

ERICA CRISTINA PEREIRA

**ENSAIO DE INTERCESSÃO INSTITUCIONAL EM UM
CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ASSIS

2011

ERICA CRISTINA PEREIRA

**Ensaio de intercessão institucional em um CAPS –
Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área do conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

ASSIS

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Pereira, Erica Cristina

P436e

Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial / Erica Cristina Pereira. Assis, 2011

115 f.: il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Abílio da Costa-Rosa

1. Saúde pública. 2. Saúde mental. 3. Política de saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.2

616.89

ERICA CRISTINA PEREIRA

**Ensaio de intercessão institucional em um CAPS –
Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área do conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Data da Aprovação: 19/08/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa
(UNESP - Assis)

Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros
(UFES - Vitória)

Prof. Dr. Silvio José Benelli
(UNESP - Assis)

ASSIS

2011

Dedicatória

*Aos trabalhadores da Saúde que diante
dos limites não perdem a ética e os seus
ideais sociais.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Abílio da Costa-Rosa, por ser mestre, orientar, confiar e me mostrar que as respostas provêm de uma causa desejante. Ao Professor Silvio José Benelli, pelas minúcias e ricas sugestões para este trabalho. À Professora Maria Elizabeth Barros de Barros, pela sua provocativa arguição, por atender prontamente aos contatos e me colocar a pensar e a responder (para mim e para a Banca). A vocês, obrigada por apostar neste trabalho!

Agradeço a minha família, que, às vezes, sem entender as minhas escolhas, me apoiou. Ao meu pai, por ensinar valores inestimáveis. A minha mãe, que, pela incondicionalidade dos afetos, está sempre comigo. Ao Elias, amigo-irmão, parceiro de uma vida, agradeço pelas constâncias e pela possibilidade de aprender-ensinar. Sem vocês, tudo seria bem mais difícil!

Aos meus avós, os quais jamais puderam se formar. De uma maneira simples, o saber deles é de uma existência, de uma vida, que escola nenhuma superou. Agradeço-lhes por singelamente serem um espelho para mim.

Aos interlocutores, durante o período de Mestrado, que, em diversos momentos/espacos/situações, pudemos tecer novas ideias ou nenhuma, apenas trocamos estórias, experiências, afetos, confortarmo-nos etc.

Aos colegas de Mestrado. Aos amigos de longa data, que estão próximos e distantes, especialmente. Aos amigos-militantes, que junto comigo acreditam nos ideais sociais. À artesã de ideias e sonhos. À Jamile, por estar comigo em diversos momentos e compreender uma porção de coisas.

Às amigas-acolhedoras nas minhas idas a Assis: Érika Hiromi, Tássia, Inajara, Noemi e Adeline. Vocês foram imprescindíveis!

Ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), por abrir-se aos aprendizes. À Alba, secretária do SSCF, pelas compreensões e amenização da burocracia. Aos trabalhadores, coordenadora e usuários do CAPS, por me deixarem entrar e vislumbrar as riquezas de um campo desconhecido. Ainda, pelos intercessores que lá encontrei e aos militantes, que lutam pelo SUS e são “mentaleiros”.

Aos funcionários da Pós-Graduação da UNESP-Assis. Aos professores responsáveis pela minha formação – nominá-los aqui seria um despropósito! Em especial, à Glória Radino (*in memoriam*), que, desde o começo, nutriu a minha busca pelo saber.

Por fim, agradeço à CAPES por financiar parte deste trabalho, permitindo a dedicação integral. A todos os que estiveram comigo, minha sincera gratidão!

Fixemo-nos no concreto. O espelho, são muitos, captando-lhe as feições; todos refletem-lhe o rosto, e o senhor crê-se com aspecto próprio e praticamente imudado, do qual lhe dão imagem fiel. Mas – que espelho? Há-os “bons” e “maus”, os que favorecem e os que detraem; e os que são apenas honestos, pois não. E onde situar o nível e ponto dessa honestidade ou fidedignidade? Como é que o senhor, eu, os restantes próximos, somos, no visível? O senhor dirá: as fotografias o comprovam. Respondo: que, além de prevalecerem para as lentes das máquinas objeções análogas, seus resultados apóiam antes que desmentem a minha tese, tanto revelam superporem-se aos dados iconográficos os índices do misterioso. Ainda que tirados de imediato um após outro, os retratos sempre serão entre si **muito** diferentes. Se nunca atentou nisso, é porque vivemos, de modo incorrigível, distraídos das coisas mais importantes. E as máscaras, moldadas nos rostos? Valem, grosso modo, para o falquejo das formas, não para o explodir da expressão, o dinamismo fisionômico. Não se esqueça, é de fenômenos sutis que estamos tratando.

João Guimarães Rosa – O Espelho.

PEREIRA, Erica Cristina; **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial** – 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade, Linha de Pesquisa: Subjetividade e Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

RESUMO

O trabalho é uma reflexão a partir do Dispositivo Intercessor, um conceito-ferramenta para a ação e a produção do conhecimento. Na experiência, houve a tentativa de introduzir um processo de intercessão num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo objetivo era de aproximar-se dos modos de gestão, para refleti-los nas premissas da gestão democrática. Por isso, apresentam-se algumas características, contratempos e aplicações do método, em uma realidade da Saúde Mental. Os pressupostos teóricos do Dispositivo Intercessor originam-se no Materialismo Histórico-Dialético, na Análise Institucional, no conceito dos intercessores e na Psicanálise, principalmente provinda da vertente lacaniana, que fundamenta as ferramentas do Cartel e dos atos psicanalíticos em Intensão e Extensão. A reflexão agrega os elementos da Saúde Mental, sob a perspectiva dos avanços e retrocessos paradigmáticos. Nesse âmbito, o Dispositivo Intercessor se assenta em um paradigma alternativo, revelando-se como um método que se distingue dos modelos tradicionais de pesquisa. O método intercessor, entendido como Dispositivo Intercessor como Método de Produção do Conhecimento (DIMPC) permite um duplo diálogo entre a forma estabelecida de produção do conhecimento na Universidade e a transformação de uma práxis em saúde. Portanto, a pretensão é que o método incida sobre a práxis, inexistindo a figura do pesquisador ou especialista, mas que, nesse contexto, apareça o sujeito desejante e implicado.

Palavras-Chave: intercessores, gestão, Saúde Mental, Atenção Psicossocial.

PEREIRA, Erica Cristina; **Test of an institutional intercession in the CAPS - Psychosocial Care Center** – 2011. 115p. Thesis (MA in Psychology and Society Research Lines: Subjectivity and Health) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

ABSTRACT

The work is a reflection from the Intercessor Device, a concept tool for action and knowledge production. In the experiment, there was an attempt to introduce a process of intercession in a Psychosocial Attention Center (CAPS), whose goal was to approach management methods, to reflect them in the premises of democratic management. Therefore, we present some features, setbacks, and applications of the method, a reality of Mental Health. The theoretical assumptions Intercessor Device originate in the historical and dialectical materialism in Institutional Analysis, the concept of intercessors and Psychoanalysis, Lacanian mainly stemmed from the strand, which is based tools Cartel and Psychoanalytic acts in Intension and Extension. The reflection adds elements of Mental Health, from the perspective of the advances and setbacks paradigm. In this context, the Intercessor Device rests on an alternative paradigm, revealing itself as a method that differs from traditional models of research. The intercessor knower as Intercessor Device how Production Method of Knowledge the method allows an double dialogue between the established form of knowledge production on the transformation of a University and health practice. Therefore, the claim is that the method focuses on the practice, there being the figure of the researcher or expert, but in this context appear the desiring subject and involved.

Keywords: intercessors, management, Mental Health, Psychosocial Attention.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
APRESENTAÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – O que é o Dispositivo Intercessor?.....	13
1. Abordagem teórico-técnica do Dispositivo Intercessor.....	14
2. Dispositivo Intercessor como Método de Produção para a Produção do Conhecimento (DIMPC).....	27
CAPÍTULO II – A Saúde Mental Coletiva e os Modos de Gestão.....	32
1. Alguns modos de gestão.....	33
1.1 A gestão na Saúde Coletiva.....	36
1.2 O Método da Roda ou o Método Paideia.....	39
2. Saúde Mental: um desdobramento da Saúde Coletiva.....	44
2.1 A Estratégia CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).....	51
2.2 A Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS).....	54
CAPÍTULO III – Um ensaio de intercessão... ..	60
1. O contexto estrutural.....	60
2. O ensaio.....	65
2.1 Quanto à entrada no CAPS.....	67
CAPÍTULO IV – Reflexões sobre o ensaio.....	74
1. NÚCLEO I – A gestão na instituição do sofrimento psíquico.....	74
1.1 O trabalho em equipe.....	75
1.1.2 A capacidade de protagonização.....	79
1.1.3 O trabalho diante do sofrimento.....	83
1.1.4 O trabalho em rede – a articulação dos serviços e outros segmentos sociais.....	88
1.2 O aproveitamento dos Espaços Coletivos de gestão.....	90
2. NÚCLEO II – Reflexões sobre a proposta metodológica no Dispositivo Intercessor para a Produção do Conhecimento na Universidade.....	93
2.1 Quanto ao entendimento da proposta de intercessão.....	94
2.2 O olhar da equipe em relação à intercessão.....	97

2.3 Qual o papel do intercessor?.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS	
Anexo 1 – Tabela dos Estabelecimentos de Saúde Mental.....	114
Anexo 2 – Mapa dos Distritos Sanitários.....	115

APRESENTAÇÃO

Algumas experiências da minha trajetória suscitaram indagações relativas ao modo de gestão no Estabelecimento, sobretudo como psicóloga na atenção em Saúde Mental. Pelos papéis bem definidos dos gestores e dos trabalhadores, verificou-se a falta de unidade nos agrupamentos coletivos, dificuldade de diálogo entre os trabalhadores que se colocavam contrários à posição ideológica e ética dos gestores. Essas diferenças passaram a constituir conflitos interpessoais, os quais afetaram diretamente o modo de produção da saúde psíquica e as conexões do Estabelecimento com os demais Estabelecimentos presentes na rede assistencial.

A proposta inicial era estudar a gestão na Saúde Mental. Consistia numa pesquisa nos moldes tradicionais, com a utilização de entrevistas. Quando ingressei no Programa de Pós-Graduação da UNESP-Assis, o orientador deste trabalho sugeriu outra proposta, que era estudar a gestão, empregando o Dispositivo Intercessor. Esta abordagem tem sido desenvolvida no Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Saúde Coletiva” da mesma faculdade. O orientador vem aprimorando o conceito, através das concepções teóricas provenientes do materialismo histórico-dialético, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade, da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, e do conceito de intercessores de Deleuze (1992).

A pertinência do Dispositivo Intercessor (DI) decorre da meta ético-política de superação da divisão do trabalho nas práticas em Saúde, introduzindo de modo radical o conceito de práxis como fazer-saber, isto é, apostando em que toda a prática de Atenção ao sofrimento psíquico não pode dissociar, em hipótese alguma, fazer-saber, executar-planejar, realizar-gerir.

Por outro lado, o Dispositivo Intercessor responde à circunstância de que nos inserimos na Universidade – outra instituição social que reproduz, com requinte, a divisão social do trabalho entre fazer-pensar, expressa em duas distintas linhas de produção: técnicos para o mercado e intelectuais para a produção e reprodução do conhecimento. Da aplicação da mesma diretriz ético-política à práxis da Universidade, se desdobra o Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento (DIMPC), cujo objetivo é introduzir-se nas brechas do próprio Discurso Universitário (LACAN, 1992), procurando responder à seguinte questão: se toda a prática tem um

conhecimento inerente que só pode ser produzido pelos sujeitos dessa práxis – mais ainda no campo da Saúde Mental conceituada no paradigma da Atenção Psicossocial, cuja ética supõe o protagonismo dos sujeitos –, então, que estatuto pode ter esse saber elaborado por um pesquisador situado como trabalhador específico da produção de conhecimento?

Portanto, o delineamento desta reflexão é fruto de dois fatores. Primeiro, da minha preocupação com os modos de gestão existentes nos Estabelecimentos de Saúde Mental, a partir da Reforma Psiquiátrica e das tentativas de implantação do Paradigma Psicossocial. Segundo, do Dispositivo Intercessor, enquanto proposta ético-política que visa inverter a lógica entre o fazer-pensar/decidir-executar.

O dispositivo ora apresentado foi adotado por possuir uma coesão teórica e uma sintonia com os propósitos conceituais e éticos desta reflexão, o Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Sob a perspectiva da produção do conhecimento, o Dispositivo Intercessor não corresponde ao modelo tradicional de pesquisa, caracterizado pelo predomínio do sujeito supostamente neutro, que se debruça sobre um objeto, elaborando conhecimentos e estratégias de manipulação e de controle. Ele consiste em uma relação singular com o objeto a ser estudado, incluindo simultaneamente o intercessor-pesquisador na trama da práxis e da investigação.

Este estudo apresenta um duplo desafio: formar um intercessor e um intercessor-pesquisador. O primeiro é referente ao trabalhador, que, inserido no cotidiano institucional, consegue problematizar sua práxis e a práxis institucional, à medida que vai intercedendo nela, conseguindo situar-se simultânea ou alternadamente nas posições de “um como os demais” e de *mais-um* (JIMENEZ, 1994). No segundo, o intercessor-pesquisador compreende um operador que, com base na experiência de uma práxis de intercessão, se dirige à Universidade para elaborar teoricamente uma reflexão sobre ela. Nesse momento, o desafio é abrir espaço para pensar na divisão social entre a produção de saber e conhecimento pelos trabalhadores, nos Estabelecimentos de Saúde Mental, no primeiro momento (em que o agora definido como intercessor-pesquisador esteve presente nas duas posições acima referidas) e a produção dos trabalhadores intelectuais na Universidade (produção por eles e produção deles), bem como a quem e a quê se dirige esse saber geralmente produzido em forma de dissertações e teses.

O objetivo deste trabalho é vislumbrar os modos de gestão presentes em um Estabelecimento de Saúde Mental – o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) –,

utilizando para isso o DI/DIMPC. A pretensão é desenvolver uma intercessão institucional enfocando a gestão e, após certo tempo, produzir um conhecimento sobre ela, exercitando esse novo modo de produção de conhecimento na Universidade.

Os objetivos específicos estão voltados para o mapeamento da gestão instituída no CAPS, a implantação empírica do Dispositivo Intercessor e a verificação das estratégias anti-hegemônicas adotadas pelo coletivo para superar o paradigma psiquiátrico, hospitalocêntrico e medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2000). Pela gestão, pode-se deduzir qual o paradigma predominante; a reflexão sobre a estratégia de gestão adotada permite considerar os avanços e os recuos para a substituição do modelo hegemônico (PPHM) por um modelo democrático e condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial que é política oficial no SUS – o referido Paradigma Psicossocial.

O Capítulo 1 refere-se a alguns esclarecimentos necessários sobre o DI/DIMPC. O Capítulo 2 situa a gestão, na perspectiva da Saúde Mental Coletiva, em consonância ao Paradigma Psicossocial, aos princípios e diretrizes do SUS. Já o Capítulo 3 remete ao campo da práxis, ou seja, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual ocorreu a experiência de intercessão-pesquisa. Também se esboçam à maneira como foi possível essa modalidade de entrada no campo. No Capítulo 4, ocorre a análise da experiência, na qual se fundamentam as categorias de análise, isto é, o DIMPC. Por fim, as Considerações Finais corresponde à conclusão e reflexões finais deste trabalho.

CAPÍTULO I - O QUE É O DISPOSITIVO INTERCESSOR? ¹

O Dispositivo Intercessor pode ser considerado um campo aplicado para a produção do conhecimento na Saúde Mental. É uma ferramenta para superar as dicotomias introduzidas pela cisão fazer-pensar/decidir-executar das Formações Sociais fundamentadas pelo Modo Capitalista de Produção. No caso desta reflexão, a proposta é pôr em análise as diferenças entre o pesquisador e o trabalhador da Saúde Mental.

De acordo com Costa-Rosa (2006), é possível verificar os avanços paradigmáticos no processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, empregando um arcabouço teórico-técnico e ético-político para estar inserido na prática e, numa posição de agente da práxis, prioritariamente inserido em seus movimentos como trabalhador-intercessor. E a partir daí, num momento posterior produzir uma reflexão capaz de produzir interferências na prática dos profissionais da Universidade. Só na medida em que tal reflexão possa interessar a futuros trabalhadores-intercessores é que ela pode vir a interferir nos avanços ou recuos dos paradigmas. A intercessão-pesquisa pode ser situada na perspectiva das abordagens que procuram transformar conhecendo, em vez de “conhecer para transformar”.

Costa-Rosa tem definido mais amplamente essa abordagem, conjugando os referenciais metodológicos do Materialismo Histórico-Dialético, da Psicanálise de Freud e Lacan, além das contribuições da Análise Institucional de René Lourau (1975) e Georges Lapassade (1983), e do conceito deleuziano de intercessores (1992).

Ele formula uma ferramenta para definir e estruturar a noção de intercessão-pesquisa, de modo a deixar bem delimitados esses dois aspectos inter-relacionados, porém bem distintos. Primeiro, o Dispositivo Intercessor refere-se ao momento de inserção necessária do intercessor no cotidiano do CAPS, como um de seus participantes

¹ O texto deste capítulo é resultante de minha apreensão, muitas vezes literal em relação às conversas de orientação, de um conjunto de idéias iniciadas por Costa-Rosa no “Laboratório transdisciplinar de intercessão-pesquisa em processos de subjetivação e subjetividade-saúde”, um setor de trabalho do “Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva” inscrito no diretório de grupos CNPq. Essas idéias já constituem alguns efeitos em projetos de Mestrado, Doutorado e Iniciação Científica, vários deles concluídos. Portanto a questão da autoria, nesta parte específica de minha dissertação, deve considerar um aspecto singular: esforço conjunto de “uma comunidade de trabalho”. Mais justamente deve incluir em sua “autoria”, ao menos uma parte dessa comunidade: Costa-Rosa, A (orientador e autor dos primeiros textos, ainda em circulação mimeografada) e Stringheta, Luciana V.H; Martini, Renner B; Miranda, Carina M; Pereira, Erica C; Souza, José E.A. (autores dos primeiros trabalhos concluídos).

necessariamente aceito pelo coletivo; contudo, o intercessor-pesquisador também é alguém que tem questões que aquele trabalhador imerso no cotidiano institucional ainda não formulou, e que sua posição transferencial com o coletivo pode autorizar ou não a enunciar. Nessa fase, são construídos os diários de campo que servirão como ferramenta da intercessão, não como coleta de dados; só futuramente podem ser uma possível referência, entre outras (atas das reuniões, circulares internos, documentos oficiais, documentos eletrônicos, jornal institucional) para a futura reflexão sobre a intercessão em tal campo sobre o próprio campo de intercessão, dirigida à práxis da Universidade².

O segundo momento, denominado Dispositivo Intercessor como Meio de Produção do Conhecimento (DIMPC), compreende o método propriamente dito, em que a referida experiência vivida é, então, objeto de uma reflexão sistemática, que, no caso deste estudo, se inicia após um período de doze meses inserido na experiência, da qual o grupo institucional autorizou a reflexão.

É importante que se compreenda a necessidade de uma radical distinção entre a posição do intercessor, na experiência, e a posição do pesquisador propriamente dito, que só ocorrerá posteriormente.

Os tópicos a seguir se referem às definições do DI e do DIMPC.

1. A abordagem teórico-técnica do Dispositivo Intercessor

O Dispositivo Intercessor é formado por um arcabouço teórico-técnico. Utiliza-se o termo *dispositivo* para aludir a algum acontecimento e uma ferramenta, que contribui para enunciar ou criar o novo, a partir da inclusão de um “intercessor encarnado ou construído”. A ideia de *dispositivo* comporta as pulsações instituintes e instituídas. É um conceito no qual está intrínseco o movimento. Portanto, é um mecanismo que move as forças constitutivas da instituição.

Inicialmente, considera-se a definição dos intercessores. Nas palavras de Deleuze:

² É fundamental distinguir a intercessão como ação de um operador (intercessor encarnado) e a intercessão como campo, pois, conforme fica claro desde a Psicanálise e Análise Institucional até à filosofia deleuziana dos intercessores, o primeiro operador é função do campo de intercessão com sua dinâmica e não o inverso, ou seja, jamais se pode pensar o DI/DIMPC concebendo um campo de intercessão originado na ação do intercessor-pesquisador. Dito de outro modo, o intercessor-pesquisador é uma posição construída por uma primeira modalidade de aproximação ao campo, que não é de Psicanalista, de Analista Institucional, de militante e muito menos de pesquisador.

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formarmos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. (1992, p. 160).

Deleuze (1992) aponta que a problemática da filosofia é com o que se passa no *entre*. Atualmente, as análises e as capacidades de reflexão estão “bloqueadas”, por isso não há movimento e vetores de fuga capazes de produzir novos sentidos. Para o autor, o movimento sempre possuiu uma base, havendo um ponto de origem, uma alavanca. O desafio é produzir o movimento, que não seja imitativo e copiado: pretende-se a originalidade, que está diminuída na contemporaneidade.

A filosofia reflete sobre os processos históricos, fenomenológicos. Nesse sentido, é possível identificar que as teorias apresentadas – a Análise Institucional, o Materialismo Histórico-Dialético e a Psicanálise – possuem técnicas, que são alavancas para experimentar o movimento dos sujeitos no campo da prática em Saúde. Porém, essas teorias articuladas com o conceito de intercessores permitem a reflexão sobre os processos instituídos pelos extratos sócio-históricos. Dessa maneira, Deleuze propõe que o filósofo saia do “ato de pensar” e seja um criador, inventor.

Esse conceito-ferramenta se propõe inicialmente a fomentar o movimento de transformação a partir das diretrizes ético-políticas da Atenção Psicossocial. Os intercessores têm a capacidade de fazer o pensamento sair da imobilidade. Por outro lado, os intercessores também estão presentes em situações concretas (por exemplo, no cinema, na pesquisa, na literatura), isto é, são acontecimentos presentes no cotidiano das instituições, o intercessor-pesquisador é apenas um caso particular, embora fundamental.

De acordo com Vasconcellos (2005), os intercessores produzem uma ampla capacidade criativa não-filosófica, podendo ser vislumbrada em outros campos do conhecimento. A capacidade extrafilosófica consiste na construção de novos conceitos e na constituição de novas problemáticas. Para o autor, não é possível operar a filosofia

deleuziana sem investir num campo da problemática e sem criar conceitos para advir à reflexão. Desse modo, Deleuze se propõe criticar um tipo de pensamento designado pela representação objetiva, constituindo-se como “Filosofia da Diferença”; por isso, são indissociáveis os planos da crítica e da clínica.

Os intercessores não são os pensadores, os criadores. Na perspectiva deleuziana, pode ser um encontro, uma interação no plano das imanências. Entretanto, os intercessores se opõem ao discurso dominante (compreendido como aquele que conserva o saber científico) e implantam o “discurso da minoria” (DELEUZE, 1992). Pode-se pensá-lo como a contestação do discurso dominante, que deve provocar e “entrar na onda”, cujo objetivo é movimentar o que está “bloqueado”, daí que dêem visibilidade ao que até então é minoria.

Os intercessores, com seus movimentos das diferenças, não devem buscar uma verdade preexistente e absoluta. Conforme Deleuze, a verdade deve ser criada em cada domínio (da ciência, das artes e da filosofia) e, através dela, é possível explicar como cada sujeito compreende a sua maneira os domínios. Dessa forma, a verdade não é absoluta, mas é singular tal qual a produção dos intercessores, que não possuem objeto teleológico.

Barros e Passos (2000) associam os intercessores à clínica. Observa-se aparente aproximação ao que Costa-Rosa pretende, com o Dispositivo Intercessor/ Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento. Entretanto há uma distinção essencial: Barros e Passos referem-se a intercessão aplicada à ação do cartógrafo-pesquisador, deixando intocada a questão da divisão fazer-saber. Na perspectiva de Costa-Rosa o cartógrafo está no momento da intercessão (DI); é aí que ele segue de forma imanente os movimentos do coletivo, inserido em sua práxis e procurando interceder nos impasses ou buscando ampliar os movimentos. Conforme já afirmado, a pesquisa propriamente dita só ocorrerá posteriormente³.

³Neste ponto é imprescindível acrescentar um esclarecimento quanto ao DI/DIMPC, derivado da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, sem o que não se pode compreender a radicalidade das diferenças entre os dois referenciais. Trata-se da diferença entre saber (sempre inconsciente ou referente ao não-sabido das Formações Sociais) e conhecimento, esse arcabouço acumulado pela Ciência e mesmo a Filosofia, e que se pretende ligado diretamente à razão e à consciência. De modo aproximado se pode dizer que o operador no DI se remete ao saber de extração não cartesiana, ao passo que o conhecimento, propriamente dito, cujo lócus comum é a Universidade tem sua extração derivada do Cogito Cartesiano. Na realidade, o operador no DIMPC irá procurar referenciar-se por uma modalidade de conhecimento que Jacques Lacan nomeia *ignorância douta*, por tratar-se de um saber que conhece seus limites, sendo o principal, “não poder saber pelo outro”.

Apesar da ideia da implicação do pesquisador-cartógrafo em campo, o conhecimento é transdisciplinar para superar os limites das disciplinas e da própria pesquisa como ação de um sujeito sobre (ou mesmo com) outro. Como o DI não é uma pesquisa, o intercessor vai a campo para construir o saber/conhecimento, transformar o campo e o modo de produção do conhecimento. Não espera que produzam um conhecimento *para e sobre* o campo.

O DI/DIMPC também se beneficia dos constructos teóricos da Análise Institucional, dentre as diversas contribuições, ressalta a capacidade de interferência no campo. A partir da inserção na práxis, o intercessor naturalmente produz interferências, no contexto institucional.

O principal benefício da Análise Institucional, para o DI, é que não é possível realizar um estudo no contexto, em que os sujeitos sejam postos como peça “estudada”. Entende-se que a Análise Institucional introduz como prática inovadora, uma forma de intervenção social, na qual o pesquisador está implicado (ALTOÉ, 2004), mas não permanece claro, que esse “pesquisador implicado” na realidade está longe de ser um pesquisador. Nesse sentido, poder-se-ia notar alguma semelhança entre a Análise Institucional e a pesquisa-ação⁴, mas que não corresponde ao seu uso típico, enquanto metodologia. Além disso, o analista institucional não faz pesquisa, enquanto faz a análise, se realmente, quanto a isso, ele respeitar a ética da Psicanálise.

A Análise Institucional possui a proposta de intervir com base nos atos do analista, cujo objetivo é promover na instituição a autoanálise e a autogestão. A intercessão não deve ser confundida com uma intervenção, pois pode recair na divisão fundamental do trabalho, que separa os pensadores e os executores⁵. A ética do operador do DI/DIMPC consiste na inclusão dos atores institucionais enquanto sujeitos capazes de introduzir rupturas e mudanças, ou seja, nas Formações Sociais de forma ampla ou na práxis da Universidade.

⁴ A pesquisa-ação possui embasamento teórico na dialética e é uma vertente das pesquisas participativas, as quais requerem a inserção do pesquisador em um dado campo empírico. Nota-se que esse pesquisador entra como tal, ou melhor, sua ação se dá no lugar de pesquisador, mesmo quando inclui os indivíduos pesquisados como pesquisadores coadjuvantes.

⁵ Aqui deve ser feito outro esclarecimento. Nas contribuições importantes derivadas da Análise Institucional para o DI/DIMPC, Costa-Rosa introduz remanejamentos teóricos na proposta original de Lourau e Lapassade, ao realizar sua leitura a partir dos desdobramentos posteriores da Psicanálise feitos por Lacan.

Outra diferenciação é com relação à formação. Na Análise Institucional, é necessária uma formação prévia, fora da prática e na prática, na qual se estudam os conceitos de Marx e Freud. Nesse caso, as instituições e coletivos, a partir de uma Demanda, dirigem uma “suposição-de-saber” a um *staff* de Analistas, ou a um Analista em particular, que cobrará por seus serviços profissionais (nisso não diferindo de um psicanalista). Não é o caso do operador no DI/DIMPC, que se espera emergja, antes de tudo, entre os trabalhadores como efeito dos impasses da práxis, ou parta de uma oferta vinda do intercessor-pesquisador. No primeiro caso a instrumentação como “intercessor encarnado”, só virá *a posteriori*, se for seu interesse; e disso também poderão depender os efeitos de sua inserção intercessora. Portanto, o “intercessor encarnado” não receberá honorários por essa inserção.

Já no Dispositivo Intercessor, não existe formação específica, de sorte que ela ocorre na prática a partir das teorias de Freud e Lacan. Em decorrência, o intercessor no campo da Saúde Mental Coletiva supõe uma formação, mas não *a priori*, ela ocorre na e a partir da prática.

