociedade em que o grupo se produz.

Para a análise do processo grupal, Martín-Baró (1999) apresenta três parâmetros que ocorrem no interior do grupo e devem ser enfatizados: a identidade grupal, o poder grupal e a atividade grupal. A identidade é o que define e caracteriza o grupo frente a outros grupos, isto

---

<sup>41</sup> “Isso implica em compreender que na sociedade atual, o grupo na sua singularidade, expressa múltiplas determinações e as contradições presentes no capitalismo. Alguns desdobramentos dessa relação são as contradições entre: individual/social; competição/interdependência; ter/não ter recursos (materiais, culturais e/ou pessoais) para submeter o outro aos seus interesses (exploração); dependência/independência” (MARTINS, 2003, p.203).

não significa que todos os membros devem possuir uma determinada característica, mas sim que exista uma totalidade, uma unidade do conjunto. A identidade demanda uma *formação organizativa*, isto é, as determinações das condições de pertencer ao grupo (normas formais ou informais, rígidas ou flexíveis, estáveis ou passageiras), requer uma definição de suas partes e regulação entre elas, considerando divisão das funções, organização das tarefas e atribuições. O segundo aspecto que a identidade grupal inclui são as *relações com outros grupos*, nas quais ela se forma, “seja por relações de colaboração ou competição, de dominação ou resistência (...), se forma na relação com outros grupos e no exercício do poder frente a eles, sendo mais clara quanto maior for seu enraizamento com os interesses de uma classe social” (MARTÍN-BARÓ, 1999 apud SCHUHLI, 2020, p.493). O terceiro elemento da identidade é a *consciência de pertencer a um grupo*, o indivíduo considera o grupo como referência para sua própria identidade ou vida, sendo esta referência formada a partir do sentimento de pertença subjetiva a um grupo, conseqüentemente fazendo com que se sintam e atuem como grupo - o que possibilita a identificação. O autor diferencia isto, da pertença objetiva, como por exemplo pertencer a determinado país.

O segundo parâmetro de análise, o poder, revela-se a partir das diferenças entre os diversos recursos que possuem os indivíduos, grupos ou populações inteiras. Estes recursos podem ser materiais, culturais e pessoais, emergindo em cada relação concreta; isto significa dizer que o poder não é algo abstrato (MARTÍN-BARÓ, 1999). De acordo com Martín-Baró apud Martins (2003, p.214) as características essenciais do poder são:

*1. Se dá nas relações sociais*, o que significa dizer que as relações sociais têm um caráter de oposição e conflito; *2. Se baseia na posse de recursos*, ou seja, “um dos sujeitos da relação, pessoa ou grupo, possui algo que o outro não possui ou possui em menor grau (quantitativo e/ou qualitativo)”; o que evidencia uma relação de desequilíbrio em relação a determinado objeto, e “*3. Produz um efeito na mesma relação social*” (p.97), que se dá tanto sobre o objeto da relação como sobre as pessoas ou grupos relacionados, podendo implicar na “obediência ou submissão de um, o exercício da autoridade ou do domínio do outro.

O último parâmetro para analisar um grupo é sua atividade (Qual sua atividade? Qual o produto de sua atividade?), possuindo dupla dimensão, a externa, relacionada a sociedade ou a outros grupos, isto é, quando o grupo deve ser capaz de produzir o efeito real frente à sociedade e a outros grupos afirmando a sua identidade; e a interna aos membros do próprio grupo, em busca da realização dos objetivos que correspondem às aspirações individuais ou comuns (MARTÍN-BARÓ, 1999).

Sobre os parâmetros de análise do processo grupal de Martín-Baró (1999), Silvia Lane (1997, p.295) afirma que:

À medida que o grupo vai travando contatos, vínculos e relações com outros grupos da sociedade, vão sendo criadas, na sua prática cotidiana, *normas* para orientar as atividades rotineiras, que lhe dão a *referência* de estar *pertencendo ou estar sendo* excluído, daquele segmento social em que vive. O grupo passa a ter internamente, entre os seus membros, uma *estruturação* que se viabiliza pelas formas de regulação e institucionalização derivadas das ações dos seus membros. Através das relações estabelecidas com outros grupos, num movimento dialético, dá-se a *formalização organizativa*, estruturando o grupo internamente e, externamente, lhe dando a dimensão histórica da sua existência em relação aos outros grupos. Quando o indivíduo toma como referência, para si mesmo e para a sua vida, o fato de *pertencer* a um dado grupo, identificando-se na relação “eu-outro” e “meu grupo-outros grupos”, ele adquire a *consciência* do seu grupo em relação a si mesmo e ao mundo exterior. Quando o grupo interage, interna e externamente, isto pressupõe que ele disponha de alguns *recursos* que possam ser utilizados, quando do estabelecimento dessas *relações*, visando obter algum tipo de *influência* ou *efeito* que lhe possa trazer benefícios. Assim, o *poder* do grupo não é uma instância abstrata, mas adquire um caráter concreto, materializado na rede de relações do seu corpo organizado de elementos. Para que o grupo exista como tal e continue no seu processo de construção histórica, o terceiro elemento importante refere-se ao *significado social* que o produto da sua ação adquire. A *identidade* e o *poder* do grupo estão intimamente ligados e dependem da atividade desse grupo.

Dessa forma, a formação do grupo depende da consciência social, condicionada pelas condições objetivas que o grupo possui, já a manutenção dependerá do poder que obtenha nas relações que estabeleça. Entretanto, o grupo desaparecerá quando a significação social deixar de existir e quando os objetivos que atendam as aspirações comuns e individuais forem impossibilitados (LANE, 1997).

Martín-Baró (1999) articula os três parâmetros (identidade, poder e atividade grupal), para diferenciar os grupos primários, funcionais e estruturais. Os grupos primários são aqueles em que as relações sociais têm como produto a satisfação das necessidades mais básicas e os elementos para a constituição de sua identidade. A atividade deste grupo é caracterizada pela satisfação das necessidades, sua identidade pelos vínculos interpessoais e as relações de poder pelas características pessoais de seus membros. Os grupos de familiares e de amigos são exemplos de grupos primários, nestes existem fortes laços afetivos e dependência mútua (MARTÍN-BARÓ, 1999 apud SCHUHLI, 2020). Vale destacar que nem todo pequeno grupo é grupo primário, a grande parte dos grupos constituídos na sociedade não se caracterizam como grupos primários, pois estão centrados em aspectos pontuais de seus membros (MARTÍN-BARÓ, 1999).

Os grupos funcionais, para Martín-Baró (1999), constituem normalmente os pequenos grupos, sendo caracterizados como aqueles que correspondem à divisão social do trabalho no interior de um sistema social. Isto é, seus participantes cumprem a mesma função com respeito a um sistema, têm os mesmos papéis sociais e ocupam uma posição equivalente. Os grupos

funcionais têm como atividade grupal a satisfação de necessidades sistêmicas, diferente dos grupos primários que estão centrados na satisfação das necessidades pessoais. O poder dos grupos está centrado na capacitação e ocupação social de seus membros, dependendo da importância que seu trabalho tenha na sociedade. Já a identidade é constituída pelo papel social que o indivíduo desempenha.

Martín-Baró (1999) ressalta que um grupo funcional pode tornar-se grupo primário, à medida que os vínculos interpessoais vão se aprofundando e estreitando, gerando vínculos afetivos e emocionais, e assim, fortalecendo a interdependência de seus participantes. No entanto, durante toda a vida, participamos prioritariamente de grupos funcionais, sendo pequena a vinculação a grupos primários (MARTINS, 2003). Martins (2003) cita alguns exemplos de grupos funcionais: grupos formados em unidades de saúde (gestantes, familiares, doenças crônicas, técnicos), grupos de sala de aula, grupos de professores, conselhos de classe etc. Cabe aqui destacar que os grupos com usuários no CAPS estão incluídos nos grupos funcionais e podem se tornar grupos primários, à medida que se formam as amizades, os laços afetivos e a interdependência.

Por fim, o terceiro grupo apresentado por Martín-Baró (1999), o grupo estrutural corresponde à divisão das classes sociais fundamentais da sociedade, definidos segundo a posição em relação à propriedade privada dos meios de produção. A atividade desse tipo de grupo é a satisfação de interesses de grandes grupos e classes, o poder é o controle dos meios de produção e a identidade se constitui pela comunidade de interesses objetivos. Apesar de Martín-Baró remeter o grupo estrutural à questão dos interesses de grandes grupos e classes sociais, vale ressaltar que “o antagonismo das classes sociais é estruturador da sociedade capitalista contemporânea, e se expressa de modo mais ou menos intenso e explícito em todo e qualquer grupo” (MARTINS, 2003, p. 210).

Ao refletir sobre a teoria do processo grupal, a partir da perspectiva de Martín-Baró, na sua concreticidade, compreendemos como as relações grupais e as relações de poder estão organizadas, podendo auxiliar na recuperação dos objetivos e finalidades da atividade grupal.

Desta forma, a teoria de Martín-Baró é de grande relevância para o trabalho do psicólogo numa abordagem psicossocial, envolvendo o trabalho com pequenos grupos, como por exemplo o trabalho do psicólogo com grupos no CAPS (MARTINS, 2003). Além disso, como destacado por Schuhli (2020), as reflexões de Martín-Baró e Silvia Lane são primordiais para discutir o trabalho com grupos em instituições que se pretendem territoriais. Inicialmente por:

(...) problematizarem a relação dos grupos funcionais produzidos nesses contextos com a institucionalidade e a possibilidade de virem a atender os objetivos das instituições e da manutenção do *status quo* sem necessariamente corresponder às necessidades e motivações pessoais". Em segundo lugar, porque compreender o grupo como processo, em seu desenvolvimento, pode incentivar propostas que valorizem a produção de autonomia e a constituição dos grupos como sujeitos, não se mantendo como grupos funcionais restritos ao âmbito assistencial e centrados na figura de autoridade do profissional, como prescreve o modelo biomédico de grupo (SCHUHLLI, 2020, p.496).

## **CAPÍTULO 6 – A TEORIA DA ATIVIDADE DE LEONTIEV E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL AOS CONCEITOS DE CONSCIÊNCIA E PERSONALIDADE**

A partir dos trabalhos de Vigostki e Serguei Rubinstein a psicologia passou a compreender o significado do marxismo na ciência psicológica, por meio do desenvolvimento de uma abordagem histórica do psiquismo humano, da teoria da atividade e a partir da teoria psicológica concreta sobre a consciência como forma de reflexo psíquico da realidade. “Tornou-se cada vez mais evidente que o marxismo havia criado uma teoria ampla, que revelava a natureza e as leis gerais do psiquismo, da consciência(...)” (LEONTIEV, 1978, p.19). E por este motivo nesta pesquisa, assim como Leontiev afirma em sua obra “Atividade, Consciência e Personalidade”, se voltará reiteradamente aos trabalhos de Karl Marx, que nos fornecem base e soluções para os mais complexos problemas teóricos da psicologia.

A teoria sobre a atividade humana, na teoria social de Marx, tem importância decisiva quanto ao seu desenvolvimento e suas formas para a psicologia. Marx atribui um sentido materialista ao conceito de atividade. Para ele, a atividade em sua forma inicial é prática e sensorial, por meio da qual os indivíduos mantêm um contato prático com os objetos do mundo circundante, testando em si sua resistência, e subordinando-se às suas propriedades objetivas. Segundo Marx,

(...) a prática humana passou a ser compreendida como base da cognição humana, como processo cujo desenvolvimento surgem tarefas cognitivas que engendram e desenvolvem a percepção e o pensamento humano e que, ao mesmo tempo, carregam em si o critério de adequação e veracidade do conhecimento (LEONTIEV, 1978, p.20).

Desta forma, Marx afirma que as pessoas devem “provar a verdade, a realidade, o poder e a universalidade de seu pensamento” (LEONTIEV, 1978, p.20). O reflexo psíquico da realidade vai se desenvolver a partir das relações reais de sujeitos com o mundo que os rodeia - essas relações são determinadas e por sua vez têm efeito sobre o desenvolvimento destes sujeitos. Isto significa dizer que o pensamento e a consciência são determinados pela existência material e existem somente como sua consciência, como resultado do desenvolvimento de relações objetivas. Nas palavras de Marx e Engels: “as pessoas, que desenvolvem sua produção material, transformam ao mesmo tempo sua realidade, bem como seu pensamento e os produtos do seu pensamento” (LEONTIEV, 1978, p.21).

Estas considerações também podem ser vistas em trabalhos atuais, como os de Martins (2011) que, partindo da teoria social de Marx e da teoria histórico-cultural, define as categorias de atividade e consciência como essenciais no estudo do psiquismo humano.

Para o desenvolvimento deste trabalho considera-se que o estudo da atividade é o principal método de conhecimento científico da consciência. Para o estudo da consciência social<sup>42</sup> é necessária atividade a análise da vida social, dos modos de produção que lhes estão postos e do sistema de relações sociais; já para o estudo do psiquismo individual trata-se da análise das atividades dos indivíduos em determinadas condições sociais e as circunstâncias concretas que lhes cabem (LEONTIEV, 1978).

Este capítulo está dividido em três seções: 1) inicialmente, apresenta-se a estrutura da atividade humana; 2) num segundo momento, é explicado o conceito de atividade dominante e as especificidades das pessoas com esquizofrenias; 3) por fim, apresenta-se o desenvolvimento da consciência e da personalidade.

## 6.1 A estrutura da atividade

A atividade compreendida a partir da psicologia histórico-cultural é categoria fundamental para a constituição e desenvolvimento do psiquismo humano (LEONTIEV, 2004).

Para essa abordagem a atividade é definida como:

(...) forma de relação viva através da qual se estabelece um vínculo real entre a pessoa e o mundo que a rodeia. Por meio da atividade o indivíduo atua sobre a natureza, sobre as coisas e sobre as pessoas. Na atividade, o indivíduo desenvolve e realiza suas propriedades internas, intervém como sujeito em relação às coisas e como personalidade em relação às pessoas. Por seu turno, ao experimentar as influências recíprocas, descobre assim as propriedades verdadeiras, objetivas e essenciais das pessoas, das coisas, da natureza e da sociedade (PETROVSKI, 1985, p.143).

A principal atividade dos seres humanos é a atividade do trabalho, por meio dela foi possível o aparecimento da consciência humana. O trabalho pode ser definido como um “processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (MARX, 1867/2002, p.255). Ao agir sobre a natureza, modificando-a, o sujeito, ao mesmo tempo, também se modifica.

---

<sup>42</sup> Na seção 6.3 será explicado sobre os conceitos de consciência social e individual.



Para Marx, trabalho não é somente a atividade de transformar a natureza, mas a capacidade de idealizar a atividade previamente que possibilita a transformação dos seres humanos.

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No fim do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente (MARX, 1867/2002, p.256).

Assim como os seres humanos, os animais também promovem a transformação da natureza para a satisfação de suas necessidades, entretanto, não é possível chamar de trabalho, pois diferente dos seres humanos, os animais não o idealizam previamente. Por meio da atividade os indivíduos se relacionam com a realidade objetiva, a fim de satisfazer suas necessidades, e para melhor domínio da realidade o psiquismo humano se constitui (MARTINS, 2011).

O processo de construção do homem e da sociedade pelo trabalho, exigiram um nível de organização do homem determinante de ações que já não poderiam ser garantidas pelas relações naturais, mas sim por relações que são necessariamente sociais. As relações estabelecidas pelos homens para com a natureza e para com os outros homens, exigiram, portanto, uma forma particularmente humana de reflexo da realidade representada pela consciência (MARTINS, 2011, p. 62).

Em acordo com a perspectiva marxista, Leontiev (1978)<sup>43</sup> afirma que os seres humanos se constituem no processo de trabalho, onde produzem meios para a satisfação de suas necessidades biológicas e sociais. Eles se “modificam no processo de trabalho não só porque exteriorizam a sua atividade e, desta forma, cristalizam a sua práxis em realidades materiais e espirituais, mas ainda porque estas realidades repercutem sobre eles e os transformam (IANNI, 1984 apud MEIRA, p. 43, 2007).

Desta forma, Leontiev busca traduzir no nível psicológico a concepção marxista da história e para isto propõe a categoria atividade como principal núcleo da sua teoria (MEIRA, 2007).

Leontiev (1978) afirma que a atividade é uma unidade de vida, um elo intermediador entre o sujeito e o objeto, mediatizada pela imagem subjetiva da realidade, que tem como função orientar o sujeito no mundo objetivo. Entretanto, a atividade do indivíduo, obedece ao sistema

---

<sup>43</sup>Formula o conceito de atividade, em consonância com a concepção de Marx de que o trabalho é essencial para o desenvolvimento humano.

de relações da sociedade de classes, isto significa que sua atividade dependerá de qual posição ele ocupa dentro da sociedade, e quais as suas condições de vida.

