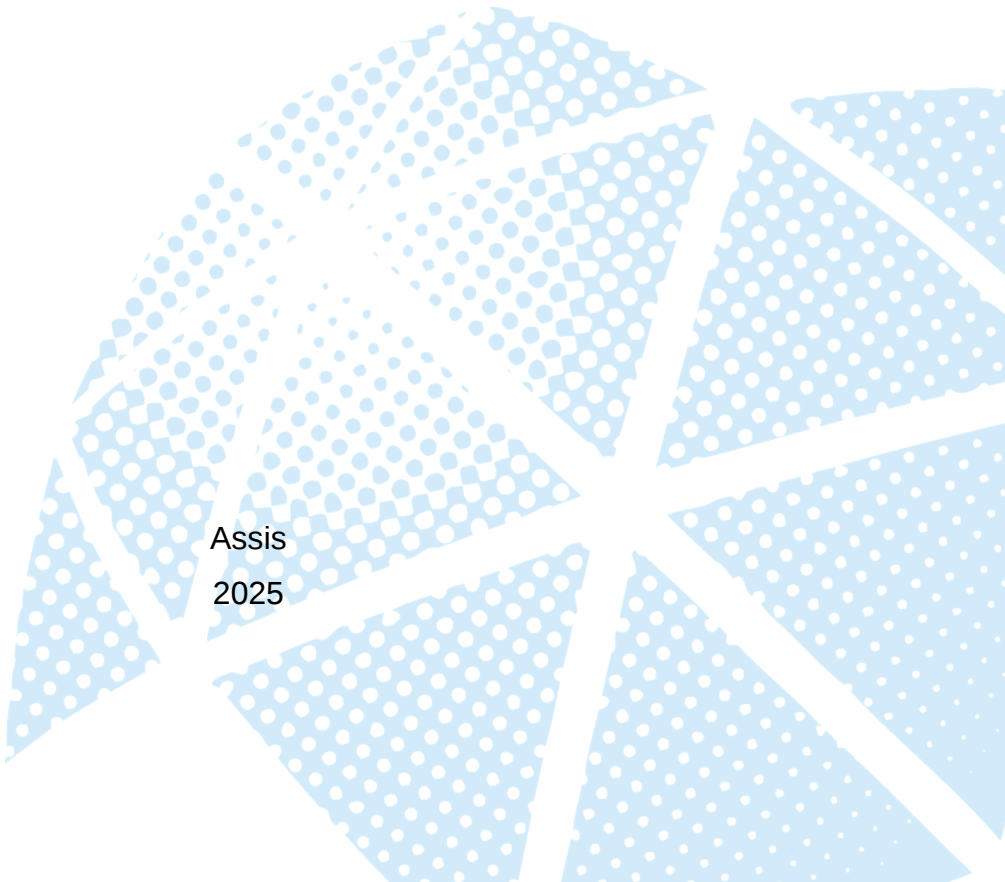


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
Faculdade de Ciências e Letras – Assis

TATIANE LEMOS RAMOS

**A PRÁXIS DE UMA PSICÓLOGA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS:
INTERCEDENDO NA CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA**

Assis
2025



TATIANE LEMOS RAMOS

**A PRÁXIS DE UMA PSICÓLOGA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS:
INTERCEDENDO NA CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Sociedade.

Orientador(a): Prof. Dr. Silvio José Benelli

Assis

2025

R175p Ramos, Tatiane Lemos

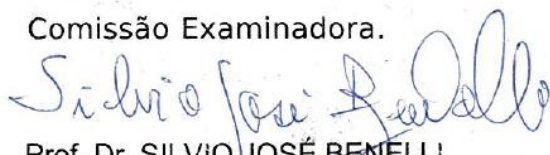
A práxis de uma psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas: : intercedendo na construção da clínica ampliada / Tatiane Lemos Ramos. -- Assis, 2025
188 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Silvio José Benelli

1. Dispositivo Intercessor. 2. Intercessão-pesquisa;. 3. Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas. 4. Psicologia. 5. Clínica Ampliada. I. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE TATIANE LEMOS RAMOS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 13 dias do mês de dezembro do ano de 2024, às 9h, no(a) Sala de Defesas da Pós-graduação e sala virtual: meet.google.com/sez-fzta-fwq, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de TATIANE LEMOS RAMOS, intitulada **A PRAXIS DE UMA PSICÓLOGA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS: INTERCEDENDO NA CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) UNESP/FCL - Assis, Prof. Dr. MAICO FERNANDO COSTA (Participação Virtual) do(a) USP/FM - São Paulo, Profa. Dra. SARA MEXKO (Participação Presencial) do(a) UNESP/ FCL - Assis. Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores da Saúde e aos sujeitos em sofrimento, principalmente aqueles que compartilharam suas histórias comigo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, pela oportunidade de realizar o meu mestrado e por contribuir para uma formação sólida e crítica.

Ao meu orientador Silvio José Benelli, que me acolheu como orientanda, por toda a compreensão, escuta e sugestões, por estar ao meu lado contribuindo de forma singular para os meus escritos e, principalmente pela confiança depositada em mim.

Ao professor Abílio da Costa-Rosa (*in memoriam*), docente e psicanalista que nos deixou um legado com contribuições valiosas para nós, trabalhadores-intercessores inseridos em políticas públicas.

Aos membros da banca do Exame Geral de Qualificação, Maico Fernando Costa, Karen Naemi Sakata So e Sara Mexko pelas valiosíssimas contribuições que enriqueceram a minha dissertação.

Aos membros da banca de Defesa, Maico Fernando Costa e Sara Mexko, pelas contribuições ao texto e por aceitarem estar comigo no fim desta caminhada.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação e do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS), pelo acolhimento, amizade e pelas diversas discussões teóricas. Em especial aos meus colegas Lucas, Natália, Andrey e Vírgilio pelo acolhimento, discussões teóricas e contribuições.

Às minhas companheiras e amigas do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas, Jussara, Rosemeire, Ligia e Tamara, por compartilharem comigo as vivências e inquietações de um campo tão complexo e desafiador. Obrigada pelo companheirismo e acolhimento em tantas fases de nossas vidas ao longo desses mais de dez anos. O incentivo, apoio e a credibilidade em mim depositada me deram forças para superar os diversos obstáculos.

Aos sujeitos e seus familiares que me permitiram escutá-los e compartilharam suas vidas comigo e pela aposta que na experiência podemos produzir um saber singular.

À Vanessa, psicanalista que me acolheu como analisante e esteve comigo durante todo o meu processo de mestrado.

À minha mãe, Maria Antônia, por todo apoio, suporte, carinho, amor e incentivo, e ao meu pai, Luiz (*in memoriam*), que faleceu durante essa minha trajetória no mestrado, por todo amor, confiança, incentivo e apoio em mim depositados. Você está vivo em meu coração e em minhas memórias.

Ao meu esposo Diego, meu companheiro, amigo, confidente, por todo apoio, carinho, paciência, cuidado, compreensão, e por acreditar em mim, mais do que eu mesma; pelos momentos que se responsabilizou pelos cuidados dos nossos filhos e pelos afazeres do cotidiano de nossa casa para que eu pudesse escrever esta dissertação. Com ele e com nossos filhos tenho experimentado as mais diferentes e privilegiadas formas de amar.

Aos meus filhos Sofia e Arthur, por me proporcionarem a experimentação do amor em suas formas mais simples e singelas, e principalmente por me ensinarem a cada dia a ser mãe. Com eles encontro forças para superar as dificuldades e a valorizar a felicidade de cada dia.

Aos meus sogros, Sebastião e Pedrina, por me apoiarem em meus estudos e serem minha rede de apoio com meus pequenos, meus filhos amados, para que eu pudesse trabalhar e escrever esta dissertação.

RAMOS, T. L. **A práxis de uma psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas**: intercedendo na construção da clínica ampliada. 2024. 179 fls. Mestrado (Dissertação em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2024.

RESUMO

Esta dissertação considera a minha inserção como trabalhadora-intercessora em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), localizado em um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Busco produzir reflexões acerca da minha práxis e da construção da Clínica Ampliada, assim como do paradigma predominante nas ações em saúde ofertadas, orientadas pelos pressupostos teóricos, técnicos e éticos da psicanálise de Freud e Lacan com suas contribuições para a construção de novos dispositivos clínicos da Atenção Psicossocial configurados como um dispositivo de produção de subjetividades em saúde singularizada. Uma profissional implicada, inserida no trabalho transdisciplinar pode colaborar para provocar questionamentos e intercessões que possibilitem aos profissionais da Saúde Mental Coletiva (SMC) redirecionar a sua Atenção ao sujeito em sofrimento psíquico para produzir uma práxis que tem como horizonte ético e político um sujeito de direitos capaz de produzir as respostas para seus sofrimentos. Localizadas no CAPSad, estabelecimento criado no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), busco em minha práxis construir uma Clínica Ampliada, visto que se trata de uma área marcada por uma pluralidade de orientações teóricas, que delineiam diversos modos de produção de saúde. Para tanto, em minha práxis desenvolvo uma intercessão-pesquisa, utilizando como instrumental metodológico o Dispositivo Intercessor (DI), o qual se constitui como uma ferramenta que visa romper com a cisão entre o saber e o fazer e o pensar-executar, possibilitando ao trabalhador operar sua práxis ao utilizá-lo como método de pesquisa na produção de conhecimento acerca de seu trabalho. O DI é composto por dois momentos, o primeiro refere-se à práxis do trabalhador-intercessor, que nesse caso corresponde à minha atuação como uma trabalhadora inserida num CAPSad, e o segundo momento concerne ao DI como modo de produção do conhecimento (DImpc), tempo no qual produzo reflexões e análises sobre minha práxis como trabalhadora-intercessora. Acredito que o aporte da psicanálise do campo freudiano/lacanianos são as que melhor permitem alcançar a diretriz em relação à produção de “saúde-subjetividade” condizente com o Paradigma Psicossocial (PPS) quanto ao sujeito em sofrimento psíquico que se encontra em tratamento em um CAPSad, para que possa emergir então o sujeito do inconsciente, capaz de produzir respostas criativas ao seu próprio sofrimento. As práticas pautadas pelo PPS poderão redirecionar as modalidades de cuidado/atenção ofertados aos sujeitos em sofrimento em direção a uma Clínica Ampliada Crítica.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivo Intercessor; Intercessão-pesquisa; Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas; Psicologia; Clínica Ampliada.