O Dispositivo Intercessor utiliza os conceitos de Demanda e da Encomenda Social (LOURAU, 1975; ALTOÉ, 2004), que são da Análise Institucional. Através desses conceitos, procura recuperar a dimensão estrutural das Formações Sociais. Parafrazeando a Psicanálise de Freud, pode-se considerar a Encomenda Social como um homólogo da “demanda como retorno do recalcado”; encomenda que deve ser, portanto, interpretada como uma espécie de sintoma institucional. Embora não se trate de hermenêutica a ação específica do “intercessor encarnado” como tal.

Por isso, o campo de análise no DI pode ser compreendido como um campo amplo, em que é possível haver reflexões profundas para além de uma cena específica (LOURAU, 1975). No caso deste estudo, o campo não se restringe ao CAPS, mas ao campo da Atenção Psicossocial, no qual existem os parceiros capazes de se enredar no território. Nesse sentido, o acontecimento num CAPS deve ser considerado efeito de um coletivo, presente ou não na cena institucional. Todavia, isso se configura como campo de análise.

Um tributo fundamental do DI à Análise Institucional é a correlação de parte de suas características e o conceito de analisador (LOURAU, 1975). Os analisadores podem ser acontecimentos ou fenômenos que se revelam como catalisadores ou produtores de uma crise, considerada no sentido de crítica ao instituído e revelação dos

fundamentos dos efeitos sintomáticos. Os analisadores, tal como os intercessores formulados por Deleuze, podem ser naturais ou construídos. O objetivo de se empregar os analisadores, enquanto elemento da análise, é “[...] revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1975, p. 284). A meta é dissolver a instituição e as formas sociais nela instituídas.

O analisador é um fenômeno que age nas brechas do instituído. Isso é idêntico no DI, pois o intercessor se insere nas fissuras do instituído, para catalisar os conflitos provindos das forças contraditórias – entendidas pela oposição da força instituinte e instituída –, que são pré-existentes na instituição. Desse modo, o “intercessor encarnado” pretende ocupar essas brechas, para fomentar as pulsações das forças instituintes, cuja finalidade é colocar em constante movimento a instituição. No caso deste trabalho, busca-se a ruptura com o paradigma hegemônico, que fortalece a gestão hierárquica para ser superada, por se tornar obsoleta, no contexto da Saúde Mental Coletiva que se pauta pelo Paradigma Psicossocial. Como contraponto, não basta afirmar a gestão democrática. A ética desse paradigma, em consonância com os princípios do SUS, torna necessária a cogestão e autogestão vivenciada por trabalhadores e população, mesmo admitindo (sem nenhum prejuízo) os representantes do Estado (município).

Com isso, delineiam-se algumas das contribuições teóricas da Psicanálise de Jacques Lacan, para alicerçar o Dispositivo Intercessor. A principal característica da Psicanálise é a radical singularização da produção do conhecimento, através da concepção do “objeto” e do “método psicanalítico”, que são respectivamente o inconsciente e a atenção (escuta) flutuante. Eles são antagônicos ao modelo positivista de pesquisa.

As manifestações inconscientes na formação dos chistes, sintomas e lapsos é uma maneira de observar empiricamente o “método psicanalítico”. O conhecimento teórico é suspenso de modo a manter e ampliar os aspectos observados. No “método psicanalítico”, jamais se opera com um conhecimento prévio, pois se encontraria apenas o que se procura. O analista se apoia no “não-saber” (seu e do paciente) para ampliar as enunciações, por isso não deve interpretar, de modo a preencher as falhas ou as lacunas do saber.

Sob a égide epistemológica, a Psicanálise rompe com o especialismo, na medida em que, o “objeto” é um sujeito produtor de conhecimento. Dessa forma, o sujeito é protagonista.

O Dispositivo Intercessor utiliza-se dessas e outras proposições. O intercessor-pesquisador no CAPS não busca pesquisar os aspectos daquela realidade. Contrário ao pesquisador, o intercessor se integra junto com os demais trabalhadores no movimento, “entra na onda” das pulsações institucionais para aproveitar os “dados”, que lhes servirão de base para o próprio processo de intercessão, facilitando as rupturas e apontando suas fissuras. Nesse processo, não há um “objeto” exclusivo tal qual no modelo positivista.

Outra contribuição teórica da Psicanálise ao Dispositivo Intercessor se deve a sua semelhança com o analista propriamente dito, daí que o “intercessor encarnado” só possa operar sob transferência. Procura a especificidade da transferência elucidada por Lacan com o conceito de “sujeito-suposto-saber”.

Uma das suas particularidades do “intercessor encarnado”, vindo da Universidade, pode ser definida como “não lugar”. Pois o que caracteriza sua posição inicial pode ser a de trabalhador da instituição, alguém que solicita a posição de aprendiz em troca da contribuição profissional que pode fornecer, pois sempre é um profissional formado e credenciado para solicitar inserção na práxis de que se trate (nesse caso correndo o risco de não ter concedida a autorização para a realização da reflexão posterior). Pode, ainda ser alguém admitido inicialmente como assessor. É a forma como conseguirá desdobrar sua inserção, que será paulatina e designará o lugar quando ocupado. Essa característica de “não lugar” permite aos intercessores construir uma identidade própria e singular em cada práxis específica onde estejam inseridos.

Por exemplo, um analista institucional é convidado para um processo de análise institucional, ou um pesquisador toma a instituição como objeto de sua pesquisa; logo, espera-se a aplicação de entrevistas, sendo que o grupo se coloca na posição passiva de objeto. Por conseguinte, o risco é o “não-lugar” ser ocupado pelas expectativas imaginárias do grupo.

O intercessor assume o lugar de *ignorância doua* (QUINET, 2005). O excerto a seguir contribui para compreender esse conceito:

A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a *ignorância douta*. (QUINET, 2005, p. 26).

Essa “posição” consagra o lugar de expectante, mas não é uma posição passiva. Consiste na espera, enquanto se tece a parturiência de um novo saber, de sorte que a intercessão requer tempo e resignação. Nesse sentido, o intercessor tal qual o psicanalista (terapeuta) na Psicanálise em Intensão se coloca na posição de saber que existe um conhecimento na práxis, cuja relação com ela é muito diferente da relação comum que se estabelece com um conhecimento de especialista. Portanto, a *ignorância douta* pode ser considerada um “saber especial”, que ajuda a posicionar transferencialmente para melhor aparecer o saber na práxis.

A partir desse lugar, o “intercessor encarnado” adota algumas táticas para ocupar as brechas já existentes na relação entre a Demanda Social e aquilo que dela se manifesta como Encomenda Social, e nas formas sintomáticas comuns e nas situações de impasse em geral. Através de interrogações, sublinhamentos, escansões e proposituras, evidenciam-se as eventuais problemáticas ajudando o grupo se movimentar. Nesse percurso, a *ignorância douta* auxilia o intercessor a demarcar o seu lugar e não a desconhecê-lo.

Interessa ao DI o saber referente ao “não-sabido”. Por analogia, corresponde ao saber inconsciente, cuja operatividade pode ser definida de acordo com a Psicanálise posterior a Freud. Portanto, o DI considera a perspectiva de uma Análise Institucional que seria pós-Lourau/Lapassade. Ou seja, é preciso que a atitude de interrogação significativa, sobre a práxis, seja instalada no grupo para que possa começar a ser produzido o saber referente ao “não-sabido”; é que a interrogação significativa supõe a consideração de que os ditos e os “feitos” sejam polissêmicos – é na apreensão do retorno enunciativo dessa polissemia, que um saber novo, que se relacione com os aspectos instituintes da Demanda Social, pode começar a ser produzido/apropriado.

O intercessor facilita a emergência do saber “não-sabido” sobre a práxis. Os saberes são constantemente atravessados por diversas instituições, que impedem de enxergar os saberes existentes na dimensão instituinte da práxis dos sujeitos. A

dimensão ético-política do Dispositivo Intercessor e, portanto, do “intercessor encarnado” tem no horizonte não apenas o “não-sabido” (resultante da mediação ideológica e imaginária presente em qualquer ato de instituir e, também em seus resultados). O DI tem no seu arcabouço ético, o que se nomeia “irredutível da experiência”, que é equivalente ao Real pulsante, cuja apropriação coletiva se dá “em pedaços”. Porém, é aí que o coletivo pode produzir e apropriar-se de um saber que está além do sintoma e dos impasses cotidianos ordinários, isto é, poder-se-á trilhar o instituinte radicalmente novo (LACAN, 1992).

A relação com o saber demarca o modo como o intercessor entra no Estabelecimento. Neste trabalho, por vir inicialmente da Universidade, ofertou-se uma intercessão, que ficou marcada sob o véu de pesquisa, percepção que só foi ficando clara *a posteriori*. Minha presença foi aceita pelo coletivo, mas essa associação com a Universidade acabou introduzindo uma variável difícil de ser superada no intervalo de tempo em que estive presente até o momento de iniciar a segunda parte do trabalho, isto é, a reflexão dirigida à Universidade.

Embora o intercessor esteja inserido nos processos de produção presentes no campo de intercessão, o DI possui a particularidade de o “intercessor encarnado” não se inserir totalmente no coletivo (ele é mais um em posição diferenciada, nomeado *mais-um* na Psicanálise lacaniana). O “intercessor encarnado” deve se resguardar, pela posição transferencial que poderá fazer dele, no primeiro momento, o suporte das expectativas imaginárias do grupo.

Para as ações concretas do “intercessor encarnado”, quando presente no campo de intercessão foi a criação do dispositivo do Cartel, um desdobramento da Psicanálise lacaniana. Para Jimenez (1994), este não é somente um nome, que define um grupo de trabalho na Psicanálise. De acordo com a autora, o Cartel pode ser considerado um núcleo de produção do saber em Psicanálise. É um dispositivo que articula a Psicanálise em Intensão – compreendida pelo “psicanalizar” – e a Psicanálise em Extensão, que se restringe ao trabalho da teoria psicanalítica. Portanto, o Cartel está atrelado à formação permanente, na qual o saber teórico se articula como o saber-fazer na clínica. Por isso, não se trata de exercer um saber do tipo universitário comum, marcado pela repetição do mesmo. Neste arranjo grupal, a busca é por um saber singular.

Outra contribuição importante para a construção do Dispositivo Intercessor e o Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento vem do Materialismo Histórico especificamente de Marx. O Materialismo Histórico possui pressupostos epistemológicos para enfrentar as dicotomias – sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, subjetividade-objetividade (MINAYO, 2000). Como metodologia tem por objetivo transformar a realidade no âmbito do conhecimento e na forma histórico-social.

Uma das principais características do Dispositivo Intercessor é a singularidade da relação entre a objetividade e a subjetividade, pois se compreende que existem forças (instituintes e instituídas) constitutivas das Formações Sociais e dos próprios homens. Sua ética inclui a consideração de que eles podem identificar essas forças e as transformam dialeticamente.

Nessa reflexão, a dialética se justifica pela necessidade da compreensão das contradições existentes na instituição, corroborando o estudo das Formações Sociais. As estruturas de uma instituição são totalidades que o tempo todo se desmancham e se constroem. Nesse caso, o conflito institucional pode ser considerado o suprassumo para o DI, porque representa a possibilidade de transformação por sua própria potência analisadora.

Um Estabelecimento de Saúde Mental é atravessado por múltiplas instituições, como a psicológica, a educativa, a cultural, a médica, entre outras. Em uma determinada conjuntura, existem forças que sustentam o paradigma hegemônico (psiquiátrico, hospitalocêntrico e medicalizador), sobretudo no Discurso Médico (CLAVREUL, 1983) no qual predominam as relações de hierarquia. Entretanto, a organização das forças possibilita a interferência no que pode avançar na sua superação dialética, ou seja, ocorre outro rearranjo da relação entre as forças. A partir dessa compreensão é que o sujeito pode introduzir múltiplos sentidos.

Entretanto, é imprescindível esclarecer que o DI/DIMPC, não corresponde apenas a relação entre o instituído e o instituinte (lei da unidade e luta de contrários). Considera a relação “dialética” no âmbito do instituinte, a partir da “lei das transformações quantitativas gerando transformações qualitativas”, ou seja, na dialética considera-se a dimensão rizomática do instituinte, sem qualquer menosprezo à contribuição excepcional da “Filosofia da Diferença” de Deleuze (1988).

O Materialismo Dialético de Marx também possibilita a análise e crítica da divisão social do trabalho. A proposta é operar em ordem inversa e mesmo aleatória ao Modo Capitalista de Produção. A constituição do conceito de “incluídos”, no Dispositivo Intercessor e no DIMPC, produz uma crítica na divisão fazer-saber. As definições de Marx acerca do modo de produção são tomadas por Costa-Rosa (2011), para compreender a produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Para o autor, existe uma equivalência entre os modos de produção e os modos de subjetivação. Isso é elucidado na paráfrase:

[...] se ao “fazer”, o indivíduo faz a si mesmo, também deve ser imediatamente notada a homologia necessária entre esses modos do fazer. Ou seja, está simultaneamente afirmada, sem meias palavras uma relação direta entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, as formas da relação dos indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços de comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade. Portanto, podemos considerar que a imanência do trabalho com os demais meios e condições da produção, o que define para Marx o trabalho vivo, está diretamente relacionada a um modo particular dos processos de subjetivação. Essa relação de imanência permitia ao trabalhador, como ente humano, ter existência objetiva independente do trabalho, e ao mesmo tempo possibilitava que ele se relacionasse consigo mesmo como senhor das condições de sua realidade. (COSTA-ROSA, 2011, p. 14-15).

Tendo em vista a compreensão de que a produção de saúde psíquica está atrelada ao modo de produção da vida social; e a partir da constatação de que o Modo Capitalista de Produção introduz mudanças radicais, em relação aos modos de produção pré-capitalistas – dessas transformações, a fundamental é a separação entre fazer e pensar, gerir, saber. Costa-Rosa afirma que essa é a razão lógica e histórica que se fundamenta a construção do DI e de sua contrapartida, o DIMPC. Ou seja, a razão imediata dessa construção vem da necessidade ética de produzir um conhecimento que não seja a reprodução dessa separação histórica. Conforme se pode ver, existe uma disparidade entre a relação DI/DIMPC quanto às determinações históricas e as razões lógicas.

Segundo Clavreul (1983), a ética da produção de saber fora do Discurso do Mestre e Universitário, é que exige que se comece pela inserção em uma práxis efetiva,

e longe da posição de pesquisador. Portanto, deve-se começar pelo DI. Por outro lado, este não supõe uma reflexão posterior, dirigida a quem quer que seja; ao passo que o DIMPC supõe radicalmente o DI como anterior.

Dessa maneira, o DI não afirma um conhecimento provindo de uma pesquisa e de um pesquisador, contudo, ambos estão compreendidos nos moldes do Discurso Universitário, que supõe o paradigma das disciplinas, um sujeito cognoscitivo e um objeto a ser conhecido. No DI, o intercessor não possui um caminho preestabelecido, diferentemente da pesquisa-intervenção, cujas ferramentas são para facilitar as intervenções. Por consequência, buscam-se estratégias para lidar com as pulsações e os desejos existentes no campo de intercessão e para a produção de um conhecimento especial. Nesse sentido, pode-se considerar que o DI se situa em um Estabelecimento em constante movimento e, para isso, é necessária uma estratégia para não estar nos movimentos com ferramentas construídas *a priori* no campo universitário.

Vale assinalar possíveis paralelos da estratégia intercessão-pesquisa e mesmo da pesquisa cartográfica. Embora a cartografia seja uma das estratégias das pesquisas de intervenção, o método potencializa a presença dos intercessores na busca das interferências e da irrupção dos agentes produtivos, mas parece fazê-lo a partir de um agente produtor de conhecimento. Afinal é um método de pesquisa que nasce como os demais, a respeito do qual Costa-Rosa interroga se ele terá feito uma crítica da essencial divisão do trabalho no Modo Capitalista de Produção.

Conforme Passos e Eirado (2009), o cartógrafo passa a ser um intercessor capaz de adentrar no Estabelecimento, podendo identificar a capacidade da produção da diferença. A ideia trazida pela cartografia é de “acompanhar os processos”, sendo estes os modos de subjetivação e os modos de produção dos “produtos”. No transcorrer desse “acompanhamento dos processos”, não há o tradicional “objeto”, ou campo de pesquisa, que objetifica o olhar do pesquisador; o que existe são os processos que engendram as suas conexões com o tema estudado, no caso deste trabalho, a gestão.

Costa-Rosa considera que o intercessor faz uma pesquisa-intervenção, cartográfica. Por consequência, afirma que o DI é uma cartografia. Contudo, é importante assinalar que não se pretende uma crítica ampla, ao contrário, esses paralelos indicam que esse campo de trabalho é um dos importantes interlocutores nesse processo de embasamento do DI/DIMPC (que está ainda em andamento).

Neste trabalho a gestão foi um tópico de trabalho que se pretendeu sublinhar no campo de intercessão originando esta reflexão. Portanto, para mim, a proposta da cartografia traz a possibilidade de considerar os elementos transversais aos acontecimentos cotidianos ocorridos no Estabelecimento, considerando o plano dos desejos.

Passos e Eirado (2009) salientam que o cartógrafo tateia os acontecimentos, procurando dissolver o ponto de vista do observador, sem anulá-lo. A observação, ainda, pressupõe a separação entre sujeito e objeto. O cartógrafo utiliza os conceitos de transversalidade e de implicação, para lidar com o limite da separação entre a teoria e a prática. Para os autores, a transversalidade é um princípio metodológico, que se direciona para a alteração dos padrões comunicacionais, variando os pontos de vista e não os abolindo. Por outro lado, a transversalidade pressupõe a emergência de uma terceira vertente, que corresponde ao eixo do diálogo, da circulação de palavras e apropriação pelos sujeitos do coletivo, a partir das distintas vertentes: a hierarquia e a horizontalidade.

Outro aspecto é que Passos e Eirado (2009) criticam a separação provinda do modo de produção e da produção de realidade tomada com a ideia de implicação proposta por Lourau. Diante da premissa de que é possível intervir na realidade através da Análise Institucional, Lourau vislumbra chegar à experiência no seu limite. Para os autores, não existe na experiência o limite, uma vez que é constituída por um “dispositivo-máquina”. O cartógrafo se dissolve no plano do coletivo, e é deste que produz o conhecimento, por isso aquele não é central acolhendo os outros sujeitos e as variações das experiências. Isso aumenta a quantidade de elementos inusitados em campo, os quais são incorporados e verificados na prática. Então, “[...] o cartógrafo lança-se na experiência, não estando imune a ela” (PASSOS; EIRADO, 2009, p. 128).

Assinala-se um paralelo quase absoluto com o “intercessor encarnado” no DI e com a conceituação do “campo de intercessão”. Os princípios teórico-técnicos apresentados, contudo, mais uma vez, reafirma a interlocução do DI/DIMPC com o método cartográfico.

Em suma, identificam-se algumas características do Dispositivo Intercessor: ocorre em um campo de intercessão, pode ser ação múltipla de acontecimentos (campo de intercessão, do qual o “intercessor encarnado” é necessariamente um efeito) ou pode incluir a ação de um possível agente encarnado, sob transferência, por isso não intercede

à revelia, observa os caminhos abertos e se insere neles. Identifica qual é a ética da instituição, qual sua finalidade e se questiona quanto ao seu posicionamento dentro do grupo; mas possui uma ética e um engajamento desejante.

Portanto, em trabalhos como o realizado por mim, o “intercessor encarnado”, sobretudo quando sai da Universidade – aproveitando-se do Discurso Oficial desta, em que figura a tripla função – ensino, pesquisa, assistência – se oferece apenas para fazer algo explicitado como interesse próprio, sabendo que só com isso nada poderá acontecer. Ou seja, ele tem que respeitar o campo de intercessão com sua lógica e seus movimentos imediatos, é no campo de uma reciprocidade a partir de sua contribuição estabelecida como um a mais, que pode se inserir ou não na lógica do *mais-um*. Então, está longe de qualquer posição de transgressão, só o aceite do coletivo garante a autoridade (jamais autoritária) para infiltrar-se nas brechas abertas no campo de intercessão, ajudando o coletivo a ocupá-las, ou situar-se de modo diferente em posições de infiltração conquistadas.

2. O Dispositivo Intercessor como Método de Produção do Conhecimento (DIMPC)

O DIMPC pode ser caracterizado pela recuperação do movimento da práxis, não mais no campo de intercessão, mas na práxis da Universidade – outro lócus da reprodução da contradição fazer-pensar expressa na presença de duas distintas linhas de produção (de técnicos para o mercado e de produtores/reprodutores de conhecimento, supostamente para os primeiros). Consiste no momento de reflexão, no caso deste trabalho, após o período de doze meses no CAPS.

Enfatizam Fodra e et al.:

O método intercessor como dispositivo específico de produção deriva da indissociabilidade proposta pela dialética entre visão de mundo, método de conhecer e práxis. Essa indissociabilidade impõe que os processos de produção de conhecimento se remetam prioritariamente à práxis. Portanto, antes de uma produção especializada, que supõe a divisão do trabalho em especialismos e a separação entre fazer e pensar, o método de conhecer deve operar no desenvolvimento da própria práxis. (2007, p. 94).

Na produção de conhecimento (DIMPC), o intercessor está na posição de interrogar os conceitos construídos no campo em que se inseriu a intercessão, mas não é um conhecimento válido prioritariamente para ela. Costa-Rosa, em certa homologia com a Psicanálise do campo de Freud e Lacan, afirma que o conhecimento produzido na Universidade, fora do modo de produção nomeado Discurso Universitário, assume sua origem universitária e se esmera na possibilidade da produção de novos “intercessores-pesquisadores encarnados”, tanto para qualquer práxis, quanto para a práxis específica da Universidade.

Por isso, esse saber produzido num segundo tempo, após à inserção na práxis em geral, é considerado como um saber segundo (e não um conhecimento segundo). Segundo porque é um saber sobre os meios, técnicas e o próprio processo de produção do saber na práxis em geral. Também, por que conhece seus limites em relação a esse saber primeiro dos trabalhadores da práxis (a qual inclui o intercessor-pesquisador como um a mais e como *mais-um*); limites entre os quais o principal é não poder saber pelo outro (em quaisquer práxis), daí sua semelhança estrutural com a *ignorância dousta*.

No Discurso Universitário, o saber enciclopédico exclui a subjetividade, supondo um conhecimento objetivo. Nele, o sujeito está alienado e espera que o outro suposto ao saber (pesquisador, mestre, terapeuta, analista) trabalhe para ele. Ainda nesse Discurso, a ciência produz uma realidade e única verdade. É necessário romper os aprisionamentos instituídos pela academia e ampliar a dimensão do sujeito para superar o saber-repetição.

Na perspectiva do intercessor, na Universidade, tenta-se recuperar uma práxis. Ele pretende uma crítica à Universidade que vai sendo realizada à medida que se infiltra nas brechas do Discurso Universitário, produzindo um conhecimento que, também em relação à práxis universitária, se pretende mais dinâmico. O modo de produção mais apropriado para designar essa nova forma de produção do conhecimento é o Discurso do Sujeito/Histeria. Ou seja, o intercessor-pesquisador, agora centrando sua ação na produção de um conhecimento sobre os processos de produção do saber na práxis em geral coloca-se como agente questionador do saber instituído, pretendendo fazer movimentar-se a rede de conceitos e significantes instituídos.

O resultado é um saber dinâmico, transitório e parcial. Pois os processos de intercessão, sendo dinâmicos e contínuos, geradores de mudanças na realidade, obrigam a modificar as perspectivas do saber sobre eles. Isso mostra que não há verdade ou inverdade, absolutas, nem conhecimento total e acabado. A ideia é um método de produção de conhecimento entre a tática e a ética, no qual a realidade da práxis, considerada como sempre pulsante, produz efeitos diversos que são os elementos promotores da intercessão.

Nesse método, não se valoriza a produção de conhecimento mecânico, que revela a realidade do “objeto”. Pretende-se um conhecimento provindo de um sentido inaudito e inacessível aos outros, porque é um saber que possui uma nova face. Para Lacan (1992), o saber está aprisionado a uma espécie de lógica e de escrita, e é este saber que a Psicanálise não almeja, por se tratar de um saber-repetição.

O DI/DIPMC mais uma vez parafraseia as observações de Lacan sobre o modo de produção do Discurso Universitário que possui a capacidade de reduzir a dimensão do sujeito, sobretudo a do inconsciente, no qual se encontra a “verdade”. Entretanto, “[...] a verdade nunca se pode dizê-la ao não ser pela metade” (LACAN, 1992, p. 34).

Para o DIMPC interessa um agente produtor de conhecimento de outro tipo, a fim de se inserir a partir da ética de superação da divisão social do trabalho (entre fazer e saber). Por isso, no DIMPC o agente não é um pesquisador interventor, nem mesmo um pesquisador participante ou um pesquisador cartógrafo. Ele é um “intercessor encarnado” inserido no movimento da práxis (com seus agentes necessariamente produtores de saber e conhecimento).

Por isso deve-se situar esse agente “isolado” como produtor de saber, e esse novo modo de produção em que ele se insere, como Intercessão-Pesquisa – outra lógica, outra política, nada mais necessário do que outros significantes para designá-las. Por conseguinte, o intercessor vai a campo avisado de que não fará pesquisa no primeiro tempo da intercessão e nem sequer incluirá o significante “pesquisa”, correndo o risco de o grupo não lhe conceder a autorização para a realização da reflexão que visa especificamente a práxis na Universidade.

Ao utilizar o DIMPC, Costa-Rosa tem identificado alguns empecilhos: o fato que sua lógica e sua ética se contraponham dialeticamente ao modo comum da ciência, parece gerar reações de rejeição à primeira vista. Para certos setores do meio acadêmico

é difícil aceitar um modo de produção de conhecimento que recuse o “levantamento de dados” como ponto inicial. Em contrapartida não parece ser difícil aceitar que um trabalhador se insira na “pesquisa” na Universidade começando por uma reflexão sobre sua experiência de trabalhador – não será porque se encara essa experiência de trabalhador como uma prática que “foi sem teoria”?

Um aspecto importante, que está em processamento na construção do DIMPC diz respeito a certas dimensões epistemológicas: não é fácil compreender, de imediato, que um saber-segundo não seja necessariamente um saber secundário. Compreender, ainda, que um saber sobre os processos de produção do saber na e para a práxis, não seja um saber sobre os sujeitos da práxis (nem mesmo se esses sujeitos fossem coparticipantes da pesquisa como ocorre na intervenção-pesquisa). Quanto a este último aspecto há uma exceção: pode-se considerar, a partir do DIMPC, a pertinência de um “saber sobre” os sujeitos (sempre da práxis) quando se trata de conhecimentos do tipo “epidemiológico”. Nesse sentido, pode haver pertinência para abordagens do tipo intervenção-pesquisa. É importante esclarecer de modo sublinhado que o DI/DIMPC crítica as “metodologias” comuns considerando sua aplicação ao que se nomeia campo humano e não aos campos em geral. Lacan afirma que a Psicanálise não é a ciência, pois o homem não é objeto de estudo.

Outras questões em processamento dizem respeito à validade científica de um conhecimento produzido a partir do modo DIMPC. Então, para que servem os conhecimentos produzidos no modo de produção DI/DIMPC?

Distintos do saber da e na práxis, os conhecimentos produzidos no DIMPC é uma ferramenta destinada para instrumentalizar outros “intercessores encarnados”, sem a pretensão de ensiná-los, pois sua formação é igualmente proposta em processos de intercessão na práxis da Universidade, explorando as brechas no modo de produção do Discurso Universitário. Também nesse tempo posterior está em questão reconhecer a Formação Social da Universidade como um campo de intercessão com suas fissuras pulsantes (no que pese sua particularidade), capazes de abrir a pertinência dos “intercessores encarnados”.

Por um lado, o “intercessor encarnado” é um sujeito que se aproxima de um analisador com a capacidade de interceder na realidade, bem semelhante ao cartógrafo, que mapeia os processos institucionais. Por outro, nesse trabalho, sua inserção nos processos é diferente, pois o intercessor “cartografa” na posição de um a mais e de

mais-um apenas em sua inserção na práxis, considerando o que Costa-Rosa denomina de tempo um.

A propósito das questões epistemológicas recupera-se um aspecto da introdução da obra *Mil Platôs*, de Deleuze e Guattari, na qual de modo brilhante eles falam da aspiração a escrever um livro que não fosse um livro – encontram a solução de um livro-rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Essa é mais uma proposição considerada por Costa-Rosa como capaz de interlocução com o DI/DIMPC, que cabe na polissemia do significante “intercessor” como é concebido por Deleuze (1992) em *Conversações*.