A atividade humana está dirigida à satisfação de algo, de uma necessidade do sujeito, que para ser atendida precisa encontrar um objeto, ou seja, nem tudo que o sujeito realiza é uma atividade. Segundo Leontiev (1980, p.55), a característica básica da atividade é que ela tenha um objeto, pois é no objeto<sup>44</sup> da atividade que a necessidade encontra sua determinação: “a principal coisa que distingue uma atividade de outra reside na diferença entre os seus objetos. É o objeto da atividade que lhe confere uma certa orientação”.

Na sua obra “Atividade, Consciência, e Personalidade” e em seus textos “Consciência e Atividade” e “Uma contribuição à Teoria do Desenvolvimento da Psique Infantil”, Leontiev afirma que o objeto da atividade é o seu *motivo* (material e/ou ideal), isto é, o que dirige o indivíduo a agir na busca pela satisfação de uma necessidade. O conceito de atividade sempre estará relacionado ao conceito de motivo – não existe atividade sem motivo, a atividade que aparentemente é desprovida de motivo, possui um motivo oculto ao sujeito.

Em outras palavras, o motivo é gerador e mobilizador da atividade, sendo necessária a existência de uma necessidade como condição para o motivo/atividade. A necessidade por si mesma não gera atividade, é preciso que a necessidade encontre um objeto para satisfazê-la. A partir de uma atividade, ocorre a satisfação de necessidades, e o surgimento de novas necessidades, fazendo com que o motivo não seja somente gerador da atividade, mas também se produz na e pela atividade (LEONTIEV, 1978). O motivo, por exemplo, para um usuário do CAPS participar de um grupo pode ser pela necessidade de “se acalmar”, passar o tempo, ficar menos triste, conversar com outras pessoas- motivos que geram (o engajamento) a atividade. Mas ao engajar-se, novas necessidades surgem novos motivos, podendo coexistir também numa hierarquia de motivos, pois a atividade é polimotivada.

A realização de uma atividade, normalmente, exige a mobilização de diversos processos internos e externos, que são denominados de *ações*. Uma ação “é um processo cujo motivo não coincide com seu objetivo, (isto é, com aquilo para o qual ele se dirige), mas reside na atividade da qual ele faz parte” (LEONTIEV, 2016, p. 69). O autor ainda afirma que a ação é “o processo que corresponde à noção de resultado que deve ser alcançado, isto é, o processo que obedece a um fim consciente (LEONTIEV, 1980, p.55). Os fins são um resultado intermediário e imediato que necessita ser atingido, obedecendo ao motivo para qual foram determinados. Para Leontiev (1980;2004), o motivo está correlacionado para a atividade, assim como o fim está para a ação.

---

<sup>44</sup> Cabe aqui ressaltar que o termo “objeto” não está remetendo a instrumentos/artefatos, mas a motivos/objetivos.

As ações não são elementos separados que estão na composição da atividade, mas a atividade como sendo a mais complexa, é composta por uma cadeia de ações. O sujeito ao desejar alcançar um objetivo, planeja mentalmente as ações necessárias para que atinja tal fato. O encadeamento das ações que se dirigem para alcançar o objetivo, são impulsionados pelo motivo que gera a atividade.

Os componentes operacionais pelos quais a ação se realiza são denominados de *operações*. As operações são as formas como se efetivam as ações (LEONTIEV, 1978;1980). As ações e operações se distinguem pelo grau de consciência exigido durante a sua realização: “As operações conscientes são formadas inicialmente como um processo dirigido para o alvo, que só mais tarde adquire a forma, em alguns casos, de hábito automático” (LEONTIEV, 2016, p.75). Isto é, à medida que a ação (toda operação surge como ação consciente) se automatiza, é exigido um menor grau de consciência para a sua realização, até que converter-se em uma operação. “Quando o nível do desenvolvimento das operações é suficientemente alto, torna-se possível passar para a execução de ações mais complicadas e estas, podem proporcionar a base para novas operações que preparam a possibilidade para novas ações” (LEONTIEV, 2016.p.76).

Em síntese, a estrutura da atividade humana é composta por: *motivos*, as *ações* e seus *fins* e as *operações*. A relação entre esses elementos não ocorre de maneira estática, pelo contrário, estão em constante transformação, em um sistema dinâmico.

A atividade pode perder o motivo que a levou à vida, e então ela se converte em ação que realiza, possivelmente, uma relação totalmente distinta com o mundo, uma outra atividade; ao contrário, a ação pode se transformar em modo de alcançar o objetivo, em uma operação capaz de realizar diversas ações (LEONTIEV, 1978, p.87, tradução nossa).

A análise da estrutura da atividade é fundamental para compreender o processo de desenvolvimento humano na perspectiva da psicologia histórico-cultural, como também é essencial para o entendimento de um trabalho no CAPS voltado para o desenvolvimento do sistema psicológico do usuário com esquizofrenia.

O desenvolvimento psíquico não pode ser compreendido sem uma profunda investigação do aspecto objetual de conteúdo da atividade, isto é, sem aclarar com que aspectos da realidade interage a criança em uma ou outra atividade e, em consequência, para que aspectos da realidade se orienta (ELKONIN, 1987, s/p).

Progressos expressivos no desenvolvimento das funções só são possíveis se essas funções ocuparem lugar determinado na atividade, ou seja, se entrarem numa operação em que seja exigido um nível de desenvolvimento para a realização da ação correspondente (TULESKI; EIDT, 2020, p.46)

Desta forma, é preciso que ao planejar atividades<sup>45</sup> a serem realizadas com os usuários no CAPS, elas sejam revestidas do sentido psicológico do conceito de atividade como formulado por Leontiev, ou seja, em seu potencial de mobilizar as funções psicológicas superiores, requeridas em específico durante determinada/s atividade/s. Isto é, se o profissional propõe como atividade um desenho livre, não se pode somente entregar papel e caneta para o usuário, deixando-o “livre” para “fazer a atividade”. É necessário que haja uma mediação do profissional, e que elabore a atividade de forma que o indivíduo sinta alguma necessidade que “provoque” seu psiquismo. Assim, para compreender a importância da teoria da atividade para os trabalhos desenvolvidos no CAPS, é necessário compreender a atividade no processo de desenvolvimento humano. E, também, ter como premissa que o trabalho de reabilitação psicossocial pelos CAPS deve focar o desenvolvimento humano, ou seja, ensinar um conjunto de condições, recursos, relações e atividades com este fim.

Assim como Leontiev, baseado na perspectiva marxista, Vigotski também utilizou da análise da atividade como método da psicologia. A ideia que o levou a análise da atividade psíquica foi a atividade do trabalho, produtiva, que é realizada com o auxílio de um instrumento, uma atividade que se desenvolve em comunicação com as pessoas (LEONTIEV, 1978).

O instrumento medeia a atividade, que nos liga não apenas no mundo das coisas, mas ao mundo das pessoas. Graças a isso, a atividade assimila a experiência da humanidade. Daí também resulta que os processos psíquicos (suas “funções superiores”) adquirem a estrutura que tem como elo obrigatório os meios e modos formados sócio-historicamente, transmitidos pelas pessoas ao redor no processo de cooperação, no contato entre elas. (...) os processos superiores especificamente humanos podem se originar apenas na interação entre pessoas, ou seja, como processos *interpsicológicos*, e só então eles começam a ser executados pelo indivíduo de forma independente; além disso, alguns deles posteriormente perdem sua forma exterior inicial, convertendo-se em processos *intrapsicológicos* (LEONTIEV, 1978, p.78).

Vygotski (1931/2000a) apresenta a internalização dos processos interpsíquicos em intrapsíquicos ao longo do desenvolvimento humano, esta internalização ocorre por meio dos signos, que são instrumentos mediadores das atividades mentais internas e mediadores das relações dos seres humanos com a cultura. Para Vygotski (1931/2000a) a atividade humana é principalmente uma atividade prática, pois é por meio do contato prático do indivíduo com o mundo que é produzido o reflexo psíquico da realidade, sendo, portanto, de início, uma

---

<sup>45</sup> Aqui a palavra atividade não está sendo usada como conceito psicológico da psicologia histórico-cultural e sim numa acepção usual de atividades cotidianas ou referindo-se às propostas como oficinas nos CAPS, por exemplo.

atividade externa e posteriormente atividade interna (mental)<sup>46</sup>. Martins (2011) ressalta que é necessário para compreender esta afirmação reconhecer que a atividade prática dos indivíduos contém componentes psíquicos internos desde a sua gênese. Ou seja, no curso do desenvolvimento humano ocorre a interiorização da atividade, a atividade mental se desprende da atividade objetiva externa.

Além disso, “à posição de que as atividades psíquicas internas provêm da atividade prática, historicamente constituída como resultado da formação da sociedade humana, fundada no trabalho” - e que os indivíduos se constituem no curso de desenvolvimento ontogenético - ligou-se a uma outra proposição, a de que simultaneamente ocorre a alteração na forma do reflexo psíquico da realidade, isto é, surge a consciência (LEONTIEV, 1978, p.78). Desta forma, não é possível falar em um deslocamento da atividade externa para um plano da consciência interior, mas sim de um processo em que o plano interior é formado.

## **6.2 Atividade dominante no desenvolvimento psíquico**

O processo de desenvolvimento do sujeito é caracterizado pela existência de uma atividade dominante/guia em cada momento da sua existência, que tem uma maior importância para o desenvolvimento da sua personalidade (LEONTIEV, 2004).

Chamamos de atividade dominante da criança a que comporta as três características seguintes. Primeiramente, é aquela sob a forma da qual se diferenciam tipos novos de atividade. (...) Segundo, a atividade dominante é aquela na qual se formam ou se reorganizam os seus processos psíquicos particulares. (...) Terceiro, é aquela de que dependem mais estreitamente as mudanças psicológicas da etapa do seu desenvolvimento. A atividade dominante é, portanto, aquela cujo desenvolvimento condiciona as principais mudanças nos processos psíquicos da criança e as particularidades psicológicas da sua personalidade num dado estágio do seu desenvolvimento.” (LEONTIEV, p. 2004, 312).

A cada estágio do desenvolvimento psíquico o indivíduo estabelece um certo tipo de relação com a realidade. Segundo Elkonin (1987), as atividades dominantes de cada período são organizadas da seguinte forma: no primeiro ano de vida, a atividade guia é a atividade de comunicação emocional direta; na primeira infância, a atividade objetiva manipulatória; na idade pré-escolar, a atividade do jogo de papéis; na idade escolar, a atividade de estudo; no momento inicial da adolescência, a atividade de comunicação íntima pessoal; e posteriormente na

---

<sup>46</sup> “A atividade interna por sua forma, ao originar-se da atividade externa prática, não se separa e não se coloca acima dela, mas preserva uma ligação fundamental e, ademais, dupla, com ela” (LEONTIEV, 1978, p.50).

adolescência, a atividade profissional e de estudo. Entretanto, não significa que na mudança de uma atividade para a outra, a anterior seja eliminada, mas que elas se requalificam e são subordinadas a nova atividade dominante.

Ao estudar o desenvolvimento humano, Vygotski (1996), buscou ir além das aparências dos fenômenos, buscando a sua essência, e captando o seu movimento de forma dialética. Para a compreensão e discussão das características e dinâmica do desenvolvimento humano, Vigotsky destaca o conceito de neoformações.

Entendemos por formações novas o novo tipo de estrutura da personalidade e de sua atividade, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam, no aspecto mais importante e fundamental, a consciência da criança, sua relação com o meio, sua vida interna e externa, todo o curso de seu desenvolvimento em um período dado. (VIGOTSKY, 1930/1996d, p.255, tradução nossa).

Assim, cada período terá uma formação principal que guiará os processos do desenvolvimento, modificando a atividade guia e reorganizando a personalidade. Em consonância com Leontiev (2016), a produção e reconstrução das ações e operações da criança, num dado período estável do desenvolvimento, cria condições para a mudança da atividade principal.

Para refletir sobre a atividade dominante considerando as especificidades das pessoas com esquizofrenia, tomou-se o período da juventude para a análise da atividade guia, entretanto é importante ressaltar que não podemos isolar esse momento do desenvolvimento e desconsiderar todo o seu processo de desenvolvimento anterior a esta atividade dominante, é necessário considerar as suas condições materiais, a sua história de vida e como essa personalidade se constituiu a partir das relações que essa pessoa estabeleceu, e daquelas que estabelece continuamente, considerando que essa personalidade é o resultado de uma atividade social.

Segundo Abrantes e Bulhões (2020, p.242), analisar o processo de desenvolvimento da juventude e identificar a sua atividade-guia é pressupor a unidade contraditória “entre a atividade de estudo profissionalizante e a atividade produtiva, destacando que a predominância de uma delas ocorre pela determinação da posição que o jovem ocupa em relação aos meios de produção. Isto é, o jovem filho da classe trabalhadora, sobretudo dos estratos de menor qualificação e menor renda, tem necessidade de ingressar imediatamente no mercado de trabalho, muitas vezes para conseguir ter acesso aos estudos e se qualificar para o trabalho, enquanto o jovem de famílias da burguesia e dos estratos de trabalhadores com melhores

condições econômicas pode se orientar mais para a atividade de estudos, para sua formação profissional superior (ABRANTES; BULHÕES, 2020, p.242).

Se a atividade-guia culmina na formação da personalidade das pessoas, e se essa atividade na idade adulta expressa-se pela forma do trabalho, há que se constatar que apenas com a superação das relações de alienação, cujo fundamento reside na propriedade privada, no sistema dinheiro - no capital -, que podemos afirmar que, de fato, a atividade-guia da idade adulta encontra-se a serviço do real desenvolvimento dos indivíduos (CARVALHO; MARTINS, 2020, p.288).

Portanto, observa-se que existe uma relação intrínseca entre a atividade e a formação das funções superiores mais complexas, isto é, as mais sociais. De acordo com Tuleski e Eidt (2020, p.46) “progressos expressivos no desenvolvimento das funções só são possíveis se essas funções ocuparem um lugar determinado na atividade, ou seja, se entrarem numa operação que seja exigido um nível de desenvolvimento para a realização da ação” (MARTINS, 2013). Desta forma, não é qualquer atividade realizada no CAPS que mobilizará o psiquismo dos usuários, as funções psicológicas superiores só irão se desenvolver em atividades que as requeiram.

Considerando que a atividade-guia na juventude e na vida adulta é o trabalho ou a atividade de estudo<sup>47</sup>, dependendo da posição que o indivíduo ocupa em relação aos meios de produção, como é possível pensar em termos do desenvolvimento do psiquismo para a população que está excluída das relações de trabalho? Mesmo considerando a exploração e precarização que revestem a forma do trabalho no capitalismo. Como avançar nessa reflexão, considerando as particularidades das pessoas com esquizofrenia? É necessário que elas encontrem espaços sociais/relações sociais para que se engajem em atividade-guia para seu desenvolvimento. As atividades do CAPS, tanto as mais internas, como aquelas não encerradas no interior da instituição, mas articuladas pela equipe, na relação deste serviço com a vida social, precisam ensejar as características descritas para a atividade-guia, dinamizando assim o desenvolvimento psíquico desses indivíduos.

Para Vigotski (1934/1998) a esquizofrenia é caracterizada como uma alteração do pensamento que se dá a partir de uma desintegração do sistema de conceitos, sendo que desenvolvimento do conceito acontece desde que a criança começa a se relacionar com o mundo social. É uma possibilidade de que o sistema de conceitos só será reconfigurado na medida que as atividades e as relações afetivas/emocionais tenham uma dimensão de sentido para essa personalidade que está se desintegrando.

---

<sup>47</sup> Vale destacar que na adolescência a comunicação íntima com os pares também é considerada como atividade guia.

Ao propor uma atividade terapêutica no CAPS, o profissional precisa considerar todos os aspectos que estão envolvidos na relação grupal, tanto em termos das particularidades da esquizofrenia, quanto do processo grupal. Dado que na esquizofrenia o sistema de conceitos se desintegra, todo o sistema da personalidade também é afetado, portanto, ao propor uma atividade é necessário compreender que todo sistema de significação está comprometido, e que isso terá implicações para a expressão de afeto, por exemplo, para a compreensão e a conduta envolvendo hábitos, valores e códigos culturais na comunicação e interação social, que estão configurados historicamente como sistemas de significados sociais. Na realização de uma atividade que requeira a interpretação de gestos simbólicos com manifestação de afetos, a pessoa com esquizofrenia poderá ter maior dificuldade de compreensão, ou um “caminho” (via alternativa) para tal que se difere das outras pessoas em geral. Assim, se poderia avançar na reflexão sobre como, de que formas, um trabalho terapêutico, de reconstituir essas mediações, teria que ser? Para ser capaz de dinamizar um novo processo de desenvolvimento do sistema das emoções, por exemplo, como o processo grupal necessita ser configurado para desenvolver as funções psíquicas? Para recomposição de um processo de significação, de generalização de conceitos, é preciso que os indivíduos estejam em um processo de atividade que demande a necessidade de conversar com alguém, por exemplo. Um processo grupal terapêutico precisa gerar necessidades que provoquem o psiquismo e produza a necessidade do indivíduo se comunicar, porque existem motivos e necessidades envolvidos. Do facilitador, se requer ter determinada intencionalidade, para contribuir ao processo grupal, de modo que este gere, ou acolha as surgentes, necessidades de falar, de raciocinar, de fazer. Isso nos leva a pensar nas implicações, por exemplo, de atividades dirigidas demais, em que o profissional seja “o protagonista”, como, também, em atividades em que as ações são essencialmente de manuseio individual de materiais; o profissional os distribui a cada um, e espera, orienta, que cada usuário trabalhe individualmente, em silêncio. De todo modo, a atividade precisa ser pensada de forma que enseje necessidades para o indivíduo, ou que se organize em torno de necessidades já existentes e emergentes.