ABSTRACT

This dissertation considers my insertion as an intercessory worker in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad), located in a small municipality in the interior of the State of São Paulo. I seek to produce reflections on my praxis and the construction of the Extended Clinic, as well as the predominant paradigm in the health actions offered, guided by the theoretical, technical and ethical assumptions of Freud's and Lacan's psychoanalysis with their contributions to the construction of new clinical devices of Psychosocial Care configured as a device for the production of singularized subjectivity-health. An implicated professional, inserted in transdisciplinary work, can collaborate to provoke questions and intercessions that enable Collective Mental Health (SMC) professionals to redirect their attention to the subject in psychic suffering to produce a praxis that has as its ethical and political horizon a subject of rights capable of producing answers to their suffering. Located at CAPSad, an establishment created in the context of the Brazilian Psychiatric Reform (RPb), I seek in my praxis to build an Extended Clinic, since it is an area marked by a plurality of theoretical orientations, which outline different modes of health production. To this end, in my praxis I develop an intercession-research, using as a methodological instrument the Intercessor Device (ID), which is a tool that aims to break the split between knowing and doing and thinking-executing, enabling the worker to operate his praxis by using it as a research method in the production of knowledge about his work. ID is composed of two moments, the first refers to the praxis of the worker-intercessor, which in this case corresponds to my performance as a worker inserted in a CAPSad, and the second moment concerns ID as a mode of knowledge production (DImpc), a time in which I produce reflections and analyses on my praxis as a worker-intercessor. I believe that the contribution of psychoanalysis from the Freudian/Lacanian field is the one that best allows us to reach the guideline in relation to the production of "health-subjectivity" consistent with the Psychosocial Paradigm (PPS) regarding the subject in psychic suffering who is being treated in a CAPSad, so that the subject can emerge from the unconscious, capable of producing creative responses to his own suffering. The practices guided by the PPS may redirect the modalities of care/attention offered to subjects in suffering towards a Critical Extended Clinic.

KEYWORDS: Intercessor Device; Intercession-research; Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs; Psychology; Expanded Clinic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – Clínica Ampliada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (décima revisão)

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas

CT – Comunidade Terapêutica

CTs – Comunidades Terapêuticas

DI – Dispositivo Intercessor

DImpc – Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento

DImps – Dispositivo Intercessor como modo de produção de subjetividade

DRS – Diretoria Regional de Saúde

DRS IX – Departamento Regional de Saúde IX – Região de Marília

DRS XI – Departamento Regional de Saúde XI – Região de Presidente Prudente

DSM 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

LA – Liberdade Assistida

MCP – Modo Capitalista de Produção

MS – Ministério da Saúde

MSE – Medidas Socioeducativas

MSE/LA – Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS – Paradigma Psicossocial

PSC – Prestação de Serviços à Comunidade

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro de Produções Ambulatoriais em Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira

RRD – Redução de Riscos e Danos

RS – Reforma Sanitária

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMC – Saúde Mental Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
REFERÊNCIAS	29
ENSAIO 1 – O DISPOSITIVO INTERCESSOR NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	33
1.1 APRESENTAÇÃO	33
1.2 O DISPOSITIVO INTERCESSOR E AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DE UMA TRABALHADORA-INTERCESSORA NUM CAPSAD: ALGUMAS DELIMITAÇÕES TEÓRICOS-TÉCNICAS DO DI	41
1.2.1 O Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento.....	49
1.2.2 Nosso campo de intercessão-pesquisa: um CAPSad	50
1.2.3 A escrita e os ensaios como forma de expressão e arte	58
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB): BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SEUS MOVIMENTOS	60
1.4. O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR.....	69
1.5 O PARADIGMA PSICOSSOCIAL	77
CONSIDERAÇÕES	78
REFERÊNCIAS	81
ENSAIO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: MODALIDADES DE TRATAMENTO E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO	87
2.1 INTRODUÇÃO.....	87
2.2 AS CONTRADIÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E DROGAS: TRATAMENTO OU RÉPRESSÃO.....	92
2.3 O USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: DO DIAGNÓSTICO À ESCUTA.....	96
2.4 O ALCOOLISMO	104
2.4.1 Uma tentativa de alinhar teoria e prática: o caso Carlos.....	108
2.5 A TOXICOMANIA	111
2.5.1 Refletindo um pouco sobre a toxicomania: o caso Carla.....	116
2.6 PERSPECTIVAS DE GÊNERO: MULHERES INSERIDAS EM TRATAMENTO NO CAPS.....	118
2.6.1 Buscando compreender o alcoolismo feminino por meio da história de Joana....	121
CONSIDERAÇÕES	123
REFERÊNCIAS	126
ENSAIO 3 – A CLÍNICA AMPLIADA (CA) NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	131
3.1 INTRODUÇÃO.....	131
3.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA AMPLIADA A PARTIR DAS PORTARIAS MINISTERIAIS	135
3.3 A CLÍNICA TRADICIONAL: A CLÍNICA DO OLHAR.....	141
3.4 A CLÍNICA AMPLIADA: A CLÍNICA DO CUIDADO.....	144
3.5 A CLÍNICA DO SUJEITO: A CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	147

3.6 OPERADORES DA CA INSERIDOS NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .	151
3.6.1 Matriciamento	152
3.6.2 Equipes de referência e trabalho em equipe	153
3.6.3 Reunião de Equipe.....	156
3.6.4 Projeto Terapêutico Singular.....	158
3.7 A CLÍNICA NA PSICOLOGIA E UMA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	164
3.8 A PSICANÁLISE COMO UM DOS OPERADORES DA CLÍNICA AMPLIADA	171
CONSIDERAÇÕES	175
REFERÊNCIAS	178
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
REFERÊNCIAS	187

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é um movimento de reflexão e de escrita despertado pelas vivências enquanto trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Minha jornada de trabalhadora do SUS e aluna da pós-graduação foi marcada por movimentos de descoberta, lutas, emoções, sofrimentos, aprendizados, mudanças e novos rumos. Assim, “criei asas e voei¹”. Ressurgi encontrando novos significados e forças para resistir às intempéries da vida. Sou usuária do SUS desde minha infância e, hoje, enquanto trabalhadora, luto e defendo um SUS para todos.

Acredito ser ainda oportuno descrever que a autoria deste trabalho é de uma mulher branca, cis, mãe, esposa, filha, psicóloga e trabalhadora inserida nas políticas públicas de Saúde desde o ano de 2010 até 2023. A minha formação em Psicologia ocorreu em uma faculdade particular, por consequência de uma bolsa integral ofertada pelo Programa Escola da Família², o qual me possibilitou cursar uma graduação.

No ano de 2004, realizei um estágio remunerado por meio de um convênio com uma entidade socioassistencial, a qual me proporcionou uma aproximação com a prática profissional da Psicologia nos atendimentos a adolescentes que estavam em cumprimento de Medidas Socioeducativas (MSE) de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA). As atividades realizadas consistiam em atendimentos individuais aos adolescentes, atendimento individual às famílias, atendimento conjunto com adolescente e família, grupos de orientação à família e contato com locais para formar parcerias para a PSC. Percebi muitas resistências e preconceitos para a inserção dos adolescentes nas medidas de PSC e inclusão escolar por serem considerados como “delinquentes” e “problemáticos”.

Nos últimos anos da graduação em psicologia foram oportunizados outros estágios que ocorreram em estabelecimentos de Saúde Pública (em contexto de hospital geral – enfermarias e ambulatórios – e na Clínica Escola) via atendimentos realizados diariamente na enfermaria de clínica geral e cirúrgica. Como esses atendimentos ocorriam em contexto hospitalar, o tempo e a duração do tratamento

¹ Palavras utilizadas por uma das mulheres atendidas no CAPSad, no dia da minha despedida. Meu desligamento enquanto trabalhadora daquele município ocorreu no ano de 2023.

² Programa criado pela Secretaria da Educação do Estado de São Paulo que destinava bolsa de estudos integral a universitários de faculdades particulares conveniadas ao programa mediante prestação de 16 horas de serviços aos finais de semana, por meio de desenvolvimento de projetos e oficinas com propósito de disseminar uma cultura de paz, ofertando um ambiente acolhedor para a população daquele território.

estavam atrelados ao período de internação do paciente². Os atendimentos aconteciam por meio de solicitações da equipe de enfermagem, médica, ou a critério das próprias estagiárias/alunas³, as quais escolhiam os atendimentos a serem realizados a partir da leitura dos prontuários ou identificando a necessidade em contato direto com os pacientes. As práticas psis eram pautadas em intervenções breves e no saber-médico acerca daquele paciente e de suas necessidades, prescrevendo os medicamentos e suprimentos supostamente necessários para a sua reabilitação.