Porém cabe assinalar uma diferença presente na construção inicial de Costa-Rosa. Nesta o único saber que “não faz livro” é o saber que, no DI, foi nomeado como “saber não-sabido/inconsciente” e “saber do irreduzível” da experiência da práxis. Um cartógrafo não produz conhecimento, nem mesmo rizomático, adjetivo que, pode ser aplicado ao “saber da/na práxis”, sempre instituinte (está claro que o DI/DIMPC lê no estrato e no rizoma). Quando se trata de livros “de ciência”, os melhores seriam os que nunca terminassem de ser escritos, ou mesmo os que nunca fossem escritos como afirma Jacques Lacan, mas que escritos contivessem essa espécie de “germe pulsante”, rizomático, capaz de ser “intercessor encarnado” junto a seus possíveis leitores.

Além de “nossa intercessão” com algumas das ideias de Deleuze e Guattari, pretende-se afirmar a crítica radical à divisão do trabalho, que é o ponto, inicial que causa e torna impossível não propor o DI/DIMPC. Uma hipótese de trabalho de Costa-Rosa é que essa crítica, embora presente nos autores citados (afinal são materialistas e marxianos), não é levada até suas últimas consequências. Essa, porém, é uma hipótese de trabalho que como tal está em movimento no trabalho de análise e reflexão presente na base da construção do DI/DIMPC.

CAPÍTULO II – A SAÚDE MENTAL COLETIVA E OS MODOS DE GESTÃO

Na Saúde Mental Coletiva, a gestão se insere no processo saúde-adoecimento-Atenção, contexto institucional no qual a criação ou a reprodução da assistência são processos indissociáveis, mas que orientam os diversos modos de produção da saúde. Embora se exalte a disciplina médica nas práticas institucionais, que marcariam paradigmaticamente a gestão, tais processos não possuiriam um caminho claramente delineado.

É possível compreender as complexidades existentes na gestão, cuja meta consistiria em ampliar e democratizar as relações existentes entre os atores implicados com o seu trabalho. Nesse sentido, afirma-se que a gestão não se identifica prioritariamente com: a administração enquanto um lugar definido, caracterizado por relações piramidais ou hierárquicas, e também pela polarização do saber nos profissionais, sobretudo, no médico.

Nesta reflexão, a gestão se caracterizaria como um movimento que é próprio dos sujeitos, que deve ser compreendido para além de um paradigma de racionalização da produção, pois configura um campo atravessado e transversalizado pelas multiplicidades. Nessa perspectiva, Regina Benevides e Maria Elizabeth B. de Barros (2007, p. 62) compreendem a gestão como “[...] vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações).”

Por um lado, a gestão não se consolida por meio das hierarquias autoritárias. Por outro, as relações horizontais produzem normalmente um movimento corporativista. Em consequência, horizontalizar e verticalizar as relações de trabalho são possibilidades que acirram as disputas por poder e acentuam as diferenças de saber existente entre seus pares.

Uma problemática da gestão corresponde ao modo de produção social da saúde, que se atualiza na relação com a clientela. Uma tese fundamental é que, no processo de produção de saúde, os trabalhadores e a clientela precisam estar do mesmo lado, organizados de modo cooperado (COSTA-ROSA, 2011). No caso de relações hierárquicas, torna-se impossível a produção de saúde psíquica, pois há reprodução das relações de submissão produtoras de sofrimento.

Habitualmente, o gestor se responsabiliza pelo planejamento, pela administração e pela efetivação das políticas públicas. Em coerência com os princípios do SUS, tem-se dado importância à gestão democrática, correspondendo à participação direta de todos os envolvidos com as questões da saúde, incentivando, por exemplo, momentos de rodas de conversas, estimulando a transversalização das relações de poder e a implicação, bem como a responsabilização dos sujeitos imersos nesse processo.

Nesta reflexão, propõe-se outro modo de pensar a gestão, de modo a que ela possa realmente vir a engendrar uma produção de saúde psíquica na qual possa fazer emergir efetivamente o sujeito, o único capaz de escrever sua própria história e protagonizá-la.

A gestão pode ser tradicionalmente dividida em dois modelos: a *gestão autoritária*, a qual se caracteriza pela predominância de modelos piramidais ou hierárquicos. E a *gestão democrática*, representada por algumas estratégias de resistência ao modelo anterior e à lógica capitalista.

1. Alguns modos de gestão

O modelo autoritário e hierárquico possui uma tradição empresarial, por ter sido um método desenvolvido para maximizar a produção, diminuindo o tempo despendido para o trabalho. No início do século XX, Taylor (1966) publicou o livro *Princípios de Administração Científica*, no qual a gestão foi intencionalmente dissociada dos aspectos políticos, considerando que seus múltiplos sentidos e valores diversos desviavam os trabalhadores da produção. Essa metodologia se baseou na perspectiva técnica e em certas evidências associadas à produção. Taylor acreditava que, para aumentar a produtividade, era necessária uma direção central capaz de auxiliar, ensinar, reunir o conhecimento sobre a produção, controlando os trabalhadores. Embora o autor tenha apresentado uma obra clássica quanto a esse paradigma administrativo, acabou introduzindo um modelo caracterizado pela disciplina e pelo controle, que ainda não foi completamente superado, pois pode-se observar que predomina a centralização nos processos de gestão contemporâneos.

Nesse sentido, o modelo hierárquico possui base teórica e técnica formuladas no âmbito industrial. É fundamentado no Modo Capitalista de Produção, cuja divisão social do trabalho demarca algumas diferenças: entre o grupo dos tarefeiros e o grupo

que toma as decisões, a existência de personagens principais, tais como o gerente, o líder, o chefe; a racionalização e a centralização dos meios de produção, a supressão de interesses antagônicos, a restrição ou nenhuma autonomia dos trabalhadores, o controle das informações e do conhecimento, e o poder de decisão unilateral. Nesse modelo, a gestão é direcionada a fomentar a produção em massa, por meio das competências (BENDASSOLLI, 2009), da flexibilização do trabalho (ANTUNES, 2002; 2005) e da disseminação de uma autonomia relativa (FRAGA, 2005).

Tal modelo de gestão se constitui principalmente pelo taylorismo e pelo fordismo. Eles estabelecem um modo de atingir as metas de produção e de consumo, nos quais a subjetividade, as atividades criativas e a perspectiva do trabalho cooperado não estão incluídos na ética produtiva.

Para Campos (2000), o taylorismo já teria sido superado, uma vez que o fordismo acrescentou uma preocupação com os consumidores, através de uma certa amenização da racionalidade, passando a considerar, no processo produtivo, alguns aspectos emocionais. Todavia, o fordismo não significou propriamente uma transformação paradigmática, mas apenas um modo de aperfeiçoamento do modelo anterior. Assim, o modelo hierárquico corresponde à organização vertical, que possui um único indivíduo no topo; a comunicação também é vertical, predominam as disputas visando a ascensão ao poder, ocorrendo permanentes conflitos em torno da posse do mando. Além disso, existem as dinâmicas perversas e os objetivos individuais, que também dificultam a possibilidade de organização coletiva do grupo dos trabalhadores.

A busca pela autonomia e a visão integral do trabalho têm disseminado alguns modos de gestão, nos quais se desenvolvem estratégias que buscam superar o modelo hierárquico. A proposta da “modernização” da gestão é uma maneira de também superar a gestão hierárquica, por isso, ela se torna aparentemente menos repressiva, na qual a submissão dos trabalhadores passa a ser uma “obrigação” paradoxal (GAULEJAC, 2007). Entretanto, a liberdade é incitada de modo que o trabalhador produza mais, ascender na hierarquia e ajude a resolver os problemas produtivos. As tentativas de promover a integração dos trabalhadores num corpo coletivo de trabalho servem apenas para controlar todo o processo de trabalho, cuja única finalidade é aumentar a produção. Dessa forma, a tão esperada “modernização” gerencial não pressupõe o enfrentamento das questões pertinentes aos interesses dos trabalhadores, mas fortalece uma ciência pragmática, que exclusivamente atende aos interesses econômicos das empresas.

Gaulejac (2007) considera que a gestão está atrelada às interações pessoais e à complexidade da organização, tornando-se assim uma disciplina multiforme, na qual se decompõem, em domínios especializados, tais como a gestão financeira, a gestão dos recursos materiais, a gestão do pessoal e outras. Na contemporaneidade, existe o paradoxo da convivência dos ideais individualistas e dos coletivistas, da busca pelo sentido do trabalho, os quais são possíveis de serem superados no contexto do estrato histórico capitalista. Nesse sentido, “[...] a gestão é uma ciência que se pretende a-histórica, ao passo que assume a tarefa de apreender uma realidade social profundamente marcada pela história” (GAULEJAC, 2007, p. 73).

De acordo com Gaulejac (2007), têm-se adotado estratégias que enriquecem a visão sobre o trabalho, mas que são congêneres aos modelos hierárquicos de sempre. As qualidades – a excelência, o sucesso, o comprometimento, o progresso, o desempenho e a satisfação das necessidades – adotadas por algumas escolas de administração exacerbam ainda mais a concorrência entre os trabalhadores, aumentando a dependência deles em relação aos seus dirigentes. Os instrumentos de gestão não são neutros. Suas técnicas, suas lógicas explícitas ou implícitas direcionam e legitimam as decisões, que passam a ser indiscutíveis.

Nas tentativas de “modernização” da gestão, o desejo é o tempo todo solicitado, seja para desenvolver o trabalho, seja para avançar ou conquistar o reconhecimento e os méritos pessoais. Nas palavras de Gaulejac (2007, p. 109), “[...] o desejo é exaltado por um Ideal do Ego, exigente e gratificante. Ela [a empresa] se torna o lugar da realização de si mesmo.” Outro paradoxo é identificado nas relações de trabalho. Para a ascensão profissional, é necessária a submissão ao poder gerencial, porque é este quem julgará o sucesso ou insucesso do desempenho de cada trabalhador: não existe a valorização do desejo do trabalhador, que passa a ser mero coadjuvante no modo produtivo.

Portanto, o “gerencialismo” seria uma nova ideologia, que poderia ser compreendida como doença social. A ideia de doença serve para metaforizar os efeitos deletérios dos próprios fundamentos da concepção gerencialista. O “gerencialismo” tem-se apresentado de modo liberal no plano político e tem sido extremamente aplicado no plano econômico. Comporta valores essenciais que visam o acúmulo de capital, tais como a exaltação do individualismo, da riqueza, da liberdade e da autonomia. Em vista disso, há crises permanentes, uma constante destruição dos “produtos” de modo a haver uma nova produção de “produtos novos”, e as relações sociais são regidas pela competição

(GAULEJAC, 2007). Em decorrência, cada pessoa anseia apenas pelo seu próprio sucesso, vigorando a lógica do “matar e morrer”.

É possível verificar que nos Estabelecimentos de Saúde, observa-se a tendência a implantar os modos de gestão que vigoram nas empresas, via políticas públicas estatais. Na saúde, busca-se também a necessária diminuição dos custos e o aumento da eficácia do trabalho. Porém, retira-se dos trabalhadores, sobretudo daqueles que não são médicos, a capacidade de decisão, que fica restrita apenas aos gerentes. Estes criam os protocolos e padronizam as condutas terapêuticas, epidemiológicas, diagnósticas, controlando e determinando os processos de trabalho. Por se tratar de saúde, entende-se que a gestão não pode ser associada indiscriminadamente aos valores comerciais, às práticas de centralização do poder e reduzida à dimensão objetiva, mas se deve incluir a subjetividade.

1.1 A gestão na Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva atribui à gestão um papel importante, pois ela consistiria em práticas que deveriam ser apropriadas e exercitadas pelos seus atores – sujeitos do sofrimento e trabalhadores (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), de maneira a contemplar a autogestão, articulando as práticas sociais desenvolvidas na dualidade saúde-doença.

Para Campos (2000), a existência da Saúde Coletiva enquanto campo contribuiu para a consolidação do SUS. Ela permitiu a ampliação do entendimento do processo saúde-doença, a produção de novos saberes e de conhecimentos para um campo científico. Esse autor acredita que a Saúde Coletiva já teria superado o paradigma tradicional da Saúde Pública.

Nas décadas de 1970 e 80, o país vinha passando pelo processo de redemocratização. Segundo Carvalho (2005), o movimento sanitário possuía propostas de desmedicalização, autocuidado de saúde, e de atenção primária realizada por pessoas “comuns”. Propunha-se a revitalização da Medicina tradicional e o emprego de tecnologias apropriadas para uma formação mais integral do profissional. Entretanto, o movimento sanitário confrontava o movimento preventivista liberal, assentado nos princípios hegemônicos compreendido pelo paradigma médico, hospitalar e biologicista. A Reforma Sanitária lançou princípios para além da reforma administrativa e financeira, propondo-se a ampliação do conceito de saúde e da sua ação institucional, o

fortalecimento e a expansão do setor público e a unificação institucional. Foi o período de aprovação do SUS com a separação total entre a saúde e a previdência social (ESCOREL et al., 2005; LIMA et al., 2005).

A Saúde Coletiva coincide ao momento de reestruturação das políticas sociais, as quais rumavam para a universalização (NUNES, 2006). A partir disso, foi possível ampliar o referencial da gestão, através do conhecimento científico-tecnológico, dos recursos financeiros, das relações entre a oferta e a demanda, e das decisões políticas.

O processo histórico de lutas sociais culminou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a Constituição de 1988. A organização da Saúde passa a ser regida pelo Artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede *regionalizada e hierarquizada* e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo;

II – *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – *participação da comunidade*. (BRASIL, 1988).

Os princípios do SUS não garantiram mudanças paradigmáticas automáticas nas práticas de saúde em geral. As transformações dos paradigmas levam um período considerável de tempo para que ocorram transformações efetivas. Desse modo, o processo de modificação é dependente dos efeitos contra-hegemônicos, que necessariamente se articulam em combates aguerridos.

Nessa reflexão a respeito dos paradigmas, está sendo considerada a perspectiva de Santos (2000). Segundo ele, não há radicalidade na superação absoluta de um paradigma por outro, pois estão interligados, as mudanças ocorrem em ritmos e etapas diferentes. Na medida em que os novos paradigmas surgem, há pequenas mudanças, as quais muitas vezes são imperceptíveis, não sendo consideradas significativas a ponto de se poder afirmar que indicariam a emergência de um novo paradigma. Para Santos, predomina o movimento dialético entre o novo e o velho paradigma, os quais estão em constantes conflitos pela hegemonia. Então, eles convivem e ora um paradigma se destaca, enquanto o outro se retrai, num jogo permanente de sobreposição e de eclipse.

Por outro lado, o modelo de saúde hegemônico ainda é compreendido por ações curativistas, médico-centradas e restritas ao hospital (CARVALHO, 2005). Já a Saúde Coletiva enquanto políticas públicas, incluem os movimentos políticos, ideológicos e os princípios prescritos na Constituição Brasileira. Portanto, a “descentralização”, o “atendimento integral” e a “participação da comunidade” propõem que se estabeleçam outras relações dos sujeitos do sofrimento com o tratamento, e também dos trabalhadores com o modo de produção de saúde, reforçando a importância de sua participação nos processos de gestão, nos programas de formação e de capacitação permanente.

Decorrente da Reforma Sanitária, a Lei nº 8.080 rege o SUS. Essa lei garante as condições dos serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde, das organizações e o funcionamento dos serviços e dá outras providências, em consonância com as diretrizes da Saúde Coletiva (BRASIL, 1990a). A Reforma Sanitária produziu divergências teóricas, práticas com relação ao que foi expresso na lei, produziu sobretudo um embate paradigmático.

Pode-se caracterizar *o modelo hegemônico ou o paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicamentoso* (PPHM) da seguinte maneira: concentra-se na manutenção da hierarquia nos processos de trabalho e na mínima participação coletiva de modo a não inverter a lógica capitalista. Esse modelo de atenção é estritamente biomédico. É caracterizado pelo predomínio do discurso médico, é fragmentado e direcionado para os indivíduos isolados. Há a “mortificação do eu”, na instituição (GOFFMAN, 1987).

A ênfase está focalizada na doença, não há a estratificação dos riscos, não é necessário compreender as condições que estão na origem das doenças (NUNES, 2006; CARVALHO; CUNHA, 2009). O objetivo do tratamento é a cura das doenças e a reabilitação do indivíduo, focando as condições agudas, nas quais predominam as unidades de alta complexidade, os hospitais, os centros de especialidade e os atendimentos de urgência e de emergência.

1.2 O Método da Roda ou o Método Paideia⁶

Apresenta-se o Método da Roda, que indica estratégias de gestão para romper com o paradigma hegemônico. Estruturalmente, o panorama relacionado à gestão dos serviços de Saúde Mental Coletiva tende a ser implantado em diferentes níveis de atenção: na atenção básica, nos serviços de urgência e emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar e outros; na atenção especializada, é compreendida pela alta complexidade (BRASIL, 2004).

O Método da Roda foi criado por Gastão Campos (2000), em *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, com o objetivo de delinear uma organização democrática e recuperar a clínica, na Saúde Coletiva. Refere-se a uma metodologia que qualifica a capacidade de administração assentada em conceitos originados na Filosofia, na Política, na Psicologia e na Pedagogia.

Campos estabeleceu alguns pontos centrais, para ratificar o Método da Roda:

1) Possui um caráter antitaylor. O taylorismo fundou a racionalidade gerencial hegemônica; sua crítica deve superar essa lógica de governar as instituições, de estabelecer as relações de trabalho e de lidar com o conhecimento. O autor refletiu sobre alguns aspectos típicos desse modelo de organização, tais como a alienação, a relação autonomia e controle e a relação de mestre (planejador) e trabalhador (executor).

2) Baseia-se em um tripé – a construção de Espaços Coletivos, a cogestão e a constituição de sujeitos – capaz de intervir e analisar para desenvolver estratégias de democracia institucional. Esta depende da práxis social, da reforma setorial e da superação dos paradigmas tradicionais e hegemônicos que organizam a economia, as políticas e a própria sociedade. As relações de poder são superadas através da ampliação do poder gerencialista, o qual depende do coletivo e não de um grupo restrito. Destaca-se a dimensão sujeito enquanto produtor de diferença e potência.

3) Prescinde da reconstrução conceitual e prática do trabalho. O seu resultado é um produto consumível, é um objeto com valor de uso, que possui o

⁶ Termo grego associado à educação dos jovens do gênero masculino. A sociedade era patriarcal, flexível e aberta, como na maioria das cidades gregas, porém, exerciam a cidadania somente os indivíduos do sexo masculino. Exerciam os direitos políticos os cidadãos pertencentes à aristocracia, os camponeses, os comerciantes e os artesãos de origem ateniense (MOTA; BRAICK, 1997).

potencial para atender às necessidades sociais. Contudo, o valor de uso não é equivalente às necessidades sociais, que correspondem a processos complexos e interpenetrados pelas condições sociais, políticas, ideológicas e econômicas. Por serem dissociados o valor de uso e as necessidades sociais, o trabalho deixa de ser mecânico, ampliando a crítica sobre os modos de produção.

4) O método é dialético nos territórios entendidos, como os existenciais, os sanitários e os político-administrativos, que estão em interferências continuamente. A prática é a alavanca de operação da roda, não sendo possível antevê-la. Por outro lado, existe a oposição dialética entre os desejos individuais e os interesses coletivos dos agentes institucionais.

Essa sistematização do autor pretende promover um novo paradigma na saúde, diferente do hegemônico (médico-centrado-hospitalar e taylorista). Para Campos (2000), a transposição paradigmática fortalece o Sujeito e os Coletivos, democratizando as instituições. Esses princípios têm a finalidade de implantar a função Apoio (ou a função Paideia).

A função Apoio consiste em um processo de educação informal continuada, ocorrendo em diversos *settings*, graças às multiplicidades dos espaços para a troca de informações, discussões e problematizações coletivas inerentes ao processo de trabalho (CAMPOS, 1998). Apresenta um caráter pedagógico e terapêutico simultâneo, reconhecido nos processos de cogestão, ou seja, na relação das manifestações e produções de subjetividade (CAMPOS, 2000). Em síntese, busca promover a crítica e desenvolver a capacidade de análise dos atores envolvidos nos processos de produção de saúde.

A partir do Método da Roda Campos se propôs a reformar as organizações e o trabalho em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A metodologia adotada foi a gestão do cuidado (ou a gestão da clínica), em razão de uma clínica intensamente degradada, caracterizada pela lógica segmentada e dirigida para a remissão do sintoma, permeada pela baixa adesão dos sujeitos do sofrimento ao tratamento, pela dificuldade para lidar com as poliqueixas, produzindo iatrogenia e danos (orgânicos, culturais e sociais) e pela existência de clima institucional ruim. Inicialmente, essa metodologia foi implantada na rede assistencial do município de Campinas (SP), sendo incorporada pela Política Nacional de Humanização do SUS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A Clínica Ampliada combate a clínica degradada, cujo objetivo é tratar da vida e assumir que o saber do trabalhador não é todo, mas existe o saber do outro. Há o compromisso com o sujeito coproduzido, resultando na autonomia e nos desvios existenciais produzidos por suas atividades. A clínica se inclina a contemplar às crises, porém empreende uma atividade na qual opere a autoanálise; além disso, é necessária uma “formação clínica” crítica, na qual se interroge a formação dos clínicos (BARROS; PASSOS, 2004). Ademais, os limites da clínica devem ser superados por meio da qualificação das intervenções sobre o sofrimento e a doença, a valorização da relação entre trabalhador e sujeito do sofrimento, e ainda pelo compartilhamento dos espaços de exercícios das relações e das intervenções. A cogestão promove a alteração dos processos de trabalho, criando sujeitos capazes de produções coletivas. O cuidado, por se inserir nas redes sociais, assume que não haverá centro, mas os “nós” que ligam e conectam.

O Método da Roda caracteriza-se pela indissociabilidade entre a clínica e a gestão, havendo o fortalecimento das redes e da circulação da palavra. Enquanto princípio, meta e diretriz, pressupõe numa tríplice inclusão:

- a inclusão dos diferentes atores (trabalhadores, gestores e usuários), apostando em objetivos comuns, o que não significa uma aposta na homogeneidade, mas na diferença. Isso implica colocar os diferentes lado a lado, na forma de roda. Com base nesse dispositivo, é possível que apareçam as crises institucionais.

- a inclusão dos pontos críticos e/ou das crises, os quais são tomados como analisadores institucionais. Isso se faz na roda, através da mediação dos conflitos, quando buscando valorizar a potência transformadora que eles portam. Assim, a própria noção de método é superada, de sorte que, no transcorrer dos processos coletivos, é possível a construção de metas pelo Coletivo.

- a inclusão dos Coletivos, para construir certos objetivos e estratégias de cuidado.

Os Coletivos organizados são as Unidades de Produção (UP). De acordo com Campos (2000), o conceito de organização remete à administração científica, a qual se aplica a uma empresa, a um serviço ou aos sistemas encarregados de atividades que produzam produtos consumíveis. Como no Método da Roda, o objetivo é subverter a produção em relação às necessidades sociais, de modo que as UP constituem um

grupo, no qual há a produção de valores sociais estabelecidos pelos contratos entre os Sujeitos e os Coletivos. As UP são arranjos que propiciam o movimento dos grupos-sujeitos e da gestão colegiada; dessa forma, elas “[...] seriam construídas segundo a lógica da produção simultânea de valores de uso e de Coletivos, e não a das especialidades ou corporações” (CAMPOS, 2000, p. 155).

As UP se mostram alternativas em relação à fragmentação do trabalho e aos empecilhos para a prática do conhecimento interdisciplinar. O autor subverte a ordem vigente nas organizações: do eixo vertical, que é a matriz caracterizada do poder hierarquizado e subdividido em departamentos especializados; e do eixo horizontal, constituído pela comunicação interdepartamental. Nas palavras de Campos, a proposta é:

[...] deslocar a “equipe matricial”, multiprofissional, para a estrutura vertical e permanente (ou melhor, estável) das Organizações; e transferir o especialista para o apoio matricial, horizontal, ou seja, sem poder direto de comando e cruzando várias Unidades. (CAMPOS, 2000, p. 156).

Nas redes de Atenção, o Apoio Matricial inscreve outra relação entre os serviços e os processos de trabalho. Ele aumenta o diálogo através da gestão do trabalho e dos operadores clínicos existentes na Saúde Coletiva. Nesse sentido, as UP são dirigidas por um coordenador, que possui a autoridade para lidar com a junção do mundo dos sistemas (Estado, políticas públicas, leis e instituições) e o mundo da vida (os desejos, as identidades, os sentidos, as singularidades) (CAMPOS, 2000).

A ideia de matriz se transfere para uma forma de Apoio Institucional, relacionado à potencialização do saber local produzido nos espaços comuns e coletivos. Por outro lado, o Apoio Institucional tem função gerencial representada em formas de intervenção sobre a coordenação, o planejamento, a supervisão e a avaliação em saúde. Utiliza a base técnica da Análise Institucional e da gestão, transversaliza os saberes e as práticas no interior das UP, localizando-se no limite entre a política e a clínica. Nesse contexto, o Apoio é uma intervenção calcada na democracia, prescrevendo processos de mudanças nos sujeitos e no Coletivo (CAMPOS, 2000).

A lógica das UP é congregar os apoiadores matriciais e as equipes de referências por meio da metodologia de trabalho do Método da Roda. Para Campos e

Domitti (2007), o Apoio Matricial se funda no compartilhamento de projetos de intervenção, que podem ser criados com fundamento em uma matriz disciplinar ou com outros saberes conjugados que entram em cena, como o saber do *campo* da Saúde Coletiva, o saber dos usuários e o saber provindo da cultura. Além disso, o Apoio é uma maneira de integrar a rede de serviços e as práticas de saúde, pois por meio do apoio técnico especializado, aumenta-se a capilaridade do diálogo, tornando-o mais eficiente; pode-se localizar diretamente nos Estabelecimentos de Saúde ou ter serviços próprios, como, por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, a técnica pode ser de natureza clínica e associada à saúde pública, ou uma demanda política atrelada à gestão, à educação e à comunicação em saúde (BRASIL, 2009).

As equipes de referências se organizam a partir das UP existentes na rede assistencial e nos próprios Estabelecimentos de Saúde. Elas são uma proposta organizativa e gerencial para as UP, pois suas constituições visam à cogestão e ao estímulo ao trabalho interdisciplinar ou transdisciplinar. Carvalho e Cunha (2009) apontam que as equipes de referência têm autonomia para pactuar suas normas e diretrizes; a equipe multiprofissional referencia um grupo de sujeitos, para facilitar o vínculo e os processos transferenciais. A lógica implantada na equipe de referência reorganiza o processo de trabalho e de gestão, horizontalizando-o e descentralizando-o, para corresponsabilizar os agentes envolvidos no processo de saúde. Acrescentam esses autores:

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e da competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso. (CARVALHO; CUNHA, 2009, p.857-858).

As equipes de referência são responsáveis por construir, discutir e planejar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do sujeito do sofrimento. Para Carvalho e Cunha (2009), o PTS é uma estratégia em sintonia com a Clínica Ampliada tendo sido bastante utilizado na assistência em Saúde Mental. Trata-se de uma maneira de discutir o caso clínico de forma integrada, para além dos meros aspectos de diagnóstico e de medicamentos. Nas discussões, as opiniões dos diversos profissionais ajudam a refletir sobre o sujeito adoecido e sua relação com a doença, o que permite criar uma proposta de ação congruente com a problemática. Por ser um projeto singular, pode se destinar ao usuário, aos seus familiares ou ao contexto onde ele se insere.

2. Saúde Mental: um desdobramento da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva não dissocia o sofrimento físico do psíquico, porque ambos estão relacionados. Por isso, a Saúde Mental é um desdobramento ou um conjugado de princípios, diretrizes e éticas inscritas na Saúde Coletiva. Em consequência, a denominação Saúde Mental Coletiva reflete a dimensão transversal e atravessada dos campos. Por esse aspecto, não é possível inferir um modo de gestão específico para a Saúde Mental, apenas se pode observar a emergência de algumas estratégias que visariam superar o paradigma psiquiátrico caracterizado pela gestão hierárquica tradicional.

Neste trabalho, ao se referir à Saúde Mental Coletiva, trata-se de criticar a supremacia do paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicamentoso (PPHM). Para Costa-Rosa (2000), tal paradigma se caracteriza por preocupações estritamente orgânicas, em que o sujeito em sofrimento (passivo) é apenas o destinatário das ações sobre o seu organismo. A intervenção possui caráter pedagógico e assistencialista, não inserindo outros elementos no tratamento, como os familiares, o trabalho e o território. O sujeito é fragmentado tal qual o processo de trabalho da equipe, não havendo lugar para a multidisciplinaridade. A principal conexão das equipes acontece por meio do prontuário; os recursos profissionais estão a serviço do médico e da Psiquiatria. O objetivo do tratamento é a cura da psicose, dos neuróticos graves e drogaditos, cujo local de tratamento é o hospital psiquiátrico.