Após a breve apresentação da teoria da atividade, cabe aqui se debruçar sobre os conceitos de consciência e personalidade, que segundo Leontiev (19878) assim como a atividade são categorias principais de estudo da psicologia. Para então, sistematizar a relação destes conceitos com a atividade humana e como isto pode fundamentar práticas em um serviço de saúde mental com usuários com diagnóstico de esquizofrenia.



### 6.3 O desenvolvimento da consciência e da personalidade

A consciência surge pela primeira vez nos seres humanos no processo de formação do trabalho e das relações sociais. As pessoas ao entrarem em contato uma com as outras na atividade do trabalho desenvolveram a língua, que tem como objetivo designar objetos e o próprio processo de trabalho. Para Marx e Engels, “a língua é consciência real, prática, existente para outras pessoas, e apenas assim existente também para mim mesmo” (p.200 apud LEONTIEV, 1978, p.27).

O desenvolvimento da consciência em cada pessoa carrega em si todo o acúmulo do processo social e histórico das gerações antecessoras, sua consciência é produto de sua atividade no mundo objetivo. Por meio da atividade mediada pela comunicação com outros indivíduos, é que ocorre o processo de assimilação do que foi produzido anteriormente pelo gênero humano.

O pensamento de Marx, se alicerça na ideia de que “a consciência não é uma manifestação de certa capacidade mística do cérebro humano de irradiar “a luz da consciência” sob influência das coisas que atuam sobre ele”, mas é produto de relações sociais que os indivíduos participam. “É nos processos engendrados por essas relações que os objetos são colocados na forma de imagens subjetivas em cada pessoa, na forma de consciência” (LEONTIEV, 1979.p.28).

Mas qual a relação entre atividade e consciência apresentada por Leontiev? A atividade humana é regulada e mediada pela consciência, isto é, pelo reflexo psíquico da realidade, que tem como função orientar os indivíduos no mundo objetivo. A partir das relações que os sujeitos estabelecem com o mundo concreto, o reflexo psíquico da realidade se desenvolve e, em diferentes graus e momentos desse processo, o reflexo psíquico de então, mas sempre em transformação, passa a ter função mediadora da relação sujeito-atividade.

Leontiev (1978, p.20) propõe uma análise da consciência a partir das condições sociais e históricas que a constituíram. Para ele a relação da consciência com a atividade humana constitui uma unidade dialética, “o reflexo da realidade surge e se desenvolve no processo de desenvolvimento das relações reais de sujeitos cognoscentes com o mundo humano circundante; tais relações são determinadas e, por sua vez, têm efeito no desenvolvimento desses sujeitos”. O reflexo psíquico não é um simples espelhamento da realidade objetiva, mas é caracterizado pelo fluxo entre objetividade e subjetividade, ou seja, é um processo ativo.

Leontiev (1978) afirma que a consciência, de início, existe para os sujeitos somente como forma de imagem psíquica, com a função de revelar o mundo para os sujeitos. Em um segundo momento, a atividade se torna objeto da consciência, tomando consciência da ação dos

outros sujeitos e a partir delas das ações do próprio sujeito. Nessa etapa a atividade e consciência se comunicam, significando, com apoio da linguagem oral ou dos gestos.

A consciência é compreendida na psicologia histórico-cultural como um ato psíquico experimentado pelo sujeito e ao mesmo tempo entendido como expressão das relações que os indivíduos estabelecem entre si e com o mundo. A consciência, segundo Leontiev é a expressão de uma “forma superior de psiquismo que surge por consequência da transformação evolutiva, da complexificação e hominização do cérebro humano, sendo que neste processo histórico de transformação operam de maneira decisiva o trabalho e o desenvolvimento da linguagem” (MARTINS, 2001, p.62). Logo, a consciência (definida como sistema de conhecimentos) vai se constituindo à medida que os sujeitos vão se apropriando da realidade, e operando com os significados socialmente elaborados por meio da linguagem.

Assim como Leontiev, Vygotski (1934/1991) também assevera a relação dialética entre consciência e atividade. Vigotski utiliza do conceito de internalização das funções psicológicas superiores para explicitar o processo de formação da consciência:

Cremos que o sistema de análise psicológico adequado para desenvolver uma teoria deve partir da teoria histórica das funções psíquicas superiores, que por sua vez se apoia em uma teoria que responde à organização sistêmica e ao significado da consciência no homem. Essa doutrina atribui um significado primordial a: a) a variabilidade das conexões e relações interfuncionais; b) a formação de sistemas dinâmicos complexos, integrantes de toda uma série de funções elementares, e c) o *reflexo generalizado da realidade na consciência*. Esses três aspectos constituem, na perspectiva teórica que defendemos, o conjunto de características essenciais e fundamentais da consciência humana e são a expressão da lei segundo a qual os saltos dialéticos não são unicamente a transição da matéria inanimada à sensação, mas também dela ao pensamento (VYGOTSKI, 1997, p. 134, grifo do autor).

A atividade humana/ a apropriação da realidade pelo sujeito exige mediações, e compete à consciência a função desse direcionamento, possibilitando o desenvolvimento da atividade e da própria consciência (MARTINS, 2001).

De acordo com Leontiev (1978;1980), a base da consciência humana, são as imagens sensoriais (conteúdo sensível), que tem como objetivo conceder realidade ao quadro consciente do mundo que se revela para os indivíduos. As imagens sensoriais são uma forma universal do reflexo psíquico que são geradas a partir da atividade objetiva dos sujeitos, formando a composição sensorial da imagem específica da realidade (LEONTIEV, 1978/1980).

Sobre o conteúdo sensível da consciência, Leontiev (1980, p.64) afirma que:

A natureza profunda das imagens sensíveis mentais reside na sua objetividade, no fato de serem geradas em processos de atividade formando a conexão prática entre o sujeito e o mundo objetivo externo. As imagens sensíveis, independente da

complexidade que as relações e formas de atividade possam implicar, retêm a sua referência objetiva inicial.

O conteúdo sensível apesar de ser a base da consciência humana, não representa toda a sua especificidade. A estrutura da consciência também é constituída pelo significado social e pelo sentido pessoal. Assim, as imagens sensoriais dos sujeitos adquirem uma nova qualidade, a sua significação.

O reflexo psíquico da realidade nos seres humanos, segundo Leontiev (1978, p.110), se constitui por meio da linguagem. “Os significados são os mais importantes “formadores” da consciência humana”, refratam o mundo na consciência da pessoa. Eles são formas ideais da existência do mundo objetivo, “convertida em matéria de língua, suas propriedades, conexões e relações, ocultas pela prática social conjunta”. A partir da comunicação, os significados linguísticos são apropriados pelos indivíduos, fazendo com que o conteúdo da consciência social passe também a existir no conteúdo da consciência individual do sujeito. Nas palavras de Leontiev (2004, p.100), “sob a forma de significações linguísticas, constitui o conteúdo da consciência social: entrando no conteúdo da consciência social, torna-se assim a "consciência real" dos indivíduos, objetivando em si o sentido subjetivo que o refletido tem para eles”.

A consciência individual é aquela que apresenta a realidade a um indivíduo, membro de uma sociedade, que assimila de forma própria (reelaborando) o conteúdo da consciência social. Ela depende das condições concretas de vida do sujeito, isto é, de sua atividade (MARTINS, 2001). Para Leontiev (1960, p.89), a consciência individual “se forma no processo de assimilação das representações, dos conceitos e dos pontos de vistas elaborados pela sociedade”.

Os significados ao se tornarem parte do reflexo psíquico individual adquirem uma nova qualidade sistêmica, sendo, portanto, necessário analisá-lo em relação a outro elemento da consciência, o sentido pessoal. Os significados, ao mesmo tempo que são produzidos pela sociedade e têm sua história no desenvolvimento da linguagem (existência objetiva), também se individualizam e se subjetivam (sentido pessoal), mas nesse segundo momento não perdem a natureza sócio-histórica, sua objetividade (LEONTIEV, 1978).

O homem encontra um sistema de significações pronto, elaborado historicamente, e apropria-se dele tal como se apropria de um instrumento, esse precursor material da significação. O fato propriamente psicológico, o fato da minha vida, é que eu me aproprie ou não, que eu assimile ou não uma dada significação, em que grau eu a assimilo e também o que ela se torna para mim, para a minha personalidade; este último depende do sentido objetivo e pessoal que esta significação tenha para mim (LEONTIEV, 2004, p. 102).

Portanto, Leontiev denomina de sentido pessoal, a existência particular e subjetiva dos significados que só será consciente quando “ligado” a um significado, isto significa que para encontrar o sentido pessoal é necessário “descobrir o que motivo que lhe corresponde”, sendo que, “todo sentido é sentido de alguma coisa”, é sentido de uma significação que se individualiza na consciência (LEONTIEV, 2004, p. 104).

No trecho a seguir, Martins (2001, p.68) também descreve este processo:

Os significados portanto, resultam das apropriações efetivadas pelos homens de todo um sistema de objetivações elaborados historicamente. Neste sentido, em sua gênese são supra-individuais, fundam-se em relações objetivas, na prática social da humanidade, pertencendo, acima de tudo, ao mundo dos fenômenos objetivamente históricos. Desta forma, representam as maneiras pelas quais os homens assimilam a experiência humana generalizada.

Mas as significações, disponibilizadas enquanto objetos de apropriações, vão se converter em dados do reflexo psíquico de um indivíduo determinado passando a ocupar nele um lugar específico, a desempenhar um papel na vida deste indivíduo e em suas relações com o mundo, ou seja, adquirem um sentido subjetivo. Este fato porém, não ocorre em detrimento do conteúdo objetivo das significações, estas não perdem sua objetividade pois permanecem com seu caráter social geral, mas adquirem também um caráter particular, individual, resultante da interação real que existe entre o indivíduo e o mundo que o cerca.

A formação da consciência, portanto, se estabelece no processo de assimilação e domínio dos significados, durante a atividade prática (externa) com os objetos materiais e com a comunicação realizada principalmente pela linguagem. Por meio da apropriação e objetivação são formados os conceitos, que elaborado socialmente constituem a consciência do indivíduo (MARTINS, 2001).

Marx e Engels disseram também, além da criação do método geral de pesquisa histórica da consciência, sobre as transformações pelas quais a consciência humana passa no curso de desenvolvimento da sociedade. Isto é, as transformações pelas quais passa nas condições do desenvolvimento da divisão social do trabalho - em que trabalhadores são divididos para cada parte do processo de produção e que, também, ocorre a separação entre atividade teórica (capacidade de planejar anteriormente o produto) e prática (execução da atividade idealizada). A partir disso, ocorre a inadequação entre o sentido que a atividade adquire para o trabalhador e o seu produto, seu significado objetivo, levando o trabalhador à alienação da consciência (sentido e significado estão desconectados na consciência) e à sua desintegração. Entretanto, segundo os autores só seria possível eliminar tal desintegração mediante a extinção das relações de propriedade privada, com a passagem da sociedade de classes para a sociedade comunista (LEONTIEV, 1978).

Portanto, ao estudar a consciência é necessário considerar que sua constituição se deu a partir das relações sociais estabelecidas pelo indivíduo, e que ao modificar as condições sociais a consciência se modifica qualitativamente, ou seja, a consciência depende do modo de produção da vida material dos sujeitos. Vigotski (1930) também compartilha do mesmo entendimento de Leontiev, ao afirmar em *A transformação socialista do homem* que a personalidade é constituída por meio do desenvolvimento histórico dos indivíduos, relacionando que a constituição do psiquismo está estritamente ligada com o desenvolvimento das forças produtivas e com a posição que esse indivíduo ocupa dentro da estrutura da sociedade.

Leontiev (1978) define a personalidade como uma formação humana especial, que assim como a consciência humana e suas necessidades, ela também é produzida/criada pelas relações sociais estabelecidas pelos indivíduos em sua atividade. Porém, o fato da personalidade se modificar no decorrer deste processo, alterando algumas características dos indivíduos, não é a causa da formação da personalidade, mas sim sua consequência.

A personalidade, assim como o indivíduo, é produto da integração de processos que se realizam nas relações de vida do sujeito. Existe, contudo, uma diferença fundamental da formação especial a que chamamos de personalidade. Ela se define pela natureza das relações que a engendram, isto é, as relações sociais específicas para a pessoa, nas quais ela toma parte em sua atividade objetiva (LEONTIEV, 1978, p.140).

De acordo com Leontiev (1978) o que constitui a unidade de partida da análise psicológica da personalidade não são os elementos estruturais da atividade (ações e operações) e nem mesmo as funções psicológicas, mas sim as atividades dos sujeitos. As ações, operações e funções são características da atividade e nada dizem sobre a relação com a personalidade.

Ainda sobre o conceito de personalidade, Leontiev (1978, p.138) afirma:

(...) a personalidade não se reduz a fragmentos, não é um coral formado por diversos pólipos. Mas a personalidade constitui uma formação integral de um tipo especial. Não é uma integridade condicionada de modo genotípico: a personalidade não nasce, a personalidade se faz. É por isso que não falamos sobre a personalidade de um recém-nascido ou de um lactante, ainda que os traços da individualidade se manifestam nos estágios iniciais da ontogênese com clareza não menor que nas etapas mais tardias. A personalidade é um produto relativamente avançado do desenvolvimento histórico-social e ontogenético do homem.

Portanto, a personalidade é uma formação psicológica, que assim como ressaltado por Leontiev (1978) e apontado por Martins (2004), vai se constituindo como resultado das transformações da atividade do sujeito com o mundo. Isto também pode ser observado no

capítulo quatro deste trabalho, ao apresentar todo o processo de desenvolvimento das funções psicológicas superiores, a mudança entre os nexos funcionais e como as funções representam a forma ativa das manifestações da personalidade.

Como apresentado no capítulo quatro, o desenvolvimento da personalidade do sujeito está relacionado ao desenvolvimento do pensamento por conceitos que ocorre durante a adolescência possibilitando que o mesmo tome consciência de seu próprio comportamento. Segundo Vygotski (1930/1996e, p. 231) “a personalidade é a autoconsciência do homem(...) um novo comportamento do homem se transforma em comportamento para si, o homem toma consciência de si mesmo, como uma determinada unidade”. Sendo a autoconsciência um processo do desenvolvimento do ser consciente, para Vigotski este seria o resultado final da idade de transição, o adolescente começa a conhecer e sistematizar o mundo formando sua autoconsciência. Cabe aqui destacar que a pessoa com esquizofrenia, como já ressaltado não opera plenamente com o sistema de conceitos, pelo menos não de modo típico, portanto sua autoconsciência também estará afetada.

Conclui-se que o trabalho grupal no CAPS pode permitir que as pessoas com esquizofrenia constituam novos nexos entre as funções psicológicas superiores e tenham a possibilidade de desenvolver novas significações e conceitos. O sistema da consciência, cuja dinâmica interfuncional é o que fornece base para a possibilidade do desenvolvimento da personalidade, pode ser mobilizado no trabalho grupal, na medida em que esse tenha a potência de mobilizar o desenvolvimento das funções psicológicas. Assim, o trabalho grupal alcança um papel de destaque no processo mais amplo da reabilitação psicossocial, isto é do desenvolvimento do indivíduo/ da personalidade.

## **7 SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL PARA O PROCESSO GRUPAL COM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA, ALGUMAS ILUSTRAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

Neste capítulo, pelo qual se encaminha o encerramento deste trabalho, o objetivo é tecer afirmações mais sintéticas e conclusivas, somente possíveis pelo estudo sistematizado nas seções anteriores, sobre o processo grupal, o desenvolvimento do sistema psicológico, e a esquizofrenia. Pretende-se contribuir, para avanços científicos em psicologia na área da saúde, no processo de trabalho, na formação e educação permanente daqueles profissionais que atuam com práticas grupais na atenção em saúde mental.