Os atendimentos para o setor de psicologia, no ambulatório do hospital, dependiam de encaminhamento da equipe médica, dos enfermeiros ou das alunas/estagiárias de psicologia. Os atendimentos eram realizados uma vez na semana, com duração de 50 minutos, como tradicionalmente aprendemos na graduação em psicologia. O que os diferenciava da Clínica-Escola é que eles ocorriam em ambiente hospitalar e que a “enfermidade física”, detectada pelo médico e enquadrada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10, décima revisão), estava associada a algum transtorno mental que justificava seu encaminhamento ao setor de psicologia. Não existia comunicação verbal, trocas de informações ou discussão de caso com a equipe médica ou de enfermagem, e os encaminhamentos eram todos feitos por escrito. Naquela época, não me lembro de questionar a falta de comunicação ou de espaço de discussões coletivas interprofissionais a respeito dos atendimentos ofertados, mas tenho recordações de algumas tentativas de discutir casos, provenientes da enfermagem, com profissionais da enfermagem ou residentes de medicina. As práticas desenvolvidas no hospital geral e na Clínica Escola seriam condizentes com o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), tal como caracterizado por Costa-Rosa (2000; 2013).

Costa-Rosa (*Ibidem*) discorre que no PPHM o sujeito⁴ é visto como doente e

² Utilizo o termo paciente para salientar a designação atribuída pelos estabelecimentos de saúde ao se referir ao sujeito que demanda uma prática voltada ao cuidado e Atenção à Saúde. Essa prática profissional demarca uma relação trabalhador-indivíduo doente, este último considerado como um objeto, conforme o modelo cartesiano, que solicita ao profissional, detentor de um saber-poder, uma intervenção em seu sofrimento. É um indivíduo passivo, fragmentado, com pouca ou nenhuma consideração aos seus aspectos psicológicos e sociais.

³ Emprego no feminino a palavra aluna e estagiária para designar que nesse período todas as alunas inseridas neste estágio eram do sexo feminino, ainda, sabe-se que existe uma predominância deste gênero nos cursos de psicologia.

⁴ Utilizo o termo sujeito considerando-o em sua dimensão inconsciente, sujeito dividido e sujeito de desejo. O sujeito, enquanto indivíduo, é dotado de direitos, autônomo, cidadão da ordem política e do

os cuidados são pautados na tutela, na vigilância, no tratamento moral, na medicalização e na hospitalização dos sujeitos com impasses psíquicos que buscam atendimento nos estabelecimentos de Saúde Mental Coletiva (SMC).

Com a oportunidade de aproximação com as práticas psis em hospital geral, decidi ao final da graduação participar do processo seletivo do programa de aprimoramento profissional em Psicologia hospitalar ofertado pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), que consistia no ensino em serviço. Fui admitida no programa de aprimoramento no ano de 2008 e a atuação prática associada aos espaços de formação teórica possibilitou-me acompanhar vários atendimentos em contexto hospitalar de atenção terciária à saúde.

Esses atendimentos funcionavam em nível ambulatorial, e a equipe era composta de diversas especialidades médicas e de internação – (enfermaria de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, clínica cirúrgica, ortopedia, hemoterapia, UTI adulto, UTI neonatal, entre outras) – e prestava atendimento de promoção e reabilitação à saúde da população pertencente ao Departamento Regional de Saúde IX, de Marília (DRS IX). As práticas ofertadas eram médico-centradas e com uma visão de sujeito fragmentado por especialidades, apesar de algumas assistências serem acolhedoras e humanizadas. Essas experiências suscitavam-me alguns questionamentos e inquietações em relação à visão fragmentada dos sujeitos, objeto das práticas médicas especializadas.

Duas ocasiões distintas marcaram minha trajetória naquele estabelecimento de saúde e fizeram-me refletir. Uma delas consistiu na solicitação de uma residente em medicina para que eu atendesse um paciente que acabara de receber um diagnóstico de câncer de estômago em estágio avançado. Iniciamos o atendimento com essa pessoa que trazia as angústias e medos suscitados pelo diagnóstico e os impactos em sua vida. Em seguida, essa residente de medicina novamente me procurou solicitando que atendesse a esposa desse paciente por perceber o sofrimento em relação ao companheiro. Por diversas vezes, discutimos sobre o quadro clínico e os impasses psíquicos do paciente e esposa, os quais exigiam novas condutas médicas. Percebi que construíamos um espaço de troca em que a residente

Estado de direito. “Os seres humanos, os entes humanos, podem ser considerados sujeitos sociais no plano da política e do Estado de direito, são cidadãos e atores sociais, indivíduos, pessoas históricas. Mas também comportam uma dimensão desejante inconsciente que inclui processos de subjetivação radicalmente singulares e específicos” (Benelli, 2023, p. 61)

de medicina me comunicava os avanços da doença e eu compartilhava os equacionamentos psíquicos suscitados no casal, assim como trazia a preocupação de que a esposa do paciente também recebesse um apoio psicológico. Os espaços de troca possibilitaram que eu tomasse conhecimento da doença e dos avanços do quadro clínico do paciente que se iniciou com a perda de visão. A partir daí, pude ofertar a ele e à esposa um espaço de escuta e acolhimento de suas dores e fragilidades em face de um diagnóstico terminal que resultou em sua morte depois de aproximadamente 20 dias de atendimento.

O segundo caso referia-se à descoberta de um câncer em estágio avançado em outro paciente. Porém, na solicitação do atendimento informaram-me que ele não sabia do diagnóstico e nem qual era o estágio da doença, pois a família havia pedido sigilo e não desejava que ele soubesse. Nos atendimentos, ele me trazia percepções de que tinha alguma coisa e ninguém lhe falava. Tentei refletir com a equipe e os familiares sobre as percepções do paciente e o direito dele de conhecer o seu diagnóstico. No entanto, mantiveram a conduta de não lhe contar sobre a doença e seu estado de saúde. Esse caso suscitou-me inúmeras inquietações, pois eu não conseguia compreender como um ser humano com todas as suas capacidades mentais preservadas não teria o direito de saber sobre o que acontecia com ele, com seu organismo, ou melhor, como não poderiam nomear e esclarecer as percepções do próprio paciente sobre suas condições clínicas.

A escolha por descrever pequenas vivências enquanto aluna de graduação e de aprimoramento profissional reflete a importância de situar o leitor como ocorreu a minha inserção como psicóloga no campo das políticas públicas de Saúde e o quanto a oportunidade de aproximação com a práxis⁵, ainda nos estágios, foram balizando minha trajetória profissional.

Ainda em 2009, ocorreu minha aprovação em processo seletivo de um município de médio porte do noroeste paulista. Fui convocada a assumir o cargo de psicóloga em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como orientadora em Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (MSE/LA).

⁵ Tomamos o conceito de práxis como uma articulação entre saber-fazer, teoria-prática, que possibilita as transformações de uma realidade social. Não podemos entender a práxis como sinônimo de práticas (atividades) profissionais, a “prática” em sua ação/intervenção sobre a realidade, quando é (re)produtora de relações sociais hegemônicas que têm como efeito a dominação, subordinação e exclusão social não pode ser considerada uma práxis, mas sim uma prática de trabalho (Galiegi, 2013). A práxis envolve conhecimento e uma mudança assistencial “que transmutam em conhecimento teórico e técnico para transformar essa mesma prática” (Yasui, 2010, p. 113).

Dentre minhas atribuições estavam os atendimentos a famílias e adolescentes em situação de vulnerabilidade⁶ pessoal e social. Recordo-me ainda a forma diferenciada de acolhimento e inserção que vivenciei neste estabelecimento assistencial. Quando fui convocada para assumir a função de psicóloga, foi realizada uma reunião com a diretora da secretaria de Assistência Social com o objetivo de conhecer minha trajetória profissional e de estágios realizados durante a graduação. Como a minha experiência de estágio em MSE/LA foi considerada relevante, fui alocada para o CREAS para trabalhar nesta área.

As atividades desenvolvidas no CREAS consistiam em atendimentos individuais aos adolescentes, atendimentos individuais às famílias, visitas domiciliares, atendimento em grupo aos adolescentes, acompanhamento dos adolescentes em audiência, reuniões, e inserção deles nos estabelecimentos de ensino, atividades do CREAS e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), além de participar de reuniões de equipe do coletivo de trabalhadores do CREAS com grupo de estudos e discussão de casos.

Neste trabalho, pude perceber o quanto os problemas das práticas de atos infracionais estavam entrelaçados com as condições de vida dos adolescentes assistidos, tais como a pobreza, as vulnerabilidades sociais e pessoais de suas famílias e o uso abusivo de substâncias psicoativas. Além disso, observei a inexistência de um trabalho multidisciplinar e em rede que envolvesse Educação, Assistência Social, Saúde e Judiciário, que ofertasse um cuidado integral e individualizado aos adolescentes.

Essa vivência me instigou a prestar o concurso para psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad) e, tendo sido aprovada, adentrei na área desafiadora e apaixonante da Saúde Mental (SM) no ano de 2010. Esse CAPSad está localizado num município de pequeno porte do interior do oeste paulista, pertencente ao departamento regional de Saúde XI (DRS XI), de Presidente Prudente. Uma particularidade deste CAPSad é que sua implantação ocorreu antes

⁶ Vulnerabilidade social refere-se a “quando o Estado e a sociedade não garantem condições de acesso a direitos básicos” (Benelli, 2022, p. 81). Não existe um consenso acerca do termo vulnerabilidade, contudo, é compreendido como o resultado da junção de exposições a risco, da incapacidade de resposta e das dificuldades de adaptação. A vulnerabilidade tem dois aspectos, um que é material, com condições precárias ou privação de rendas, em que o sujeito não possui acesso às políticas públicas, e, o outro, relacional, em que a carência material acaba acarretando discriminação e preconceito (Benelli, 2022).

da portaria 3088/2011, uma vez que por essa normativa o número mínimo de habitantes de um município para o estabelecimento do serviço deve ser superior a 70 mil. Assim, este município de pequeno porte comportou o estabelecimento do CAPSad de forma regionalizada, por meio de convênio com outros 05 municípios próximos.