Em alguns países, difundiram-se experiências de reformas psiquiátricas, tais como a Psicoterapia Institucional, na França, e as Comunidades Terapêuticas na

Inglaterra, as quais propunham uma reforma no âmbito asilar com base em pedagogias da sociabilidade; além disso existiu a Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Preventivo-Comunitária, desenvolvida nos Estados Unidos da América. Essas últimas pretendiam superar o modelo asilar, representando modelos ideais para a Saúde Mental. No entanto, os movimentos que mais influenciaram a reforma brasileira foram a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, compreendidas como “revolucionárias” (AMARANTE, 1995; 2007). Sobre essas duas principais influências é necessário alguns comentários.

A Antipsiquiatria foi um movimento que surgiu, na Inglaterra, na década de 1960. Os integrantes do movimento consideravam incompatível o saber e a prática psiquiátrica inadequados e ineficazes para tratar a loucura e, desse modo, estabeleceram a primeira crítica radical a psiquiatria: “[...] seu marco teórico-conceitual que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, produziria um enorme equívoco metodológico” (AMARANTE, 2007, p. 52).

O movimento tinha como proposta combater a estrutura hospitalar, que cristalizava o sujeito na posição de doente, tutelado e inválido. Também combatia a naturalização do binômio loucura e doença mental. Amarante (1995) salienta que a Antipsiquiatria promoveu o diálogo entre a razão e a loucura – postulando que esta provém das e nas relações sociais e do campo político, sendo que sua emergência não estaria restrita ao plano orgânico. Por isso, a nosografia das doenças não era adequada, porque a causa do sofrimento seria eminentemente singular ao modo de existência do sujeito. Os antipsiquiatras propunham um método terapêutico que valorizava o discurso, a circulação da palavra, que permitiam a elaboração dos delírios e das alucinações.

Na mesma direção está a experiência de Franco Basaglia, na Psiquiatria Democrática Italiana, realizadas nas cidades de Gorizia e Trieste, na Itália, na década de 1960. Na primeira cidade, foi realizado um trabalho de humanização do hospital psiquiátrico, enquanto que em Trieste, fecharam-se as enfermarias psiquiátricas e os pavilhões tradicionais, implementando estratégias alternativas, tais como os serviços territoriais. Basaglia percebia que os processos de mortificação e des-historização dos hospitalizados não eram superados apenas com medidas administrativas e de humanização. Por se situar em meio às diversas referências culturais e conceituais da época, Basaglia elaborou um pensamento original para superar o aparato manicomial, mas que não se restringiu somente à unidade física, mas abrangeu o conjunto de práticas

e saberes, aos aspectos sociais e culturais, ao aparato jurídico-legal e ao combate à patologização da existência. Todavia, Basaglia, pioneiro, propôs, em Trieste, o surgimento dos serviços e dispositivos substitutivos ao modelo hegemônico (psiquiátrico-hospitalar e medicamentoso) (AMARANTE, 1995; 2007):

A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas. (AMARANTE, 2007, p. 56-57).

Essas estratégias alternativas ofereciam novas formas de cuidados, e os dispositivos se dispunham em redes de Atenção, por meio das quais o sofrimento psíquico seria tratado a partir de intervenções nos planos da sociabilidade e subjetividade. Além disso, outras estratégias foram implementadas, visando a inclusão social, tais como as cooperativas de trabalho, as residências terapêuticas, a ocupação dos espaços da cidade, a produção artística e cultural (AMARANTE, 2007).

Como a Psiquiatria excluía a existência-sofrimento, a Psiquiatria Democrática Italiana ambicionava criar condições para a loucura ser compreendida como um momento de sofrimento existencial e social. Essa experiência apresentou méritos, pois articulou alguns segmentos políticos, sociais e sindicais, os quais auxiliavam nas denúncias sobre as práticas ou violências sofridas na instituição (AMARANTE, 1995). Com a ampliação dos ideais de transformação institucional, foi possível implantar lutas contra a estrutura psiquiátrica (repressiva/tutelar) e naquelas instituições reformadas, ainda que elas mantivessem a institucionalização da doença mental.

Nas palavras de Amarante,

[...] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. (AMARANTE, 1995, p. 49).

O objetivo não consistia apenas em retirar as pessoas do hospital, mas se tratava de promover mudanças gerais em diversas instituições, desde o Estabelecimento de tratamento denominado hospital psiquiátrico até a transformação da instituição psiquiátrica, configurada pelas práticas, os saberes e os poderes dos especialistas.

Segundo Lobosque (1997), desinstitucionalizar não representa simplesmente demolir os hospitais psiquiátricos. Conforme a autora, além de romper com os muros e as grades, é preciso produzir mudanças na lógica que permeia o modo de funcionamento dos hospitais, no seu aparato simbólico, incluindo o desafio de lançar mudanças para fora do hospital psiquiátrico, promovendo modificações no plano sociocultural mais amplo, quanto ao sofrimento mental intenso.

Portanto, a Psiquiatria Democrática Italiana teve por objetivo construir as bases sociais para viabilizar a Reforma Psiquiátrica, na Itália. Por ser um movimento político, às vezes confundido com as experiências exitosas de Basaglia, pode-se considerar um movimento muito expressivo, pois alcançou grande repercussão social, sobretudo resultou na formulação de leis específicas para a Saúde Mental naquele país.

Estudando os diversos movimentos precursores da Reforma Psiquiátrica, em vários países, constata-se que estão relacionados com a que vem sendo realizada no Brasil. Assim como nos demais países, aqui a situação dos asilados era péssima, pois não havia qualquer tipo de tratamento efetivo; muitas vezes, ele era pautado em agressões físicas, estupros, trabalho escravo, o uso do eletrochoque e da camisa-de-força levando a ocorrência de algumas mortes não esclarecidas (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A trajetória da Reforma Psiquiátrica foi recuperada por Amarante (1995) e Yasui (2006). Nela se destaca a influência da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, que inspiraram a organização dos trabalhadores descontentes com a situação descrita acima. A partir disto, surgiu o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), o qual buscava melhorias no âmbito do trabalho, da assistência e nas instituições onde alguns trabalhadores desenvolviam suas atividades profissionais.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária e demais movimentos sociais se engajaram no processo da Reforma Psiquiátrica, entre os anos de 1970 e 1980. Esta foi caracterizada por críticas à Psiquiatria fechada, tida como promotora da

homogeneização da subjetividade e também quanto às más condições de trabalho. O objetivo da Reforma Psiquiátrica era indagar sobre a natureza da instituição psiquiátrica e da verdade disseminada pelo saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Para Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica surgiu do movimento dos trabalhadores, que, no cotidiano institucional e nas Universidades, procuravam politizar as questões da Saúde Mental, promover rupturas epistemológicas, criar estratégias contra-hegemônicas, e ainda alçar mudanças no plano legal e sociocultural.

Em consonância com a luta pela democratização do país e com a maioria dos ideais da Reforma Sanitária, o Movimento da Luta Antimanicomial congregou não só os indivíduos atrelados à saúde, mas também os pertencentes aos mais diversos segmentos sociais (intelectuais, associação de usuários e familiares, jornalistas, artistas e outros). Por conseguinte, assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica era um movimento político “[...], impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade” (YASUI, 2006, p. 27).

Contudo, para a Reforma Psiquiátrica, não bastava repercutir o escândalo das péssimas condições de cuidado e as reivindicações dos trabalhadores da Saúde Mental. Era necessário avançar sobre os fundamentos da Psiquiatria, das suas instituições, da sua função de controle, sobre a disseminação ideológica e do poder psiquiátrico. De acordo com Yasui (2006), o movimento ansiava por um novo paradigma, capaz de introduzir alterações metodológicas e epistemológicas para superar o paradigma psiquiátrico.

Amarante considera que o movimento da Reforma Psiquiátrica visava a transformações estruturais, radicais e de base, para além do movimento da Reforma Sanitária. Nesse sentido,

[...] o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. (AMARANTE, 1995, p. 94).

O MTSM era constituído pelos principais atores implicados no processo de mudança. Também os trabalhadores estavam alinhados com outros movimentos que lutavam pela democratização do país, que ainda vivia sob o regime militar autoritário. Amarante (1995) enfatiza que a mobilização dos trabalhadores foi o primeiro movimento oficial a implantar o tema da desinstitucionalização e a introduzi-la no debate para ampliar as políticas públicas. Com efeito, a Reforma Psiquiátrica visava a desinstitucionalização.

De acordo com Amarante, o MTSM propiciou diversos debates públicos a respeito da saúde e, sobretudo, da Saúde Mental. Avançou o pensamento crítico sobre “[...] a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (AMARANTE, 1995, p. 90), em virtude das denúncias de violências, negligências, ausência de recursos, da discriminação dos “doentes mentais”, da cronificação e da medicalização do sofrimento. A finalidade do MTSM era criar um modelo alternativo, uma “nova Psiquiatria” que fosse diferente do modelo hegemônico (psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicamentoso).

Yasui (2006) e Amarante (1995) afirmam que o MTSM não era corporativista, por isso foi ampla a participação de muitos e variados membros da sociedade civil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), ocorrida em 1986, desencadeou alguns movimentos específicos na Saúde Mental. Destaca-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987. Segundo Amarante (1995, p. 93), ela “[...] marca o fim da trajetória sanitarista e o início de uma outra; a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.”

Portanto, os autores sistematizam os pontos principais do processo da Reforma Psiquiátrica: (1) a 8ª CNS (1986), na qual se consolidou o movimento sanitário, resultando em propostas de reforma da área da saúde, cujo relatório foi a base de formação do SUS; (2) na I CNSM, reivindicava-se a desinstitucionalização e a formação de uma rede assistencial, na qual o hospital deixaria de ser o eixo central; (3) em 1987, após a I CNSM, o MTSM não era mais apenas um movimento reformista, porém, havia diretrizes e princípios que emanavam do relatório dessa conferência, legitimando o Movimento da Luta Antimanicomial, que deixou de ser associado a uma utopia dos seus militantes, tendo passado a implementar transformações efetivas.

O Movimento da Luta Antimanicomial avançou para a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru,

(SP) em 1987, cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse percurso, os congressistas solicitavam uma intervenção junto à Casa de Saúde Anchieta (ou Hospital Anchieta), em Santos (SP), e propuseram-se a criação de dois dispositivos estratégicos – o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, posteriormente, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

A experiência em Santos (SP) se evidenciou pela implantação do NAPS. Este é caracterizado por se inserir no território, funcionar sete dias da semana e durante vinte e quatro horas. Abrangeria outros dispositivos, como o Pronto-Socorro Psiquiátrico, as Unidades de Reabilitação Psicossocial, o Núcleo de Artes e o Lar Abrigado, todos articulados em um complexo. Desse modo, o NAPS representou um projeto ambicioso de transformação social, a partir da construção de uma rede interssetorial. Isso permitiu a total substituição do manicômio por outros serviços (YASUI, 2006; LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Lancetti e Amarante (2009) destacam que a implantação do NAPS, por ter contado com lideranças governamentais e, assim, ganhado grande destaque. As transformações ocorreram rapidamente, e o dispositivo substitutivo, no caso, o NAPS, revelou-se eficiente para tratar o sofrimento psíquico.

Sob o impacto das intervenções em Santos, o CAPS representava uma estratégia intermediária às internações manicomial. Embora metaforizasse a transformação existente entre a internação e os dispositivos estratégicos, a implantação do CAPS foi singular e paradigmática, em alguns lugares. Em 1987, a experiência do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, culminou com os avanços do município relacionados à rede de serviços e estratégias. Introduziram-se serviços que faziam interface com o CAPS, o que organizava a rede a partir do critério da complexidade de atenção e pelo princípio da hierarquização (YASUI, 2006).

Concomitantemente a essas experiências, que repercutiram no campo jurídico-político, o Deputado Paulo Delgado, em 1989, elaborou um projeto de lei para regulamentar os direitos dos doentes mentais e dos seus tratamentos. Em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), as mudanças na Saúde Mental, além de serem efeito da democratização do país, necessitavam ainda de alterações estatais. Estas acarretariam na democratização da instituição e nas relações entre os usuários, os trabalhadores e os gestores, simbolizadas pelas diretrizes do controle social democrático e pessoal. Nesse sentido, tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica produziram transformações nas bases do Estado, que apresentaram significativas propostas a ele incorporadas. Por exemplo, a 8ª CNS produziu desdobramentos na Constituição Federal de 1988 e na promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990.

2.1 A Estratégia CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

Com a Reforma Psiquiátrica, o Estado ensejou uma Política Nacional de Saúde Mental. Através da Portaria nº 224, de 1992, os serviços substitutivos seriam organizados da seguinte maneira:

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. (BRASIL, 1992).

A princípio, essa Portaria versava sobre as diretrizes, as normas para o atendimento e a organização do CAPS/NAPS. Também sugeriu a remodelação do atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais. Apresentou ainda as atividades e os recursos humanos necessários para viabilizar o atendimento nas urgências e na prevenção em Saúde Mental, situada em rede de acordo com o nível de complexidade.

No decorrer dos anos, a denominação NAPS se declinou, bem como as CERSAMS (Centros de Referência em Saúde Mental), no Estado de Minas Gerais (LOBOSQUE, 1997), mas permaneceu viva a finalidade de serem estratégias

substitutivas ao hospital. Ampliou-se no contexto nacional a Estratégia CAPS, inclusive na sua denominação.

Mais tarde, a Portaria nº 224 foi atualizada pela Portaria nº 336, de 2002, resolvendo que “[...] os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002). Nessa Portaria, definiu-se que o CAPS seria diferenciado por modalidades estabelecidas de acordo com o tamanho do território, o número de habitantes, o regime de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), as atividades desenvolvidas para o tratamento, o número de profissionais e os repasses financeiros. Por ser serviço diuturno, o CAPS deveria garantir o atendimento em Saúde Mental no território, com a inserção dos familiares e a comunidade no tratamento.

Mediante o avanço legal, houve a diminuição do número de leitos psiquiátricos. Por outro lado, expandiu-se o número de CAPS pelo país. Contudo, a Portaria nº 336 ainda continha a mesma lógica manicomial criticada pelo Movimento Antimanicomial, por delimitar os atendimentos do CAPS em modalidades e por clientela, os quais necessitam de um diagnóstico médico prévio. Essa exigência era incompatível a existência do diagnóstico com os ideais difundidos pelo NAPS. “Os NAPS podem ser considerados um serviço de maior abrangência, incluem não apenas o paciente, como a família e a sociedade, enquanto o CAPS cuida basicamente da assistência ao paciente” (RADIS, 2005, p. 16). No entanto, o Ministério da Saúde homogeneizou o termo CAPS, e os NAPS existentes são cadastrados no mesmo como CAPS III (RADIS, 2005).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou um manual para operacionalizar o CAPS. Nesse Estabelecimento, a oferta seria ampla e diferente: quanto ao tamanho, à estrutura física, a diversidade dos profissionais, dos recursos existentes no território e das atividades terapêuticas; havia que se considerar a especificidade da demanda, crianças e adolescentes seriam alocados no CAPSi, adultos drogaditos se tratam no CAPSad, e os psicóticos ou neuróticos graves no CAPS (BRASIL, 2004a). Essas variações são encontradas no documento base para a implantação dos CAPS’s:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira;

- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
 - CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana;
 - CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
 - CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas; De segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- (BRASIL, 2004a).

Destaca-se o CAPS III, porque dispõe de leitos para as internações de curta duração, correspondendo “[...] no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias” (BRASIL, 2004a). Pode, ainda, oferecer acolhimento noturno e durante os finais de semana. A função do CAPS é ser o Estabelecimento de Referência para a rede assistencial (BRASIL, 2004a). O objetivo do tratamento é a recuperação e a promoção da cidadania e dos laços sociais.

A Reforma Psiquiátrica trouxe à baila vários equipamentos substitutivos, que muitas vezes estão à deriva, porque acabam rumando para práticas hegemônicas de sempre, entre outras razões, talvez porque ainda não houve superação da lógica manicomial no plano da ética, embora o CAPS tenha alcançado êxito, na forma de tratamento, com a diminuição das internações. Ainda há muito que avançar, principalmente nos planos da política, e da cultura (RADIS, 2005) e na formação dos trabalhadores em Saúde Mental que devem atuar em uma clínica antimanicomial (LOBOSQUE, 2006).

Por outro lado, os usuários crônicos têm tido acesso ao Programa de Residência Terapêutica – compreendido por moradias inseridas na comunidade voltada para os sujeitos egressos de longa internação psiquiátrica e que não reconstruíram os laços sociais com os familiares e a comunidade (BRASIL, 2000) –, e aos benefícios do De Volta Para Casa (BRASIL, 2003), que consiste no auxílio-reabilitação psicossocial, destinado aos egressos de longa internação. Portanto, o descompasso entre a letra da lei e a prática é patente na maioria dos serviços; e inclusive a diminuição do número de leitos hospitalares depende do surgimento de mais dispositivos estratégicos alternativos.

A assistência desenvolvida no CAPS apresenta coerência com os princípios e as diretrizes do SUS. Apesar dos impasses indicados, a Estratégia CAPS certamente é

uma das formas importantes no processo de superar a Psiquiatria asilar. Para Amarante (1995), Costa-Rosa (2000) e Yasui (2006), o CAPS alicerçou a possibilidade efetiva de substituição do modelo psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador (PPHM) para um modelo alternativo, por meio da inclusão social e da compreensão da existência-sofrimento.

No próximo tópico, apresenta-se o Paradigma Psicossocial que, sob a forma de estratégia de cuidado, que também é alternativo – no sentido dialético – ao paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicamentoso.

2.2 A Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS)

Costa-Rosa (2000) desenvolveu e caracterizou o que seria propriamente o Paradigma Psicossocial, bem como os seus dispositivos institucionais. O autor incorporou na sua discussão, à percepção de sofrimento psíquico e também os aspectos socioculturais, que são elementos essenciais para desenvolver os seus meios de resolução específicos. A Atenção Psicossocial é um movimento, que transformou um modo – de produção social e epistemológica – em uma aposta em práticas dirigidas ao cuidado. Sua visibilidade se dá pela descrição dos pilares teóricos do Modo Psicossocial, que é oposto ao modelo hegemônico (COSTA-ROSA, 2000):

1) *Concepção do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção* – o sofrimento psíquico não é uma determinação orgânica, mas compreende um processo existencial. O modo de produção de saúde é relacionado com o processo de subjetivação, na medida em que produz subjetividade singularizada. Esta produção é atingida por meio do processo de trabalho transdisciplinar.

2) *Concepção da organização dos dispositivos institucionais (as relações intra e interinstitucionais)* – compreende a organização pragmática do trabalho, no qual se preconiza a horizontalização das relações entre os trabalhadores, os sujeitos do sofrimento e os gestores. O poder de coordenação (entendido como uma representação do coletivo) se diferencia do poder de saber dos trabalhadores ou do poder decisório emanado dos espaços coletivos. Na gestão, todos os atores são convidados a participar dos colegiados e dos dispositivos de cogestão, visando à *gestão democrática* e a superação da *gestão hierárquica*. Portanto, o que orienta a Atenção é a participação, a autogestão e a transdisciplinaridade.

3) *Concepção das formas de relacionamento com a clientela, os usuários e população em geral* – a instituição de tratamento é um espaço de interlocução, oferta uma possibilidade de transferência que viabiliza a singularização da demanda da clientela. Desenvolve-se uma relação dialógica e não um monólogo, típico das relações existentes no paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico. Existe o livre trânsito do usuário e da população, reiterando a capilaridade que a instituição possui no território. Por isso, a Atenção é integral e territorializada.

4) *Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos* – as práticas estão alinhadas em termos jurídicos, teórico-técnico e ideológico, e o tratamento tem como meta promover o reposicionamento subjetivo e sociocultural, que move o desejo e potencializa o sujeito a lidar com suas problemáticas e a recuperar alguns laços sociais fragilizados e/ou interrompidos pelo sofrimento intenso. Contudo, não consiste na supressão sintomática, mas na ética da singularização, entendida como a emergência do sujeito desejante.

A sintonia dessas concepções delinea processos de trabalho horizontal, modificando a relação do trabalhador com o sujeito do sofrimento, na qual se tentam abrir brechas nas reincidências do instituído do sofrimento psíquico. Busca-se insistir nas criações de estratégias para romper com as práticas engendradas pela instituição da loucura, descentralizando-as para o território, através da formação das redes e dos dispositivos, que estão para além dos restritos à Psiquiatria.

Observa-se que a propagação da Estratégia CAPS vem-se dando com a formação dos “capscômios”, nos quais se promove a institucionalização das doenças, dos usuários e a preponderância da medicalização. Por conseguinte, reproduzem as lógicas manicomiais e instituídas da Psiquiatria. Ainda, existem dificuldades para o desenvolvimento da Estratégia CAPS, quanto às suas possibilidades de obter eficiência e resolutividade nas problemáticas psíquicas, sobretudo dado a carência de serviços para a infância e adolescência, álcool e outras drogas. Alinhado a isso, os trabalhadores identificam os empecilhos para a implantação de um “serviço completo”, compreendido pela carência do número adequado de profissionais, de boa estrutura física e de

adequadas condições de trabalho (CREMESP, 2010). Isso provoca impasses nos trabalhadores, pois parece que simplesmente estão “jogados a própria sorte”.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental pode incitar a disseminação do CAPS, que, às vezes, acaba reproduzindo as práticas manicomiais. De imediato, pode-se ter uma “capseização” da saúde psíquica, compreendida pelas implantações dos CAPS’s, ou seja, corresponde a um aparato institucional potencialmente revolucionário no campo da Saúde Mental, sem, contudo, que os Estabelecimentos realmente implantados apresentem um diferencial psicossocial aos sujeitos do sofrimento, à clientela e ao território (COSTA-ROSA, 2011).

A EAPS está em sintonia teórico-conceitual e ética com a Reforma Sanitária e a Psiquiátrica. Ao pensá-la, é necessário problematizar a relação construída do CAPS com o Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e a atenção básica (Unidade Básica de Saúde - UBS e Estratégia Saúde da Família - ESF) (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). O ASM e as equipes de Saúde Mental existentes nas UBS’s também são um recurso para superar o paradigma hospitalocêntrico implantando uma abordagem biopsicossocial.

A multiprofissionalidade é a meta da EAPS, por que corresponde a uma maneira de superar a divisão do trabalho por especialidades e equipamentos de saúde, principalmente eliminando o poder de decisão dos psiquiatras. Yasui e Costa-Rosa (2008) consideram que, por vezes, a meta da multidisciplinaridade não promove a ruptura dos limites e das barreiras disciplinares, há pouco ou nenhum diálogo nos Estabelecimentos de Saúde Mental, não existe cooperação entre os trabalhadores, mantêm-se os limites e as fronteiras das disciplinas para lidar com o sofrimento psíquico. Para os autores, a equipe multiprofissional está predestinada a ser constituída por um agrupamento de pessoas de diversas áreas e que trabalham num mesmo espaço institucional.

A EAPS exige uma organização do modo de trabalho coerente com a lógica cooperada, visto que, no Modo Psicossocial, não se distingue o processo produtivo dos efeitos na subjetividade e na saúde. Nesse sentido, a EAPS precisa criar maneiras para desenvolver o processo de trabalho inscrito na transdisciplinaridade, bem como superar a racionalidade do paradigma médico voltado para o princípio doença-cura. É preciso considerar as crises e as forças antagônicas existentes na instituição, de modo que tais movimentos possam potencializá-la, contribuindo para metabolizar os conflitos.

Para o avanço da EAPS, é pertinente problematizar a micropolítica dos Estabelecimentos. Em muitos CAPS’s ou equipes mínimas de Saúde Mental na atenção

básica, existem micropolíticas do trabalho que reproduzem o modelo hegemônico (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). A *caixa de ferramentas* (MERHY, 2002) dos trabalhadores deve ser investida e ampliada por meio da criação de espaços de formação permanente, e ainda se implantar a “prática analisada”, através do Apoio Matricial e da Supervisão Institucional.

A transdisciplinaridade é um meio necessário para desenvolver a EAPS. O desafio é transpor a situação atual que se apresenta sem contorno claro ou de modo disforme, e ousar instaurar um processo instituinte de saber-fazer (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). No transcorrer da Reforma Psiquiátrica, a experiência do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, aproximou a equipe de um trabalho transdisciplinar, o que acabou reorganizando o processo de trabalho, tendo resultado na horizontalização das relações, as quais tinham potencial para a transversalidade. Já a experiência do NAPS, em Santos (SP), simbolizou e simboliza uma exitosa estratégia de cuidados ao sofrimento psíquico, por ter conseguido conectar alguns nós (dispositivos) que teciam a rede para tratar o sofrimento psíquico, pode funcionar como um exemplo da EAPS.

Mais do que uma prática em Saúde Mental, no âmbito do campo da Atenção Psicossocial, a EAPS é uma prática social. Por isso, criam-se estratégias para lidar com as multiplicidades, tanto da Atenção quanto para a gestão do dispositivo institucional. A necessidade é criar novos agenciamentos disponíveis nas *caixas de ferramentas* e nas pulsações dos desejos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Nota-se que não é necessária uma estrutura física ideal, mas um patrimônio político, ético e teórico-técnico, para inventar a Atenção Psicossocial. Ela pode utilizar todos os dispositivos institucionais substitutivos criados pela Reforma Psiquiátrica, tais como: o CAPS, o ASM, o Centro de Convivência, as cooperativas de trabalho, os Serviços de Residência Terapêutica, lugares para recreação e lazer para produzir saúde enquanto subjetividade singularizada.

A EAPS opera a partir do princípio da integralidade. Nela, não interessa se o nível da demanda é de alta ou de baixa complexidade. Não se trata de um sistema de referência ou contrarreferência. O usuário que necessitar de cuidados específicos da Saúde Mental não deixará de ser atendido pelo CAPS ou o ASM, mas, prioritariamente, o sujeito que está adscrito a um território, por isso a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser considerada a referência maior (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA, 2011).

E, ainda, a EAPS “[...] deve ser uma estratégia que perpassa e transcende as instituições como lógicas e como Estabelecimentos, tomando-as como dispositivos referenciados na ação sobre a Demanda Social do território” (COSTA-ROSA, 2011, p. 88).

A partir de tais considerações, é possível fazer uma comparação entre a Estratégia CAPS e a EAPS. Costa-Rosa (2011) indica que haveria uma significativa distinção entre a Estratégia CAPS e a Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS). Para ele, a EAPS tem sido confundida com a Estratégia CAPS, o que representaria um erro teórico, um equívoco estratégico e também uma concepção inadequada da Demanda Social (LOURAU, 1975). Tal confusão tende a dissipar o âmbito da complexidade e das necessidades do território em razão da preocupação em desenvolver o Projeto Terapêutico Singular (PTS) sendo que na Estratégia CAPS, há uma forma de “receitas” para a execução do trabalho, perdendo-se de vista o seu principal objeto, que seria as psicoses.

Na EAPS, o CAPS é apenas mais um Estabelecimento responsável para lidar com o sofrimento psíquico, talvez fosse mesmo o mais proeminente e difundido pela Política Nacional de Saúde Mental. No CAPS não é possível alcançar muitos êxitos, em relação ao momento de crise psíquica, pois ele ainda tende a operar por níveis de complexidade e não pelo critério da integralidade da Atenção no território (COSTA-ROSA, 2011).

Em síntese, delineiam-se alguns aspectos que definem a EAPS:

- por ser uma estratégia de assistência, ela não se limita e se esgota em um único Estabelecimento;
- firma-se nos quatro parâmetros do Modo Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000);
- por ser procedente da Reforma Psiquiátrica, respalda-se nas transformações das dimensões epistemológicas, técnico-assistencial, jurídico-político e cultural (AMARANTE, 2007);
- está alinhada com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária existentes no SUS (BRASIL, 1990a; 1990b);
- utiliza a tática do matriciamento, difundida pelo Ministério da Saúde, associando-se aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria

nº 154 de 2008. Em seu Artigo 1º, o NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica (BRASIL, 2008a).

Portanto, não existe um manual ou receita para materializar a EAPS. A Atenção Psicossocial corresponde à multiplicidade dos sofrimentos, dos sujeitos, das instituições, das práticas, dos conceitos e dos variados agenciamentos, para construir algumas ferramentas de Atenção. No entanto, sempre se levarão em conta os princípios e as diretrizes preconizadas pelo SUS, e a ética pela vida.

CAPÍTULO III – UM ENSAIO DE INTERCESSÃO...