Fundamentando-se no referencial teórico da psicologia histórico-cultural, destaca-se que as leis que regem o desenvolvimento humano normal são as mesmas que regem os processos patológicos no curso do desenvolvimento; não há dicotomia entre o normal e o patológico, portanto, as leis do desenvolvimento psíquico são as mesmas para os indivíduos com esquizofrenia.

Propomos que os profissionais assim compreendam o desenvolvimento e a desintegração das funções psicológicas superiores na sua generalidade, mas também o desenvolvimento singular de cada pessoa com esquizofrenia. E que na facilitação do processo grupal, ao se ater à dinâmica e estrutura das funções de cada uma das pessoas acompanhadas, e em suas mudanças potenciais, o profissional não acabe por perder o próprio grupo, e a atividade que ele engendra, como fonte (uma das) do desenvolvimento individual. O enfoque microgenético do desenvolvimento individual e o enfoque na grupalização devem constituir uma unidade.

No decorrer deste capítulo, serão apresentados alguns exemplos de manejos em que subjaz algum enfoque microgenético durante as atividades grupais com os usuários do CAPS. Contudo, não se deve tomar o grupo, e a atividade, como um mero ‘cenário’ das condutas individuais/atividade psíquica, ou mesmo um ‘recurso’ para a proceder a avaliação psicológica, ou a terapêutica, de cada indivíduo, isoladamente, em uma relação bilateral profissional-paciente; o grupo é fonte, referência imanente, das possibilidades de condutas de seus participantes. As interações do tipo profissional-(cada)paciente não devem se sobrepor às interações intragrupais e intergrupais (com outros grupos e atividades do CAPS, e externas a ele, por exemplo).

À presente pesquisa cabe o desafio de demonstrar, nesta síntese de reflexões e recomendações finais, que o potencial grupal para a reabilitação psicossocial com pessoas com

esquizofrenia está, justamente, na tentativa de agregar às intencionalidades e ao manejo do trabalho grupal, tanto as contribuições mais gerais já apresentados na literatura sobre grupos na perspectiva sócio-histórica e da psicologia social brasileira e latino-americana, quanto àquelas a respeito das bases que regem a organização, e possíveis reorganizações do sistema psicológico em seu desenvolvimento típico e também atípico, no curso das manifestações da esquizofrenia, sem perder a singularidade de cada indivíduo.

Ao destacarmos o trabalho simultâneo nos planos genético e sociogenético do desenvolvimento humano, não podemos perder de vista que os processos microgenéticos<sup>48</sup> tem os sociogenéticos<sup>49</sup> como fonte. Isto é, no caso deste trabalho, a importância de conceber o processo grupal como se constituindo em parte pelas articulações do que cada participante expressa sobre si e sua história de vida e, ao mesmo tempo, como fonte de novas experiências que virão a integrar o curso dessa história de vida, a partir de então. Para tanto, existe a dificuldade (que é também da autora, na produção dessa escrita a respeito) de manejar o processo grupal com foco tanto nos processos microgenéticos como sociogenéticos, ou seja, articulando essas duas dimensões, do nível mais individualizado e do nível mais coletivo. O profissional precisa considerar que o grupo é a fonte de possibilidades para o desenvolvimento individual, ou seja, sua potência não está na relação bilateral coordenador-cada pessoa, mas sim em promover uma maior potência entre as pessoas, e entre as pessoas com a atividade. Há necessidade de entender a história de cada um, incentivar e criar oportunidades para que cada indivíduo fale/se expresse sobre os aspectos de sua história pessoal e seja ao mesmo tempo interlocutor das expressões de outrem. O argumento central nessas reflexões rumo às diretrizes finais, é a necessidade de olhar dialeticamente para o desenvolvimento individual, juntamente com as especificidades da esquizofrenia e, simultaneamente, não perder de vista os modos de manejo que potencializem a grupalidade entre os participantes.

Após todo o percurso desenvolvido nesta pesquisa, pode-se afirmar que o processo grupal no CAPS necessita considerar dois aspectos: primeiramente, que as atividades devem ser organizadas almejando promover o desenvolvimento da consciência, considerando o desenvolvimento de cada indivíduo, mas considerando também, que estes usuários têm algumas características gerais comum, ligadas às alterações mais típicas do quadro da esquizofrenia.

A maioria dos grupos nos CAPS não é realizada exclusivamente com pessoas com esquizofrenia, e também não é objetivo deste modelo assistencial de cuidado dividir e agrupar

---

<sup>48</sup> Para Vigostki existem fatos na vida de cada sujeito que vão determinar a singularidade de sua vida.

<sup>49</sup> História do grupo cultural.



os indivíduos por patologia. O diagnóstico de esquizofrenia não deve ser, portanto, o critério principal para definir a composição grupal e as técnicas grupais<sup>50</sup> a serem utilizadas, pois estas não são específicas para cada patologia; o diagnóstico é uma informação relevante na medida que sinalize algumas características e necessidades gerais comuns a subgrupos dos usuários.

Além da necessidade de o profissional considerar que no grupo existem diferentes necessidades entre os usuários, ele também precisa ter consciência da importância de não reproduzir no processo grupal ideologias de cunho adaptativo, que estão na estrutura de manutenção e reprodução do capital. Caso o profissional não tenha essa compreensão, ele pode “naturalmente” compactuar com determinados padrões de relações úteis à reprodução do capital, reforçando-os, que se presentificam nos processos grupais nas instituições, mas emergem das contradições da sociedade. Ademais, não é somente o profissional que pode reproduzir tais padrões, mas estes tenderão a acontecer entre os participantes (preconceitos, opressões de gênero, sistemas de privilégios, desvalorização de alguns papéis, identidades ou tarefas, competitividade, violências, etc.). A questão é como o profissional irá trabalhar com o grupo a reflexão e conscientização sobre os ocorridos com foco no desenvolvimento grupal em outra direção: respeito, igualdade de direitos, solidariedade, não às opressões e às violências.

Para a síntese conclusiva das contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social latino-americana para o trabalho com grupos, no CAPS, com usuários com esquizofrenia, optou-se por organizá-la em duas partes. A primeira relacionada às contribuições mais gerais que esses referenciais aportam para as práticas grupais em saúde mental, e a segunda para ressaltar as contribuições de maior especificidade junto às pessoas com esquizofrenia.

### **7.1 Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural e Social latino-americana para as práticas grupais em saúde mental**

Como apresentado ao longo do texto, o processo grupal é compreendido na perspectiva deste trabalho, como uma experiência histórica, resultado das relações que os indivíduos se apropriam, e ao mesmo tempo objetivam, na experiência grupal, fazendo-se presentes aspectos gerais da sociedade e suas contradições. O grupo não é a soma de seus membros e das relações que estabelecem entre si, mas para compreendê-lo é necessário considerar as relações e os

---

<sup>50</sup> Não é objetivo deste estudo defender a divisão por patologias, mas dar enfoque a esquizofrenia e refletir como os usuários se portam e desenvolvem nesses grupos.

vínculos entre os indivíduos, bem como as necessidades individuais socialmente produzidas que são expressas no cotidiano da prática social.

### 7.1.1 Aspectos que qualificam a preparação e condução dos grupos

Ao adotar-se como objeto de estudo o processo grupal no interior dos CAPS com os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia<sup>51</sup> é necessário conhecer a Política de Saúde, como surgiu e se desenvolveu, quais influências sofreram para sua consolidação<sup>52</sup>, qual o objetivo do serviço, e qual a finalidade da realização de grupos dentro de um serviço de saúde mental. Alguns pontos merecem atenção dos profissionais na organização das práticas grupais realizadas no CAPS, entre estes buscar saber: 1) a história de vida de cada membro, tanto para o conhecimento e identificação dos membros do grupo entre si, quanto para orientação do cuidado pelo coordenador; 2) o que determinada pessoa conseguia fazer quando chegou ao serviço; 3) qual atividade ela realizava antes de frequentar o CAPS; 4) como ela era antes das primeiras crises 5) qual sua história de vida até chegar ao CAPS; 5) qual sua escolaridade e trajetória de estudo, formação e profissionalização.

Estas são algumas questões a serem consideradas ao organizar uma atividade grupal que tenha finalidade voltada para um conjunto de usuários e, simultaneamente, para as necessidades de cada indivíduo, possibilitando maiores condições para o desenvolvimento psíquico durante a atividade. Entretanto, ao planejar atividades, é necessário que elas sejam revestidas de sentido psicológico, como apresentado por Leontiev, é preciso que o indivíduo vivencie a necessidade de realizar determinada atividade para somente desta forma tal atividade mobilizar seu psiquismo. Ou seja, não é qualquer atividade que possibilita o desenvolvimento do sistema psicológico, as funções psicológicas superiores só irão se desenvolver em atividades que as mobilizem de determinadas formas.

Dentre as principais contribuições mais gerais ao processo grupal, dos quadros teórico-metodológicos descritos, está a necessidade/potencialidade de que as atividades grupais se configurem efetivamente como processos grupais desenvolvimentais, que visem a humanização, nos sentidos marxiano e vigotskiano - e que por isso, se contrapõem aos interesses do capital<sup>53</sup>. Estes interesses são contrários ao desenvolvimento individual na direção

---

<sup>51</sup> Este trabalho foca na esquizofrenia, mas os aspectos citados a ser considerados em um processo grupal vão para além deste diagnóstico.

<sup>52</sup> Por isso a necessidade de apresentar na introdução deste trabalho sobre as reformas psiquiátricas fora do Brasil.

<sup>53</sup> “A sociabilidade capitalista gera padrões de desgaste e reprodução particulares nos mais variados grupos sociais que condicionam o modo de ser do singular. Conforme sua inserção nas relações sociais, os indivíduos estarão

do ser social e do gênero humano, e historicamente têm acirrado processos destrutivos em que indivíduos são mantidos na alienação, cuja formação da consciência é marcada pela consciência parcializada da realidade, hierarquia de papéis, opressões, explorações. Como pontuado no capítulo anterior, Silvia Lane (2004c) já afirmava que nos processos grupais na vida social se apresentam os aspectos gerais da sociedade, sendo que nestes pode haver relações e movimentos que configurem sua função mantenedora/de reprodução, ou de transformação, das relações sociais de opressão e exploração típicas das relações capitalistas de produção. É nesse aspecto que o coordenador, consciente dessa realidade, pode auxiliar na direção de facilitar processos grupais superadores da sociabilidade capitalista.

O coordenador<sup>54</sup> do processo grupal deve se posicionar a favor da classe social à qual pertence, isto é, ter um posicionamento de classe, se identificando como classe trabalhadora, para assim, ser possível enxergar as contradições postas pelo capital e no limite das condições dadas, não contribuir em direção à sua reprodução.

Schuhli (2020) aponta sobre os processos grupais, que a contraditoriedade das relações presentes nas sociedades de classe, que conforma as atividades e a ideologia presentes no grupo, influenciam no desenvolvimento do psiquismo individual e nos grupos. Afirma que os grupos estão situados na dinâmica da luta de classes, no qual reproduzem os valores, ideais e práticas sociais de forma que a mera participação, estar, em um grupo, não é suficiente para acessar instrumentos favoráveis à emancipação humana, podendo, inclusive, serem produzidos processos destrutivos, que tendem a estagnar, obliterar ou retroceder o desenvolvimento, intensificando sofrimentos e adoecimentos, como é caso de opressões, baseadas no reforço aos estereótipos e ideologias.

Para caminhar em direção a um processo grupal capaz de promover o desenvolvimento psicológico, estamos em acordo com Schuhli (2020), que afirma sobre a importância dos profissionais não reforçarem a comunicação unidirecional<sup>55</sup> dos integrantes com o coordenador do grupo, por exemplo, mas incentivarem a comunicação entre os membros; promoverem a

---

condicionados pelo pertencimento a uma determinada classe social, a uma dada atividade concreta, a uma certa condição de gênero e etnia etc.” (ALMEIDA; BELLENZANI; SCHÜHLI, 2020, p.256) e, também, a uma determinada categoria diagnóstica, ou pertencimento a uma instituição, como no caso das pessoas atendidas pela psiquiatria e assistidas em serviços de saúde mental.

<sup>54</sup> Optou-se por utilizar o termo “coordenador” ao invés de “facilitador” devido ao segundo ter um caráter mais espontâneo, e como também afirmado por Andálo (2006), carrega a ideia de que o grupo já detém as capacidades necessárias, que só precisariam ser reveladas/desveladas/ “facilitadas em sua expressão”. Esta visão idealista se contrapõe ao proposto neste trabalho, da constituição dos sujeitos a partir das relações sociais.

<sup>55</sup> A comunicação unidirecional é própria do modelo biomédico, onde o saber está centrado no profissional, não explorando a relação entre os sujeitos e conseqüentemente não considerando sua história de vida, foco somente na doença.

participação dos indivíduos no grupo e a atividade conjunta e socialmente significativa; problematizarem a cristalização de papéis, incluindo a relação de poder/dominação que se estabelece durante o processo grupal. Para que o grupo não se constitua em instrumento de produção de falsos consensos, é importante que o coordenador busque desvelar as contradições e articule a história individual dos membros do grupo à história social. Por exemplo, articular o caso de uma participante mulher que “apanha do marido”, ou de um jovem gay discriminado pela família, com a história social da exploração e opressão das mulheres, e do estigma, moralização e patologização da homossexualidade, respectivamente. Somente por meio desse movimento é que os usuários e o grupo têm a possibilidade de dar saltos qualitativos em direção à emancipação humana.

#### 7.1.2 A superação do tecnicismo e funcionalismo rumo a uma prática grupal desenvolvimental

A segunda contribuição do quadro teórico, mais abrangente sobre o processo grupal, é a reflexão da psicologia social latino-americana sobre o processo grupal. Segundo Martin-Baró é necessário compreender o grupo como um processo, para incentivar propostas que valorizem a produção de vínculos e autonomia.

Atualmente ainda é possível observar grupos sendo organizados a partir de formulações de leis universais e técnicas prontas para serem aplicadas, sem considerar “quem são” aquelas pessoas que participam do grupo. O comportamento do indivíduo ainda é explicado por traços de personalidade e instintos, o que acontecia no início do surgimento da psicologia social nos EUA, como apresentado no capítulo cinco. As organizações/instituições em geral atuam segundo as definições de papéis, atribuições e recompensas, nos processos grupais de trabalho, de modo a fomentar maior concorrência e produtividade. Por exemplo, a empresa avalia seus trabalhadores para delegar tarefas a quem se adequa melhor à determinada função, com o objetivo somente de aumentar os lucros, além disso avalia o desempenho grupal, e caso seja desfavorável à alta produtividade, altera os trabalhadores e/ou as funções, bem como institui mecanismos de controle. A instituição não está preocupada que por detrás de toda atribuição de papéis, existe um trabalhador com uma história de vida, que sofre com as exigências do mercado de trabalho, tanto para se adequar a uma função para a qual ele é selecionado, quanto em relação a não ter meios pelos quais impor limites à própria exploração, e suas exigências de produtividade. O mesmo também pode ser observado em grupos de saúde mental, quando um indivíduo é excluído da atividade por não ter determinadas características exigidas para

participação no grupo, como por exemplo as pessoas com esquizofrenia serem consideradas incapazes de participar de um grupo devido a sua dificuldade de comunicação.

Carmen Andaló (2006) se apropriou da abordagem histórico-cultural para refletir sobre o processo grupal. Influenciada, também, pela teoria do psicodrama de Jacob Levy Moreno, em sua obra “Mediação Grupal”, ela nos oferece contribuições para questionar o trabalho grupal tecnicista que pode vir a ser realizado pelos profissionais. A autora afirma a dominância de uma perspectiva tecnicista na coordenação dos grupos, perspectiva esta que fornece a falsa impressão de que planejar e coordenar grupos seja uma tarefa fácil/simple, que não necessita de conhecimentos teóricos, tampouco de consciência de classe, somente o conhecimento de algumas dinâmicas e jogos bastaria.

Schuhli (2020), afirma que no início de seu estudo com os profissionais do CAPS, eles solicitavam técnicas que pudessem ser realizadas com os grupos. Ele concluiu que a falta de tempo no trabalho, para estudar, planejar e organizar uma atividade grupal, muitas vezes, se expressa no pedido de técnicas prontas. Na sociedade capitalista, as técnicas de psicologia grupal mais adaptativas e de controle são, na maioria das vezes, aplicadas à classe trabalhadora, servindo aos interesses patronais, em particular àquela parcela mais empobrecida e de menor qualificação técnica, enquanto aos trabalhadores com maior poder de compra e a burguesia usufruem do cuidado individualizado e de outras tecnologias em psicologia, de enfoque mais reflexivo e educativo. Devido aos trabalhadores dos CAPS em geral não terem espaço para o planejamento do processo grupal e não se apropriarem das teorias críticas, o cuidado grupal se efetiva com pouco conhecimento e atingindo poucos resultados quando comparado aos seus resultados potenciais (SCHUHLI, 2020).