A lei 10.216 de 2001, conhecida popularmente como Lei da Reforma Psiquiátrica (RP) ou Lei Antimanicomial, redirecionou os cuidados ofertados aos sujeitos em sofrimento psíquico, pois passou a ter como horizonte o tratamento no território, a desinstitucionalização e a efetivação dos direitos desses sujeitos serem tratados com humanidade e respeito, o que culminou em várias outras portarias que deram origem aos CAPS.

Os CAPS são estabelecimentos de Saúde originados da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) provenientes de um movimento social de lutas intensas de trabalhadores da SM e familiares de sujeitos em sofrimento psíquico, os quais buscavam um redirecionamento nas práticas de Atenção à Saúde pautados na reinserção social, no direito ao tratamento em liberdade, na desinstitucionalização e na desmedicalização dos sujeitos.

Os CAPS surgiram com o propósito de promover a reinserção comunitária e o fortalecimento de vínculos sociais dos indivíduos, buscando superar o PPHM, até então vigente, introduzindo o Paradigma Psicossocial (PPS). Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde (MS) (2005), os CAPS têm valor estratégico na RPb por possibilitarem a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e procurar preservar e fortalecer os laços sociais dos sujeitos em sofrimento, em seu território. Os CAPS, portanto, constituem-se como núcleo produtor de uma nova clínica, superando a perspectiva médico-centrada.

Enquanto trabalhadora de um CAPSad e na busca por aprimoramento técnico-profissional com vistas à qualificação do meu trabalho, procurei estudar as leis, as portarias, os documentos e os critérios diagnósticos presentes no CID-10 relacionados ao uso de substâncias psicoativas. No início da minha inserção profissional no CAPSad, a equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde ofertou vários cursos de formação aos profissionais, disponibilizados pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD, dentre eles o SUPERA⁷) e pelo Centro de Referência de

⁷ O Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA) tem como

Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), órgão da secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Esses cursos, em sua maioria, eram embasados em referenciais teóricos cognitivo-comportamentais, portanto, tinham como foco a mudança de comportamento dos sujeitos. A construção desse referencial formativo foi realizada no intuito de que eu e os demais profissionais pudéssemos ofertar um trabalho que fosse mais qualificado, humano e acolhedor, baseado teoricamente nas problemáticas sociais e de Saúde relacionadas ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas⁸. Contudo, na prática, não via resolutividade, tampouco o sujeito era o protagonista de seu tratamento.

As abordagens apresentadas pelos cursos que encontrei inicialmente e aqueles ofertados pela equipe de gestão do município, sobre as problemáticas do uso de substâncias psicoativas, baseavam-se, em sua maioria, na perspectiva cognitivo-comportamental (Figlie; Bordin; Laranjeiras, 2010; Ribeiro; Laranjeira, 2012; Senad, 2012; Senad, 2011; Supera, 2010). Porém, no cotidiano de trabalho eu percebia os limites teóricos, técnicos e éticos dessa abordagem.

Apesar da incessante busca por conhecimentos sobre os assuntos que envolvessem o uso de substâncias psicoativas, alguns questionamentos ainda pareciam permanecer sem respostas. Alguns deles eram os seguintes: por que as pessoas fazem uso de álcool e outras drogas? Como algumas pessoas se tornam dependentes e outras não? O contexto social influencia ou não o uso de substâncias? Onde estão os familiares desses sujeitos? Como poderia uma psicóloga ofertar um atendimento coletivo diferente do que aprendemos na graduação em psicologia? Como uma psicóloga poderia participar e colaborar fazendo parte de uma equipe de trabalho multidisciplinar? Como uma profissional da psicologia inserida num CAPSad poderia fornecer um atendimento individualizado e em consonância com as necessidades dos sujeitos que solicitavam um atendimento especializado? Esta última pergunta foi a mola propulsora para a minha inserção e escrita desta dissertação.

Tais inquietações, somadas ao cotidiano das práticas em SMC e a minha inexperiência profissional com a práxis em um CAPSad, acarretavam em mim uma sensação de estagnação, vazio, empobrecimento, dúvidas e angústias de como

objetivo a capacitação de profissionais da área da Saúde e Assistência Social para atendimento a pessoas em sofrimento em decorrência do uso e abuso de substâncias psicoativas.

⁸ Usamos o termo substâncias psicoativas para designar o uso de todas as substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack, entre outros.

oferecer um cuidado mais individualizado e contextualizado. Com essas sensações e diante de tantas e diversas encomendas institucionais e médico-centradas, realizei duas pós-graduações visando ao meu aprimoramento profissional, sendo uma em dependência química e outra em psicologia jurídica. Esta última foi escolhida devido aos impasses profissionais e institucionais que nos atravessavam naquela ocasião e se repercutiam em nossa prática profissional no CAPSad. Ambos os trabalhos de conclusão do curso de especialização versavam sobre os encaminhamentos recebidos via Assistência Social ou Poder Judiciário para o tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso ou abuso de substâncias psicoativas, que se refletiam em suas relações sociais e familiares.

A partir dos estudos e das formações realizadas para compreender a estrutura institucional das práticas clínicas psis, pude entender como elas se desenvolveram pelas perspectivas do modelo biomédico, numa prática arraigada na supressão do sintoma, o que persiste ainda na atualidade da formação de psicólogos com uma concepção de clínica como sinônimo de psicoterapia (Mendes; *et al*, 2021).

Com essa compreensão, percebi que a minha formação em Psicologia e os diversos contextos de práticas psis são delineados por correntes positivistas. Estas, majoritariamente, embasam as práticas psicológicas e as pesquisas, situação que foi objeto de estudo e reflexão de Benelli (2019). No contexto da SMC, a predominância das ciências positivistas nas práticas psis acarreta a sensação da necessidade de um reposicionamento teórico, técnico e ético que venha atender às diversas demandas das injunções do cotidiano de tais práticas profissionais.

Quando adentrei o campo da SMC, minha prática profissional inicial baseava-se na atuação profissional oportunizada pela graduação em Psicologia e pela formação em serviço obtida no aprimoramento profissional. Além das práticas privativas psis, compúnhamos com os demais membros do coletivo de trabalhadores para oferecer atividades de acolhimento, atendimento familiar, reunião de família, acompanhamento em internação em hospital psiquiátrico, atendimento em crise no CAPSad e extramuros, avaliação/triagem, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento, palestras, capacitações aos trabalhadores dos estabelecimentos das instituições de Saúde, Assistência Social, Educação, entre outros.

A rotina diária de um CAPSad envolve realizar avaliações dos sujeitos que chegam ao estabelecimento, construir o PTS, as reuniões de equipe e o

matriciamento, considerados recursos terapêuticos da Clínica Ampliada (CA). Ela é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe para qualificar o modo de se fazer saúde, pois se pauta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, e entre produção de saúde e produção de subjetividade (Brasil, 2009; Costa-Rosa, 2013).

As reuniões de equipe, nos primeiros anos de nossas práticas profissionais, foram marcadas por encomendas institucionais visando a obter a abstinência dos usuários de drogas, a produtividade e a inserção de novos usuários (CAPS bom era CAPS cheio). Na época, não tínhamos a percepção, o conhecimento e o esclarecimento paradigmático dos diferentes modos de produção em Saúde, e se os efeitos éticos de nossa práxis eram ou não reprodutores da ideologia dominante, da medicalização da vida, do tamponamento dos sintomas e da exclusão social.

Em meados de 2018, angustiada pelas dificuldades do cotidiano e pela exclusão social dos sujeitos atendidos naquela municipalidade e com a ânsia de encontrar leis, artigos ou outros escritos que pudessem me nortear para a superação dessa dificuldade, deparei-me com uma série de notas técnicas e documentos normativos que indicavam estar havendo uma alteração nos rumos das políticas públicas de SM no Brasil e que, supostamente, vinham orientados pelos princípios éticos da RPb (Passarinho, 2022). Demarcando esses novos rumos do modelo de assistência à Saúde, foi lançada a nota técnica nº 11/2019, com a apresentação de um novo cenário político e ideológico para com os cuidados em SM, momento em que o MS apresentou uma “nova” política de Saúde Mental, na qual os CAPS deixam de ser uma rede substitutiva e passam a ser complementares, incluindo novamente os leitos psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas (CTs) como serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sob a seguinte justificativa:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (Brasil, 2019, p. 3-4).

Essa nota técnica surgiu no mesmo período no qual preparávamos uma

capacitação⁹ para todos os estabelecimentos de Saúde e Assistência Social dos municípios para os quais o CAPSad era referência em cuidado. O intuito era mobilizar os diversos trabalhadores para a realização de um atendimento mais humanizado, menos preconceituoso, versando principalmente sobre o direito ao acesso das pessoas a todos os estabelecimentos e que a internação deveria ser entendida como último recurso. As novas orientações estabelecidas pela nota técnica nº 11/2019 abordava uma das mais frequentes problemáticas vivenciadas pelos trabalhadores das políticas públicas de Saúde e Assistência Social, o uso predominante da internação como principal estratégia de tratamento, o que acarretou o ensejo para a mobilização e organização dessa capacitação, num movimento de resistência. Mas esta portaria veio enunciar uma nova mudança no cenário da SM, não éramos mais um serviço substitutivo.

Com a publicação da nota técnica nº 11/2019, nós, trabalhadores da SMC, deparamo-nos com alguns retrocessos no processo da RPb, exigindo uma postura (auto)crítica sobre nossas práxis e os impactos sociais, políticos e ideológicos das concepções do processo de saúde-adoecimento-Atenção¹⁰. Percebemos que estar inserida enquanto trabalhadora em um estabelecimento originário da SMC, que visava superar dialeticamente o PPHM, não era garantia de que uma transição paradigmática estivesse sendo operada. É necessário um esclarecimento teórico, técnico, ético e político e uma postura autocrítica decidida dos atores institucionais inseridos no campo da SMC para que produzam novos modos de produção de saúde alinhados ao PPS.