1. O contexto estrutural

O município de Campinas (SP) se situa no interior do Estado de São Paulo. A cidade concentra mais de um milhão de habitantes, por isso compõe uma Região Metropolitana. É um polo de alta tecnologia, possuindo um vasto parque metalúrgico, que a posiciona como uma das cidades mais ricas e populosas do Estado e do país.

No contexto da saúde, o município se destaca por possuir um convênio firmado com uma entidade filantrópica, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). O convênio foi legalizado sob a égide da cogestão, em 1990 (C@NDURA, 2010). Desde esse tempo, essa parceria entre o poder público e a entidade filantrópica tem administrado boa parte dos Estabelecimentos de Saúde Mental, incluindo os Serviços de Residência Terapêutica, os núcleos para as crises, os Centros de Convivência e as oficinas geradoras de renda, tendo avançado em fazer contratações de recursos humanos para todos os níveis de cuidado.

O SSCF era um Hospital Psiquiátrico, e durante o período de 1924 a 1990, funcionou a partir do modelo manicomial. O Estabelecimento aderiu às propostas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial, que emergiram ao longo da década de 1980. Ambos foram pertinentes para imprimir novas estratégias de cuidado e tensionar o paradigma asilar vigente nesse hospital. Desde 1993, o SSCF foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência no tratamento em Saúde Mental (CAMARGO, 2004; C@NDURA, 2010). Portanto, a rede do município é considerada eficiente e bastante resolutiva (CREMESP, 2010).

A intercessão se deu num CAPS, Estabelecimento que anteriormente foi denominado de Hospital Dia (HD), dispositivo implementado pela Reforma Psiquiátrica. A primeira denominação operou nessa lógica, de 1991 a 2002. O Estabelecimento no qual se realizou a intercessão se constituiu oficialmente como CAPS, em 2003 (CAMARGO, 2004), resultante da transformação do HD que existia, tendo sido convertido para esse outro tipo de estratégia de Atenção. O CAPS está instalado numa casa ampla e acessível no território.

No município, há oito CAPS (Anexo 1) – incluindo dois CAPSad, dois CAPSi sendo que, desse total, o SSCF gerencia quatro CAPS, enquanto os demais estão sob a administração exclusiva da Prefeitura. Todos esses equipamentos estão destinados a atender pessoas portadoras de sofrimento psíquico e de neuroses graves, sendo que correspondem à modalidade III (BRASIL, 2004a).

A descentralização e a regionalização, princípios do SUS (BRASIL, 1990a), levaram os gestores a implantarem os distritos (ou os territórios) sanitários (Anexo 2), com o objetivo de facilitar a gestão e o planejamento, pois cada um deles passa a abrigar (teoricamente) em média duzentos mil habitantes por região. Existem cinco regiões, compreendidas pelo Distrito Norte, Leste, Sul, Noroeste e Sudoeste⁷.

O processo de distritalização da saúde foi introduzido na atenção básica, estendendo-se aos serviços de média e de alta complexidade, por meio do progressivo trabalho de qualificação dos trabalhadores, que passaram a operar em equipes distritais, com a finalidade de implantar um modelo de gestão horizontal (MENDES, 2010). Na prática, os distritos sanitários correspondem à distribuição espacial dos serviços de saúde, para inventar as redes assistenciais expressas nos planos da regionalização.

O CAPS está localizado num espaço geográfico extenso, cuja população é caracterizada por acentuada pobreza em relação aos ricos. Juntamente com um CAPSad e Saúde Mental Infantil, compreende um conjunto de serviços de referência para a rede da atenção básica daquele território sanitário. Este é composto por dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que, em alguns desses serviços, existem profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Há também – em algumas UBS's – equipe mínima de Saúde Mental (Psicologia e Psiquiatria). Além disso, incluem um Pronto Atendimento, Serviço de Assistência e Internação Domiciliar e Vigilância em Saúde.

A Estratégia CAPS foi escolhida de modo aleatório para a realização desta experiência de intercessão. Poder-se-ia ter optado por outros dispositivos que compõem a rede assistencial em Saúde Mental, tais como: um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Convivência, um CAPSad, um CAPSi e um outro CAPS administrado pela Prefeitura de Campinas. O critério foi escolher um Estabelecimento dentre os que ofertassem ações estratégicas de assistência em Saúde Mental, abrangendo os níveis da

⁷ Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em 2011.

atenção básica até a alta complexidade, que recebam prioritariamente as demandas atendidas pelo SUS, sem perder de vista o interesse despertado pela questão da psicose.

Na atualidade, a Estratégia CAPS é a forma instituída e disseminada pelo Ministério da Saúde. Está situado em um distrito sanitário, para lidar com as problemáticas psíquicas graves. Sua meta é desenvolver as ações de prevenção e promoção de saúde, incluindo o desenvolvimento de atividades mais complexas, tais como: uma escuta qualificada, o manejo de crises psíquicas, incluindo as situações adversas que ocorrem quando o sujeito está acolhido no leito. Em sua operacionalização, deve acolher o usuário e seus familiares, desenvolver o Apoio Matricial na atenção básica. Para poder realizar tudo isso, é também um local onde se desenrolam os processos de gestão.

O organograma do trabalho no CAPS é composto por equipes de referência, constituídas por profissionais de nível superior (Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social), e por funcionários com outros níveis de qualificação, tais como os auxiliares de Enfermagem e os monitores que se ocupam do desenvolvimento das oficinas e das atividades fora do CAPS. Há os membros da equipe encarregada da limpeza e o pessoal da equipe administrativa. O CAPS também funciona como um local de formação para estagiários e profissionais recém-formados, de maneira que, em algumas equipes, podem ser encontrados residentes de Psiquiatria, estagiários de Psicologia das Universidades próximas a Campinas, do curso técnico de Enfermagem e profissionais que fazem parte de Programas de Aprimoramento Profissional.

Nesse contexto, as equipes de referência são responsáveis por conduzir os PTS's, que são discutidos e encaminhados em reuniões semanais de equipe. No Estabelecimento, são realizadas diversas atividades, tais como: Grupo de Tratamento, atendimentos individuais, acolhimento, oficinas expressivas, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, atendimento aos familiares e outras atividades, como preconizado pela legislação referente ao CAPS (BRASIL, 2004a).

Podem-se dividir as ferramentas de gestão existentes no CAPS em duas vertentes – as formais e as informais. As primeiras devem ser compreendidas pelos espaços coletivos institucionalizados e integrados ao cotidiano institucional, enquanto, no âmbito informal, as ferramentas são inventadas no “aqui e agora”, no encontro entre

trabalhador e sujeito do sofrimento. A seguir são apresentadas as ferramentas formais com as quais me deparei no Estabelecimento:

- *Reunião de Equipe*: é o espaço “oficial” que congrega todos os trabalhadores, pessoas convidadas, bem como os Supervisores Institucionais e Clínicos. Embora a equipe da limpeza, alguns dos monitores e dos auxiliares de Enfermagem não participem frequentemente dessa atividade, ela consiste no espaço onde a gestão pode se horizontalizar. As reuniões servem para aumentar a interlocução e o diálogo dos trabalhadores, facilitando o acompanhamento institucional e dos casos clínicos, tratando das questões diversas, dos encontros das equipes de referência. Também são espaços para coletivizar os afetos, para comemorar os êxitos, para as despedidas, choros e risadas, idas e vindas.

- *Reuniões de equipes de referência*: são espaços mais intimistas e seguros, nos quais se pode dizer muitas coisas (quase tudo!). Essas reuniões são destinadas à discussão dos casos em atendimento e da elaboração e monitoramento do PTS, pactuando ações entre os técnicos e outros dispositivos existentes na rede assistencial. É o momento em que se pensa nas ações, de modo concreto e coletivo. Nesses eventos, há uma maior exposição do sujeito-trabalhador, dos seus medos, angústias e fantasias oriundas do processo de trabalho, do atendimento da clientela. Sempre é possível emergir as crises desencadeadas por problemas de relações interpessoais pessoais, os questionamentos sobre o modo de lidar com o fenômeno da psicose e o tema gritante da degradação humana, da qual são testemunhas cotidianas. No CAPS, havia três equipes de referências, que serão denominadas equipe 1, equipe 2 e equipe 3.

- *Assembleia dos Usuários e Trabalhadores*: é o espaço onde se desvela a importância das relações transferenciais dos usuários com sua equipe ou profissional de referência. Muitas vezes, o comparecimento do usuário à *Assembleia* é motivado pelo outro (usuário ou trabalhador), que o chama e o incentiva a participar, ao passo que alguns se mobilizam e se interessam, em razão de uma atitude pessoal de militância. Esse evento institucional se caracteriza por ser o espaço das inconstâncias, das diferenças, servindo de palco para a manifestação de algumas crises. Do mesmo modo, ocorre o compartilhamento das informações institucionais, as pessoas podem apresentar suas reclamações, demonstrar seu reconhecimento e também comemorar seus êxitos. Essa instância permite que a equipe estabeleça uma forte conexão com as necessidades dos usuários.

- *Conselho Local*: é um dispositivo recente criado no CAPS, sendo que os sujeitos (trabalhadores, usuário e gestor) precisam se apropriar melhor dele, para garantir sua eficácia no Estabelecimento. Em Campinas, os conselhos possuem uma organização hierárquica, as deliberações e as propostas do Conselho Local são encaminhadas ao Conselho Distrital, que representa o território sanitário e está submetido ao Conselho Municipal. O Conselho Local é constituído por conselheiros que representam os trabalhadores, os usuários, mas conta com a constante participação da coordenação. Por ser incipiente no CAPS, o Conselho Local imita o espaço e a lógica da *Assembleia dos Usuários e Trabalhadores*.

Estas ferramentas burocráticas estão previstas na política do Ministério da Saúde e por serem exigências de uma política pública vigente, necessitam de certo “rigor” para sua organização e materialização. Essas instâncias democráticas e participativas são condizentes as propostas de organização intra-institucional preconizadas pelo SUS. No CAPS, as ferramentas – *reunião de equipe, reuniões de equipes de referência, a Assembleia dos Usuários e Trabalhadores e o Conselho Local* – possuem dias fixos e horários pré-estabelecidos. Em alguns desses espaços, é necessária a confecção de Atas para registrar as pactuações coletivas.

As exceções com relação a esses espaços oficiais incluem às Supervisões Institucionais e as Supervisões Clínicas. A primeira não pode se institucionalizar, pois perderia a capacidade de produção de análise, por isso ocorre mensalmente. Já as Supervisões Clínicas acontecem conforme a demanda das equipes de referência, sendo solicitadas, por exemplo, para discutir os casos clínicos de difícil manejo ou aqueles causadores de rumores institucionais. Há igualmente um espaço regular para discussões teóricas de temas sugeridos pela equipe.

Diante do escopo conceitual deste trabalho, não se desconsideram os espaços informais de gestão. Eles são interstícios que necessitam ser aperfeiçoados para produzirem efeitos de contra-hegemonia, de diferença, visando a superar os limites do conhecimento, introduzir intercessões e possibilitar que nas brechas haja espaço para a emergência das pulsações instituintes. As informalidades do diálogo encorajam e facilitam as discussões clínicas, políticas e, sobretudo, éticas, acontecendo nos encontros cotidianos pelos corredores, durante as pausas para os cafezinhos ou cigarros e nos almoços. Esses encontros permitem a troca intersubjetiva, a partilha de conhecimentos, a ruptura de barreiras imaginárias imprimidas nas relações interpessoais

e a produção de saberes, enriquecendo a coletividade no contexto institucional, por meio do fluxo circulante de informações.

O CAPS é uma estratégia inserida num circuito territorial formando a rede assistencial. Por isso, a estratégia é atravessada por algumas instituições, que produzem efeitos diretos sobre ela. Os atravessadores se situam na lógica formal, abrangendo o âmbito distrital, municipal e estadual, os quais produzem a política de Saúde Mental do município de Campinas.

A inserção institucional no CAPS correspondeu a um ano. Nesse período, foi possível vivenciar diversas transformações, entradas e saídas de recursos humanos. O CAPS é um equipamento de referência para o Distrito Leste (de Campinas - SP). Até a metade do ano de 2010, a equipe era composta por um gerente com formação em Psicologia, três enfermeiros, três terapeutas ocupacionais, uma farmacêutica e três auxiliares de farmácia, um assistente social e por sete psicólogos. Depois dessa época, permaneceram seis psicólogos, três psiquiatras e três monitores. Em 2009, havia três residentes de Psiquiatria e, em 2010, permaneceram dois, dois funcionários no administrativo, um porteiro, cinco funcionárias da limpeza e cerca de quinze auxiliares de enfermagem. Não se pode desconsiderar a rotatividade dos residentes de Psiquiatria da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), dos estagiários de Psicologia e Terapia Ocupacional da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos), dois estagiários de curso técnico de Enfermagem, assim como de outras pessoas em formação que solicitam uma oportunidade de realizar estágios junto ao SSCF. No ano de 2010, a equipe de trabalhadores também incluiu uma *Aprimorada Profissional*, na área de Psicologia.

2. O ensaio

A intercessão esteve atrelada simultaneamente à Análise Institucional, às Supervisões Clínicas, à presença de uma facilitadora, que ensejou um “espaço para formação permanente”, constantes presenças das equipes de outros Estabelecimentos de Saúde e demais representantes dos distritos de saúde. Por isso, a intercessão foi exitosa em espaços íntimos, onde foi possível encontrar algumas brechas. Assim, para operar a intercessão em outros espaços institucionais mais formais, seria necessário maior tempo de inserção e outro posicionamento.

Considera-se que o CAPS é amplo e diverso, havendo uma rotina contínua, que estende suas ações para a rede no território, o que requer conexões com outros equipamentos, necessitando para tanto de vários sujeitos conectores. Por se tratar de espaço de formação, é um local de “passagem das diversidades” para os estagiários, os residentes de Psiquiatria e os *Aprimorandos Profissionais*, que, sem dúvida, suscitaram e continuam a suscitar as novidades, as inquietações, as trocas positivas de conhecimento, auxiliando os trabalhadores a repensarem as formas de tratamento dos usuários/familiares e da organização institucional. Aqueles são potenciais intercessores, alguns se destacam como tal, outros têm a função de analisadores institucionais.

Também foi possível notar que como a equipe possuía boa capacidade de reflexão sobre o processo de trabalho, por isso os espaços coletivos eram bastante aproveitados no CAPS. Identifiquei que a equipe era disponível às problematizações, vinda dos demais atores institucionais, se reposicionando frente às situações adversas. Com relação à gestão, o município no qual desenvolvi a intercessão tem a peculiaridade da administração “compartilhada”, o que propiciava aos equipamentos ousar formas de organização das redes e dos serviços de saúde; comumente, o assunto sempre está associado ao desenvolvimento da Atenção. À época da intercessão, a coordenação do CAPS era relativamente nova, sendo que a mudança da coordenação havia se dado em 2009.

Essa experiência representou um esforço de articulação do Dispositivo Intercessor para participar dos movimentos institucionais no CAPS, buscando potencializar suas possibilidades autoanalíticas e autogestivas no Estabelecimento, produzindo uma práxis, incluindo ao mesmo tempo, um saber coletivo singular e uma ação coletiva transformadora. Os desafios foram muitos, desde o de apreender conceitualmente o Dispositivo Intercessor, ferramenta ainda incipiente no meio acadêmico, até o de vislumbrar uma nova forma de produzir conhecimento. Além das multirreferências epistemológicas, uma intercessão é transversal e atravessada por uma postura diante da vida – o trabalho em saúde mental e a ética –, pois ambos possuem íntima ligação com a práxis. Nesse sentido, o desafio foi lidar com as próprias amarras e as angústias advindas dessa experiência.

2.1 Quanto à entrada no CAPS

Para a realização deste trabalho, houve dificuldades para conseguir um campo de intercessão. Recorri a um CAPS específico de Campinas, atrelado ao SSCF, no qual informaram que seria necessário o envio do projeto de pesquisa e a solicitação “formal” para a direção do SSCF, o que se estendeu por quatro meses.

A minha apresentação pessoal para a gerente do CAPS parece ter desencadeado elementos para o estabelecimento inicial de uma relação transferencial e a oportunidade de ocupar um lugar de sujeito-suposto-saber. Considera-se que o facilitador para o enlace transferencial se deu com o fato de uma parte dos trabalhadores da equipe daquele serviço (e de muitos outros, no município) terem se formado na mesma instituição, reconhecendo-a como formadora de profissionais qualificados. Apresentei-me como *ex-aprimorada*, psicóloga e pós-graduanda de uma instituição pública, interessada em “aprender mais” sobre a gestão. A gerente se prontificou a expor a proposta para a equipe, verificando a sua concernência ou não, naquele Estabelecimento.

Alguns aspectos dificultaram o contato inicial com o serviço, como por exemplo, o fato de que pesquisadores anteriores tinham apresentado resultados os quais “frustraram” as expectativas da equipe. A coordenadora também “desconhecia” o orientador deste trabalho (somente os trabalhadores que se formaram na instituição o conheciam). E apresentei dificuldades para dominar a perspectiva metodológica do Dispositivo Intercessor e explicitá-la claramente para a equipe do CAPS. Isso pode ser ilustrado com esta fala: *“Teve outros pesquisadores que faziam interpretações exageradas e a equipe não gostou muito disso, mas eu não estava aqui ainda, então não posso dizer alguma coisa sobre isso. Espero que você contribua de alguma forma e não somente faça interpretações analíticas.”*

Demandando conhecer na prática a gestão naquele Estabelecimento de Saúde Mental, a aceitação da proposta legitimou o lugar de pesquisadora. Por entender que não se tratava de “pesquisa tradicional”, desejava-se superar a relação pré-estabelecida entre objeto – pesquisador. Isso merece algumas considerações.

Nos momentos iniciais, hesitei em aceitar o lugar de “pesquisadora”, em decorrência da metodologia singular deste trabalho, por isso foi particularmente difícil assumir *ser semblante* quanto ao papel oficial de pesquisadora tradicional legitimado

pelo coletivo. Por vezes, apresentei-me como aprendiz, psicóloga e, enfim, como pesquisadora. Possivelmente, isso era o reflexo da pouca apreensão teórica da metodologia e o desejo de “fazer” algo, naquele serviço. Em campo, situei-me como pesquisadora, o que na prática representou incorrer mais uma vez na divisão tradicional do trabalho e da produção de conhecimento, características do Modo Capitalista de Produção.

Inicialmente, compareci ao CAPS em dias determinados, mais naqueles nos quais realizavam os espaços coletivos formais de encontro dos trabalhadores e dos sujeitos do sofrimento. Apesar de considerar que se pudesse intervir junto aos trabalhadores na práxis, podendo situá-los como “analisadores” dos componentes presentes no ambiente, inclusive daqueles “não ditos”, ainda era necessário assegurar uma posição de sujeito-suposto-saber e de maior transferência, o que me levou a considerar inadequada qualquer incursão imatura no coletivo. Por isso, resignei-me a participar e observar os coletivos funcionando, de modo a encontrar as contradições nos discursos universais e nas particularidades.

No primeiro momento, eu estava cautelosa com a posição de pesquisadora que “queria falar”, porém, assegurando uma posição de saber (universitário), permaneci observando e participando. Percebi que esse momento se restringiu ao mapeamento do Estabelecimento, da rede, aproximação com os trabalhadores e os sujeitos do sofrimento, e de apropriação da “cultura institucional” específica. Os estranhamentos provindos dessa situação se caracterizaram pela falta de significação daquele período.

Não se pode inferir que o meu desejo de “intervir” e de “fazer algo” fosse predominantemente ao contexto institucional; na verdade, o desejo de “fazer” era um dos modos como eu entendia que seria uma intercessão.

É possível analisar, ainda, as perspectivas dos diversos atores no momento da minha entrada no CAPS. Por se tratar de uma demanda expressa por mim e aceita pela equipe, compreende-se que o Estabelecimento era capaz de acolher as demandas postas, que, no decorrer dos meses da experiência de intercessão, se provocou uma “demanda por saber”; houve pouca disponibilidade do coletivo para a participação na temática da gestão e na organização do processo de trabalho na Atenção Psicossocial; e a equipe costumava cindir o saber universitário (os sujeitos acadêmicos), o dos executores (trabalhadores) e o saber da práxis (os trabalhadores que produzem conhecimento para outros trabalhadores). Em momento ulterior, a intercessão não foi encomendada, mas

existia uma demanda: o meu papel era colaborar, criar meios e contribuir para que houvesse as atualizações dessas demandas.

Como intercessora-pesquisadora no CAPS, as portas estavam abertas, sendo frequentemente convidada a participar das reuniões das equipes de referência e da reunião geral de equipe. Ademais, para se apropriar das discussões clínicas ocorridas nas reuniões, passei a permanecer em momentos “livres” no CAPS, porque se poderia conhecer e acessar aqueles usuários que estavam no leito e que motivavam as Supervisões Clínicas e a maior parte das discussões nas equipes de referências. Procurei participar de situações informais com os usuários e os trabalhadores, que estimulavam as trocas íntimas de angústias, para a busca de informações sobre o equipamento, a organização do trabalho, a composição da rede e a elucidação de algumas dúvidas. Destaca-se que os espaços coletivos funcionavam como instâncias de desdobramento da gestão.

Diante da percepção de alguns trabalhadores sobre o que consideravam como sendo uma “falta de objetividade da pesquisadora”, é que me ofertaram a realização de um Acompanhamento Terapêutico (AT). Essa oferta também correspondia a um pedido de “ajuda”, nos atendimentos de uma usuária “estabilizada” psiquicamente e que estabelecia transferência intensa com sua terapeuta. A releitura dessa demanda a partir da Análise Institucional, do Materialismo Histórico e da Psicanálise permitiam considerar o pedido da profissional que atendia a usuária, na perspectiva do processo de trabalho naquele CAPS, que se desvelou como um modo “específico” para estabelecer as relações e as conexões com a Atenção. A demanda da trabalhadora não consistia simplesmente num pedido de ajuda para lidar com a relação transferencial entre a usuária e ela, pois possivelmente uma “transferência intensa” não seria específica de um sujeito; mas constituía, de fato, uma expressão singular que questionava o posicionamento da terapeuta no seu processo de trabalho. Portanto, de alguma maneira parece que havia ali questionamentos sobre a organização institucional. As “intensidades” pareciam se situar no plano institucional, no qual as entradas e saídas de trabalhadores (inclusive da coordenação) provocavam instabilidades e estremeciam as relações transferenciais; a organização do trabalho não promovia de fato autonomia e autogestão, e havia a necessidade de problematizar esse aspecto, que estariam exigindo um tipo de resposta nova para lidar com as dificuldades do processo de trabalho.

A oferta, associada a um pedido de “ajuda” emergiu de modo quase que inadvertido no contexto institucional no qual os trabalhadores se encontravam em pleno no CAPS. Como representante da Universidade, fui convocada a contribuir de algum modo nesses impasses, desse modo, entendendo que nesse momento estava sendo situada no lugar de sujeito-suposto-saber é que prontamente aceitei a solicitação.

O convite para um AT parecia um aspecto pertinente para a experiência de uma intercessão-pesquisa, por se tratar de um dispositivo usualmente implementado fora do CAPS, sem lançar mão do *setting* psicoterapêutico “tradicional”. O que é interessante nesse caso é a reincidência velada da institucionalização, ou melhor, a capacidade de trazer para “dentro” do Estabelecimento os sujeitos em sofrimento, e os trabalhadores, uma vez inseridos nela, às vezes se despotencializam das suas artimanhas criativas.

Nessa situação, surge a dimensão da capacidade e da possibilidade de produção de autonomia e heteronomia por parte dos trabalhadores e dos usuários, o confronto entre os interesses individuais e coletivos dos trabalhadores, da interface do dentro e do fora da instituição, do novo e do velho, compreendendo os usuários que há tempo estão em tratamento e, ainda, a relação hierárquica estabelecida pelo tempo de trabalho. Aponta-se que a usuária recebeu e se aproveitou de outras ofertas do serviço (atendimento psicoterapêutico, participação em Oficinas, Assembleias, Conselho Local, Grupos de Tratamento e visitas domiciliares).

Em momentos posteriores, outras demandas explícitas foram designadas à mim: “compreender o processo de trabalho no período da tarde”, “ajudar a equipe que estava com falta de trabalhadores e outros que estavam em férias”, “revelar as diferenças entre as equipes de referências” e “apresentar um resultado quantitativo do processo de trabalho de uma determinada equipe”. Essas expectativas demonstram que não consegui me deslocar da posição de saber universitário.

Por outro lado, identificou-se um mal estar na equipe que era manifesto nos espaços formais, mas não era apresentado na reunião geral de equipe. Após alguns meses, as dificuldades com a coordenação puderam ser postas em uma reunião de equipe, merecendo uma discussão profunda, porém, os incômodos eram problematizados frequentemente, nas equipes de referência, em alguns grupos e em conversas informais – traziam a tona dificuldades comuns referentes à organização do trabalho, inclusive da coordenação do Estabelecimento. Após alguns meses, as dificuldades com a coordenação puderam ser ventiladas em uma reunião de equipe,

merecendo uma discussão profunda, porém os incômodos eram problematizados mais freqüentemente nas equipes de referência. Havia certa resistência em discuti-los em foros mais gerais, formais e burocráticos, nos quais a autoridade hierárquica e o corporativismo manifestavam seu peso e os riscos de se expor seriam potencialmente maiores.

Nesse panorama, a coordenação deveria consistir na capacidade de estabelecer uma conexão produtiva dos interesses e dos objetivos comuns, promovendo a união dos trabalhadores, por isso, não se deveria confundi-la com uma posição, um lugar, ou um assento fixo. Assim, a compreensão que se tem da gestão, “[...] como elemento-passageiro entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS; BARROS, 2007, p. 64), revela que o poder de decisão consiste numa práxis que as dimensões da subjetividade, do poder, da concepção de Saúde, das políticas públicas e do significado de trabalho profissional num coletivo institucional.

No decorrer dos meses, graças ao reposicionamento da coordenação, o que também pode ser considerado certo efeito das tentativas de intercessão no CAPS, a gerente buscou a se inserir mais nas equipes de referência, incentivando os plantonistas a participarem das suas reuniões. Ela, ainda passou a escutar as necessidades dos diversos segmentos daqueles trabalhadores que não participavam usualmente das reuniões de equipe, em outros espaços coletivos, tais como a equipe de limpeza e alguns auxiliares de Enfermagem.

Entretanto, houve impasses significativos, que permitem afirmar que, de certa forma, a minha a postura no campo não conseguiu superar o modo tradicional de uma pesquisa acadêmica:

1) Os intercessores são elementos de um campo – a facilitação do Dispositivo Intercessor ocorre, quando os intercessores são parte do campo ou se introduzem nele, sem inserir a variável pesquisa. A minha dificuldade foi entrar no CAPS; para isso, tive de recorrer aos meios legais de pesquisa, obtendo autorização formal do Comitê de Ética em Pesquisa. O próprio “termo de consentimento livre esclarecido” e sua função reforçam a posição de pesquisador tradicional. Consequentemente, houve a introdução da variável pesquisa no que deveria ter se configurado desde o início como um enquadre de intercessão e, no decorrer de um ano apenas, não foi possível remanejá-la no sentido do Dispositivo Intercessor. Por outro lado, o Dispositivo Intercessor ressalta que os

intercessores são compostos por trabalhadores, que já estão em uma práxis munidos de suas éticas profissionais, portanto, não haveria “falta ética”. O que seria necessário era o aceite da equipe, para uma reflexão teórica sobre a práxis.

2) Os intercessores sustentam a posição de sujeito-suposto-saber – a percepção da equipe do CAPS sobre mim era a de uma forasteira vinda a campo para pesquisar. A partir desse imaginário, a equipe esperava que lhe fossem aplicados questionários, que houvesse “um objeto concreto para a análise”, do qual surgissem indicadores para a gestão ou que se tornasse um “bode expiatório” para as equipes de referência. Nesse sentido, havia uma expectativa da equipe fundamentada no Discurso Universitário, a partir do qual pudesse expor os dados, minha percepção sobre a dinâmica do CAPS, “apresentar análises sobre meu objeto de pesquisa”. Isso foi reforçado por mim, que encarnou o lugar de representante da Universidade e não consegui efetivamente transpor o Discurso Universitário e o Discurso do Mestre. Por conseguinte, não foi possível sustentar a posição de sujeito-suposto-saber, mas apenas encarnar a própria representação do saber acadêmico.