O trabalho grupal é uma importante forma de cuidado em saúde, porém, a maneira tecnicista e a-histórica como é concebido e realizado, na maioria das vezes (há exceções, claro), não contribui para o desenvolvimento omnilateral e em particular do psiquismo humano em toda sua potencialidade (PEREIRA, SAWAIA, 2020). Segundo as autoras, as práticas precisam enfatizar o sujeito e não os procedimentos, tendo como foco o cuidado. Ademais, quando se fala em “cuidado em saúde” deve-se considerar que a clínica, as oficinas, os processos terapêuticos e a produção de sentidos são sempre complementares e nunca devem ser tomados como aspectos isolados de alguma modalidade de grupo.

### 7.1.3 A grupalização das pessoas com esquizofrenia e sua reabilitação têm viabilidade, embora não seja de interesse do capital

Por fim, cabe pontuar a terceira contribuição mais geral ao processo grupal. Como apresentado durante a pesquisa, o social sendo a fonte do desenvolvimento humano, este também é a base material da determinação do processo saúde-doença - aqui, mais especificamente, na forma de adoecimento da esquizofrenia. A atual conjuntura de agudização do conflito capital-trabalho incide sobre a produção de sofrimento, no capitalismo a personalidade se constitui por meio de vínculos sociais cada vez mais frágeis influenciados pela competitividade e pelas relações de alienação. Além disso, “a hierarquia de atividades dos indivíduos traz motivos mais imediatos e ideologizados, incorrendo em falta de sentido para a vida. Isso que é vivido subjetivamente na forma de sofrimento psíquico, (...) é resultado dos processos de apropriação e objetivação” (ALMEIDA, BELLENZANI, SCHÜHLI, 2020, p. 260) relacionados às consequências do modelo de produção capitalista no modo de gerir a vida. Desta forma, o modo de produção da vida está intrinsecamente relacionado ao adoecimento psíquico; a teoria da determinação social afirma que a explicação do aumento ou da diminuição das formas de adoecimento estão nas características das formações sociais de cada momento histórico (LAURELL, 1983 apud ALMEIDA, 2018).

Ao refletir sobre essa teoria no contexto do CAPS e das práticas de saúde, as mesmas tenderão a atender as necessidades dos indivíduos parcialmente, no limite do que o capital concede, oferecendo possibilidades de recuperação conforme oscilam as pressões sobre a classe trabalhadora, e sua capacidade de luta e conquistas de direitos. Isso porque, não é interessante e nem necessário para o capital uma reabilitação destes sujeitos para serem inseridos no mercado de trabalho; é mais “interessante” a medicalização do sofrimento psíquico, que irá movimentar e gerar lucros ao setor farmacêutico, por exemplo, do que investir em pesquisas e políticas públicas para o desenvolvimento do psiquismo humano, aumentando a autonomia e o nível de consciência dos indivíduos sobre as contradições sociais que estão colocados.

Na esquizofrenia, a reabilitação das pessoas é considerada por muitos profissionais algo impossível quando comparado a outros adoecimentos, possivelmente devido à desorganização do sistema psicológico que tem como consequência um pensamento e discurso desorganizado, dificultando a comunicação, e além disso, a maioria desses indivíduos está sob importantes efeitos de psicotrópicos, não sendo possível diferenciar o que é consequência dos efeitos cronicadores dos fármacos e de outros cerceamentos sociais, e o que é realmente

manifestação, ou desdobramento, de uma desorganização psíquica que compromete o curso do desenvolvimento.

O mesmo pensamento se aplica ao processo grupal com esquizofrênicos, não é interessante investir em cuidados para pessoas assim adoecidas, pois isso não é útil para o capital. Além de não ser interessante economicamente, há também considerações teóricas que consideram essa grupalização impossível, justificando sua não existência. Lancetti (1993) em seu texto “Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem”, critica a ideia de profissionais não encaminharem pessoas com esquizofrenia para atividade grupal, por não acreditarem que indivíduos com essa patologia grupalizem entre si, ideia generalizada nos serviços. Lancetti (1993, p.160) acredita ser possível essa grupalização, entretanto, se a grupalidade for compreendida como uma qualidade única, universal e a-histórica, ela se torna impossível. “Não há grupalidade para os que acreditam que a subjetividade se produz na exclusiva relação com a linguagem, com a lei e com um mito universal estruturante, nem para todas as teorias individualistas e representacionistas da psique”. Sobre a possibilidade da realização de grupos com pessoas com esquizofrenia, afirma que os processos grupais “quando produtivos, não se deixam apressar em nenhum modelo único, exigem uma multiplicidade de saberes e uma experimentação permanente para seu entendimento” (LANCETTI, 1993, p. 171).

Assim como ressaltado por Lancetti (1993), esta pesquisa também acredita ser possível o processo grupal com pessoas com esquizofrenia, e a seguir serão formuladas algumas reflexões sobre o potencial das oficinas serem fortalecidas como atividade, na concepção de Leontiev. Isto é, se revistam de finalidade desenvolvimental, com maior potencial reconstitutivo do sistema psicológico para indivíduos com esquizofrenia.

## **7.2 Contribuições específicas à reabilitação das pessoas com esquizofrenia via o processo grupal**

O processo grupal, como vimos, tem a potência de possibilitar que os indivíduos com esquizofrenia no CAPS se engajem em atividades que propiciem reorganizações do sistema psicológico e tenham a oportunidade de desenvolver novos conceitos e significações.

Considerando que o sistema da consciência é o que proporciona base para o desenvolvimento da personalidade, as atividades grupais quando adquirem a finalidade de desenvolvimento das funções psicológicas, são mais capazes de promoverem a reabilitação

psicossocial. O profissional ao propor uma atividade precisa considerar além das necessidades do grupo como um todo, os aspectos da esquizofrenia expressos singularmente por cada pessoa, ou seja, como o sistema de conceitos e o sistema da personalidade estão singularmente afetados no curso da vida de cada um. Isto é, o sistema de significação está comprometido e isto terá implicações mais genéricas nas atividades envolvendo hábitos, tarefas cotidianas, valores, comunicação e interação social geral.

De acordo com Zeigarnik (1979), na esquizofrenia, ocorre a alteração do pensamento na forma de “distorção do processo de generalização”, isto é, as pessoas com esquizofrenia têm mais dificuldade para separar um objeto segundo sua função ou característica. Ao resolverem tarefas experimentais de classificação dos objetos, apresentam um critério muito generalizante para categorizá-los. Por exemplo, agrupar garfo, mesa e faca segundo o princípio de dureza, ou agrupar fungo, cavalo e lápis pelo princípio de ligação de orgânico com inorgânico. Nesse processo, a linguagem não facilita a execução da tarefa, pois as palavras pronunciadas pelos sujeitos provocarão novas associações. Outro exemplo de distorção do nível de generalização que autora descreve é o pedido para que determinada pessoa defina o termo relógio, “isso é um medidor em relação a uma determinada propriedade da matéria. Como se chama isto na filosofia? Atributo?”. Quando solicitado a definição de armário: “isso é uma coisa que tem relação com a matéria não viva; tem um significado prático para a conservação de outras partículas materiais” (ZEIGARNIK, 1979, p.73). A autora destaca que a pessoa com esquizofrenia também apresenta alterações da adequação do pensamento a fins determinados, ou seja, o pensamento deixa de se dirigir para algumas finalidades, ficando irreconhecíveis os motivos e as necessidades que medeiam a atividade do pensamento.

As alterações do pensamento apresentadas por Zeigarnik (1979) podem estar presentes em um processo grupal no CAPS, e cabe ao coordenador estar ciente desses possíveis aspectos que podem interferir na atividade. É importante que o coordenador proponha atividades que envolvam reconhecimento de conjuntos, categorias que possam oferecer generalizações de conceitos. Um exemplo de atividade poderia ser uma pessoa falar uma frase e o outro precisar continuar, de forma que faça sentido e tenha coerência.

Além dessas contribuições até aqui descritas, há outras válidas independentemente da modalidade e das atividades das oficinas. Já foi pontuado ao longo deste trabalho que é necessário ter cuidado para que os grupos no CAPS não se constituam de forma que se tornem meramente atividades de “passa tempo”, que não sejam mais um meio de reprodução do viés adaptacionista de indivíduos “limitados”, atrelado ao enfoque biomédico, que historicamente tem se mostrado funcional à reprodução social capitalista (BELLENZANI, SOUZA, 2020).



Tendo isso como aspecto mais geral, nesta seção serão apresentados exemplos práticos de manejos junto às pessoas com esquizofrenia, visando seu desenvolvimento, durante a atividade grupal, buscando ilustrar algumas alternativas frente às especificidades desse quadro<sup>56</sup>, sustentadas pelos referenciais teóricos.

A principal dificuldade encontrada pelo coordenador do grupo para o processo grupal com pessoas com esquizofrenia é ‘fazer com que o grupo exista’ (LANCETTI, 1993). É comum o fato de que o indivíduo com esquizofrenia não consiga permanecer em grupo por muito tempo, ou que pareça não conseguir estabelecer tantas trocas como as pessoas em geral o fazem; isso devido à desorganização do sistema psicológico e da atividade. A personalidade tende nesta situação a involuir ou a se reorganizar de modos atípicos. Para reorganização do sistema funcional, para recomposição de um processo de significação, a generalização dos conceitos, é preciso que as pessoas estejam em atividades imersas em processos de comunicação.

Já dizia Vigostki (1934/2009, p.486), “a consciência se reflete na palavra (...), a palavra consciente é o microcosmo da consciência humana”. Acredita-se que as atividades grupais possam ensejar a organização da atividade de modo a propiciar mediações e disparar intencionalidades, de se autodirigir a algo, perguntar/ falar, fazer. Em um processo grupal no CAPS, por exemplo, uma atividade de pintura para a qual se tenham disponíveis cinco opções de cores, não é interessante que o profissional assuma a tarefa de definir quais e quantos potes de tinta a cada membro, mas sim criar ou favorecer processos intragrupais em torno dessas ações e tarefas, como indagar preferências por cores, diferenciá-las em por nomes em casos de desconhecimentos, propor ou acatar sugestões sobre como os potes poderiam ser divididos, incentivar relatos de memórias evocadas sobre experiências anteriores, indagar sobre intenções e motivos sobre o uso de determinada cor. Assim, se determinada pessoa intenciona utilizar a tinta azul, ela vai se direcionar a outra pessoa, pedir, manifestar seus motivos, etc.

O profissional deve estar consciente de determinada intencionalidade ao facilitar o processo grupal, pensar em como criar recursos e instrumentos mediadores, se utilizar das vias compensatórias para tal, a fim de potencializar ao máximo os processos de reorganização do sistema psicológico. Isso pode ser via às relações interpessoais, a partir das atividades de manuseio de objetos, por meio dos planejamentos de cada atividade grupal, e por meio dos ocorridos espontâneos na atividade grupal. Um fator extremamente importante do profissional considerar é que como apresentado por Leontiev, o motivo está relacionado à satisfação das

---

<sup>56</sup> Não é a finalidade dos exemplos discutir a imensa possibilidade de tudo que pode ser realizado em cada situação, o trabalho está focando em uma parte da discussão da reintegração do sistema psicológico.

necessidades e a atividade humana é dirigida para isso; o processo grupal pode potencializar a humanização, a produção de saúde, o desenvolvimento psicológico, sendo, portanto, uma via de reabilitação.

Durante todo esse trabalho, foi dado ênfase a importância de considerar a história de vida de cada pessoa articuladamente à história social, sendo relevante destacar também que é por meio do compartilhamento das próprias histórias entre as pessoas, que elas “vão se grupalizando”, e fornecendo elementos para essa grupalidade existir. O grupo não pode existir como reunião de pessoas que isoladamente recorrem ao profissional para tudo, e sim que desenvolvam interações de identificação, apoio, aceitação, auxílio, uns com os outros. A ênfase não é somente potencializar a relação profissional-pessoas, ou profissional-grupo (sendo o primeiro um líder), mas também o próprio grupo, pois o indivíduo se constitui no e pelo grupo. O grupo é um lugar onde uma pessoa com esquizofrenia convive com outras, com as quais compartilha semelhanças, mas também diferenças, o que pode propiciar uma grupalidade rica para os envolvidos, quando comparado a outros espaços sociais, não “protegidos”. Na vida social em geral a loucura é estigmatizada; ter uma crise, por exemplo, pode ser uma experiência que exponha a desvalorizações e a violências, e até mesmo falar das próprias experiências envolvendo delírios e alucinações não é algo socialmente valorizado.

O coordenador ao conhecer um grupo, precisa entrar em convivência com aquelas pessoas, sim, com boa dose de espontaneidade, mas também de maneira ‘pensada’, do ponto de vista teórico-técnico, estando atento às limitações e as facilidades que elas expressam em termos da comunicação oral, raciocínio, leitura, escrita, simbolização, expressão de emoções e sentimentos. É necessário conhecer as histórias de vida, quem são as pessoas presentes, como percebem seus processos de saúde-doença, o que faziam quando adoeceram e que planos formulam. Não podemos compreender todas as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia como sendo iguais, portanto, é importante mobilizar na/pela grupalidade aquilo que as singularizam quanto ao desenvolvimento da personalidade, o que ele já fez/faz em sua vida, e quais suas histórias vivenciais, para além dos sinais mais gerais que os assemelham pela tipicidade com que seu diagnóstico é interpretado médica e socialmente. O compartilhamento da história de vida de cada um não deve ser somente com o coordenador, mas é importante que seja com todo o grupo, pois é o elemento inicial e essencial para o estabelecimento da identidade do grupo. Assim como apontado por Martin-Baró, a identidade acontece pelo reconhecimento das pessoas na sua história, possibilitando a constituição do processo de identificação do grupo.

### 7.2.1 O processo grupal e a Zona de Desenvolvimento Proximal

Para o coordenador compreender o domínio que o sujeito tem de cada atividade, é relevante que ele se aproprie de alguns dos conceitos desenvolvidos por Vigotski, no seu estudo sobre o desenvolvimento infantil, como Zona de Desenvolvimento Real e Zona de Desenvolvimento Proximal/Próximo/Iminente. O primeiro diz respeito à capacidade que a criança tem no momento para resolver algo sozinha, já o segundo é caracterizado pelo que a criança tem em potência para a resolução do problema, ou seja, o que ela conseguiria desenvolver/realizar/resolver a partir de uma mediação externa (ajuda de um adulto ou de uma criança mais velha) (VYGOSTKI, 1997a). Apesar de sua teoria ter sido elaborada a partir do estudo do desenvolvimento infantil e da educação, esses conceitos servem às análises e práticas com indivíduos adultos em outros contextos de atividade e formação da personalidade, como no caso desta pesquisa, dedicada a refletir sobre como criar medidas compensatórias em que o curso do desenvolvimento sofreu reveses significativos, como em geral na vida das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Refletindo sobre o indivíduo com esquizofrenia, pode-se pensar, por exemplo, se uma pessoa era professora de matemática, ela tem em algum grau determinadas funções desenvolvidas que poderiam ser ‘retomadas’, ‘aproveitadas’ no processo grupal, e além disso, essa pessoa poderia auxiliar na Zona de Desenvolvimento Iminente de um outro usuário do CAPS, com quem interagisse em atividade.

Castellanos Noda (2002, p.88) propõe a existência de uma Zona de Desenvolvimento Próximo Grupal, onde o grupo é considerado como sujeito da atividade grupal. Segundo a autora esse conceito é explicado como uma distância qualitativa, “o espaço em cada momento do desenvolvimento do grupo, entre o domínio a nível grupal de instrumentos, estratégias para abordar, transformar a realidade e o próprio comportamento grupal, e o domínio compartilhado no grupo de novos instrumentos e estratégias que existem como potencialidade na relação com outro”. Desse modo, o grupo é tomado como um meio de aprendizagem, as relações estabelecidas nele constituem-se como o “outro”, o interpsicológico do plano externo. Com isso, é possível que o grupo tenha maior possibilidade de mobilizar e potencializar processos internos de cada membro, e seus participantes de se constituírem em agentes sociais do desenvolvimento uns dos outros (CASTELLANOS NODA, 2002).

Durante o processo grupal, assim como na aprendizagem infantil, a pessoa com esquizofrenia não deve ser reduzida ao que ela consegue realizar naquele momento, mas o coordenador deve propor desafios e criar zonas de desenvolvimento iminente para que ela possa se desenvolver. O livro de Pereira e Sawaia (2020) ao analisar o processo grupal a partir da

teoria histórico-cultural, nos fornece contribuições para refletir sobre o processo grupal com pessoas com esquizofrenia. As autoras, assim como esta pesquisa, afirmam que o processo grupal deve ser organizado para produzir zona de desenvolvimento iminente, pois são nesses espaços grupais que acontecem as trocas interpessoais, fazendo com que o indivíduo se aproprie da cultura e se desenvolva, produzindo mudanças no seu psiquismo.