Durante esse tempo de atuação profissional, procurei investir com dedicação em estudos por meio de cursos, minicursos, capacitações, palestras e como aluna especial na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras,

⁹ Essa capacitação foi dividida em dois momentos, sendo o primeiro tempo utilizado para contextualizar os trabalhadores sobre o que é um CAPSad, com suas rotinas e atividades, e conteúdos teóricos acerca do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Num segundo momento foi feita uma reflexão em pequenos grupos, utilizando relatos de trechos de histórias de vidas, com contexto familiar, social e cultural das pessoas em sofrimento psíquico associados ao uso, abuso ou dependência de substâncias. O objetivo do trabalho grupal era debater sobre os preconceitos existentes, promover a desmistificação da internação como solução para os impasses decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas e apresentar a humanização no cuidado. Procurei abordar a complexidade dos casos, que devem ser compreendidos de modo singular.

¹⁰ Costa-Rosa (2013) costumava grafar com maiúscula a letra inicial do termo Atenção para explicitar sua correspondência com as ações de cuidado, promoção, tratamento, e até mesmo Atenção em Saúde Mental, orientadas pelo PPS.

Assis. Ingressei em dois coletivos de trabalho que funcionavam virtualmente, o “Grupo de Estudos de Psicanálise do Campo de Freud e Lacan” e o “Grupo de Supervisão Clínico-Institucional”, ambos conduzidos por Waldir Périco, trabalhador-militante e pesquisador do campo da SMC, que vem desdobrando os trabalhos do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa. Esses espaços de formação enriqueceram e contribuíram muito para as minhas reflexões sobre a ética da Atenção Psicossocial e os modos de produção de saúde ofertados aos sujeitos, procurando situar-me teórica e tecnicamente na luta em direção a uma práxis orientada pela SMC.

No ano de 2021, ingressei como aluna especial na disciplina “Modos de Produção dos Dispositivos Institucionais da Política Pública de Assistência Social”, ofertada pelo Prof. Dr. Silvio José Benelli, na Unesp de Assis, acreditando na relação entre Saúde e Assistência Social no que concerne aos impasses apresentados pelos sujeitos que recorriam ao CAPSad. Essa disciplina possibilitou espaços de trocas e o aprimoramento teórico, técnico e metodológico entre os vários trabalhadores da Assistência Social e da Saúde e de orientandos de pós-graduação que estavam realizando intercessões-pesquisas nos estabelecimentos das instituições de Saúde, Assistência Social e dos Direitos da criança e do adolescente. A troca propiciada pela disciplina foi enriquecedora e motivadora, abrindo espaços para transformações pessoais e profissionais. Encontrei naquele coletivo um grupo de trabalhadores que também tinham inquietações e problematizações acerca do seu campo de trabalho e que, assim como eu, desejavam pesquisar sobre suas práxis nos serviços de SM e Assistência Social. Este espaço possibilitou a circulação de ideias e um refrigério para minhas angústias.

Participando desses espaços de discussão e reflexão, fomos adquirindo maior clareza acerca dos paradigmas que permeiam a SMC e da necessidade de um reposicionamento teórico, ético e técnico para promover um equacionamento das complexas demandas enfrentadas nesse campo e nos CAPSad, entendendo que se tratavam tanto de demandas sociais quanto de Saúde.

Durante a nossa práxis, detectamos que os modos de Atenção à Saúde desenvolvidos no CAPSad eram condizentes ao PPHM. Do ponto de vista lógico, apesar de o CAPSad ser um estabelecimento suscitado pela RPb e ter como horizonte ético e político o PPS, estando na posição de um estabelecimento “novo” e “substitutivo”, isso não garantia automaticamente que os modos de produção de saúde que ali realizávamos estivessem pautados no PPS. Constatei, no decorrer do

meu trabalho enquanto psicóloga, que apesar de sua origem na RPb, o estabelecimento do qual fazia parte, trazia em seu escopo ações medicalizadoras, médico-centradas e hospitalocêntricas como efeitos do Modo Capitalista de Produção (MCP), e estava reproduzindo a ideologia dominante e (re)produzindo subjetividades alienadas e serializadas.

Com a percepção e constatação de que o CAPSad no qual estávamos trabalhando era um estabelecimento novo, mas com práticas não condizentes com a proposta oficial de implantação, que trazia em seu horizonte novas práticas de Atenção à Saúde, pautadas no tratamento desenvolvido no território, na promoção da inclusão social, no protagonismo dos atores sociais¹¹, na desmedicalização e na desinstitucionalização, surgiu o nosso interesse por realizar uma intercessão-pesquisa em que (re)pensaríamos nossas práticas em SM e as (im)possibilidades de uma construção de uma outra clínica que tem como horizonte ético e político a ética da Atenção Psicossocial, pela escuta do sujeito, considerando sua dimensão inconsciente e do desejo.

A nossa experiência *in loco* era permeada por problematizações sobre os recursos da Clínica Ampliada (CA) previstos pelo MS, que são: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento, reuniões de equipe, utilizados na rotina dos CAPS, e se eles poderiam ser produtores de uma clínica calcada no PPS. Esses instrumentos da CA despontaram alguns questionamentos em nós, coletivo de trabalhadores de um CAPS: será que a inserção desses recursos garantiria uma Clínica Ampliada? A práxis, ou as práticas assistenciais disponibilizadas por um CAPSad, estavam orientadas pela perspectiva de uma Clínica Ampliada ou de uma clínica tradicional? Como fazer essa distinção? Esses instrumentos, tais como apresentados pelo MS, seriam capazes de produzir saúde singularizada? Ou seriam apenas novas formas de (re)produção da ideologia dominante e (re)produtoras de subjetividades alienadas? Qual(is) paradigma(s) embasariam as ações de saúde desse estabelecimento?

O MS (BRASIL, 2008) definiu Clínica Ampliada (CA) como a modificação das práticas de cuidado no sentido da ampliação da clínica, o que implica tomar a saúde

¹¹ De imediato, muitas vezes pensamos que os atores sociais são os trabalhadores que ofertam cuidados em saúde, porém consideramos atores sociais os trabalhadores, os sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares. Quando pensamos apenas nos trabalhadores de saúde como atores sociais, os colocamos como os detentores do saber e poder nas relações com o sujeito, ressaltando uma perspectiva heterogestiva. As políticas públicas, em seu discurso oficial, por sua vez traz o “usuário” como protagonista, ator principal do seu processo de saúde-adoecimento- Atenção e como um sujeito cidadão de direitos, sendo assim ele é capaz de produzir as respostas ao seu sofrimento (Benelli, 2023).

como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto para produzir saúde e ampliar o seu grau de autonomia. As diretrizes da PNH propõem a CA como forma de qualificar o modo de se fazer Saúde, pois se pauta na indissociabilidade entre os modos de produzi-la e nos modos de gerir os processos de trabalho. Pensando acerca dessa clínica como norteadora dos processos de produção de saúde e de trabalho, comecei a questionar-me a respeito de sua real implantação e eficácia nos serviços de saúde, e se elas poderiam modificar a assistência prestada aos sujeitos que recorrem a esses estabelecimentos solicitando uma Atenção e cuidado. O cuidado ofertado juntamente com as reuniões de equipe gerava uma sensação de estagnação, incertezas e medos, pois eu não conseguia obter a resolatividade desejada e não encontrava sentido na minha práxis, momento oportuno para pesquisar sobre ela e retornar à Universidade. Esse retorno parecia ser a possibilidade de repensar a minha práxis e de buscar superar o sentimento de vazio e a estagnação presentes no meu cotidiano.

O desenvolvimento desta intercessão-pesquisa, realizada no período de 01/02/2023 a 01/10/2023, ainda foi marcado pelo contexto pós-pandêmico, momento de retomada dos atendimentos no campo da SM. Durante a pandemia, que começou no ano de 2020, não houve fechamento do CAPSad no qual eu trabalhava, mas ocorreu suspensão dos atendimentos grupais, permanecendo a realização dos atendimentos individuais quando necessários e das visitas domiciliares, de acordo com a demanda. Os atendimentos aos pacientes que estavam em acompanhamento eram realizados via telefone.

Com as mudanças que ocorriam na sociedade e diante de medos e incertezas de algo novo e ameaçador como a COVID que, de forma repentina, alterou a rotina de todos os sujeitos, solicitamos à equipe da gestão da SMS do município o fornecimento de um telefone móvel para viabilizar atendimentos *on-line* individual e em grupo, porém a solicitação foi negada, sendo possível apenas contato via telefone, em aparelho convencional, durante todo o contexto pandêmico.

Depois da suspensão dos atendimentos grupais e da negativa em fornecer o aparelho de telefone móvel que possibilitasse os atendimentos grupais, nas reuniões de equipe fomos tentando organizar possibilidades de ofertar atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso, abuso e dependência de substâncias durante esse período de isolamento social.

Os atendimentos aos pacientes inseridos em tratamento no CAPSad passaram

a acontecer de forma remota, via chamada telefônica, e as novas avaliações/triagens ocorreriam dentro dos padrões sanitários exigidos para aquele período pandêmico.

As visitas domiciliares e o atendimento de sujeitos em situação de crise, extramuros CAPSad, prosseguiram conforme chegavam as solicitações. Apesar de sabermos da necessidade da continuidade do atendimento aos sujeitos, o temor diante do perigo de morte representado pela COVID, somado à falta de equipamentos adequados, permeava todas as nossas práxis cotidianas. Foi um período marcado por medos e incertezas.

De imediato, quando da suspensão dos atendimentos pela situação pandêmica, ocorreu o afastamento de duas técnicas por estarem gestantes, e outra técnica por ser grupo de risco, restando apenas 02 técnicas (enfermeira e psicóloga) para atender a todas as demandas de um CAPSad, sem reposição de nenhuma profissional durante esse período. Essa situação fragilizou imensamente as possibilidades de atuação do CAPSad.