3) A intercessão é um conceito-ferramenta inovador para a produção do conhecimento – por se tratar de uma metodologia pouco formalizada e apreendida, pois estava (e está) em pleno processo de elaboração e construção. Comuniquei à equipe que o constructo teórico desse trabalho perpassaria o Materialismo-Histórico Dialético, a Psicanálise e a Análise Institucional, sem nomear e explicitar o conceito-ferramenta, Dispositivo Intercessor. Aludi apenas a “uma forma diferenciada de realizar pesquisa e estar em campo”. Por hipótese, uma explicitação mais clara na oferta dessa estratégia investigativa original que busca conhecer/transformar na práxis, poderia ter facilitado o desenrolar desse processo, criando uma demanda e também produzindo um outro tipo de relação transferencial com a equipe de trabalhadores do CAPS, que poderia ser constituída de modo diferente e com menos impasses quanto a operar com o DI.

4) O intercessor assumiria estrategicamente o papel de não-lugar – mas por estar dentro e fora da instituição, quais os possíveis tipos de papel ele pode assumir? A equipe pode contar com ele? A essas indagações, é possível responder que apresentei considerável dificuldade para me posicionar adequadamente no CAPS a partir do DI, manifestando uma oscilação e certa hesitação entre os papéis de estagiária, de pesquisadora, de aprendiz e também de psicóloga. Associado a isso, minha inserção não

parecia objetivamente restrita ao tema da gestão, tendo também avançado sobre a questão e a prática da assistência em Saúde Mental.

Os próximos tópicos discutirão sobre esta experiência a partir de outras perspectivas diversas.

CAPÍTULO IV – REFLEXÕES SOBRE O ENSAIO

A reflexão deste trabalho é formada por dois núcleos principais. Trata-se de analisar a temática da gestão, no Estabelecimento de Saúde Mental. A partir disso, identificar se o Dispositivo Intercessor, enquanto proposta metodológica, pode ser um recurso para a práxis e para a produção do conhecimento.

Além de considerar esses núcleos, já foi referido que esse momento se destaca por ser uma intercessão secundária, não mais em *locus*, mas no âmbito da Universidade. Contudo, tal intercessão não deve ser menosprezada em detrimento ao momento da práxis, ocorrida no CAPS. Os dois momentos se conectam num dispositivo oferecendo a percepção de movimentação das práxis, dos pensamentos, dos saberes, dos poderes e da organização do equipamento de saúde onde ocorreu a experiência, contribuindo para fazer emergir novas percepções e visões sobre a experiência. Esse momento secundário caracteriza-se pela inversão do modo de produzir conhecimento na Universidade.

Neste ensaio, surgem na cena as minhas percepções, os conceitos-chave para o trabalho na Saúde Mental Coletiva, a aplicação do Dispositivo Intercessor como Meio de Produção do Conhecimento (DIMPC).

1. NÚCLEO I – A gestão na instituição do sofrimento psíquico

Este tópico foi delineado, porque a gestão interfere diretamente no modelo assistencial e no modo de organização dos trabalhadores. A Atenção ao sofrimento psíquico não pode ser pensada sem uma capacidade dialógica e interlocutora dos mesmos. A constituição de uma equipe é inerente ao próprio trabalho contemporâneo. No entanto, a equipe é concernente à ideia de grupo. Trata-se de estabelecer na gestão uma equipe, que seja um grupo-sujeito e não um grupo-massa (FREUD, 1986).

Neste núcleo, serão tomados para análise os atores da gestão, compreendidos pelos trabalhadores e os sujeitos do sofrimento. Foram escolhidas as situações mais recorrentes e indicativas, para a reflexão sobre a transição paradigmática. Por isso, estende-se aos trabalhadores, mas não possui o caráter diagnóstico, apenas são elucubrações de um ensaio de intercessão. Além disso, a reflexão pretende entender a estruturação do trabalho, conseqüentemente, os avanços na gestão democrática.

Introduzem-se dois elementos que compõem a gestão: o trabalho em equipe e os Espaços Coletivos.

1.1 O trabalho em equipe

Inicialmente, coloca-se a seguinte indagação – o que unifica os trabalhadores, em uma instituição de Saúde Mental? Os trabalhadores encontraram uma resposta comum: *a produção de saúde*. A resposta não contou com a especificidade da Saúde Mental, sendo que o CAPS é concebido como um serviço especializado e organizador da rede assistencial. Nele se compreendem as ações de alta complexidade, a prevenção e a promoção da saúde.

De maneira geral, os trabalhadores consideram que as ações do CAPS são amplas, descaracterizando o seu trabalho. No transcorrer das vivências, a maioria dos sofrimentos psíquicos identificados na atenção básica confluía para a especialidade. As recorrências da atenção básica ao CAPS se dão por dois motivos: existe uma suposição de saber especializado e a equipe acolhe as demandas. Não se pode desconsiderar que muitas ações são resquícios de um modelo preventivista, calcado no Modo Capitalista de Produção. O CAPS acaba aderindo à lógica produtiva capitalista. A percepção que muitos trabalhadores possuem do serviço é empresarial, como constatado nesta fala: *“Foi-se o tempo que aqui era um HD [Hospital-Dia] com 30 pacientes, hoje isso é uma empresa com alta rotatividade de pessoas, profissionais e pacientes, por isso tem que haver uma organização, sim!”*

O significante “empresa” introduz algumas variáveis que são distônicas à produção de saúde psíquica. O CAPS, por ser uma instituição de saúde, não produz produtos consumíveis, utiliza tecnologias leves (MERHY, 2002) associadas às relações subjetivas e inter-relacionais, perdendo sua finalidade de produção social, pois esta possui valor quantitativo. A gestão do local permanece associada à administração empresarial, de sorte que perde seu caráter político e disseminador das práticas sociais. Gaulejac (2007) sustenta que as ações sociais não se confundem com os valores econômicos. E acrescenta:

Quando a sociedade é concebida como uma empresa que é preciso gerenciar, quando os critérios de gestão são mais

importantes que a análise política, assistimos a uma inversão entre os meios e os fins, entre o peso das normas financeiras e as missões ‘políticas’ das instituições. (GAULEJAC, 2007, p. 270).

As “missões políticas” de uma instituição ficam prejudicadas, quando seus atores não têm uma identidade própria, porém, cumprem a missão de se organizar em grupos de trabalho, seja dentro do CAPS, seja fora dele, na rede assistencial. A fala ilustra o impasse do trabalho coletivo: *“Como lidar com as diferenças e fazer as informações circularem mais? Gente, precisamos fortalecer os espaços coletivos, para trocar mais informações, principalmente nos casos mais difíceis, aqueles que provocam mais ruídos institucionais.”*

Por conseguinte, o desafio para o trabalho em equipe emergiu nas reuniões, consistindo na falta de cooperativismo e de circulação das informações, nas dificuldades do trabalho com a psicose e nas diferenças existentes entre as pessoas das equipes. O trabalho em equipe se reveste na apreensão dos grupos para compreender a organização do trabalho.

Nas discussões coletivas, eram emblemáticas as questões relacionadas às exigências dos agrupamentos, no trabalho em saúde. Este era compreendido nas relações intrainstitucionais, a interlocução entre as equipes de referências, e extrainstitucionais, compreendidas pela equipe do CAPS e os demais grupos de trabalhadores de outras instituições. Na medida em que a equipe deveria superar a divisão do trabalho, promover a autogestão, cujo objetivo era transformar os meios e os fins da produção, encontram-se dicotomias e um circuito de pensamento, de afetos e de ações impregnados em multiplicidades e individualidades.

A equipe de trabalho se constrói em contraposições, tais como indivíduo-grupo, grupo-sociedade, nos quais emerge o indivíduo na produção de subjetividade. Na relação indivíduo-grupo, existe a complementaridade, já que os indivíduos sempre estarão associados a alguma instituição, como, por exemplo, escola, igreja e outras; já no grupo, o indivíduo se dilui e se indiferencia, em face de uma noção de público. Não é pertinente pensar em grupo-massa, pois este foi combatido por deixar prevalecer o modo-individualidade caracterizado pela radicalidade e a exaltação dos seus membros. O sentido negativo do grupo-massa foi superado, ao se lhe atribuir as relações sociais, que visam às políticas públicas (BARROS, 2007).

Os indivíduos são unidades que, ao se reunirem, produzem uma totalidade ou um todo unitário (singular). Nesse sentido, o grupo é um intermediário entre os indivíduos e a sociedade, resultando na produção de subjetividade, em que é possível a experimentação e a criação. No grupo, existe uma dinâmica dialética, podendo ser definido como processo inacabado e, ao mesmo tempo, em que jamais é uma totalização acabada. Por isso, não existe a maturidade do grupo, porque essa operação se caracterizará pelo “[...] movimento sempre inacabado dos grupos” (LAPASSADE, 1983, p. 227). A dificuldade é lidar com as individualidades dentro do grupo, embora ele se constitua por um movimento, no qual o tempo todo tensiona e é tensionado por suas unidades (os indivíduos) e as suas totalizações (os coletivos).

Os grupos, os indivíduos e a sociedade funcionam no mesmo registro, da totalização e da individualização. Dessa forma, os espaços coletivos fomentam as conexões desejanças, que propiciam a criação, sendo esta uma maneira de diferenciação. Ressalta Regina Benevides de Barros (2007, p. 324): “A diferença é a que produz no mundo capacidade de provocar outras diferenças, é aquilo que consegue escapar da fala única, deixando vazar a polifonia que habita as multiplicidades”. Ainda, para a autora, o grupo se situa em uma dimensão estético-ética e política. A primeira corresponde à singularização das diferenças, através das interferências em um campo coletivo, no qual é possível movimentar os desejos, romper as cristalizações, promover as transformações nos indivíduos e nos demais agentes envolvidos no grupo. Em oposição à dimensão política do grupo, consiste em concebê-lo como um dispositivo, que opere os processos de desindividualização. Isso se dá pela abertura da subjetividade produzida pela dimensão estético-ética, que sugere experimentar novos modos de composição e de compromisso com os processos coletivos. Nessa perspectiva, a proposta do âmbito político é escapar das universalizações fazendo funcionar as redes transversais de subjetividades coletivas.

O trabalho em equipe no CAPS é regido por leis de funcionamento – o compromisso coletivo e a meta da produção de autonomia dos usuários – que não se apresentam de modo claro aos trabalhadores. Essa equipe é regida por leis que “falham”, como se pode ver nesta fala: “*Ontem à tarde eu fiquei sozinho no período, isto não pode acontecer de novo, do jeito que foi ontem fica difícil, se for assim hoje, a gente precisa se organizar.*” Nessa lógica, se existe uma lei que deve ser cumprida por todos os trabalhadores, é necessário mais do que sua incorporação institucional, mas

introduzi-la enquanto uma ética do trabalho. Por outro lado, a lei deve estar clara para o coletivo e não ser incorporada na retórica, apenas. Ao incorporá-la enquanto elemento discursivo, os trabalhadores não se responsabilizam e tendem a reproduzir elementos institucionais sem uma coesão grupal. A “[...] coesão confunde-se com a atração exercida pelo grupo sobre seus membros” (LAPASSADE, 1983, p. 83).

Lapassade (1983) compreende que o grupo é um sistema de forças – na coesão, as forças seguem a lei da atração, que agrega os seus membros e produz uma funcionalidade. Já as divergências correspondem à ruptura ou a “quebra” dos acordos dos membros do grupo, caracterizando-se pelas forças de repulsão e uma possível desagregação do mesmo.

O movimento de coesão e divergência opera o tempo todo, mas parece mais evidente, quando a equipe se subdivide em equipes de referências e em “equipes corporativas”. Entre as equipes de referências, há um grau de interlocução, ainda prevalecem as competências técnicas ou setoriais, tendendo ao corporativismo, que tem efeito nos fluxos de decisão. Em algumas referências, identificou-se alta coesão, o que pode ser negativo para a organização do trabalho coletivo, porque a coesão demasiada retém as informações – *“Ninguém avisou que a reunião de matriciamento com o Centro de Saúde foi desmarcada”* –, restringe as ações sobre os usuários – *“Essa não é sua referência, vai procurar alguém da sua pra conversar”* –, diminui sua capacidade de interlocução, de sorte que os seus membros acabam por ser dissidentes do coletivo: *“Não concordo com a postura da equipe X, eles estão muito frouxos com o usuário U”*.

O que diferencia uma classe de trabalhadores de outros trabalhadores? E os trabalhadores da gerência? É o tempo dedicado à atividade, a qualificação profissional, a formação, a especificidade da atividade-fim e da atividade-meio. Na Estratégia Atenção Psicossocial, não se distinguem as atividades-fins e meios, para não haver diferenças entre os trabalhadores e ainda para não cair na falsa cisão entre o pensar e o fazer (COSTA-ROSA, 2011). Assim, a dimensão do poder atravessa o processo de trabalho. Isso se diferencia da visão que se tem do processo saúde-adoecimento-Atenção, pois se refere à maior ou menor quantidade de trabalhadores envolvidos na produção de saúde psíquica, tendo-se considerado uma visão ampla de saúde; por isso todos os profissionais da instituição são participantes desse processo, apesar dos níveis de responsabilidade, formações e competências dos diferentes profissionais.

Outro aspecto negativo é a formação de “grupos corporativos”. Dessa forma, a equipe de enfermagem e a equipe de limpeza, por exemplo, passaram a ter espaços para tratarem das suas especificidades do trabalho. Observa-se que a equipe de enfermagem se restringe ao seu *núcleo* disciplinar, enquanto a equipe de limpeza não ocupa os espaços coletivos, parecendo relegada deles. A partir da compreensão de que na saúde se deve alinhar o campo e o saber, “[...] a saúde seria, pois, o resultado de um processo de produção” (CAMPOS, 2000a, p. 227). Essas equipes simbolizam pontos antagônicos: a equipe de enfermagem possui maior número de trabalhadores, uma técnica específica e detém maior saber sobre o usuário, por estar mais próxima das suas demandas. Àquela é conferida um poder, conforme esta fala: “*A enfermagem é uma equipe que tem poder aqui dentro, mas eles não sabem disso.*”

No polo oposto, a equipe de limpeza possui poucos integrantes, desenvolve uma atividade de “execução” que é basal, porém, pouco valorizada dentro da hierarquia do trabalho, tendo baixa capacidade de protagonizar. Em tese, esses trabalhadores não se consideram membros da equipe do CAPS, não se sentem pertencentes a uma equipe ou a um grupo; por razões históricas, os “executores” estão subordinados aos seus dirigentes, por isso não ambicionam outra organização do trabalho, na qual se introduza a autogestão e a autocrítica.

Costa-Rosa (1987; 2011) aponta que uma forma de lidar com a divisão social do trabalho é o desenvolvimento das práticas interprofissionais, nas quais prevaleça o conhecimento transdisciplinar. “A transdisciplinaridade está simultaneamente entre, através e além de toda a disciplina.” (COSTA-ROSA, 2011, p. 164). Ainda de acordo com Costa-Rosa, ela visa superar os limites das disciplinas havendo o princípio de que não existem diferenças entre “sujeito” e “objeto”. Esse princípio considera o sujeito em sua totalidade sendo coerente com o Paradigma da Atenção Psicossocial.

1.1.2 A capacidade de protagonização

A práxis define o “projeto comum” de um grupo baseado no conjunto de leis e valores, que são dispositivos simbólicos interiorizados pelos seus membros, conduzindo-os a desenvolver práticas para a *produção de saúde*. Como “[...] a essência do grupo é a sua existência” (LAPASSADE, 1983, p. 246), um grupo só possuirá dispositivos simbólicos ativos, se tiver uma existência e os indivíduos se considerarem

parte dele. Caso contrário, as pessoas se agrupam no mesmo espaço, sem possuir um “projeto comum”.

Pensar a capacidade de protagonizar de uma equipe é evidenciar sua dimensão grupal e ético-política. Não existe, no grupo, a dimensão individual, mas a dimensão pública das práxis, na qual todos os sujeitos possuem o direito à fala. O grupo é um dispositivo que instala o questionamento, a reflexão sobre as ações instituídas e as burocracias cotidianas e também se indaga sobre a hierarquia, a repetição e a divisão social – aquele é uma ferramenta produtora de análise através da fala (BARROS, 2007). Portanto, a análise perde seu *status* de especialismo, pois todos os sujeitos podem produzi-la e realizá-la.

Nas reuniões se revelaram as dificuldades para estabelecer interlocução na equipe e entre as diversas microequipes, por exemplo: “*A equipe da noite tem que se autorizar a ter algumas ações sobre o usuário, quando ele chega à noite no CAPS [a equipe] deve decidir se ele ficará ou não no leito.*” E ainda o diálogo possui valor, quando concretizado por trabalhadores de longa data no CAPS, como nesta fala: “*Não me sinto autorizada a falar nas reuniões, o pessoal aqui sabe muito. É aquele negócio, ainda estou conquistando meu espaço aqui, então nos momentos de incerteza, prefiro ficar quieta. Há uma hierarquia aqui que deve ser respeitada.*” Existem dois impasses: falar e escutar, e a hierarquia dos trabalhadores, ou seja, aqueles que estão há mais tempo na instituição se sentem “autorizados” e, por isso, são respeitados. O “tempo de serviço” de um trabalhador lhe confere uma espécie de liderança nata, em razão da ampla experiência no manejo dos usuários, no domínio de um saber sobre eles (em relação às crises e à história familiar). Entre os trabalhadores mais antigos do Estabelecimento, permeia a alta coesão, às vezes, dificultando a inserção dos trabalhadores novatos, diminuindo a capilaridade do trabalho em equipe, aumentando o sentimento de desconfiança em relação aos trabalhadores novatos ou àqueles que se baseiam em outras perspectivas teóricas, na clínica.

Por outro lado, uma equipe constituída há mais tempo é sincrônica no desenvolvimento de suas atividades; contudo, pode representar alguns “vícios”, situações não ditas que promovem conflitos velados. Como se pode ver nesta citação de Rodrigues e Altoé (2004, p. 192):

As formas internas de troca e interlocução de um grupo, após alguns anos, tendem a ficar “viciosas” nas suas idiosincrasias, em um emaranhado de acordos/desacordos calados, inconfessos, que, em última análise, geram ressentimentos também inconfessos, quase de ordem familiar, como que demandando interferências externas para sua expressão e resolução.

Os significantes “autorizar/autorização” são concernentes à responsabilização no trabalho, à implicação e à transferência na equipe. A “autorização” e o “se autorizar” dos trabalhadores os colocam na posição de sujeitos-ativos, que possuem a maior propriedade de questionar e produzir respostas às demandas cotidianas. Essa “autorização” é decorrente de um domínio sobre a práxis (LACAN, 1998), além de estar relacionada à sujeição ao poder dirigente. Desse modo, nos grupos, criam-se dispositivos que promovem a fala e o encontro entre os seus membros. Tal organização visa a desinstitucionalizar o processo analítico e retirar o poder da equipe dirigente, para a negociação nos processos de trabalho.

Observa-se que o trabalho em equipe é permeado por uma ética (também política), sendo esta compreendida como um dos operadores do Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2007;2011). Para Costa-Rosa, a produção de Atenção envolve os laços entre “cuidador” e “sofredor”, nos quais o trabalhador não deve substituir ou tamponar o sofrimento com qualquer objeto, sobretudo pelos psicofármacos. Ressalta, ainda que o trabalhador não deva se identificar ao sofrimento do sujeito por meio da “[...] neutralidade objetiva ou a compaixão por parte do cuidador.” (COSTA-ROSA, 2011, p.120), pois produzir saúde psíquica é considerar o plano do desejo e suas imanências. Assim, o tratamento não deve corresponder a “substituição” sintomática, muitas vezes, empreendida por alguns trabalhadores que tendem a “psicologização” e “psiquiatrização” da existência-sofrimento.

Segundo Costa-Rosa

A ética da Atenção Psicossocial, tal como tem sido proposta pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, em alguns de seus desdobramentos atuais, tem chegado a uma modalidade de laço social de produção de Atenção em que o sujeito – simultaneamente considerado como indivíduo com inconsciente, e como possibilidade de produzir sentido novo para diferentes injunções sociais e subjetivas do cotidiano – deve poder chegar a situar-se no lugar do trabalhador principal do processo da produção dessa Atenção. (2011, p. 124).

No cotidiano institucional, a ética é confrontada com as demandas manifestas e inconscientes. Na organização grupal do CAPS, pode-se afirmar que a equipe experimenta uma hesitação. Em alguns momentos, os trabalhadores necessitam do poder gerencial – “*Seria bom que a gerência estivesse na reunião, porque ela poderia tensionar politicamente os outros serviços*”; em outros, os trabalhadores gostariam de mais autonomia para desenvolver o trabalho – “*O problema é esperar o aval da gerência, acho que pela [equipe de] referência está tudo certo*”. Parece que os dois momentos afetam positivamente a equipe, melhorando o estado emocional de alguns trabalhadores. Estes, ao se organizarem em grupos, minimizam a lacuna proveniente da existência contemporânea, o “modo-indivíduo” capitalista (BARROS, 2007). Expressa-se uma tentativa de resgatar um plano relegado por essa existência individualista e segregacionista.

Portanto, a coletividade e o comunitarismo são pressupostos do Modo Capitalista de Produção, que introduz constantes embates: dimensão individual *versus* coletiva, práticas asilares *versus* práticas psicossociais, institucionalização da práxis *versus* desinstitucionalização. Identifica-se que a equipe se ressentia por não conseguir avançar na assistência e na organização do dispositivo institucional em relação à autogestão, pairando uma espécie de culpa coletiva. Quer dizer, essa questão envolve a esfera pública, social e ideológica: por se tratar de uma questão pública que aflige a dimensão existencial da vida contemporânea, isso não deve ser endereçado como algo privado e restrito àquela equipe.

A prevalência do Modo Capitalista de Produção ainda deixa o processo de trabalho dividido entre os profissionais e a direção. Na experiência, não se identificou uma preocupação coletiva em relação aos seus processos de gestão, o que não ocupava a dimensão do trabalho. Todavia, a democratização da gestão representa uma problemática restrita à direção, como se vê nesta fala: “*Depois da última supervisão institucional, gostaria de implantar grupos responsáveis por temas, como a manutenção da casa, o faturamento, a medicação, só não será possível os Núcleos Gestores para o Recursos Humanos.*” Há a percepção de que a gestão hierarquizada opera, como observado nestas palavras: “*A minha grande motivação para a implantação dos Núcleos Gestores foi a Supervisão, que apareceu a problemática de*

discutir os assuntos mais coletivamente e tenho observado que a gestão toda do CAPS se restringe em mim e nas duas funcionárias do administrativo.”

Esses exemplos demonstram que a gestão é hierárquica, embora se ofereçam espaços, tais como a Supervisão Institucional, o matriciamento e as reuniões para a reflexão dos processos de trabalho. Nota-se que existe um espaço de escuta, algumas aberturas, os quais podem ou não surtirem efeitos de autogestão – em que o sujeito é protagonista, assim como existir propostas democráticas. Em acréscimo, os “núcleos gestores” demonstram que a apropriação da questão gerencial depende de uma identificação dos trabalhadores, a qual se processa nos vínculos significativos com a direção. De modo geral, o vínculo da direção e dos trabalhadores se mostra incipiente, o que talvez representasse um mau prognóstico sobre a implantação dos “núcleos gestores”.

A partir dos exemplos, pode-se inferir que os trabalhadores ainda não são protagonistas do seu processo de trabalho. Há ainda que se pensar em qual ética os trabalhadores se inscrevem. Como já referido, existem ensaios e alguns episódios em que a equipe vislumbra a autogestão. Por outro lado, as dificuldades com o processo de trabalho são capazes de desmotivar os trabalhadores a se posicionarem de outra maneira, frente às propostas da gestão democrática.

1.1.3 O trabalho diante do sofrimento

Foi explicitado, em diversas reuniões, que lidar com o sofrimento psíquico era se deparar com os limites: do trabalho, do sofrimento, do CAPS e da clínica. No caso, o objeto de trabalho são as pessoas e seus sofrimentos psíquicos, que são singulares e ao mesmo tempo meio para o trabalho. Diante das singularidades e particularidades, as técnicas podem ser desnecessárias, por se desconstruírem e não se darem *a priori*.

O trabalho em saúde, sobretudo na saúde psíquica, é conectado com o mundo externo, principalmente atrelado à humanização da assistência. Às vezes, isso cria impasses na equipe, pois, fora da instituição, a equipe ainda é responsável pelo usuário, evidenciando a relação entre a tutela e autonomia. Por exemplo, a equipe é responsável em auxiliar na cidadania do usuário, e isso passa a ser parte do trabalho da equipe, como nesta fala: “*É o caso da gente acompanhar o usuário U para tirar os documentos? Alguém da família dele pode fazer isso.*” Além dos cuidados na instituição, os

trabalhadores são responsáveis por garantir os direitos sociais dos usuários, como documentos, movimentação da conta bancária, aposentadoria e outros. Garantir os direitos dos usuários corresponde também a introduzir problemas no trabalho, porque a equipe está legalmente habilitada para tomar algumas decisões. Ela é lembrada do seu papel pela direção, bem como por vários segmentos da sociedade, tais como: os outros Estabelecimentos de Saúde, o poder judiciário, os gestores municipais. Vê-se que esse encargo é cobrado pela própria equipe: *“O que a referência está fazendo pela usuária X? O CAPS já não sabe o que fazer com ela”*.

Diante disso, os trabalhadores sempre se questionavam: *“Até onde se tutela, até onde se trata o usuário?”* Nos casos de alguns usuários isolados, parece que os manejos e os benefícios de alguns deles dentro do CAPS correspondiam a um grau de afeto e sentimentos dos trabalhadores em relação a eles. Um trabalhador se queixava da forma como se guardava o dinheiro de um usuário, como visto nesta fala: *“Não me importo de administrar o dinheiro do caixa do Cândido [SSCF] para organizar algumas festas, mas o problema é que eu estou virando banco. Eu não me importo de fazer quando faz parte do PTI [Projeto Terapêutico Individual], mas para usar drogas eu não concordo.”*

O processo de trabalho é permeado pelas constantes “ameaças” físicas e psíquicas: responsabilidade sobre o usuário que fugiu, a administração do dinheiro dos usuários, que provoca temores; situação de emergência, para a qual os trabalhadores não se sentem preparados, uma vez que não acreditam terem formação e aparato instrumental para tal; agressão física de usuário em crise, estresse psíquico em virtude das gritarias dos usuários em crises ou daqueles que falam intermitentemente. Além de algo próprio das crises psíquicas e das urgências, a instituição é responsável por parte das problemáticas construídas nesse espaço, como, por exemplo, em relação ao dinheiro dos usuários.

Esses exemplos remetem-se também à ética do trabalho. A produção de saúde é incompatível com a drogadição, a institucionalização dos indivíduos, a tutela, e contrária a uma autonomia produtora de morte. Existe um conflito entre a *obrigação da equipe* quanto à manutenção de alguns padrões humanitários na Atenção e a *eficiência da instituição*. Por ser um trabalho imerso na singularidade e dependente do desejo dos sujeitos do sofrimento, é notória a frustração diante dos “senões” que os afetam. São comuns alguns sujeitos do sofrimento não aderirem ao tratamento, a família às vezes os

“boicotam”, as ações dos usuários (autoagressão, desleixo com os problemas clínicos, recusa familiar da “alta” do leito) serem contra o que a equipe considera como um bom tratamento. Consequentemente, isso afeta o sentimento dos trabalhadores e revela mais uma dificuldade do trabalho.

Outra complexidade é lidar com a existência do leito. Nele, os usuários experimentam o mal-estar típico das instituições totais, no qual o confinamento e a restrição de circulação são algumas características (GOFFMAN, 1987). A instituição acaba por assumir a gestão total da vida dos sujeitos, como nesta fala de uma usuária: “*Carrego comigo a chave do meu armário pra ninguém ficar pegando minhas roupas e usando*”. O confinamento dos sujeitos do sofrimento é algo que influencia nos atos de saúde, gerando um mal-estar na equipe, principalmente ao identificar a alta ocupação dos leitos e “moradores de leito”. Nesse sentido, o CAPS III se apresenta de que modo, às vistas dos trabalhadores e da comunidade? Em diversos momentos, deparei-me com uma organização cindida, na qual a equipe não sabia (se estava institucionalizando ou não), havendo a tendência de naturalizar o mal-estar. Além disso, o desafio é superar o confinamento nos territórios imaginários, onde os usuários ex-internos de longa data continuam confinados nos espaços sociais.