O processo grupal, portanto, fornece a possibilidade de produção de novos sentidos, “no grupo é possível o compartilhamento de signos e significados e a reflexão sobre esses processos permite a produção de sentidos que ampliam as funções psicológicas superiores” (PEREIRA E SAWAIA, 2020, p.95). No processo grupal com indivíduos com esquizofrenia, a comunicação, as relações interpessoais e os processos de internalização propiciam a produção de sentidos, conseqüentemente o desenvolvimento do sistema psicológico e sua reorganização psíquica. Cabe destacar que a função do coordenador não é fazer com que todos os sujeitos atinjam um mesmo resultado a partir de uma mesma trajetória, e dos mesmos instrumentos, mas sim considerar a necessidade de cada um, proporcionando espaços de ressignificação dos sentidos, conforme o “nível” de organização do seu sistema psicológico. Pensar o processo grupal a partir do conceito de zona de desenvolvimento iminente é um ponto de partida no processo de reabilitação, entretanto não é possível reduzir a análise do processo grupal somente a este conceito, ainda mais, quando estamos falando de pessoas com o seu sistema psicológico desintegrado.

#### 7.2.2 O processo grupal e os motivos da atividade que podem ser mobilizados nas diferentes modalidades de oficinas

Após o profissional conhecer os membros do grupo, ele deve organizar as atividades a serem realizadas no processo grupal, tendo como princípio quais necessidades precisam ser evocadas para de fato ser atividade. De início, o coordenador pode junto com os membros do grupo construir os objetivos, regras e acordos para a oficina, dialogar sobre os motivos para realizar determinada atividade/oficina, favorecendo a conversa a respeito das relações entre as necessidades individuais, as coletivas, e como as diferentes modalidades de oficinas, pensadas na relação com outros âmbitos da vida social, podem articular necessidades e motivos. Não se deve esperar uma adaptação passiva, “natural”, de obediência aos direcionamentos do coordenador. Deve haver espaço para o próprio grupo construir, questionar, avaliar, até modificar as propostas e acordos no curso do processo grupal, em determinado período de

tempo. Esse planejamento junto com o grupo já tem importância no desenvolvimento da personalidade e no processo reconstitutivo das funções psicológicas.

As principais oficinas realizadas no CAPS são as chamadas terapêuticas (expressão plástica, verbal, corporal e musical), as de geração de renda e as de alfabetização ou pedagógicas. Em todas as modalidades, e ao mesmo tempo para cada oficina, sugere-se que o coordenador reflita sobre como pode ser possível potencializar a comunicação, quais os tipos de desafios que podem surgir devido aos aspectos mais gerais e típicos da esquizofrenia, qual função psicológica revela-se dominante em determinadas tarefas e momentos na atividade, mas sem deixar de considerar que as demais funções vão agir subordinadas à dominante.

### 7.2.3 As oficinas terapêuticas, expressivas e com atividades manuais

Todas as oficinas, incluindo as terapêuticas, conforme as características da atividade em questão, e os motivos, não podem ficar reduzidas às ações que são meios da atividade. A atividade central da oficina deve ocorrer revestindo-se de sentidos pessoais, conectados com significados sociais. Por exemplo, em uma oficina para produzir porta-retratos a serem comercializados, estão vinculados conceitos e significados sociais sobre este artefato, sobre fotos, sobre valor de uso e valor de troca destes, sobre valor do trabalho e do produto do trabalho. Contudo, são pelos sentidos pessoais, que se configuram como aspectos da personalidade, em expressão/desenvolvimento na/pela grupalidade, que a atividade grupal se reveste de motivos e supre necessidades: quem eu poderia, a quem eu gostaria, de presentear com o porta-retrato? quem é o comprador imaginado para o produto que confecciono/confeccionamos? o que eu planejo, e o que “você” - outros do grupo - planeja fazer com o dinheiro da venda? Como decidirei/decidiremos a respeito?

Tentando, aqui, auxiliar a condução desse tipo de processo grupal, que engaje pessoas com certas dificuldades em relações e atividades, sintetizamos algumas recomendações práticas aos coordenadores de grupos nos CAPS. A ideia não é apresentar técnicas prontas para serem aplicadas, mas ilustrar, a partir de oficinas já existentes no CAPS e por meio da abordagem da psicologia histórico-cultural, como seria um processo grupal potencializado com o objetivo de reorganização do sistema psicológico, fortalecendo sua função reabilitadora para pessoas com esquizofrenia.

Na realização de uma oficina de expressão plástica, por exemplo, mais especificamente de desenho, o coordenador poderia propor para que cada membro do grupo desenhasse alguma lembrança boa que tivesse de alguém ou de alguma situação, e posteriormente, todos

explicassem para o grupo seus desenhos<sup>57</sup>. Essa atividade estaria mobilizando principalmente, de início, a função da memória, pois precisariam lembrar de algo ou de alguém que os marcou, segundo, por ser uma lembrança boa estariam mobilizando os afetos/ emoções, terceiro, ao desenhar estariam utilizando de cores, formas, traços que são essenciais para desenvolvimento das funções de percepção e motricidade, e em um último momento estariam em processo de comunicação, para apresentar o que recordaram<sup>58</sup>. Entretanto, cabe ressaltar que as mobilizações possíveis dessa atividade vão muito além das exemplificadas. No caso, estamos focando nas funções psicológicas superiores, mas destaca-se também a importância da significação e do sentido pessoal do desenho feito por cada pessoa e pelo conjunto do grupo, como ela se coloca na cena da lembrança e na grupalidade presente. Vale ainda ressaltar que as funções psicológicas estão sendo recrutadas na atividade enquanto um sistema psicológico e não tomadas isoladamente, além do mais, como já dito, a atividade grupal não deve ser compreendida como um instrumento, ou cenário, de avaliação psicológica, nem no sentido de avaliar individualmente cada um, nem como uma análise psicológica de seu desenho, o papel do coordenador é de mediador. A autora mencionada caminha no sentido de a mediação do profissional não se sustentar em um tecnicismo, mas sim de o desenho ser um elemento mais amplo de sentido e significado.

O coordenador precisa se atentar que existem condições, aspectos singulares e coletivos, que vão influenciar no grau de dificuldade de realização da atividade para cada membro, como sua história de vida, sua escolarização, suas condições de saúde, sua qualidade da rede de apoio, os desdobramentos dos medicamentos psicotrópicos na sua conduta, entre outros aspectos. O profissional ao conhecer as histórias singulares, antes, e no ínterim do adoecimento, e as histórias recentes em construção, inclusive na interação grupal, vai orientar nos manejos em que ele se vê mobilizado a contribuir, ou seja, nas formas como vai mediar a atividade para o coletivo, levando em consideração, as singularidades. Ele poderá considerar também quais as relações entre as funções que permanecem menos alteradas no adoecimento, para a partir dessa relação funcional, pensar sobre quais mediações que mais qualificadamente possibilitariam novas organizações dos nexos interfuncionais.

Organizar uma atividade de forma com que as funções psicológicas sejam restituídas, considerando o que está menos alterado entre as funções, foi proposto por Luria em seu trabalho

---

<sup>57</sup> A pesquisadora está destacando o aspecto das funções psicológicas superiores, mas isso não significa que todo potencial da grupalidade se resume a este aspecto.

<sup>58</sup> Vale destacar que esse processo não acontece de forma linear e isolada, o exemplo foi apresentado dividido em momentos somente por questões de didática. Esse processo ocorre dentro de um sistema interfuncional, mas dependendo da atividade a ser realizada é exigida mais uma função do que outra.

realizado com os lesionados da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) no hospital de recuperação. No diagnóstico das funções psicológicas superiores que foram danificadas em consequência de lesões no cérebro, Luria (1992/2015) afirma que é necessário questionar quais os elos das zonas cerebrais que foram rompidos. A partir dessa identificação é possível começar o tratamento. Após a identificação dos elos lesionados, também se determina quais os elos que estão conservados. O elo que permanece íntegro é utilizado no tratamento, por meio de esquemas externos que atuam de forma suplementar. Esses esquemas servem para reorganizar a atividade, baseada em um novo sistema funcional (LURIA, 1992/2015).

As lesões causadas por armas de fogo permitiam que Luria verificasse os efeitos de lesões limitadas. O entendimento dessas lesões também auxiliava na análise da dinâmica dos processos patológicos, uma vez que tais lesões aconteciam em maior parte quando as funções psicológicas superiores já estavam desenvolvidas. As funções prejudicadas poderiam, a partir de uma terapia especial de reabilitação, ser melhoradas e em alguns casos reestabelecidas totalmente. Para Luria, recuperar as funções prejudicadas por lesões cerebrais não é reestabelecer estas em sua forma original, mas reorganizar um sistema danificado, a partir de mediações que permitam a atividade (TULESKI, 2011).

Como se pôde ler, Luria não trabalhou propriamente com o problema da esquizofrenia, mas com afásicos e lesionados de guerra. Entretanto, segundo Luria, a base para a reorganização da atividade, nos casos de lesões cerebrais, ocorreria a partir dos setores do córtex que não foram danificados, por meio de mediações que permitam a atividade. Se pensarmos a esquizofrenia a partir desses elementos que Luria nos fornece, é uma possibilidade para reabilitação das funções que, se na esquizofrenia há funções menos alteradas no processo patológico, deve-se partir delas para a reestruturação do sistema psicológico.

Voltando ao exemplo da oficina de desenho, o coordenador vai observar que como aspectos da esquizofrenia, algumas dificuldades emergem durante a atividade, como por exemplo, o indivíduo estar operando com o pensamento por complexo. Uma das características desse pensamento pode ser a de ocorrer em cadeia, quando o indivíduo associa a característica de um objeto com a característica de outro objeto; o pensamento opera a partir do deslocamento do significado da palavra, que transita pelos elos da cadeia. Assim, ao começar lembrar sobre um momento que esteve ao lado de seu irmão, ele pode associar que seu irmão se mudou para uma cidade que chama Santos, mas o dia que o time de futebol Santos ganhou a partida o campo estava verde igual ao dinheiro etc. Observa-se que ele associou o nome da cidade a um time de futebol e depois o verde do campo com o verde do dinheiro, o primeiro objeto que é o irmão nada tem de relação com o verde do dinheiro, por exemplo. Ao acontecer isso o indivíduo não

conseguiria realizar a atividade proposta de desenho, e então o coordenador poderia utilizar de conhecimentos prévios sobre essa pessoa, e a partir da mediação o auxiliar na organização de determinados fluxos de ideias, de operações lógicas e conceituais, ou seja, no processo do pensamento.

Outra dificuldade que o profissional poderia se deparar ao propor uma atividade que envolva afetos é que considerando que ao desintegrar o sistema de conceito, todo o sistema de significação também se altera, em um grupo com pessoas com esquizofrenia há indivíduos acometidos no sistema volitivo, sua personalidade está afetada na dimensão do afeto e da vontade, entretanto, a relação no processo grupal está intrinsicamente relacionada com o afeto entre as pessoas, e a atividade proposta também. Na elaboração das atividades é necessário pensar que se para a tese da esquizofrenia a dissociação do conceito afeta todo o sistema da personalidade, então quais as implicações isto teria nos laços afetivos no processo grupal? O que isso afetaria nas trocas afetivas que se assentam primordialmente em interpretações de sentidos e significados envolvidos nas demonstrações de afeto entre as pessoas? Um trabalho terapêutico que reconstrói as mediações precisa considerar que o indivíduo provavelmente não interpretará determinados gestos simbólicos como manifestação de determinados afetos, seguindo certos padrões culturalmente aprendidos, podendo se orientar/agir segundo interpretações mais distanciadas desses padrões. São, assim, necessários, auxílios que viriam favoravelmente de gestos, falas, recursos imanes do próprio processo grupal, o que dinamizaria um processo de desenvolvimento do sistema das emoções. Imaginemos por exemplo que um homem se assuste com uma colega do grupo que lhe ofereça uma flor e ao mesmo tempo saia correndo, e que a cor da flor lhe remeta, dado o pensamento por complexo, a uma lembrança desagradável, e então uma terceira participante lhe dissesse, “acho que ela está paquerando você, mas é muito vergonhosa”. Vale destacar que as emoções são produzidas no processo de sentido e significado, depende da palavra, do sistema simbólico, e das pessoas em atividade, comunicação e interação.

Neste exemplo acima, envolvendo a demonstração de afeto é como uma pessoa com esquizofrenia interpretaria o fato de “dar uma flor a outra pessoa”, a simbologia de entregar uma flor, poderia não ser compreendida nos mesmos sistemas de significação e conceitual com os quais opera a maioria. O profissional precisa organizar uma atividade que mobilize psicologicamente aqueles usuários a um processo de relação envolvendo processos de comunicação, linguagem, sentido e significado, para assim, ser possível o indivíduo ter maior “reconexão” com a realidade, maior autodeterminação.



Além dessas dificuldades com a oficina de desenho, o coordenador também poderia se deparar com a dificuldade nonexo funcional entre memória e pensamento, em que o pensamento é conduzido pela memória, como nas crianças durante o desenvolvimento das funções psicológicas, quando a função da memória está em relação inversa com o pensamento. Além desses desafios apresentados, poderiam surgir outros, como em relação à linguagem, a atenção, ao convívio em grupo, etc.

Na realização de uma oficina que envolva expressão corporal e verbal, por exemplo, o coordenador poderia propor o teatro, que abrange tanto a redação do texto quanto a dramatização. Essa oficina teria como objetivo uma atividade que mobilizasse, principalmente, as funções de imaginação, pensamento, linguagem, e memória e percepção. Para elaboração do roteiro, os sujeitos precisariam criar uma história, imaginar o que poderiam dramatizar, uma história nova ou algo já existente na literatura e filmes.

Considerando que as funções emoção, memória, pensamento, ação e imaginação estão intrinsecamente relacionadas constituindo a base afetivo-volitiva das ações humanas (SAWAIA E SILVA, 2015 apud PEREIRA E SAWAIA, 2020), durante a dramatização teatral uma possível dificuldade encontrada poderia ser quanto ao papel ativo que o indivíduo precisa ter para atuar no teatro, isto porque, a função da emoção e o sistema volitivo estão prejudicados no processo de desintegração do sistema psicológico. Isso nos faz refletir sobre o termo “embotamento afetivo” utilizado pela psiquiatria tradicional para designar apatia, falta de vontade e a não demonstração de afetos, reduzindo o indivíduo à sua doença, entretanto, entendemos que isto nada mais é do que o resultado de uma desorganização do sistema psicológico e não uma “característica psicológica” de todas as pessoas com esquizofrenia. Ademais, quando Vigotski observou o embotamento afetivo, constatou que por outro lado, há uma grande mobilidade das emoções, como apresentado no capítulo quatro.

A imaginação, para Vigotski (2009), é determinante para o desenvolvimento da formação de conceitos. Smolka (2009, p.99) comentando Vigotski em “A imaginação e criação na infância”, afirma que:

A narrativa, o faz de conta, a brincadeira, a dramatização, o teatro emergem como formas de atividade que possibilitam a apropriação de diversos papéis sociais. Com base na experiência e por meio da linguagem, as crianças inventam situações imaginárias, nas quais podem exercer funções e assumir as mais variadas posições. Essas formas de atividade viabilizam modos de participação das crianças na cultura, tornando possível a elas internalizar e elaborar, antecipar e projetar conhecimentos, afetos, relações. No exercício ativo e imaginativo das práticas sociais, a criança se desdobra em muitos outros, pode ocupar o lugar do outro na relação.

Desta forma, pensando na oficina de teatro para os indivíduos com esquizofrenia, a atuação, a narração, a caracterização do personagem, a criação de cenas, entre outros aspectos que envolve o teatro, estariam contribuindo para desenvolvimento do seu sistema psicológico. “O mundo se complexifica e se diversifica para o sujeito que toma consciência de si e da realidade que o circunda, à medida que se amplia sua capacidade de imaginar e abstrair. Portanto, quanto mais desenvolvido é o sujeito, mais imaginativo, mais capaz de criar-se, de dominar-se, mais livre” (PEREIRA, SAWAIA, 2020, p.41). Expandindo esses conceitos para a reorganização do sistema psicológico de indivíduos com esquizofrenia é importante que sejam criadas oportunidades, no processo de reabilitação, para que se engajem na assunção de papéis e se coloquem no lugar de outros, pois são experiências chaves para o desenvolvimento da consciência sobre si e da autoconsciência, conseqüentemente da sua autonomia.