Depois da fase mais aguda da COVID, com a vacinação em massa da população, o isolamento social foi sendo suspenso. No ano de 2022 (em meados de julho), com a retomada dos atendimentos e consequente retorno de uma técnica, foram necessárias algumas reorganizações em relação à equipe de trabalhadores de Saúde Mental, ao espaço físico e às rotinas a serem estabelecidas, considerando as normas de segurança da vigilância sanitária para a retomada dos atendimentos individuais e coletivos.

Tendo entrado no mestrado, o Prof. Benelli nos apresentou e propôs o Dispositivo Intercessor (DI) como estratégia para desenvolvermos uma intercessão-pesquisa no CAPSad onde atuávamos. Aceitei sua oferta e busquei então me apropriar do DI, passando a operar com ele em meu trabalho profissional.

Para a realização dessa intercessão-pesquisa, utilizei o DI como um conceito-ferramenta que visa superar a cisão entre o saber-fazer, pensar-executar, efeitos típicos do MCP, assim como apresentado e formulado por Costa-Rosa.

O DI consiste num dispositivo psicanalítico ampliado que é sustentado epistemologicamente pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan, pelo Materialismo Histórico de Marx, pela Análise Institucional de Lourau e Lapassade e pelo conceito de intercessores da Filosofia de Deleuze, que permite um diálogo, tanto na produção de conhecimento na Universidade quanto na práxis em diversos campos das políticas públicas para que possa emergir o sujeito desejante e implicado (Pereira, 2011; Costa,

2016, 2021; Mexko, 2021; Périco, 2021).

O diário de intercessão é utilizado como um importante instrumento para o momento da realização da intercessão-pesquisa por ser uma ferramenta composta pelas impressões, relatos e vinhetas sobre as atividades de trabalho, tais como os grupos, reuniões, encontros, discussões e problematizações que ocorreram no campo da intercessão com os sujeitos da práxis, permitindo a reflexão, a reorientação e o reposicionamento da trabalhadora-intercessora. Para a apresentação da escrita das reflexões e problematizações resultantes do processo da intercessão-pesquisa sobre o nosso saber-fazer, escolhi o formato de ensaios por viabilizar uma escrita lógica e singular que é condizente com as perspectivas teórico-técnicas e metodológicas do DI.

O projeto dessa intercessão-pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, *campus* de Assis (Unesp) e foi aprovado com protocolo nº 5.788.649, CAAE: 65342922.9.0000.5401.

O desejo e a necessidade de escrever sobre a clínica que permeia a práxis de um CAPSad expressa meu esforço pessoal na tentativa de ampliar espaços de discussão e reflexão acerca das políticas públicas de Saúde Mental e seus modos de produzir Saúde. Objetivo compreender o paradigma que embasa os modos de produzir Saúde no estabelecimento no qual estamos inseridos e a existência ou não de uma clínica outra condizente com a ética da Atenção Psicossocial. Não pretendo oferecer modelos prontos nem respostas cabais, mas promover debates, fazer circular ideias críticas e suscitar novos equacionamentos no campo da SMC, mais especificamente, busco fazer uma oferta que possa ser inspiradora para os trabalhadores dos CAPS.

No ensaio 1, teço algumas considerações acerca do DI, tais como formuladas e desenvolvidas por Costa-Rosa, apresentando a base epistemológica que a sustenta e sua relevância no que tange às exigências do campo da Atenção Psicossocial. Abordo ainda algumas especificidades sobre o campo da intercessão no qual este trabalho se insere, um CAPSad, as problemáticas e os desafios enfrentados na promoção de intercessão em um estabelecimento de SMC. De forma sucinta, contextualizo a RPb e os movimentos de contrarreforma que ocorreram entre os anos de 2010 a 2024, a fim de situar o leitor acerca dos movimentos sociais que impulsionaram o direito a um tratamento em Saúde Mental de base comunitária,

pautado na liberdade, na inclusão social e no protagonismo do sujeito em sofrimento. Apresento algumas possibilidades e desafios da SM diante das conjunturas sociais e políticas da atualidade brasileira.

Os modos de produção em saúde ofertados pelos estabelecimentos de SMC são embasados por um paradigma que os sustentam e que podem ser (re)produtores da ideologia dominante, produzindo sujeitos alienados como efeitos da divisão social do trabalho típicos do MCP, paradigma esse conhecido como PPHM. Já o PPS busca romper com a divisão social do trabalho e postula que os sujeitos são capazes de produzir as respostas criativas acerca de seus impasses psíquicos.

No ensaio 2, intitulado políticas públicas de álcool e outras drogas: modalidades de tratamento e processos de subjetivação, procuro discorrer acerca das políticas de álcool e drogas abrangendo sua produção, comercialização, venda e distribuição em nosso país. Traço um breve panorama de seu livre comércio até a implementação de políticas públicas repressoras e proibicionistas. Nesse cenário surgiram os CAPSad como estabelecimentos especializados em fornecer Atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso, abuso ou dependências de substâncias psicoativas. Minha experiência, enquanto psicóloga trabalhadora-intercessora-pesquisadora, levou-me a analisar os documentos oficiais em relação ao uso de drogas no Brasil, as formas de produção da mercadoria droga, sua comercialização e sua proibição, bem como esses fatores se inter-relacionam e compõem as problemáticas atuais do uso de substâncias. Destaco a importância de compreender o uso de substâncias psicoativas para além dos planos biológico, psicológico e social. Em nossa práxis notamos que a maioria dos CAPSad ainda funciona numa perspectiva do princípio doença-cura. Instrumentalizados pelo DI, com seu arcabouço transdisciplinar, sendo um deles o referencial teórico, técnico, ético e político do campo da psicanálise de Freud e Lacan, obtive subsídios para compreender a singularidade do uso de substâncias psicoativas e seus impasses de subjetivação na atualidade. Busco ainda neste ensaio analisar a problemática da toxicomania e do alcoolismo como impasse de subjetivação que solicita um trabalho de equacionamento simbólico. Tais impasses anunciam a necessidade de abertura à escuta e à fala do sujeito, favorecendo a produção de subjetividades singularizadas.

No ensaio 3 realizo uma discussão sobre a Clínica Ampliada (CA) no contexto da Atenção Psicossocial e, orientada pela minha práxis, procuro interrogar as normativas referentes a essa clínica, que revela a existência de uma clínica anterior,

a clínica tradicional. Compulsando a bibliografia referente ao tema abordado, constata-se a existência de algumas clínicas, compreendidas como ofertas de cuidado, atenção, promoção e reabilitação em saúde, baseadas no olhar, no cuidado e no sujeito. Em meus estudos constato que o engendramento da saúde não pode ser desvinculado da produção de subjetividade, e que toda a clínica, ou seja, toda oferta de Atenção em Saúde produz um efeito nos sujeitos. Minha práxis baseia-se em um posicionamento ético, técnico, teórico e político, comprometida com modos de produção de saúde mais singularizados, correspondendo ao PPS, destarte, tem-se como efeito a produção da subjetividade singularizada; ao contrário, o trabalho pautado pelo PPHM oferta uma Atenção condizente com práticas mais alienantes, adaptativas e moralizantes. A partir da minha integração enquanto profissional da área da psicologia, busco tecer um breve panorama da inserção dessa disciplina no Brasil, que surgiu atrelada e a serviço da ideologia dominante. Utilizo os estudos de Benelli (2023) acerca das clínicas psis para compreender e analisar os paradigmas que embasam as práticas psicológicas na contemporaneidade. Constata-se que a clínica do sujeito é a única capaz de subverter a psicologia enquanto ciência e profissão disciplinadora, normatizadora e psicologizante.

REFERÊNCIAS

BENELLI, S. J. **Problematizações das figuras da psicologia clínica: olhar, cuidar e escutar**. São Paulo: Unesp digital, 2023.

BENELLI, S. J. **Entidades assistenciais para crianças e adolescentes no município: impasses institucionais e possibilidades**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

BENELLI, S. J. A práxis do trabalhador psicossocial: operando com o Dispositivo Intercessor (DI). *In*: LEMOS, F. C. S. **Foucault, Deleuze Guattari e Lourau: encontros com a arqueogenealogia, esquizoanálise e análise institucional**. Curitiba: CRV, 2021. p.375 – 400.

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18, n. especial, p. 88-120, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/14773>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Lei Federal 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/l10216.htm. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia_apoio_matricial.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base_humaniza_sus.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 15 out. 2024.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/214756>. Acesso em: 15 out. 2024.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Assis, 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/94729>. Acesso em: 11 nov. 2024.

GALIEGO, A. H. B.; COSTA-ROSA, A. Contribuições do dispositivo intercessor para a práxis da Atenção Psicossocial: relato da experiência vivenciada num CAPSad. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, p. 243-260, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/14793>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MEXKO, S. **Uma psicóloga psicossocial no CAPS: contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/213964>. Acesso em: 15 out. 2024.

NUNES, M. de O.; GALVÃO, M. R.; RIBEIRO, J. A. F.; TAVARES, M. G. R.;

FALCÃO, R. A. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ktPYvYbZVzX8LgFhzx6MZZ/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista em Pauta**, n. 49, v. 20, p. 65-80, 2022. Disponível em: <https://revistaem.pauta.org.br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/91578>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PÉRICO, W. **Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva**. 246 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

REBOUÇAS, G. M. O ensaio como reflexão metodológica para o campo jurídico. **Anais do 13º Encontro Nacional do CONPEDI**—Salvador, p. 3196-3209, 2008.

SENAD. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção e acompanhamento**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.supera.senad.gov.br/social>. Acesso em: 1 fev. 2024.