Qual a meta do trabalho, quando o usuário produz ações prejudiciais para si? Existe um objetivo comum – *produzir saúde*, no qual os sujeitos do sofrimento são introduzidos nele, na rotina institucional. Muitas vezes, a equipe desempenha ações que revelam as outras finalidades da instituição, como ajudar o usuário a ter laços sociais na comunidade. No CAPS, a desistência/abandono do tratamento demonstra que as pessoas são refratárias, o que causa uma sensação de fracasso, na equipe. Outra dificuldade com o trabalho é que os usuários podem se tornar objeto de afeição: “*É muito ruim para o tratamento do usuário U ser chamado pelo apelido, ele deve ser chamado pelo nome*”. Em caso de algum manejo difícil e necessário para o tratamento – “*Nesse caso, fazemos uma iatrogenia do bem*”, os trabalhadores sofrerão com isso, por exemplo, na situação em que o usuário precisa ser contido. Quando o usuário burla as regras do Projeto Terapêutico estabelecido pela equipe, pode existir para alguns trabalhadores o sentimento de negação e “ilusão” de um tratamento eficiente (GOFFMAN, 1987). Por outro lado, pode ser sentido como um desafio para melhor enlacá-lo transferencialmente no tratamento, ou seja, existe um constante começar e recomeçar do “ponto zero”.

Na instituição total (GOFFMAN, 1987), era comum o controle do desejo dos seus internos. Pode-se transportar o funcionamento de uma instituição total para compreender a institucionalização. No trabalho em equipe, há resquícios sobre o controle do desejo dos sujeitos do sofrimento; às vezes, ele é entendido como parte da doença ou para negá-la, como um desejo existente em sujeitos infantilizados e institucionalizados.

Goffman (1987) ressalta que trabalhar com pessoas é umas das formas de trabalho capaz de desencadear um conflito de *status* e das relações interpessoais, porque cada indivíduo traz para a instituição sua trajetória pessoal, que se conflita com as relações preestabelecidas no campo social.

Tipicamente, o Estabelecimento de Saúde Mental possui a especificidade de conhecer a “natureza humana”, podendo diagnosticar e receitar com base nesse conhecimento. Há um impasse de identidade dos trabalhadores ocorrida, porque os especialistas se inserem em atividades relacionadas às relações interpessoais entre diversos trabalhadores e Estabelecimentos de Saúde – que se confronta com os limites dos aportes técnicos, psíquicos de alguns trabalhadores e institucionais. Os limites institucionais são alguns entraves para as ações dos trabalhadores. Entretanto, isso pode se apresentar como um sintoma da equipe, como se vê nesta situação: *“O que fazemos com a usuária X que estava com parada respiratória? Precisava do SAMU, ligamos e eles demoraram a vir, aí não tinha o “fio-guia”, tivemos que improvisar, porque o “carrinho de parada” não estava em ordem.”*

Na equipe, apresentou-se por diversas vezes a dualidade “tutelar” e “secretariar” os usuários. O primeiro era associado ao aspecto negativo do tratamento, como institucionalizar, criar dependência do usuário em relação ao serviço e desenvolver atividades manicomiais. Merhy (2007a) ressalta que a relação tutela e autonomia são temas caros à Saúde Mental, pois, nessa composição – a tutela possui efeito castrador, enquanto existe uma “tutela autonomizadora”. Nesse sentido, pode-se compreender o “secretariar” como uma tutela produtora de agenciamentos de libertação e liberação do sujeito para além da instituição, ou seja, o tratamento dos usuários deve ser um disparador de produção de vida (MERHY, 2007a). Para o autor, a tutela e a autonomia são possibilidades de realizar um trabalho em saúde que potencialize os desejos dos usuários e dos trabalhadores, através de um agir libertador, isto é, pelo

aumento da capacidade de governança e pela democratização das contratualidades sociais.

Associada a essa problemática, observaram-se impasses em relação aos avanços e recuos nas propostas da Reforma Psiquiátrica, como expresso na fala: “*Não dá pra gente saber se o que propomos pro caso é um avanço na Reforma, mas discutir a possibilidade de ECT [eletroconvulsoterapia] é uma posição institucional do Cândido [SSCF] de considerar os pedidos da equipe.*” Mais do que lidar com o sofrimento psíquico, havia uma constante “necessidade” de as ações dos trabalhadores serem antimanicomiais.

Conforme Merhy (2007b), a necessidade de criar modelos alternativos e dispositivos substitutivos ao paradigma psiquiátrico e hospitalocêntrico coloca os trabalhadores no “olho do furacão”. Na prática, eles se situam nesse lugar ambíguo e, ao mesmo tempo, eliminam-se os modelos fechados ou as padronizações das ações, sendo um local de autoanálise, de negação, de referencial crítico, de ressignificação, mas instigante de vidas desejantes e de novos sentidos. O autor frisa que o trabalho em saúde se dá nos atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho. Portanto, a cada singularidade, é preciso inventar muitas maneiras de ser antimanicomial. A proposta é que, nos fazeres cotidianos, os trabalhadores captem o novo e o velho, através dos seus “ruídos” e, a partir disso, façam uma aposta no novo.

A Atenção ao sofrimento psíquico possui nuances que confrontam o limite do trabalho. Sob esse ponto de vista, a concepção de trabalho aponta no sentido de que um dos papéis do trabalhador, na especificidade da Saúde Mental, é ser ao mesmo tempo generalista e especialista, cuja oferta predominante privilegie uma escuta para sua clientela. Em uma das falas, nota-se que a função da instituição é ampla – qual o papel do CAPS? Ser uma estratégia de saúde ou um banco/moradia/família, para alguns usuários? Ademais, o trabalho é atravessado e fundamentado pelos afetos, o que é um aspecto positivo para delinear o sentido e o prazer no trabalho. No CAPS, devem-se acolher as múltiplas demandas, inclusive as provenientes de outros campos, o que significa que há diversas postulações sobre a finalidade do trabalho no CAPS, que comumente dá conta das carências sociais, econômicas, familiares, “suprindo” e “resolvendo” os problemas.

1.1.4 O trabalho em rede – as articulações dos serviços e outros segmentos sociais

No transcorrer da intercessão, houve questões ligadas à integração dos profissionais com os demais serviços existentes no município. Elas apareceram claramente nos discursos, em diversas problematizações, sobretudo em relação aos Estabelecimentos não atrelados à saúde e à administração do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

Durante as reuniões, surgiram referências, algumas descrições e situações pelos quais os trabalhadores demonstravam a dificuldade de se articular com outras equipes. Isso se dava nas reuniões de Apoio Matricial com os Centros de Saúde, com os dispositivos não associados à saúde, nas quais se ressaltavam as diferenças entre aqueles administrados pelo SSCF e pela Prefeitura. Esse aspecto parece que não é objeto de uma reflexão para melhor integrar e articular os trabalhadores.

Em diversas menções, havia facilidade de diálogo e interlocução entre os especialistas em Saúde Mental com os demais serviços de Saúde. Opostamente, notavam-se queixas: dificuldades para dialogar e problematizar o sofrimento psíquico, em instituições pertencentes à assistência social e a educação. Nessas instituições, os participantes das reuniões evidenciavam restrita percepção do conceito de saúde e pouca compreensão sobre a estratégia CAPS, onde as ações não eram prescritivas, normativas e institucionalizadas. Muitas vezes, os trabalhadores da área de educação e da assistência social apresentavam alta ansiedade frente ao sofrimento psíquico, o qual precisava ser trabalhado e acolhido, em algumas reuniões, revelando que os equipamentos de outras áreas necessitam de formação e informação referente à saúde, especialmente à Saúde Mental. O resultado disso para a equipe do CAPS é: dependência das reuniões, falta de sentido, encontros prolixos e espaço para as queixas das outras equipes. Às vezes, esses trabalhadores não se sentiam preparados para lidar com a complexidade do sofrimento psíquico associado a outras problemáticas. Nessa oportunidade, a equipe do CAPS acolhia a demanda das demais equipes, as quais se tornavam “fazedoras”, não conseguindo manter um nível de reflexão sobre a concernência ou não das demandas para as reuniões. Nessa perspectiva, algumas reuniões pareciam ratificar os sintomas das outras equipes.

Algumas situações ajudaram a identificar a desarticulação dos trabalhadores da Prefeitura e do SSCF. Em alguns discursos apareciam as diferenças estruturais – o

aparato arquitetônico era depreciado, em virtude da falta de manutenção (pinturas, reformas, móveis novos); em outros momentos, inexistiam o receituário e os materiais adequados para o trabalho. Verificava-se, ainda, a desorganização interna do equipamento, nomeada por “falta de gerenciamento”, tais como: pouca organização dos trabalhadores para acolher as demandas, falta de evolução clínica dos usuários e ausência de informações nos prontuários: “*Lá ninguém faz nada, é uma bagunça, ninguém evolui nada*”. No entanto, a equipe do CAPS apontava que os trabalhadores contratados pela Prefeitura possuíam maior engajamento político, conforme expresso nesta fala: “*Os três CAPS da Prefeitura são os mais politizados e as questões políticas fervem lá.*” Além disso, frisa-se: “*A gente é meio alheio, só esperamos pelo Cândido [SSCF], não nos organizamos.*”

Para compreender o convênio do SSCF com a Prefeitura de Campinas, utilizam-se as caracterizações estabelecidas por Amarante (1995). Já que o convênio é denominado uma cogestão, ele “[...] tem um caráter gerencial interinstitucional, traduzido uma participação paritária, que ocorre apenas no plano horizontal, entre os setores de direção e administração dos órgãos envolvidos, sem ampliar no sentido vertical o poder formal dos níveis funcionais hierárquicos inferiores” (AMARANTE, 1995, p. 59).

Na compreensão de Amarante, a cogestão surgiu para lidar com as crises financeiras do Estado, com o sucateamento do serviço público e, por outro lado, acabou reorientando as políticas de Saúde Mental nos municípios. A meta da cogestão era garantir o atendimento universal, como um recurso para agilizar a assistência e as questões financeiras das unidades de saúde. Em acréscimo, a cogestão foi precursora das novas tendências e dos modelos no campo da Saúde Mental, mas essa estratégia passou a ser implantada concomitantemente com a diminuição dos repasses financeiros do setor público para o privado.

Os exemplos mostram que existem diferenciações significativas entre os Estabelecimentos de Saúde, nos quais o trabalho e a Atenção sofrem as consequências diretas de uma gestão compartilhada por convênio. Apesar da alta rotatividade dos trabalhadores no CAPS (o que não é possível, com os trabalhadores concursados), existia um temor decorrente das instabilidades presentes no mundo do trabalho típico do Modo Capitalista de Produção: “*Será que o Cândido [SSCF] está depositando o nosso fundo de garantia?*”. Os equipamentos administrados pelo SSCF possuíam melhor

estrutura e organização, superando os entraves burocráticos em relação àqueles administrados pela Prefeitura.

Se, por um lado, havia a tensão provocada pelos aspectos negativos do convênio – a instabilidade profissional, a falta de planos de carreira e salário, e os débitos financeiros do SSCF –, os serviços administrados pelo SSCF obrigatoriamente integram a rede municipal de saúde. Portanto, a tensão política entre o SSCF e a Prefeitura recai de modo explícito no agir em saúde, às vezes afetando os estados subjetivos de alguns trabalhadores. Igualmente, esse conflito pode contribuir para aumentar a responsabilização dos trabalhadores, de sorte que ele não intervém na ética da produção de saúde.

1.2 O aproveitamento dos Espaços Coletivos de gestão

A gestão democrática também se dá nos Espaços Coletivos – Conselho Local e Assembleia dos Usuários e dos Trabalhadores – reconhecidos no CAPS. Ambos são dispositivos para fomentar a desinstitucionalização do trabalho e dos usuários. Apesar das distintas denominações, os dispositivos possuem a mesma função: propiciar a expressão e o encaminhamento das reivindicações dos sujeitos do sofrimento, dos trabalhadores e da comunidade. Além disso, é espaço para o exercício político e terapêutico.

Observou-se que, nesse CAPS, houve a superação de um dispositivo político para também ser um recurso terapêutico. Em diversos momentos, as equipes de referências convidavam os sujeitos do sofrimento e os seus familiares a participarem desses espaços, visando a vinculá-los ao tratamento. Havia a percepção de que muitos deles apresentavam menor adesão ao tratamento, quando se ressaltava o aspecto da doença.

Nesse sentido, parecem significativos três aspectos dos dispositivos Coletivos: as formas de adesão, os espaços de produção política e terapêutica, e a visibilidade das demandas dos sujeitos do sofrimento. Porém, isso transpõe as proposições da Lei nº 8.142, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e do Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 1990b). Identifica-se que os dispositivos Coletivos possuem particularidades e singularidades, principalmente quando os sujeitos são acometidos pelo sofrimento psíquico.

Os Espaços Coletivos podem ser compreendidos em dois prismas: dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores.

Na primeira perspectiva, os Espaços Coletivos são significativos, compondo a rotina do CAPS. Apresentam-se diversos e múltiplos, nos quais surgem diversas temáticas, desde reclamações – “*A pia do banheiro ainda não foi instalada*”; solicitações – “*Quando vai voltar a ter o grupo de jardim?*”; pedido de respeito mútuo – “*Tem gente estragando o nosso jardim*” pactuações de regras e convites – “*Convido a todos pra participar do Maluco Beleza, toda quinta às 13:30 horas*”. Ressalta-se a inexistência de uma preocupação coletiva: geralmente são demandas individuais que convergem para as identificações coletivas. Isso pode ser ilustrado com esta fala: “*A ideia sobre este espaço de Assembleia não é discutir a questão de cada um de vocês; aqui é preciso discutir do que vamos precisar – de dinheiro ou não, ou o que está faltando no CAPS, se precisam pintar este lugar, se precisamos de uma rampa – é um espaço conjunto das coisas que atingem todo mundo.*” Embora a tendência a individualizar as problemáticas tenham sido maiores, alguns sujeitos do sofrimento pareciam se beneficiar daquele momento coletivo.

Em diversas reuniões dos trabalhadores, havia “prescrições” de que determinado sujeito participasse dos Espaços Coletivos, porque isso diminuía a ansiedade, existia a continência do grupo, a visibilidade das demandas quando o sujeito podia “ter voz”. Ademais, eles podiam ser ativos dentro do Estabelecimento, visto que suas contribuições ou sugestões poderiam melhorar o local de tratamento, ou seja, a adesão pode ser facilitada, quando o sujeito pode “cuidar” da instituição ou se sente afetivamente mais próximo da sua equipe de referência.

Por outro lado, a falta de informação e formação dos sujeitos sobre os Conselhos de Saúde, e às vezes, os impasses subjetivos impedem o melhor aproveitamento dos dispositivos políticos. Em consequência, estes acabam banalizados ou se transformam em local de “socialização” das pessoas, nos quais estas são desmotivadas a ser mais participativas e propositivas.

Ainda na perspectiva dos trabalhadores, os Espaços Coletivos possuem outra conotação. Geralmente, são locais de informações para os sujeitos do sofrimento, pactuações em relação ao tratamento e quanto ao uso do Estabelecimento, contratualidades para as organizações das festas e demais situações dirigidas aos sujeitos. Os trabalhadores participam amplamente desses Espaços, apontando que são

extensões do tratamento clínico, porque muitos profissionais consideram que são espaços terapêuticos, como se pode ver nesta fala: “*Vamos colocar o dia da Assembleia para o Usuário U vir no CAPS, assim ele vem com maior facilidade, pois é um espaço político, de reivindicação que tem a ver com ele.*” No entanto, há o predomínio de ações e condutas ressaltando que os sujeitos do tratamento e os trabalhadores não estão no mesmo patamar de poder. Como os Espaços Coletivos estão inseridos na rotina do trabalho em equipe, por vezes, parecem um dispositivo protocolar, perdendo sua capacidade dialógica e democrática, ficando dependentes de intervenções e de “fazer” dos trabalhadores.

Para Campos (2000), os Espaços Coletivos são responsáveis por desenvolver a cogestão, independentemente dos arranjos que neles ocorrerem. A finalidade é romper com a estrutura da gestão hierárquica e promover o pensar e a práxis, inseridos em outros referenciais e normas. Assim, a proposta é “[...] mudar a racionalidade gerencial hegemônica implica [para] produzir outra dinâmica de funcionamento e outro desenho para as Organizações” (CAMPOS, 2000, p. 143). Talvez os empecilhos para ampliar a participação e a efetividade dos Espaços Coletivos sejam sanados com transformações sociais profundas, superando a divisão social do trabalho e introduzindo novos arranjos para inventar o sistema de gestão democrática.

Os Espaços Coletivos podem ser analisadores para pensar: eles são um tipo de apropriação do exercício da democracia (da gestão participativa, exercício transversalizado de poder), ou correspondem a um tipo de “enquadre” institucional? Por se constituir pela multiplicidade com significações diversas para seus participantes, eles parecem possuir ainda uma incipiência na representação política e na experiência democrática. Mostram-se como um espaço desafiador para construir subjetividades, que possam lidar e efetivar outras formas de organização coletiva e exercício da real democracia. Por outro lado, a dimensão da psicose não coloca o usuário num estado de “alienação mental” referente às questões institucionais e ao trabalho da equipe. É recorrente a falta de conhecimento e informações, mas eles possuem potência para utilizar o espaço para além do “enquadre”, o que para alguns psicóticos já é suficiente para ampliar os seus laços sociais.

Segundo Rodrigues e Altoé (2004), os dispositivos Coletivos não são meros aglomerados de pessoas nem podem ser universalizados, possuindo a função positiva de sua formação ser original na cultura institucional. Contudo, os Espaços Coletivos são

dispositivos “[...] em rede para avançar na construção de uma democracia direta tanto extra-institucional como dentro das instituições” (RODRIGUES; ALTOÉ, 2004, p.237). O objetivo é romper com os mecanismos autoritários de gestão, de sorte que, nesses espaços, se aposta na participação democrática. O que deixa os Espaços com clima afetivo e informal é o fato de os sujeitos trazerem a dimensão particular para o espaço público, conforme se pode perceber, por exemplo, em algumas falas: “*Quero trazer uma receita antiga pra ser feita na oficina de culinária; o filho da Usuária U vai se formar em Medicina, a formatura vai ser nesse final de semana.*”

Não surpreendem as diferenças existentes entre os sujeitos do sofrimento e os trabalhadores colocados no mesmo Espaço Coletivo. Algumas discussões revelam que os critérios determinantes do funcionamento desses dispositivos são superficiais e pouco discriminados. Se, por um lado, isso é positivo, já que se trata de uma tentativa de gestão democrática e uma via de enlaçamento ao tratamento, por outro, é negativo, porque se resvala a atender as demandas (individuais), sem haver um planejamento prévio quanto ao coletivo e no âmbito municipal.

2. NÚCLEO II – Reflexões sobre a proposta metodológica no Dispositivo Intercessor como Método de Produção do Conhecimento na Universidade

No Núcleo I, discutiram-se alguns aspectos da experiência sob a perspectiva da gestão democrática, que surgiram neste ensaio de intercessão. No Núcleo II, será abordado o percurso da intercessão e a especificidade do Dispositivo Intercessor, enquanto recurso para delinear sua ação e para a produção do conhecimento.

O recurso metodológico é incipiente. Trata-se de uma proposta ainda em construção. Houve uma aposta nesse recurso, pois ele tem uma coerência ética e teórica, com princípios norteadores para a experiência, mas que não são tomados como regras. A partir desse ensaio, supõe-se agregar novas discussões e reflexões para aprimorar o Dispositivo Intercessor enquanto um método propriamente dito. Portanto, neste tópico, será discutido até que ponto a proposta de intercessão foi desenvolvida no CAPS.

2.1 Quanto ao entendimento da proposta de intercessão

O Dispositivo Intercessor parte da hipótese de que há demanda explícita ou recalcada. O fato de haver uma oferta não quer dizer que existe uma demanda, pois esta não era expressa no Estabelecimento. Contudo, a demanda era invertida, ou seja, era um desejo meu pensar sobre os modos de gestão naquele lugar. A entrada no CAPS foi um momento de amplas dificuldades, especialmente porque a intercessão foi aceita e comunicada como “pesquisa”. Em decorrência, a expectativa da equipe era: Como será a pesquisa? Qual recurso utilizará, para colher os dados? Quais procedimentos serão utilizados? Para modificar essas questões, seria necessário intensificar os contatos iniciais, deixar claro a ferramenta para o trabalho e não solicitar a realização de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), mas, por exemplo, inserir-se no CAPS como uma “trabalhadora-voluntária”.

Não se pode afirmar categoricamente que houve fracasso da intercessão, já que é um risco haver incompreensão de alguns eventos. A importância não é o legado desse processo, mas de sua transmissão em campo, como método para ser aprimorado. Talvez o fracasso tenha sido referente aos momentos iniciais, que resultou em dificuldades posteriores, de forma que, em um ano, não foi possível superar a visão de pesquisa científica. Introduzem-se alguns aspectos para fomentar essa reflexão: a proposta foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa do SSCF e aprovada para sua realização, a comunicação do trabalho para a equipe foi de pesquisa, em razão da falta de reconhecimento acadêmico (ou validade científica) para realizá-lo na perspectiva específica do DI. Alinhados a esses aspectos, soma-se o meu posicionamento frente aos empecilhos, já que não soube inverter a proposta de pesquisa para a de intercessão.

Nesse sentido, corre-se o risco de parecer que a equipe foi traída, pois se deparou com uma proposta de pesquisa e não de uma intercessão. Nesse caso, a transmissão e a produção do saber devem ser postas para experimentação de uma antimetodologia. No caso, não existiu um discurso manifesto, porém, um discurso silencioso.

A primeira reunião começou com a realização de uma Supervisão Clínica, na qual os trabalhadores referiram as dificuldades no trabalho em relação às crises psíquicas associadas ao uso das drogas. A queixa da equipe era: *“Não sabemos mais o que fazer, não é melhor “chumbar” o Usuário U, para ele não sair à noite e não voltar*

pior?” Parece que a equipe experimentava as limitações em face dos tratamentos de alguns usuários, principalmente daqueles que também usavam drogas. O conteúdo manifesto expressa um temor da equipe, de que, fora do CAPS, o usuário pudesse piorar, por isso seria necessário medicá-lo “a mais”, para mantê-lo protegido na instituição. Por outro lado, havia a compreensão de que o espaço da reunião era o momento apropriado para manifestar tais dificuldades e tentar enfrentá-las.

Em vários encontros, identifiquei uma preocupação da equipe em não ter ações manicomialis. Isso era manifestado pelos trabalhadores em suas práticas, como nesta fala: *“A Reforma Psiquiátrica é um aceite, mas pensar nela é obsoleto, já superamos as propostas da Reforma”*. As discussões pareciam reanimar o tema da Reforma Psiquiátrica, de modo que, no cotidiano, havia ainda elementos para serem superados, refletidos e problematizados.

Diante das discussões, eu exibia um caderno para anotações, como se estivesse registrando dados. Essa atitude fomentou o caráter de pesquisa, no qual o olhar do observador se dá de modo passivo. Isso reforçou as expectativas da equipe em relação à produção de conhecimento a respeito da equipe. Há outros indicativos que ajudam a detectar a percepção da equipe, no que concerne à suposta pesquisa: *“Você não diz nada, só fica anotando nesse caderno, não sei... olha lá o que vai anotar aí.”* Já outra parte da equipe era mais receptiva: *“Você pode falar, a gente também escuta.”* Observa-se que o momento inicial se constituiu por um processo paulatino de construção dos vínculos com a equipe e os usuários, além de ser um momento de apreensão do Dispositivo Intercessor enquanto método de trabalho.

Com os impasses iniciais de entrada no CAPS, que “viciou” o trabalho, havia uma sensação de angústia e de estranhamento quanto à organização do espaço e à constatação de que havia leitos. Para metaforizar essa sensação, recorro à crise de uma usuária, que falava do seu estranhamento no seu “ninho” familiar: *“Aqui todo mundo é louco, a gente passa a entender melhor eles, quando a gente não é louco. Eu encho o saco dos meus filhos, embora eles não deem a mínima pra mim, vou fazer um barraquinho em Camboriú, ficar bem longe, eu sou um Estranho no Ninho, já ouviu falar desse filme? No dia que iam passar aqui eu não quis assistir, mas eu sou uma Estranha no Ninho, já vi ele [o filme] algumas vezes”*.

De certo modo, o estranhamento era mútuo, da equipe e meu. A sensação de estranhamento confirma que não pretendi uma posição de analista, pois ele não pode eleger o estranhamento como princípio para o seu trabalho.

Para Lacan (1992), a ideia de estranho consiste nos conteúdos que foram recalçados. A intercessão não era a catalogação e extração dos dados, mas, na maior parte do tempo, a observação foi uma ferramenta de informação. A proposta era ensaiar algumas reflexões ou problemáticas coletivas concernentes à gestão, buscando aquelas que não tinham sido enveredadas. Por isso, as falas-intervenções foram tentadas de modo a “forçar” uma brecha para advir à temática.

A proposta de uma intercessão é bastante específica, porque se trata de sustentar uma posição de *ignorância doua* (QUINET, 2005) enquanto participante e inserida nos processos de elaboração do conhecimento e do sentido da práxis. Assim, não consegui interlocutores que quisessem ir à frente junto comigo, na “proposta de pesquisa”, apesar de a experiência ser um ensaio e não existir um padrão para sua efetivação. Para o Dispositivo Intercessor, independe do quanto se tenha avançado em campo, é necessário desenvolver uma compreensão teórica que o sustenta, uma transferência de sujeito-suposto-saber na qual haja um “intercessor encarnado”.

Por outro lado, no grupo, havia uma dimensão produtiva sobre a questão, ora latente, ora focalizada em pequenos grupos, o que pode ser metaforizado pelas palavras de Lacan (1992, p. 17) “Entrar de fininho não é transgredir. Ver uma porta entreaberta não é transpô-la”. A necessidade de se apropriar da intercessão depende da implicação, das mobilizações, do quão o sujeito se autoriza e do quanto um paradigma é prevacente ou não, na instituição. Pode-se inferir que a minha proposta de intercessão possuía pouca sintonia com a equipe, a despeito das poucas aberturas para a questão.

Concretamente, a equipe se ocupa da clínica, e as questões gerenciais se restringem a coordenação e a equipe administrativa. Nesse sentido, pode-se considerar que a equipe é permeada pelos atravessamentos e transversalizações da clínica, da administração, do planejamento, de uma gerência e da composição de múltiplos atores. A minha proposta de intercessão era mais um elemento existente no Estabelecimento, na qual as problematizações deveriam promover avanços, em determinados objetivos. Isto é, a intercessão propõe a protagonização dos sujeitos inseridos em um coletivo, dando-nos a dimensão da dificuldade do Dispositivo Intercessor.

2.2 O olhar da equipe em relação à intercessão

Ao assumir um ou outro posicionamento, parece que provoquei na equipe uma gama de opiniões diversas. Além dos interesses institucionais, existia o desejo de desenvolver atividades profissionais, o que me deixou numa posição dúbia – entre almejar os objetivos deste trabalho utilizando o Dispositivo Intercessor ou realizar atividades atreladas à assistência.

Como se lançar nessa empreitada, quando o “não lugar” sobrepõe o lugar imaginário de pesquisadora? A intercessão daria um substancial acréscimo para problematizar as atividades, como psicóloga e pós-graduanda, porque se tratava da inserção em um campo de trabalho novo, em uma rede assistencial ampla e complexa.

Entretanto, ocorreu um trabalho efetivo de observação, com grande parcela da prática situada na assistência (os Acompanhamentos Terapêuticos, os atendimentos, os acolhimentos, a ambiência), o mapeamento da rede, levantamento de informações sobre a instituição e a rede. Nessa vertente, considero que houve uma intervenção direta no campo, exemplificada nas falas: “*Não vai colocar essas coisas que falamos aqui na sua pesquisa*”; “*O que você achou da reunião de equipe de ontem?*”; “*Você acha que a minha colocação foi absurda?*”.

Em relação aos sujeitos do sofrimento não havia distinções, por isso as demandas eram manifestas “*você tem tempo, preciso conversar*”; “*o Usuário U tá rindo de mim, vai lá e fala pra ele parar com isso.*” Essas falas são exemplos de algumas interferências produzidas na instituição, mesmo que a proposta da intercessão tenha sido ensaiada, não ocorrendo a problematização da gestão. Portanto, os exemplos não podem ser considerados como um processo de intercessão, contudo, são elementos de um campo onde se obedece ao movimento das forças, geralmente instituídas pelas ações de cuidado.

O olhar da equipe sobre a intercessão variou, principalmente nos espaços das equipes de referências. Em relação à mim, algumas equipes me viam como uma colaboradora, em outras equipes, os trabalhadores se mostraram cautelosos, parecendo se sentir ameaçados. Às vezes, tinha-se indiferença ou mera integração. Entrementes, a presença de um “olhar de fora” provocava intensa curiosidade na equipe sobre as minhas percepções. No transcorrer do tempo, houve tendência a diminuir as contratransferências, na relação entre mim e a equipe.

A equipe foi percebendo que a suposta pesquisadora não se identificava como tal, mas se posicionava no lugar de aprendiz identificado aos estagiários, aprimorandos e residentes de Psiquiatria, tendeu-se ao descompasso entre as suposições imaginárias da equipe, nas quais eu poderia representar o saber universitário, devendo me situar como sujeito-suposto-saber; na prática, não me situava na *ignorância doutra*, mas encarnava o sujeito-universitário. Essa situação produziu dúvidas no processo de intercessão, já que na percepção da equipe parecia não existir um escopo metodológico definido.