Assim como o exemplo da oficina de desenho, com o desenvolvimento da oficina de teatro também podem aparecer variadas dificuldades com os membros do grupo, principalmente em relação ao discurso desorganizado. Mas cabe ao coordenador a mediação durante o processo grupal e considerar que quanto mais se explorar uma atividade na diversidade de potencialidade que ela possui, mais ela terá o alcance de desenvolvimento do sistema psicológico. Lembrando que uma atividade pode ser simples para uma pessoa e para outra mais complexa, devido a sua história de vida.

No processo grupal, em termos de reconstituição das funções há de se conectar os aspectos volitivos com o significado social das atividades, propiciando a ampliação dos motivos da atividade para fora do CAPS. A oficina de desenho proposta, foca na comunicação íntima e pessoal, na empatia, nos laços, nas emoções e sentimentos, para que possam ser vividos e aprendidos no serviço e serem generalizados para as relações externas ao CAPS. E o mesmo deve acontecer em todas as atividades propostas, em que a atividade, pela grupalidade, possa propiciar apropriação de significados sociais e conceitos, e produção de sentidos. O coordenador deve articular a atividade com as necessidades, com os sentidos próprios de cada história de vida, em seus elementos pregressos, mas também atuais, emergentes das próprias relações atuais, em que os grupos inclusive podem expandi-las em quantidade e qualidade de contatos, vínculos, tensões, negociações e trocas. Pois, é a partir do papel ativo do sujeito na apropriação dos significados sociais, que com a mediação da linguagem ele tem seus sentidos ressignificados e expandidos, reconstituindo a personalidade.

Como já apresentado, além das oficinas terapêuticas, também fazem parte das atividades dos CAPSs as oficinas de gerações de renda e as oficinas de alfabetização, entretanto, estas

possuem suas particularidades. Não é nosso objetivo se debruçar sobre as especificidades destas formas de oficinas, mas cabem algumas considerações.

#### 7.2.4 As oficinas de geração de renda

A oficina de geração de renda tem como característica a tentativa de (re)aprender a trabalhar, contribuindo para a reabilitação psicossocial dos usuários do serviço, e ao mesmo tempo gerar uma fonte de renda. A oficina é considerada um espaço protegido<sup>59</sup>, onde a pessoa pode se mostrar como ela é (ter crises e comportamentos não aceitos em outros espaços), entretanto, isso não significa que ela não precisará lidar com as contradições que estão presentes no mercado de trabalho; pelo contrário, o trabalho não deixará de ser alienado, somente pelo fato de ocorrer na situação de uma oficina em um serviço de saúde mental. De acordo com Taleikis (2009, p.230), essa forma de trabalho, em alguma medida alienado, é compatível com a lógica do mercado na sociedade capitalista, “onde predomina o valor do trabalho em si e na qual as relações de produção estão subordinadas ao modo de produção capitalista”. Isto significa dizer que, a maneira como a produção das oficinas tenderá a ser organizada também está fundamentada na reprodução do trabalho como produção de mercadorias e na divisão social do trabalho. Portanto, da mesma forma que o mercado de trabalho formal, a oficina de geração de renda também pode gerar mais adoecimento para a pessoa que participa. A pesquisa de Taleikis (2009, p. 229) apresenta alguns relatos de usuários que frequentam o CAPS e participam da oficina de trabalho, que nos auxiliam a visualizar a lógica capitalista: “- outro ponto é a gente trabalhar a produção, a organização da oficina como se fosse uma pequena empresa mesmo”; “- as vezes nem tão pequena assim, porque gira muita peça, muitos itens, muito dinheiro, muito pedido, muita, muito dinheiro”; “-a gente tem uma rotina de trabalho-trabalho, porque não tem como fugir disso”.

Apesar da similaridade do processo de trabalho da oficina com o mercado de trabalho formal, ele “não pode ser considerado um processo de produção de mais valia, que reproduz a acumulação do capital à custa da exploração da força de trabalho”. Mas, embora se assemelhe com o modo de produção artesanal, pela sua forma de organização, ele pode gerar divisão social

---

<sup>59</sup> O espaço institucional, no caso o CAPS, seria mais tolerante as características das pessoas com esquizofrenia do que o mercado de trabalho formal.

do trabalho, evidentemente que em níveis menores do que quando comparado com o trabalho formal (TALEIKIS, 2009, p.169).

Ademais, cabe destacar que o fato não é negar o valor do trabalho para a pessoa, mas que este não pode ser associado necessariamente à melhora de um adoecimento, somente pelo fato de alguém trabalhar. Se se desconsidera o sentido dessa atividade para o usuário e o sentido que este trabalho assume para sua personalidade, uma mesma lógica manicomial se impõe: a do trabalho como forma de disciplinar e controlar, até que o indivíduo esteja apto para retornar ao convívio social e ao mercado de trabalho formal.

#### 7.2.5 As oficinas de alfabetização

A oficina de alfabetização no CAPS é destinada aos usuários que não foram alfabetizados ou que necessitam praticar a escrita e a leitura. Na literatura não foram encontradas publicações sobre essa modalidade de oficina; uma hipótese que tal modalidade não tenha se consolidado/disseminado do início da implantação dos CAPS como se idealizou, para os anos seguintes.

Para elaborar uma oficina de alfabetização, considerando o desenvolvimento das funções psicológicas e a organização do sistema psicológico do usuário com esquizofrenia, tomamos como objetivo central, trabalhar a apropriação e objetivação da leitura e da linguagem escrita. Essa forma de oficina quando comparada as anteriores, apresenta maiores desafios para a especificidades da esquizofrenia, devido a desintegração do sistema de conceitos, que em muitos casos pode não ter se formado, ou ter se desintegrado significativamente. Os usuários com esquizofrenia não apresentam um padrão homogêneo de linguagem e pensamento conceitual, as características da esquizofrenia se manifestarão diferentemente para cada usuário a depender de sua história de vida, do momento de intensificação do adoecimento, do grau de escolarização, etc.

A oficina de alfabetização terá a especificidade de poder investigar a história de aprendizagem do usuário, como por exemplo: quando ocorreu a primeira crise, o indivíduo estava em que momento e condições de escolarização? Qual era o grau de desenvolvimento do pensamento conceitual e da apropriação da linguagem? Houve alteração no pensamento e linguagem após a primeira crise? E como isso se sucedeu daí em diante?

A proposta para essa modalidade de oficina é que ela não seja exclusiva para analfabetos, mas que tenha atividades pedagógicas relacionadas com o desenvolvimento da leitura e da linguagem escrita. Para isso, diversos elementos das artes já produzidos pela história

da humanidade podem ser utilizados, como livros, contos, poesias, filmes, documentários, reportagens, músicas, entre outras. Entretanto, é necessário organizar a oficina considerando a satisfação das necessidades do grupo e a sua relação com os motivos de realizar determinada atividade. Nesse caso, pode ser a necessidade de se apropriar da leitura e escrita para outras atividades na vida social, por exemplo, estudo, trabalho, comunicação com outras pessoas, ou até mesmo a necessidade de se locomover de ônibus, precisando ler qual o seu destino final.

O CAPS tem uma equipe mínima obrigatória que é prevista pela portaria, o pedagogo não é um profissional obrigatório, mas ele pode atuar no serviço, com o desenvolvimento das oficinas e principalmente nas práticas educativas. Na perspectiva de Vigotski, a prática pedagógica pode ser definida como

(...) uma ação planejada e consciente que influencia o desenvolvimento psicológico do aluno. O professor, portanto, faz a mediação entre os conteúdos curriculares e o aluno, com a finalidade de provocar o desenvolvimento das funções psicológicas superiores do mesmo. A capacidade de abstrair, a memória lógica, o planejamento, entre outras funções, são adquiridas por meio das relações sociais (FACCI, 2007, p.147).

A partir disso, é possível refletir sobre as oficinas no CAPS e o papel do coordenador ao propor a atividade, principalmente na oficina de alfabetização para os usuários com esquizofrenia. A educação escolar é uma possibilidade para a humanização e para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores dos indivíduos, e isto pode ser possível, por meio das oficinas propostas pelo CAPS para os indivíduos com esquizofrenia.

De acordo com Facci (2007, p.151), “a aquisição da escrita permite que o ser humano modifique suas funções psicológicas e a alfabetização permite que o aluno tenha acesso, de maneira independente”, às produções científicas elaboradas pelos seres humanos, aumentando a capacidade de formar novos conceitos, melhorando a linguagem verbal e a comunicação com outras pessoas. O estudo da gramática e da escrita possibilita ao indivíduo projetar-se a um nível superior no desenvolvimento da linguagem, entretanto, a linguagem escrita exige alto grau de abstração o que se torna mais complexo para uma pessoa que tem o sistema de conceito desintegrado, se é que este foi formado anteriormente.

Em “Fundamentos de Defectologia”, Vygotsky (1997b) nos fornece uma chave interpretativa para nos debruçarmos sobre a esquizofrenia. O autor russo ao apresentar em sua obra o desenvolvimento das potencialidades de aprendizagem da criança com deficiência, nos traz elementos que auxiliam a refletir sobre o trabalho grupal com usuários com esquizofrenia quanto a compensação das funções psicológicas. A tese central da defectologia de Vigotski é que a criança com deficiência desenvolve estímulos para a sua compensação.

A criança começa a recorrer a caminhos indiretos quando, pelo caminho direto, a resposta é dificultada, ou seja, quando as necessidades de adaptação que se colocam diante da criança excedem suas possibilidades, quando, por meio da resposta natural, ela não consegue dar conta da tarefa em questão (VYGOTSKI, 1997b, p.182).

Durante o processo de desenvolvimento da criança com deficiência, caminhos alternativos são traçados, possibilitando vias compensatórias que permitem superar as limitações que estão postas pela deficiência. Por exemplo, no caso de crianças cegas, a escrita visual é substituída pela tátil (Sistema Braille), no caso de surdos-mudos a dactilologia (alfabeto manual), permite substituir por signos visuais (diversas posições das mãos), os signos sonoros da linguagem falada e compor no ar uma escrita, que a criança surda-muda lê com os olhos. Além disso, a criança surda-muda também é capaz de aprender e compreender a língua falada por meio da leitura dos lábios do falante (VYGOTSKI, 1997b).

Segundo Vygotski (*apud* SACKS, 1995, p.6),

Uma criança deficiente representa um tipo de desenvolvimento qualitativamente diferente e único. [...] Se uma criança cega ou surda atinge o mesmo nível de desenvolvimento de uma criança normal, ela o faz de outra maneira, por outro percurso, por outros meios; e, para o pedagogo, é particularmente importante estar ciente da singularidade desse caminho pelo qual ele deverá guiar a criança. Essa singularidade transforma o negativo da deficiência no positivo da compensação.

Portanto, a compensação não é uma simples substituição das funções comprometidas de órgãos do sentido por outros órgãos, mas a compensação ocorre principalmente por meio do desenvolvimento cultural, “onde não é possível avançar no desenvolvimento orgânico, abre-se um caminho sem limites para o desenvolvimento cultural” (VYGOTSKI, 1997b, p.187).

Com relação à criança com deficiência intelectual, Vygotski (1997) ressalta que deve ser criado caminhos alternativos para o desenvolvimento das funções superiores de atenção voluntária e pensamento abstrato, algo semelhante ao sistema Braille para a criança cega ou a dactilologia para a muda. Isto é, é necessário o desenvolvimento de um sistema de caminhos indiretos de desenvolvimento cultural.

No caso da pessoa com esquizofrenia, não é possível falar da deficiência de uma estrutura orgânica ou algum órgão do sentido, mas pode-se pensar em caminhos alternativos para um determinado nexos psicológico, por exemplo, na relação pensamento e memória, linguagem e pensamento, etc. Cabe ao profissional incentivar atividades que possam ser desenvolvidas por (e desenvolver) caminhos indiretos para a reorganização do sistema psicológico para determinada pessoa, considerando sua história de vida e a história do seu adoecimento, o que provavelmente não se aplicaria para outra pessoa com uma outra história e com um resultado de adoecimento diferente.

Por fim, cabe salientar que, não podemos compartimentalizar cada atividade e reduzi-la a ações operacionais que ‘miram’ uma competência/habilidade, a atividade não tem o simples objetivo de desenvolver uma habilidade; o fazer uma tarefa não é o fim da atividade. O fim da atividade é promover o desenvolvimento cultural, conseqüentemente o desenvolvimento psicológico.

## CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa conclui-se que a psicologia histórico-cultural e a perspectiva grupal da psicologia social latino-americana, ao serem articuladas, oferecem aportes teóricos para o planejamento e realização de atividades grupais com as pessoas com esquizofrenia nos CAPSs, que podem ser mais potentes para a reconstituição do sistema psicológico.

O estudo no âmbito dessa dissertação apresentou a teoria histórico-cultural sobre o desenvolvimento do psiquismo, das funções psicológicas, sobre o processo de humanização e da constituição do ser social, conceitos bases para se refletir sobre qualquer processo de desenvolvimento humano e sobre qualquer processo grupal que seja considerado desenvolvimental e reabilitador, e por isso, terapêutico. Também discorreu sobre a esquizofrenia segundo essa teoria.

Complementarmente, foram apresentadas as formulações teórico-metodológicas da psicologia social latino-americana acerca do processo grupal, tratando das questões emancipatórias, políticas e éticas do trabalho grupal a fim de sustentar a crítica a uma determinada visão: funcionalista, ideológica, voltada ao controle social de determinados indivíduos, mediante intervenções grupais, o que atenderia aos interesses do capital, de contenção, adaptação, ocupação e, em algumas situações minoritárias, de recuperação de segmentos excedentes da força de trabalho, como o são a maioria das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais pela psiquiatria.

A partir deste estudo, buscamos contribuir não só para o fomento da conhecimento científico sobre o tema, como também para a instrumentalização de equipes de serviços – de modo que possam organizar um processo grupal capaz de promover o desenvolvimento do sistema psicológico de pessoas com esquizofrenia. Por fim, consideramos essencial dar continuidade às pesquisas sobre a esquizofrenia a partir da perspectiva desenvolvimental histórico-cultural. A presente pesquisa foi um passo em direção a esse campo investigativo, mas há de se considerar a necessidade de mais pesquisas empíricas para a produção de evidências que também ajudarão a desenvolver a teoria histórico-cultural no campo da saúde mental, da esquizofrenia e da psicologia dos grupos.



## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, A. A.; BULHÕES, L. Idade adulta e o desenvolvimento psíquico na sociedade de classes: juventude e trabalho. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice**. Campinas, SP: Autores Associados, 2020 p. 241-265.
- AGUIAR, C. C. T.; ALVES, C. D.; RODRIGUES, F. A. R.; BARROS, F. W. A.; SOUSA, F. C. F.; VASCONCELOS, S. M. M.; MACEDO, D. S. Esquizofrenia: uma doença inflamatória? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 59(1), 52-57, 2010.
- ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2018.
- ALMEIDA, M. R.; BELLENZANI, R.; SCHÜHLI, V. M. A Dialética Singular-Particular-Universal do Sofrimento Psíquico: Articulações entre a Psicologia Histórico-Cultural e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. In: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F, CALVE, T. M. (Org.). **Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: expressões da luta de classes no interior do capitalismo**. Paranavaí: EduFatecie, 2020.
- ALMEIDA, M. R.; CARVALHO, B. P.; TULESKI, S. C. Psicologia histórico-cultural e sofrimento psíquico: Em busca da superação das concepções hegemônicas sobre a esquizofrenia. In: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. **O processo de desenvolvimento normal e anormal para a psicologia histórico-cultural: estudos contemporâneos**. Maringá: Eduem, 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, J., ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**. 1997;171: 524-9.
- AMARAL, A. S. D. **Fatores de Risco Ambientais na Esquizofrenia**. Dissertação Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2012.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, out. 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459701994000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701994000100006&lng=en&nrm=iso)

AMARANTE, P. Apresentação. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

AMARANTE, P.; ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, P., BEZERRA JUNIOR, B.(orgs.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1992.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000602067&lng=en&nrm=iso).

AMARANTE, P. D. de C. A ameaça “técnica” da indústria da loucura. **Revista Radis**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n. 198, p. 35, 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos-tudo/a-ameaca-tecnica-da-industria-da-loucura#access-content>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014

ANDALÓ, C. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora, 2006.

ANDRADE, L. H. S. G.; LÓLIO, C. A.; GENTIL FILHO, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica** (São Paulo). 1999; 26: 257-61.

ARARIPE NETO, A. G. A. A.; BRESSAN, R. A.; FILHO, G. B. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 2; 198- 203, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a10v34s2.pdf>.

BELLENZANI, R.; SOUZA, L. A hegemonia do modelo biomédico na psicopatologia e sua funcionalidade no capitalismo. In: BELLENZANI, R.; CARVALHO, B. P. (orgs). **Psicologia histórico-cultural na universidade: pesquisas implicadas**. Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27593248\\_RESOLUCAO\\_N\\_32\\_DE\\_14\\_DE\\_DEZEMBRO.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO.aspx).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 4 fev. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

BRESSAN, R. A.; PILOWSKY. Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 25(3): 177-83, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n3/a11v25n3.pdf>.