STRINGHETA, L. V. H. O.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi”. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

ENSAIO 1 – O DISPOSITIVO INTERCESSOR NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1.1 APRESENTAÇÃO

Este primeiro ensaio visa discutir a minha práxis enquanto trabalhadora, psicóloga, inserida num coletivo de trabalhadores da Saúde Mental Coletiva (SMC) no contexto institucional de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPSad) e a utilização do Dispositivo Intercessor (DI) como ferramenta para operar na práxis e como meio de produção de conhecimento. O DI é uma estratégia que foi desenvolvida por meio de um arcabouço ético, teórico, técnico e metodológico, com ações transdisciplinares que almejam a superação das dicotomias da divisão social do trabalho, favorecendo a construção de saberes singulares e a produção de subjetividadessaúde¹² singularizadas.

Instrumentalizada pelo DI e trabalhando no campo da SMC, realizei uma intercessão-pesquisa que começou em 01/02/2023 em um CAPSad, estabelecimento originado na Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Esta é uma pesquisa diferente dos modelos clássicos apresentados à Universidade, pois se trata de uma intercessão-pesquisa, com o objetivo de produzir transformações sociais, saberes e subjetividades singularizadas orientadas pelas perspectivas do campo da Atenção Psicossocial¹³. O tempo da intercessão-pesquisa foi encerrado em 01/10/2023. A partir de então passei à fase do Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc).

Benelli (2023b) empreendeu uma ampla revisão de literatura sobre a instituição pesquisa na Universidade mediante uma análise das concepções epistemológicas e éticas que permeiam as diversas modalidades de pesquisas e as dividiu em dois blocos, os quais correspondem ao grupo das pesquisas tradicionais, baseadas no dispositivo disciplinar, e às pesquisas baseadas em epistemologias transdisciplinares.

¹² Como propõe Costa-Rosa (2013, p.23), “esse significante condensa saúde e subjetividade e, ao dobrar a letra **s**, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico, ele é sinônimo de subjetividadessaúde, em que o mesmo redobramento da letra **s** pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saúdessubjetividade indique ainda que no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas”.

¹³ A locução Atenção Psicossocial tem suas raízes nas experiências concretas na área da Saúde Mental. Consiste em um conjunto teórico, técnico e ético com ações transdisciplinares que tem como meta radical consolidar um novo paradigma para o equacionamento do sofrimento psíquico, o PPS, dialeticamente oposto ao seu antípoda, o PPHM (Costa-Rosa, 2013).

Nesse segundo grupo localizou o DI e sua operacionalização por meio da intercessão-pesquisa. Uma pesquisa tradicional corresponderia a:

[...] uma pesquisa científica padrão, positivista, funcionalista e sistêmica quantitativa – também é apresentada de modo tradicional, incluindo um objeto e um “problema de pesquisa” claramente delineado. Ela é estruturada de acordo com um formato padrão e clássico das dissertações e teses redigidas como capítulos articulados num *continuum* lógico: capítulo 1 – teórico-conceitual; capítulo 2 – metodológico e técnico; capítulo 3 – apresentação, análise e discussão dos dados; conclusão com síntese final sobre as soluções encontradas para o problema pesquisado. A produção da pesquisa tradicional é organizada exclusivamente pelo pesquisador, incluindo seu orientador. A perspectiva adotada poderia ser sintetizada no lema “Conhecer para transformar”. Trata-se de fazer uma pesquisa para encontrar soluções efetivas e cabais para certos problemas investigados, trabalhando com a perspectiva epistemológica chamada de “problema-solução” que poderia ser desdobrada na suposição “problema-unicausal – solução-simples”. Sua base consiste na dicotomia sujeito-objeto tradicional. Dessa cisão decorrem muitas outras: saber-poder, saber-fazer, teoria-prática, ciência-política, ensinar-aprender, mandar-obedecer, governar-ser governado, analisar-ser analisado, cuidar-ser cuidado, proteger-ser protegido (Benelli, 2023b, p. 21-22).

A pesquisa tradicional objetiva uma ação de investigação “sobre” determinado sujeito-objeto, ou sobre uma determinada prática de atuação profissional, em que se pretende conhecer e investigar, por exemplo, pelas coletas de dados de entrevistas e observações, o pesquisador busca produzir conhecimento para uma mudança ou transformação.

Depois da investigação, o pesquisador produz um conhecimento “para” um outro (técnico/executor) que deve executar os conhecimentos produzidos por ele (especialista/pesquisador) (Benelli, 2023b). Essa divisão social do trabalho intensifica a sensação dos trabalhadores que se reflete em falas tais como a de que “a teoria é uma coisa e a prática é outra”, mas minha concepção é a de que em toda prática existe um saber que não é valorizado pelo Modo Capitalista de Produção (MCP) (Mexko, 2021).

Benelli (2019b) aponta ainda que encontramos algumas produções teóricas no campo da psicologia numa perspectiva dialética, que visa à superação dicotômica do processo doença-cura, saber-fazer e da relação sujeito-objeto, com produção de subjetividade singularizada. Seus efeitos também são opostos aos das práticas psicológicas tradicionais e disciplinares, as quais, ao não considerarem as dimensões sociais, políticas, econômicas e subjetivas, resultam no processo de adaptação social à ideologia dominante.

A intercessão-pesquisa caracteriza-se por outro posicionamento:

A pesquisa da própria práxis, que denominamos de pesquisar-SE, consiste em tomar como objeto do pensamento, da escrita e de problematização, o próprio ser e fazer enquanto trabalhador situado num dado campo institucional. Trata-se da intercessão-pesquisa, na qual não se estuda outros objetos nem outros sujeitos, não se pesquisa sobre, por, nem para eles, mas se opera COM e na práxis. A literatura, composta por documentos e bibliografia é problematizada visando à possibilidade de localização precisa do trabalhador na área de intercessão, bem como na busca de inspiração intercessora para a construção de soluções singulares para os problemas da práxis (Benelli, 2023b, p.19).

A intercessão-pesquisa pertence ao campo das ciências das abordagens críticas que buscam “transformar conhecendo” (Pereira, 2011; Benelli, 2019), diferentemente de produzir um “saber para e sobre o campo” (Pereira, 2011, p.17). A utilização do DI consiste em “operar uma mudança discursiva, uma mudança de posição subjetiva tanto dos trabalhadores como da clientela¹⁴ atendida pela instituição que culminaria numa forma de relação diferente daquela característica do MCP” (Martini, 2010, p.8).

A ciência moderna e a Universidade acabam por (re)produzir e operar a lógica da divisão social do trabalho típicos do MCP, por meio da divisão entre saber-fazer, pensar-executar, teoria-prática, pensar-poder, assim (re)produz técnicos/especialistas (os trabalhadores) para o mercado de trabalho e intelectuais/pesquisadores/professores para produção de saber (Martini, 2010; Galiego, 2013; Benelli, 2023, 2023b). A ciência não produz apenas conhecimentos, ela opera pelo controle social e manutenção das estruturas de poder (Marcantonio, 2010).

Toda pesquisa envolve uma ação que é social e política, com movimentos de produção de conhecimento que podem atender aos interesses de uma classe específica. No caso das pesquisas positivistas, estas acabam por reproduzir a ideologia dominante e, como efeito, produzem subjetividade alienada. No meu caso, ao utilizar o DI enquanto modo de operar na práxis – no tempo da intercessão – e como ferramenta de pesquisa-intercessão – no período da produção de conhecimento –, visei promover o protagonismo dos sujeitos e a produção de subjetividade singularizada, em consonância com a ética do campo da Atenção Psicossocial.

Uma das possibilidades que encontrei ao empregar o DI como ferramenta de trabalho e pesquisa foi a superação dessa divisão do trabalho entre intelectuais e

¹⁴ Costa-Rosa (2013) sugere a substituição das terminologias: clientela, cliente, indivíduo, usuário ou paciente para os termos sujeito do sofrimento e sujeito do tratamento, para que não se confunda o sujeito com o indivíduo aderente ao objeto-mercadoria, uma das formas sociais do modo capitalista.

trabalhadores da práxis comum, situando-me para além da divisão da ciência entre sujeito e objeto do conhecimento (Mexko, 2017; Benelli, 2021).

A sociedade capitalista possui modos de produção que expropriam do trabalhador a sua capacidade de produzir pensamento, colocando-o apenas na função de executor, como se fosse possível extrair a cognição do ser humano quando da execução de uma prática laborativa. Compreendo que o ser humano, enquanto trabalha, produz pensamentos sobre suas ações. Logo, atrelado a toda práxis, existe um saber-fazer.

Segundo Souza (2016, p. 176), a intercessão-pesquisa:

[...] que têm como centralidade o ser humano e seu trabalho como um direito social e político, que pretende investigar a construção coletiva da inclusão social pelo trabalho pelos usuários dos serviços de saúde mental e a produção de subjetividade neste contexto, demanda um paradigma de conhecimento e interpretação da realidade que tencione compreendê-la partindo do cotidiano das práticas de inclusão social pelo trabalho.

Concebo o DI como um conceito-ferramenta que me permite desenvolver uma ação transdisciplinar capaz de operar a transição paradigmática necessária ao campo da Saúde, superando o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) em direção ao Paradigma Psicossocial (PPS), por meio da problematização crítica do conhecimento a partir da práxis.

O DI consiste num dispositivo psicanalítico ampliado que é sustentado epistemologicamente por contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, do Materialismo Histórico de Marx, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e pelo conceito de intercessores da Filosofia de Deleuze, que permite um diálogo, tanto na práxis produzida no coletivo de trabalho em um estabelecimento de Saúde quanto na produção de conhecimento na Universidade (Martini, 2010; Pereira, 2011; Galiego, 2013; Périco, 2014; Benelli, 2019, 2023, 2023b; Costa-Rosa, 2017; Mexko, 2021).