Nesse sentido, na intercessão, é elemento fundamental e necessário a formulação de um percurso próprio e estratégico, desde que apoiado na transferência e na posição de sujeito-suposto-saber. Não seria ruim para o processo de intercessão, se houvesse como ponto de partida o viés assistencial, cuja meta deveria se estender para os objetivos dessa reflexão. O cuidado pode ser o organizador do processo, mas não é uma regra, devendo-se considerar que as escolhas são particulares e envolvem os aspectos significativos da subjetividade e do desejo. Na dimensão da particularidade, os indivíduos podem se posicionar frente a sua questão e elaborá-la.

O ideal é que o coletivo conseguisse identificar que a minha inserção institucional fosse uma instância intermediária à produção do conhecimento na Universidade. O papel era facultar o coletivo a chegar a um objetivo, no caso desta reflexão, a problematização da gestão. No entanto, é considerada a trajetória até o ponto pretendido, ou seja, o que se processou durante o percurso – as particularidades do campo, os meus aspectos subjetivos, a necessidade de adquirir alguns conhecimentos relacionados ao tema e a postulação de alternativas/estratégias em face das adversidades.

Como não houve a formulação de um projeto coletivo, nem melhor posicionamento transferencial no CAPS, surgiram questionamentos ligados à minha inserção e ao modo de “pesquisa-participante”. Parece que a falta de dispositivos/estratégias para lidar com os manejos transferenciais e a operacionalização do Dispositivo Intercessor dificultou a inserção e compreensão do meu trabalho pela equipe, e ainda na minha admissão como uma colaboradora junto aos trabalhadores. As diferenças de olhares em relação à “pesquisa” não me possibilitam discriminar a origem dos desconfortos diante daquele processo – se era o fato de ter um “olhar de fora” e os resultados desagradarem ou frustrarem as expectativas da equipe. Todavia, alguns

trabalhadores perceberam que era preciso romper com o enquadre posto pelas pesquisas tradicionais: “*Não vejo problema você não se autodenominar como pesquisadora, assim diminui a paranoia de todo mundo.*” Diante da ausência de um melhor posicionamento, pude experimentar algumas sensações que significam a inserção dentro da equipe, tais como: estranhamento, desânimo, angústia, falta de interlocução e impotência. Em resumo, encontrar outras direções foi complicado.

Apesar das dificuldades já referidas, em determinado momento emergiu a proposta de estudar alguns temas associados à gestão, cujo objetivo era avançar nas discussões e na intercessão-pesquisa. Isso contribuiria para uma melhor assimilação da proposta da mesma, melhorando o meu trabalho e a interlocução com a equipe. Contudo, a proposta não foi adiante, pois a equipe não a assumiu totalmente, e eu não estava posicionada de modo adequado.

Em acréscimo, na proposta da coordenação do CAPS para introduzir os núcleos gestores, não produziu uma mobilização geral, apenas poucos trabalhadores se implicaram, revelando que, em alguns aspectos, predominam a racionalidade e o desinteresse. A implicação subjetiva e a transferência positiva são elementos fundamentais para o trabalho em Saúde Mental, igualmente para uma intercessão.

Nessa perspectiva, não houve uma intercessão propriamente dita, no período da experiência. A proposta de “pesquisa” produziu ressonâncias pragmáticas na equipe, de sorte que, aos poucos, se desconstruíram algumas características enviesadas pela pesquisa tradicional. Desse modo, a minha proposta não foi suficientemente clara para agenciar a emergência da dimensão coletiva, que se propusesse interrogar a organização do trabalho. Nessa trajetória, não existe o acerto e o erro, mas caminhos menos ou mais tortuosos, nos quais os êxitos e os fracassos podem ser refletidos. Além disso, este ensaio demonstra que a singularidade é imprescindível na Saúde Mental Coletiva e nas emergências dos sujeitos protagonistas.

2.3 Qual o papel do intercessor?

O Dispositivo Intercessor, por possuir um caráter experimental, na experiência não possui um lugar específico e estabelecido; assim, o papel do intercessor vai se delineando no transcorrer do processo. Embora a prática se fundamente na teoria psicanalítica e nas minhas vivências enquanto psicóloga, o meu papel foi ficando mais

claro, no término da experiência, momento no qual pude me apropriar mais dos elementos teóricos e dos objetivos do trabalho naquele contexto.

Na experiência, o meu papel não foi identificado a uma posição destacada como o do *mais-um*, mas o meu lugar estava previamente designado como “pesquisadora”. É fundamental, nesse caso, fazer duas reflexões – quanto à procedência e à minha admissão, na equipe. Na primeira situação, são levados em conta os vínculos prévios com o Estabelecimento, as pessoas da equipe ou a rede assistencial. Os laços pré-existentes poderiam funcionar como facilitadores da imersão em campo em outra posição. Já a admissão prévia e manifesta como “pesquisadora” delimitou o plano de trabalho, quer dizer, as expectativas da equipe eram confrontadas com o meu desejo de desempenhar outras funções, para além do que é fixado (e esperado) por um pesquisador.

A função do Dispositivo Intercessor é mostrar que o sujeito está duplamente implicado – em campo e, depois, na elaboração do conhecimento. Do mesmo modo em que sua função é respaldada pela ética do Paradigma Psicossocial, conforme afirma Costa-Rosa:

O intercessor psicoterapeuta pautado na ética da Atenção Psicossocial parte do reconhecimento de que seu lugar é função do próprio campo de intercessão; pois este o antecede e gera a eventual necessidade de sua presença. Esta, necessariamente transitória e de ação conjunta com outros analisadores presentes na situação. (COSTA-ROSA, 2011, p. 134).

Na teoria, encontram-se as diretrizes que norteiam o Dispositivo Intercessor. Por isso, o intercessor assume a posição de *ignorância douta*, concebida como uma parturiência de um saber que não se dá de maneira passiva, não se trata de uma espera expectante. O intercessor se coloca na posição de compreender que há um saber, na práxis do CAPS, contudo, este tem outra relação com outro saber dele, mas não com aquele saber que se configurará como conhecimento universitário. É um saber provindo de um “saber especial”, o qual é singular e não pode ser sabido pelo coletivo. Portanto, na *ignorância douta*, o intercessor intercede para ajudar no melhor jeito de aparecer o saber da práxis.

Na prática, identifiquei algumas diligências para o desenvolvimento do papel de intercessora junto a um contexto específico. Por isso, a experiência é considerada um “ensaio de intercessão” e não, de fato, um processo de intercessão.

Primeiramente, a entrada no Estabelecimento é fundamental e peculiar, porque, desse momento se desenrolam a oferta e o aceite da equipe para delinear a intercessão. No caso, não houve a demanda nem o aceite para um processo de intercessão. Nesse sentido, não se verificou a posição de *mais-um* do dispositivo do Cartel, em que, sob a premissa da ferramenta, o intercessor deve se situar na posição diferenciada para auxiliar e facilitar os trabalhos do grupo (JIMENEZ, 1994). Verificou-se a ocupação do papel de “um a mais” na equipe, ora visto positivamente, ora negativamente. Em consequência, não ocupei um estatuto diferenciado.

O papel de não-lugar era experimentado por mim, mas para a equipe parecia não existirem impasses relativos ao meu papel. Na dinâmica das reuniões, a frequência e a continuidade da participação viabilizaram algumas possibilidades de mudanças e movimentos de posicionamento, podendo aparecer tímidas mudanças e tentativas de “sair do lugar”. Em cada espaço coletivo, essa construção ocorria de forma muito particular, na micropolítica, pois, na conjuntura das conexões, havia agenciamentos que contribuía para os avanços e os recuos desse papel.

No transcorrer de seis meses de inserção no CAPS, propus uma “reapresentação do projeto” para a equipe, na qual se fortaleceram os pressupostos de pesquisa, onde não foi possível deslindar as ferramentas deste trabalho. Por outro lado, essa reunião pôde ser compreendida como uma intervenção sobre algumas problemáticas já expressas pelos trabalhadores. Além disso, ela foi crucial para expandir os laços transferenciais e atrair alguns interlocutores interessados no tema. As percepções da equipe sobre o “olhar de fora” puderam ser postas dentro do grupo.

Como, no Dispositivo Intercessor, o intercessor não tem o papel de intervir, mas de interferir nos movimentos e nos pressupostos do grupo, nessa experiência isso não se verificou. Identificou-se como estratégia, para a intercessão, alto investimento nos pequenos espaços onde era possível ter maior vínculo com os trabalhadores, o que deixou uma lacuna, uma vez que, no âmbito global do Estabelecimento, existiam pouco entendimento e compreensão da proposta de trabalho. Ademais, a percepção da equipe sobre o meu papel foi mudando nos pequenos espaços, em que pude esclarecer as propostas do trabalho. Desse modo, surgiram iniciativas de transferir para mim algumas responsabilidades, em determinadas reuniões, como a de psicoterapeuta.

Esses avanços são uma premissa de que um processo de intercessão e o papel dos intercessores são produzidos, aos quais concernem um tempo (para compreensão, implantação na práxis e sondagem do campo), boa fundamentação teórica e análise pessoal. Esses elementos poderiam contribuir para diminuir as hesitações e as ambiguidades, implantando e dando continuidade aos processos engendrados por um posicionamento transferencial “adequado” para ocorrer uma intercessão.

Às vezes, durante as discussões sobre as práticas de produção de saúde psíquica, participava das reuniões, procurando apreender as novas informações através das indagações e conversas pessoais, que ajudavam na minha compreensão. Na maioria das vezes, por me colocar na posição de observadora, foi-me atribuída a posição de mestre ou de possuir um saber que os trabalhadores dentro da práxis não percebiam. Na teoria, é fundamental que o intercessor não ocupe o lugar de mestre. Contudo, possuía a noção de que não deveria ocupar o lugar de saber (de maestria), todavia, na prática, isso se delineou, surgindo os sentimentos de angústia, fracasso e erro. Apesar disso, não me “sentia” mestre: sentia-me na contramão, em face dos objetivos do trabalho. Nessa perspectiva, corre-se o risco de ignorar a percepção da equipe, frente às tentativas da “pesquisa”. Assim, não se pode assegurar que essa percepção em relação à mim foi sentida e percebida igualmente pela equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerra-se este trabalho sem cessar as reflexões sobre a aplicabilidade do Dispositivo Intercessor, mas com a convicção de que ele é uma oportunidade de aprofundar questões atinentes à produção do conhecimento.

O mesmo tema de reflexão – a gestão – poderia ter sido problematizada e investigada com outro método de pesquisa entre aqueles já estabelecidos, que produzisse menos angústias e impasses em campo, exigisse menos envolvimento emocional com o campo intercessor, e que, ao mesmo tempo, exigisse menos a dissociação instrumental necessária para isolar a presença da pesquisa e da pesquisadora no primeiro momento de inserção no campo. Entretanto, aí está a riqueza do Dispositivo Intercessor, pois ele não visa um conhecimento qualquer, mas aquele no qual o sujeito se apropria de sua problemática e a utiliza na própria práxis. Ainda, esta experiência permite problematizar a natureza das pesquisas. Nesse ponto de vista, podem-se utilizar métodos e procedimentos mais comuns, tais como: entrevistas, questionários, grupos focais e análise documental. À primeira vista, esses elementos poderiam auxiliar nos objetivos da pesquisa, aprofundando o tema e variando alguns dados analisáveis. Porém, a intercessão perderia sua essência crítica, que é tentar criticar e ressignificar a relação entre o saber e o conhecimento, a sociedade e a Universidade.

No método utilizado, entretanto, não se trata de desconsiderar as produções científicas existentes sobre a gestão. A proposta é elaborar uma reflexão de outro modo, no qual os trabalhadores da Saúde Mental Coletiva se incluam como parte e agentes deste processo de conhecimento. Além disso, atribuam um novo sentido e um novo olhar para a práxis numa permanente historicização dos atos em saúde, ou seja, que sejam capazes de produzir um permanente questionamento e elaboração das questões cruciais. Por conseguinte, a produção do conhecimento que se pretendeu elaborar, em forma de dissertação se destina àqueles trabalhadores que se pretendam intercessores numa práxis.

Ao longo do trabalho o Dispositivo Intercessor foi pensado para dar visibilidade aos atos cotidianos de saúde, onde se constrói a Saúde Mental Coletiva. Por ser um conceito-ferramenta, o trabalho consistiu no exercício em ato para abordar uma determinada temática.

Nesta reflexão, o conhecimento provém dos aspectos subjetivos não restritos às técnicas. Nesse sentido, a experiência desenvolvida por mim consistiu num ensaio de um processo de intercessão. Entretanto, o Dispositivo Intercessor ainda precisa ser mais bem caracterizado, principalmente quanto às suas potencialidades como ferramenta e a quanto à sua operacionalização. Mas isso é um trabalho que será feito à medida em que for utilizado nas diferentes circunstâncias em que pode ser pertinente.

A teoria pressupõe que o Dispositivo Intercessor se dê na práxis, portanto, num campo concreto. Durante esta tentativa de intercessão, o “não lugar” se destacou como insistindo em se dar atrelado aos papéis imaginários pré-estabelecidos, tais como: pesquisadora, analista institucional, interventora, estagiária. Foram muitos lugares possíveis, e pelos quais foi necessário transitar, mas nenhum foi ocupado em definitivo. Isso não representa um impasse para o desenvolvimento do Dispositivo Intercessor. Ele tem sua ética e sua política, mas não está atrelado a resultados pré-estabelecidos; por estar em desenvolvimento e aprimoramento por vários “intercessores encarnados”, estes podem se apropriar dos fracassos ou dos sucessos para fomentar as reflexões e projetar outras intercessões.

Pode-se considerar que alguns fatores tenham pendido para a impressão de fracasso: o manejo ainda pouco elaborado do DI/DIMPC fez com que não tivesse conseguido evitar a introdução da variável “pesquisa”, por problemas de calendário da pós-graduação foi preciso fazer esta reflexão, passado pouco tempo do processo da intercessão (DI), a necessidade da solicitação formal para acessar o Estabelecimento poderia ter sido melhor manejada.

A principal contribuição do DI/DIMPC é associar uma ferramenta para a ação, na práxis, e um método para a produção do conhecimento, ou seja, outra ferramenta para a ação na práxis da Universidade. Ambos ajudam a produzir reflexões em diversos sentidos. A função dessa associação (práxis em geral e práxis de produção de conhecimento) é permitir enunciar respostas singulares às demandas cotidianas. É uma importante oportunidade de produzir conhecimento no avesso da lógica capitalista. Então, confronta-se o conhecimento universitário caracterizado pela cisão entre o pensar e o fazer.

O conhecimento no Discurso da Histeria permite questionar a relação entre a Universidade e a sociedade. Trata-se de uma objeção ao Discurso Médico, que estão fortalecidos e substanciados pelo Discurso do Mestre e o Discurso da Universidade. Em

uma pesquisa típica, a natureza do conhecimento é atrelada e associada a uma finalidade estritamente acadêmica, entretanto, nem sempre se questiona a relevância social de tal produção científica. No Dispositivo Intercessor como Meio de Produção do Conhecimento (DIMPC), a principal característica é a função social do conhecimento para o campo, ou seja, é um recurso que além de um resultado escrito-reflexivo introduz a capacidade da emergência do grupo-sujeito e dos sujeitos protagonistas também na práxis da Universidade.

Para Lacan, o sujeito do conhecimento é construído, por ser artificial vale-se dos “instrumentos de pesquisa” para enlaçar os significantes capazes de produzir efeitos de maestria. De certa maneira, o conhecimento se aproxima a uma lógica do pensamento dentro do circuito do saber, que possui uma essência em si mesma. O DIMPC converge para uma produção permanente baseada de saber e conhecimento no sentido da práxis. É este sentido da práxis que determina a pertinência das presenças de um “intercessor encarnado”; quando não houver mais a intercessão no campo o sentido da “intercessão encarnada” deixa de operar. O sujeito da práxis é considerado sempre em campo de intercessão, por isso sempre se pode questionar a lógica estabelecida no coletivo. Como efeito, os sujeitos podem se posicionar diante da práxis e colocarem-se como sujeitos afetados e que se afetam com o agir em saúde.

Parece que o dispositivo DI/DIMPC mostra efeitos que enriquecem a práxis dos sujeitos envolvidos no processo de intercessão. Além disso, agrega considerável reflexão sobre o modo de produção na Universidade e sobre a finalidade social das pesquisas. No DIMPC, além de produzir conhecimento é possível produzir um saber, que contribui para o autoconhecimento e autonomia diante do mestre. Não é por ser uma ferramenta libertadora, que a sua consistência científica se torna problemática.

Vive-se numa sociedade que ainda não conseguiu romper com a lógica hierárquica na gestão e na produção do conhecimento, caracterizadas pela divisão social do trabalho. Por isso, a função da Universidade é formar os técnicos, por um lado e pesquisadores, por outro. O Dispositivo Intercessor propõe a superação desta divisão no âmbito da formação.

A partir disso, é possível pensar o Dispositivo Intercessor na perspectiva da Atenção, pois está atrelado ao modo do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção.

A maneira como se processa a gestão depende do referencial paradigmático – psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador, ou do referencial contra-hegemônico adotado pelos gestores no comando da política de Saúde. Como já visto no Paradigma Psicossocial, ele interfere em quatro parâmetros delineados por Costa-Rosa (2000): o objeto e os meios teórico-técnicos de intervenção, a organização interna e externa dos dispositivos institucionais, as formas de relacionamento com a clientela e a população em geral, e os efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

A gestão democrática demanda autonomia e participação implicada dos atores, que integram o trabalho na Saúde Mental. Está diretamente relacionada ao compartilhamento das responsabilidades e o compromisso coletivo com os seus desdobramentos das suas ações junto aos sujeitos do sofrimento e à população do território em questão. Portanto, para o exercício da gestão democrática, coerente com as diretrizes do SUS, é necessário que os trabalhadores se apropriem da questão, como um dos parâmetros fundamentais do paradigma e participem deste processo, enquanto coletivo desejante. Porém é preciso considerar que não se pode deixar fora da ação os outros três parâmetros do paradigma, sem o quê os próprios avanços na gestão ficam seriamente comprometidos. Vale assinalar que não pode, em hipótese alguma, esquecer da participação popular como um componente essencial da própria gestão.

A meta da gestão institucional é seguir as diretrizes e os princípios do SUS. Nesse âmbito, questiona-se a gestão hierárquica e centralizada. Trata-se da gestão de cada sujeito e da promoção da autonomia, mas, sobretudo, trata-se da gestão dos diferentes coletivos de produção articulados. A lógica e a política do DI/DIMPC e os aspectos da gestão democrática – a autoanálise e a autogestão – convergem, pois a ideia é poder mostrar que em ato é possível refletir e olhar para a práxis. E a partir disso produzir conhecimento na Universidade fora do Modo Capitalista de Produção, isto é, fora do modelo disciplinar dominante na ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ, Sônia. (Org.). *René Lourau: Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. *Asian Journal of Latin American Studies*, Korea (18), nº 4, p. 137-155, dez. 2005. Disponível em: <http://www.ajlas.org/AJLASArticles/2005vol18n04/137-155-antunes.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2010.

BARROS, Regina B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

_____; PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19/22, p. 159-17, jan.-jun. 2004. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/clinica_politica_e_as_modulacoes_do_capitalismo.pdf. Acesso em: 15 mai. 2010.

_____. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 16 n. 1, p. 071-079, jan-abr 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2011.

_____; BARROS, Maria Elizabeth B. de; Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, M. E. B. de. (Org.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Ijuí, 2007, p. 61-71.

BENDASSOLLI, Pedro F. *Psicologia e Trabalho – apropriações e significações*. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*. 12. ed. Belo Horizonte (MG): Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/downloads/ConstituicaoFederal.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.

_____. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. *Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...de.../PORTARIA_224.pdf. Acesso em: 03 fev. 2011.

_____. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 06 ago. 2010.

_____. *Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 07 out. 2010.

_____. *Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 13 dez. 2010.

_____. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 16 fev. 2011.

_____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 23 fev. 2011.

_____. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 09 set. 2010.

_____. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf. Acesso em: 13 dez. 2010.

_____. *Gestão participativa e cogestão*. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 05 mar. 2010.

CAMARGO, Ana C. S. P. *A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida – Pós-Graduação em Psicologia. Campinas (SP), 2004.

CAMPOS, Gastão W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos - a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), p. 219-230, 2000a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2009.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 (4), p. 863-870, out.-dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2009.

_____; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno Saúde Pública*, 23 (2), p. 399-407, Rio de Janeiro, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2009.

C@NDURA. *Jornal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Edição Especial*. ed. 53, ano 14. Campinas (SP): Oficinas de comunicação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, maio-junho 2010, p. 1-12.

CARVALHO, Sérgio R. *Saúde coletiva e promoção da saúde – sujeito e mudanças*. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____; CUNHA, Gustavo T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança na organização da saúde. In: CAMPOS, G.W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 837-868.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA-ROSA, Abílio. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. 1987. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 1987.

_____. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

_____. *A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade*. UNESP – Assis, Assis (SP), Mimeo, 2006.

_____. *Ética e clínica na Atenção Psicossocial*. UNESP – Assis, Assis (SP), Mimeo, 2007.

_____. *Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. 2011. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista (UNESP). Assis, 2011.

_____; LUZIO, Cristina A.; YASUI, Silvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf. Acesso em: 12 abr. 2009.

CREMESP. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/avaliacao_dos_centros_atencao_psicossocial_caps_estado_sao_paulo_2010.pdf. Acesso em: 21 jul. 2010.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

_____. *Repetição e Diferença*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Tradução Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.; EDLER, F.C [et al]. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.59-81.

FRAGA, Alexandre B. Da rotina à flexibilidade: análise das características do fordismo fora da indústria. *Revista Habitus*: vol 3, nº 1, 2005. Disponível em: <http://www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 25 jan. 2011.

FODRA, Rosita E. P.; RIBEIRO, Sérgio L.; COSTA-ROSA, A.; LUZIO, Cristina A.; [et al]. Metodologia de pesquisa qualitativa em saúde mental: a abordagem dialética. In: CONSTANTINO, Elizabeth P. (Org.). *Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007, p.79-101.

FREUD, Sigmund. *Psicologia das Massas e Análise do Eu*. Vol. XVIII [1921]. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

GAULEJAC, Vincent de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Tradução Ivo Storniolo. Aparecida (SP): Idéias & Letras, 2007.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

JIMENEZ, Stella (Org.). *O Cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

LACAN, Jacques. *O Seminário – Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *O Seminário – Livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 615-634.

LAPASSADE, Georges. *Grupos, Organizações e Instituições*. Tradução Henrique A. A. Mesquita. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.A.O.; HOCHMAN, G. [et al]. A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J. M. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.27-58.

LOBOSQUE, Ana M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. *Caderno de Saúde Mental*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte (MG), p. 34-43, 2006. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>. Acesso em: 11 março 2011.

LOURAU, René. *A análise institucional*. Tradução Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1975.

MARTINI, Renér B. *O Dispositivo Intercessor como meio de superação dialética da medicalização da Saúde Mental*. 2010. Dissertação (Mestrado). UNESP/Assis. Assis (SP), 2010.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), p. 2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2011.

MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. Campinas: Hucitec, 2007a, p. 25- 37.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Or.s). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. Campinas: Hucitec, 2007b, p. 55-66.

MINAYO, Maria C. de S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MOTA, Myriam B.; BRAICK, Patrícia R. *História: das cavernas ao terceiro milênio*. São Paulo: Moderna, 1997.

NUNES, Everardo D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. [et al.] (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 295-313.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: *Revista de Saúde Pública*, vol. 32, nº 4, p. 299-316, junho de 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2006.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L.; (Org.). *Pistas do método da cartografia*. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 109-130.

QUINET, Antônio. *As 4+1 condições da análise*. 10 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

RADIS – *Reunião, Análise e Difusão de Informação em Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, n. 38 out./ 2005. Disponível em: www.scribd.com/doc/6953161/radis38. Acesso em: 09 março 2011.

RODRIGUES, Heliana de B. C.; ALTOÉ, Sônia (Org.). *Análise Institucional*. SaúdeLoucura – número 8. São Paulo: Hucitec, 2004.

ROSA, João G. O Espelho. In: ROSA, João G. *Primeiras Estórias*. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1968, p. 71-78.

SANTOS, Boaventura de S. *A crítica da razão indolente*. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

STRINGHETA, Luciana V. H. O. *Método intercessor e saúde mental – construindo saberes a partir da práxis*. Dissertação (Mestrado). UNESP/Assis. Assis (SP), 2007.

TAYLOR, Frederick W. *Princípios de administração científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1966.

VASCONCELLOS, Jorge. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Educação Sociedade*, Campinas, vol. 26, n. 93, p. 1217-1227, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 10 out. 2010.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial desafio na prática dos novos dispositivos. *Revista Saúde em Debate*, vol. 32, nº 78/79/80, p. 27-37. Rio de Janeiro, jan.-dez. 2008. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.32%2C+N.78%2F79%2F80+-+jan.%2Fdez.+2008&pesq=A+Estrat%E9gia+Aten%E7%E3o+Psicossocial+desafio+na+pr%E1tica+dos+novos+dispositivos. Acesso em: 07 jun. 2009.

ANEXO 1

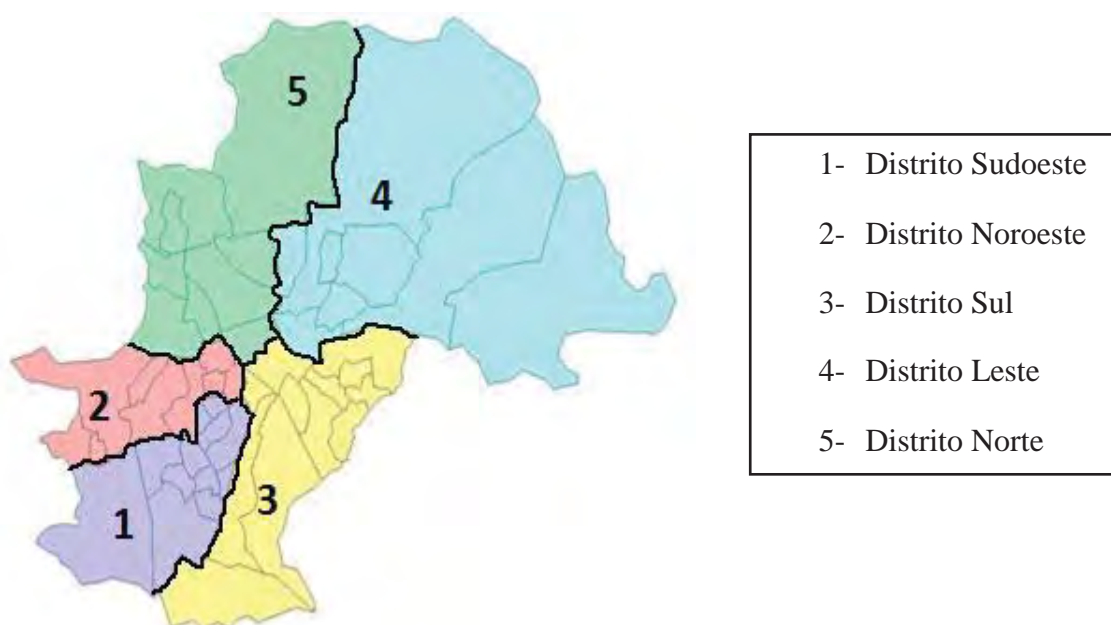
Na tabela, pode-se verificar o número de equipamentos de referência na Saúde Mental e seus respectivos administradores:

Equipamentos de Referência	Gestão Prefeitura	Gestão SSCF	Região
CAPS AD - Independência		X	Sul
CAPS AD - Reviver	X		Leste
CAPS - Antônio da Costa Santos		X	Sul
CAPS - Esperança		X	Leste
CAPS - Estação		X	Norte
CAPS - Novo Tempo	X		Sudoeste
CAPS - Integração	X		Noroeste
CAPS - David Capistrano da C. Filho	X		Sudoeste
Centro de Ref. Integral a Saúde do Adolescente - CRAISA	X		Norte
Centro de Vivência Infantil - CEVI	X		Leste

Fonte: <http://www.candido.org.br>, 2010.

ANEXO 2

O mapa mostra a disposição dos Distritos Sanitários e os limites geográficos do município de Campinas. Destacam-se as áreas quatro e cinco, que são maiores em extensão. Entretanto, elas não são super povoadas, porque não correspondem a região central do município.



Fonte: <http://www.campinas.gov.br>, 2011.