BLEULER, E. Demência precoce- O conceito da enfermidade. [1911]. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.3, nº 1. p.164-179, março. 2000.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. *Psysis* **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22(3), p. 941-961, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300006&script=sci_abstract&tlng=pt).

BUSATTO FILHO, G. A anatomia estrutural e funcional da esquizofrenia: achados de neuropatologia e neuroimagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 9-11, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a04v22s1.pdf>.

CASTELLANOS NODA, A. V. El enfoque histórico-cultural: sus implicaciones para el aprendizaje grupal. **Revista cubana de educación superior**, Universidad de la Habana, vol. XXII, n.3, p. 79-91, 2002.

CARVALHO, B. P. Algumas notas sobre a perspectiva da histórico-cultural na investigação da esquizofrenia. In: TULESKI, S.C.; FRANCO, A. F.; CALVE, T. M. (org) **Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural**: expressões da luta de classes no interior do capitalismo. Paranavaí: EduFatecie, 2020.

CARVALHO, S. R.; MARTINS, L. M. Idade adulta, trabalho e desenvolvimento psíquico: a maturidade em tempos de reestruturação produtiva. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico**: do nascimento à velhice. Campinas, SP: Autores Associados, 2020. p. 267-292.

CHOWDARI, K. V.; NIMGAONKAR, V. L. Esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, p. 08-13, Oct. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a04.pdf>.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1973

COSTA, N. L.; CALAIS, S. L. Esquizofrenia: intervenção em instituição pública de saúde. **Psicologia USP**, 21(1), p. 183-198, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n1/v21n1a10.pdf>.

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. 2011. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

DIAS, A. M.; RODRIGUES, A. L. Esquizofrenia, genética, epigênese, ambiente: uma revisão sistemática das hipóteses etiológicas unificadas e do perfil genética; e um novo algoritmo para o tratamento dos achados principais. **Avances em Psicología Latinoamericana**. Bogotá (Colombia). v.28 (1), p 29-41. 2010.

ENGELS, F. Humanização do Macaco pelo Trabalho [1882]. In: ENGELS, F. **Dialética da Natureza**. Editora Leitura, 1968. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1882/dialetica/07.htm>

ELKONIN, D. Sobre el problema de la periodización del desarrollo psíquico en la infancia. In: DAVÍDOV, V. & SHUARE, M. **La psicología evolutiva e pedagógica en la URSS**. URSS: Editorial Progreso, 1987.

ESTEVES, L. M.; SANTOS, M. F. R. O treino de habilidades sociais como intervenção psicoterapêutica na esquizofrenia hebefrênica: uma revisão bibliográfica. **Revista Transformar**, 2016. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/85/81>.

FACCI, M. G. D. “- Professora, é verdade que ler e escrever é uma coisa fácil?”- Reflexões em torno do processo ensino-aprendizagem na perspectiva vigotskiana. In: MEIRA, E.M. M;

FACCI, M. G. D. (Orgs.). **Psicologia histórico-cultural**: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FIALHO, H.; MOURA, N.; KOSER, M.; TEIXEIRA, A.; AZEVEDO, R. O caminho para esquizofrenia pela teoria genética de novos genes: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde**. v.16, n.1, p.24-23, 2014. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/3403/1430>.

FURTADO, O.; BRAMBILLA, B. B.; ROSA, E. Z. Da psicologia social comunitária à psicologia nas políticas públicas: contribuições de Silvia Lane. In: SAWAIA, B. B.; PURIN, G. T. (Orgs.). **Silvia Lane**: uma obra em movimento. São Paulo: EDUC, 2018. p. 227-247.

GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normatismo no campo da definição da doença. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, 17 (4), 911-924, dez, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000400911&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000400911&script=sci_abstract&tlng=pt).

GALLIO, G; CONSTANTINO, M. François Tosquelles- A Escola da Liberdade. **Saúde e Loucura**, São Paulo, n.4, p.85-128,1993.

GOTTSCHALK, M. G.; SARNYAI, Z.; GUEST, P. C.; HARRIS, L. W.; BAHN, S. Estudos traducionais de neuropsiquiatria e esquizofrenia: modelos animais genéticos e de neurodesenvolvimento. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 40, n. 1, p. 41-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n1/aop0712.pdf>

GULLAR, F. **Nise da Silveira**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1996.

KRAEPELIN, E. Introdução à psiquiatria clínica (1905) Terceira lição: Demência precoce. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.4, nº4. p.130-137, dezembro. 2001.

LACERDA JUNIOR, F. Apresentação. In: MARTIN-BARÓ, I. **Crítica e libertação na psicologia**: estudos psicossociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

LANE, S. T. M. Apresentação. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004a.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004b.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2004c.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LANE, S. T.M.; FREITAS, M. F. Q. Processo grupal na perspectiva de Ignacio Martín-Baró: Reflexões acerca de seis contextos concretos **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Vol. 31, n. 2, 1997, pp. 293-308.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A. **Saúdeloucura**, 4. São Paulo: 1993, p. 155-171.

LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAÚJO, S. F. Introdução: A necessidade da pesquisa teórica em psicologia. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAÚJO, S. F. **Pesquisa teórica em psicologia: aspectos filosóficos e metodológicos**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016.

LEITÃO, R. J.; FERRAZ, M. B.; CHAVES, A. C.; MARI, J. J. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. **Revista Saúde Pública**. 2006; 40: 304-9.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ediciones Ciencias del Hombre, 1978.

LEONTIEV, A. N. Atividade e Consciência. In: MAGALHÃES-VILHERNA, V.(org). **Práxis: a categoria materialista de prática social**. vol II. Lisboa: Livros Horizonte, 1980.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004.



LEONTIEV, A. N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKI, L. S.; LURIA, A.R. & LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 9ªed. São Paulo: Ícone, 2016.

LEWONTIN, Ricardo C.; ROSE, Steven; KAMIN, Leon J. **No está en los genes: racismo, genética e ideología**. [1984]. Barcelona: Crítica, Colección Booket, 2013.

LOUZÃ, M.R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? Revisão da Literatura. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 2; p. 169-173, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a04v34s2.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2019.

LURIA, A. R. **A construção da mente**. [1992]. São Paulo: Ícone, 2015.

MARI, J. J., LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2000; vol.22, s.1.

MARTIN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder**. San Salvador: UCA Editores, 1999.

MARTIN-BARÓ, I. Entre o indivíduo e a sociedade. In: MARTIN-BARÓ, I. **Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MARTINS, L. M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica**. Campinas: Autores Associados, 2013.

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Cad.Cedes**, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 82-99, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/Xj7t9S4VCrjyHcrw5xmydPc/?lang=pt>

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**, 15 (1): 201-217; jan./jun.2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/tdPzYgzyYdHSWnMQCYg6zpt/?lang=pt>

MARTINS, S. T. F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Silvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, 19, Edição especial 2, p. 76-80, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/X4kwBmQbJFBvLjMYnm4JvLg/?lang=pt>

MARTIN, S. T. F. Psicologia social e psicologia soviética: alguns apontamentos históricos. In: SAWAIA, B. B.; PURIN, G. T. (Orgs.). **Silvia Lane: uma obra em movimento**. São Paulo: EDUC, 2018. p. 95-117.

MEIRA, E. M. M. Psicologia histórico-cultural: fundamentos, pressupostos e articulações com a psicologia da educação. In: MEIRA, E.M. M; FACCI, M. G. D. (Orgs.). **Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: TULESKI, S. C.; CHAVES, M.; LEITE, H. A. **Materialismo histórico dialético como fundamento da psicologia histórico-cultural: método e metodologia de pesquisa**. Maringá: Eduem, 2015. p.27-42.

MARTINS, L. M. Análise sócio-histórica do processo de personalização de professores. **Tese de Doutorado**. Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Ciências e Letras. UNESP. Marília, 2001.

MARTINS, L. M. O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da Psicologia Histórico-cultural e da Pedagogia Histórico-crítica. **Tese de título de Livre-Docente em Psicologia da Educação**. Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, UNESP. Bauru, 2011.

MATOS, G.; GUARNIERO, F. B.; HALLAK, J. E.; BRESSAN, R. A. Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2015; 37: 269-270.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política** [1859]. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O capital** – crítica da economia política [1867]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MARX, K. Posfácio da segunda edição. [1873]. In: MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINKOWSKI, E. A noção de perda de contato vital com a realidade e suas aplicações em psicopatologia. [1926]. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. VII, nº2. p. 130-146, junho, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/LQLYk86pxTfpygPdsHKCphR/?lang=pt>

MOLL, M.; ALVES, J.; SILVA, D.; FARIA, T.; VENTURA, C.; SILVA, L. D. Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num centro de atenção psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. nº14, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a04.pdf>.

MOLL, M. F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. 17(6), 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_11.pdf).

MOTA, G. S.; SILVA, M. J.; LOPES, A. P. Esquizofrenia e terapia cognitivo-comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v.4, p. 371-384, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4577/2628>

MUNDASAD, S. Eighty new genes linked to Schizophrenia. **BBC News**, jul. 2014. Seção Health. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/health-28401693>

MURRAY, C. J. L. e Lopez, A. D. **The global burden of disease**. Harvard School of Public Health. 1996.

OJOPI, E. P. B.; GREGORIO, S. P.; GUIMARÃES, P. E. M.; FRIDMAN, C.; NETO, E. D. O genoma humano e as perspectivas para o estudo da esquizofrenia. **Rev. Psiqu. Clín.**, 31(1), pp. 9-18, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/F6ST4p9DYGWcgcKkHdcVkdz/?format=pdf>

OLIVEIRA, S. M. Modelo reducionista e multinível na esquizofrenia: alcances e limites. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 18(4), 743- 757, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n4/1415-4714-rlpf-18-4-0743.pdf>.

PENTEADO, V. O. B. **Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia**: uma reflexão à luz da psicologia histórico-cultural. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá-PR, 2018.

PEREIRA, E. R.; SAWAIA, B. B. **Práticas grupais**: espaço de diálogo e potência. São Carlos: Pedro & João, 2020.

PESSOTTI, I. Demência, *dementia praecox*, esquizofrenia. **O que nos faz pensar**. nº 22. p. 113-142, novembro. 2007. Disponível em: [http://oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/import/pdf\\_articles/OQNFP\\_22\\_07\\_isaias\\_pessotti.pdf](http://oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/import/pdf_articles/OQNFP_22_07_isaias_pessotti.pdf)

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PETROVSKI, A. V. **Personalidad, actividad y colectividad**. Buenos Aires: Editorial Cartago,1984.

PETROVSKI, A. V. *Psicologia general*: manual didáctico para los institutos de pedagogia. Moscou: Editorial Progreso, 1985.

RAMOS, M. R. C.; HÜBNER, C. K. Esquizofrenia. **Revista Fac. Ciência Méd. Sorocaba**. V.6, n.1, p.1-4, 2004. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/290>.

RICCI, E. C.; LEAL, E. M. Cotidiano, esquizofrenia e narrativas da experiência de adoecimento. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.24, n.2, p. 363-372, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1125/722>

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

ROTELLI, F. A experiência de desinstitucionalização italiana: o processo de Trieste. **Cadernos polêmicos 2**. Plenário de trabalhadores e saúde mental do Estado de São Paulo, 1987.

SACKS, Oliver. Prefácio. In: **Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAWAIA, B. B.; PURIN, G. T. (Orgs.). **Silvia Lane: uma obra em movimento**. São Paulo: EDUC, 2018. p. 95-117.

SAWA, A.; SNYDER S. H. Schizophrenia: neural mechanisms for novel therapies. **Mol Med.** 2003 Jan-Feb;9(1-2):3-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1430383/>.

SILVA, C. H. S. Esquizofrenia: o que analistas do comportamento têm feito no Brasil ?. **Revista Perspectivas**. vol.11 n°02 pp. 137-151. 2020.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: Uma Revisão. **Psicologia USP**, 17(4), p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>.

SILVEIRA, N. **Terapêutica Ocupacional: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, s/d.

SOUZA, N. S. **A psicose: um estudo lacanian**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SOUZA, F. M.; CARVALHO, M. C. A.; VALÊNCIA, E.; SILVA, T. F. C.; DAHL, C. M.; CAVALCANTI, M. T. Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (*“Critical Time Intervention”*) para o contexto brasileiro em Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.** 20 (4), 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a04.pdf>.

SCHÜHLI, V. M. **Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental**: uma análise a partir de dois CAPS do município de Curitiba (PR). 2020. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

SMOLKA, A. L. B. Apresentação e comentários. In: VIGOTSKI, L. S, **Imaginação e Criação na Infância**. São Paulo: Ática, 2009.

TALEIKIS, P.U. **O trabalho como estratégia de desinstitucionalização e emancipação na saúde mental**. 2009. (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TAVARES, C. M. M. O papel da arte nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. **Revista Bras. Enfermagem**, 56(1), p. 35-39, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a07v56n1.pdf>.

TAVARES, R., C.; SOUSA, S. M. G. O usuário de CAPS: Quem é esse sujeito? **Revista Psicologia e Saúde**. 1, p.40-49, 2009. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/12/20>.

TULESKI, S. C. **A relação entre texto e contexto na obra de Luria**: apontamentos para uma leitura marxista. Maringá: Eduem, 2011.

TULESKI, S. C.; EIDT, N. M. A periodização do desenvolvimento psíquico: atividade dominante e a formação das funções psíquicas superiores. In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico**: do nascimento à velhice. Campinas, SP: Autores Associados, 2020 p. 35-61.

THEME-FILHA, M. M., SZWARCOWALD, C. L., SOUZA-JUNIOR, P. R. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil. 2003. **Caderno Saúde Pública**. 21:S43-S53, 2005

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol. 22. S.1 São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a02v22s1.pdf>.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. [1934]. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância**. São Paulo: Ática, 2009.

VIGOTSKI, L. S. **A transformação socialista do Homem**. URSS: Varnitso, 1930. Tradução de Roberto Della Santos Barros.

VIGOTSKI, L. S. El pensamiento en la esquizofrenia. [1934]. In: VIGOTSKI, L. S. **La genialidad y outros textos ineditos**. Buenos Aires: Almagesto, 1998, p. 61-85.

VIGOTSKI, L. S.. Sobre os sistemas psicológicos. [1930]. In: VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996a.

VIGOTSKI, Liev Semiónovitch. A psicologia e a teoria da localização das funções psíquicas. [1934]. In: VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIGOTSKI, L. S. El problema del desarrollo y la desintegración de las funciones psíquicas superiores. [1934]. In: VIGOTSKI, L. S. **Desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Moscú: Academia de Ciências Pedagógicas de Federación Rusa, 1960.

VYGOTSKY, L. S. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas: Problemas teóricos y metodológicos de la psicología**. TOMO I. Madri: Visor, 1997a.

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas: Fundamentos de defectología**. TOMO V. Madri: Visor, 1997b.

VYGOTSKI, L. S. Desarrollo de las funciones psíquicas superiores en la edad de transición. [1930]. In: VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. TOMO IV. Madri: Visor, 1996b, p. 117-203.

VYGOTSKI, L. S. El desarrollo del pensamiento del adolescente y la formación de conceptos. [1930]. In: VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. TOMO IV. Madri: Visor, 1996c, p. 47-116.

VYGOTSKI, L. S. El problema de la edad. [1930]. In: VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. TOMO IV. Madri: Visor, 1996d, p. 251-273.

VYGOTSKI, L. S. Dinámica y estructura de la personalidad del adolescente. [1930]. In: VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. TOMO IV. Madri: Visor, 1996e, p. 225-248.

VYGOTSKY, L. S. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VYGOTSKI, L. S. Análisis de las funciones psíquicas superiores. [1931]. **Obras Escogidas**. TOMO III. Madri: Visor, 2000a, p.97- 119.

VYGOTSKI, L. S. Conclusiones. Futuras vías de investigación. Desarrollo de la personalidad del niño y de su concepción del mundo. [1931]. **Obras Escogidas**. TOMO III. Madri: Visor, 2000b, p. 327- 340.

VYGOTSKI, L. S. The psychology of schizophrenia. [1933]. **Soviet Psychology**, v. 26, n. 1, p. 72-77, 1987. Disponible em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2753/RPO1061-0405260172>>.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: drogas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Trad. Vera Ribeiro. Editora Fiocruz, 2017.

ZAVERSHNEVA, E., VAN DER VEER, R. V. (org). Disintegration and Schizophrenia. In: ZAVERSHNEVA, E., VAN DER VEER, R. V. **Vygotsky's notebooks**. Springer, 2018.

ZEIGARNIK, B. Alteraciones del pensamiento. In: ZEIGARNIK, B. **Introducción a la patopsicología**. Havana: Editorial Científico Técnica, 1979.