Esse arcabouço metodológico sofisticado consiste num conjunto de referenciais transdisciplinares que não se reduz à mera junção de disciplinas. Trata-se de uma complementaridade que potencializa o trabalhador para produzir atenção às diversas demandas dos sujeitos que recorrem a atendimentos nos diversos estabelecimentos de Saúde, Assistência Social, Educação, Judiciário, entre outros, o que possibilita uma leitura complexa da realidade. As demandas apresentadas pelo sujeito e a realidade contemporânea são tão complexas que requerem uma ação

transdisciplinar, com possibilidade de promover o equacionamento das problemáticas enfrentadas no cotidiano dos estabelecimentos das instituições de saúde.

A instituição de Saúde é constituída pelos estabelecimentos que ofertam Atenção¹⁵ e cuidados em saúde aos sujeitos do sofrimento, tais como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias Saúde da Família (ESF), os ambulatorios, os hospitais, os CAPS etc. Os modos de produção de saúde são regidos por diversos Discursos¹⁶ e por diferentes éticas adotadas pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde. Por instituição concebo um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso lacunar e contraditório (Costa- Rosa, 2013). Um dos discursos que permeiam a instituição de Saúde é o saber médico, compreendido como discurso médico, baseado no princípio doença-cura, implementando práticas de medicalização, hospitalização, exclusão social, as quais produzem assujeitamento (Martini, 2010). Os efeitos éticos produzidos pelo trabalhador disciplinar, incluindo aquele da área da Saúde, são práticas moralistas, pedagógicas e terapêuticas que pretendem governar, educar, tratar, cuidar e curar o outro, quando este recorre a um estabelecimento de Saúde solicitando um atendimento. Um trabalhador transdisciplinar, por sua vez, visa a uma postura outra, que busca interceder junto ao sujeito, para que ele ocupe a posição de protagonista de sua história, considerando tanto as formações sociais quanto as subjetivas que o constituem (Benelli, 2023a).

Utilizo-me do conceito-ferramenta do DI na medida em que opero na práxis, buscando produzir mudanças na realidade na qual estamos inseridos e proponho-me a problematizar minha própria práxis, para posteriormente elaborar um saber, que comporte o não-sabido/o não-dito, sobre o saber que se produz na práxis. Desta forma, produzo um conhecimento que não está pronto, acabado ou finalizado, mas que está sempre em processo de ser completado, sem nunca se totalizar. Um aspecto importante a ser discutido refere-se à diferença entre conhecimento e saber, o “conhecimento remete à concepção de um guia para a ação, de algo que se dá na esfera do enunciado, que pode ser transmitido e que, portanto, sempre será a completar” (Martini, 2010, p. 8). É o caso do conhecimento científico tradicional. Já o

¹⁵ Costa-Rosa (2013) costumava grafar com maiúscula a letra inicial do termo Atenção para explicitar sua correspondência às ações de cuidado, promoção, tratamento e até mesmo Atenção em Saúde Mental, orientadas pelo PPS.

¹⁶ O termo discursos se refere aos Discursos de Lacan (1992) como laços sociais: Discurso do Mestre (DM), Discurso da Universidade (DU), Discurso da Histeria (DH) e Discurso do Analista (DA). Eles podem ser utilizados como ferramenta de análise das estruturas produtivas e modos de produção da Atenção na SMC (Costa-Rosa, 2011).

saber é uma posição estrutural que comporta o não-sabido (Martini, 2010) das formações sociais e o inconsciente (Pereira, 2011), diz respeito às particularidades e à singularidade do sujeito.

O DI contribui para uma formação de trabalhadores e trabalhadoras de um outro tipo, que tem como meta a superação da cisão fazer/executar *versus* pensar/saber e produzir saberes e subjetividades singularizadas, na práxis cotidiana dos estabelecimentos de Atenção à Saúde e na Universidade, com uma produção de conhecimentos transdisciplinares (Stringueta; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa, 2013; Pereira, 2011; Benelli, 2021).

De forma didática, o DI pode ser dividido em dois tempos diferentes, o primeiro consiste na intercessão propriamente dita, momento no qual o intercessor está inserido no coletivo de trabalho. O primeiro momento, o da intercessão em ato, refere-se à práxis do trabalhador-intercessor, que nesse caso corresponde à minha atuação como uma trabalhadora inserida num CAPSad. O segundo tempo, o DI como meio (modo) de produção de conhecimento (DImpc), é o momento em que o trabalhador-intercessor, se desejar, recorre à Universidade para problematizar e produzir reflexões teóricas acerca de seus processos de intercessão, na práxis, com vistas à produção de conhecimento. Não se trata, portanto, de um conhecimento “sobre”, mas de uma produção de saber construído “entre” e “com” os sujeitos da práxis (Galiego, 2013).

O saber que é produzido na práxis, no ato da intercessão, é um saber próprio daquele lugar, e a intercessão não pode ser confundida como pesquisa no sentido do termo das ciências positivistas. O que corresponderia à pesquisa seria a análise, a problematização crítica realizada *a posteriori* do tempo da intercessão, considerando suas complexidades (Galiego, 2013). A produção de conhecimento, ou a teorização, é sobre a intercessão realizada pelo trabalhador na práxis. Não se pesquisa sobre os outros, que não devem ser colocados na posição de objetos de investigação.

Sobre meu percurso de trabalho no CAPS e suas fases distintas

Quando ingressei como trabalhadora no campo da Atenção Psicossocial, para atuar no CAPSad como psicóloga no ano de 2010, minhas práticas de Atenção ao adoecimento psíquico ainda estavam pautadas pelo PPHM, embora não tivesse consciência e conhecimento sobre a minha localização paradigmática. Estava inserida num estabelecimento “novo” no campo da Atenção Psicossocial, mas eu ainda

operava com uma roupagem/práticas avessas ao propósito de sua implantação, que corresponderia ao PPS e a produção de subjetividade da saúde.

Entrei em contato com a perspectiva do DI no ano de 2019 e intensifiquei meus estudos sobre a complexidade do campo da Saúde Mental Coletiva, os quais foram iniciados na sua análise paradigmática. Isso foi me dando a percepção e o entendimento do que estava acontecendo no CAPSad no qual atuava.

Hoje, depois da realização das atividades do CAPSad (grupos), no corredor, duas técnicas me disseram que confiavam em mim e no meu trabalho, que apoiavam meu desejo de pesquisar sobre nosso campo de trabalho e compartilhavam de algumas percepções minhas. Ainda, que consideravam importantes as minhas colocações e questionamentos na reunião. Essa fala ocorreu, pois na reunião técnica permaneci alguns momentos em silêncio, depois de alguns questionamentos realizados, por discordar no que se refere à necessidade de internação de um paciente. Silenciei por não ter mais forças para resistir às pressões institucionais para a internação. Sentia-me exausta e sem forças para continuar resistindo, acredito que elas também compartilhavam dos mesmos pensamentos e sentimentos. Pontuei novamente que precisávamos estudar para nos fortalecermos teórica e tecnicamente para podermos enfrentar os impasses do nosso cotidiano e atravessamentos políticos. Acredito que todas tenhamos de estudar, mas antes precisamos desejar poder ofertar um atendimento mais singularizado, considerando as particularidades de cada sujeito (Diário de intercessão, 10/01/2023).

Nessa intercessão-pesquisa, interessava-me particularmente a problematização da minha atuação como psicóloga inserida nos estabelecimentos de SM originados da RPb, compondo e intercedendo, juntamente com uma equipe de trabalhadores, buscando a possibilidade de contribuir para a construção da Clínica Ampliada (CA), na perspectiva de produzir reflexões e ofertar aos sujeitos que recorrem a esses estabelecimentos de Saúde diferentes possibilidades transferenciais¹⁷ para seus impasses de subjetivação. Tais estabelecimentos podem produzir subjetividades alienadas ou subjetividades singularizadas.

Nos ensaios que produzo, busco trazer recortes das situações vivenciadas no tempo da intercessão no CAPSad, nos quais pude, em certas ocasiões, atuar de modo a promover a superação do PPHM e, em outros momentos, constatar os insucessos de minha intercessão. Entendo que os insucessos podem estar relacionados ao discurso hegemônico presente nos estabelecimentos da instituição da Saúde que, por vezes, podem representar o discurso oficial da ideologia dominante no qual estão em

¹⁷ A transferência é condição fundamental para o trabalho analítico. Em *A dinâmica da transferência*, Freud (1912) traz a explicitação desse conceito.

jogo os interesses sociais, políticos e econômicos de uma determinada realidade social.

Sabe-se que o PPHM está em consonância com a ideologia dominante e que ainda está presente nos estabelecimentos de Saúde, mas aposto e acredito na alternatividade – tal como apontado por Shimoguri (2019) e Mexko (2021) –, operando no plano da micropolítica por meio da inserção dos trabalhadores-intercessores nos campos da Atenção Psicossocial, em sua práxis, e na Universidade, por meio da produção de saberes associados às vivências da práxis nos diversos estabelecimentos da instituição de Saúde, entendendo que essa produção de conhecimento pode constituir-se em fonte de inspiração para outros trabalhadores-intercessores. O saber que é produzido pelo DI não se constitui em um saber pronto e acabado, mas de um saber que está em constante movimento e construção.

O DI como modelo de instrumentalização concede-me a possibilidade de desempenhar um papel de:

[...] 'intercessor encarnado' [que] 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 (Pereira, 2011, p. 5)

A intenção de pesquisar a minha própria práxis diz respeito, ao mesmo tempo, a um esforço de compreensão da complexidade em meu campo de atuação – o CAPSad no contexto dos movimentos do campo da Saúde Mental Coletiva – a partir de perspectivas paradigmáticas e transdisciplinares. A partir disso, busquei favorecer a abertura e as possibilidades instituintes do campo por meio de espaços que acolhessem relações e trocas mais criativas e alternativas ao PPHM, tanto com a equipe de trabalhadores quanto com os sujeitos que procuravam pelo estabelecimento de Saúde.

A configuração do campo de intercessão-pesquisa

Para o desenvolvimento da intercessão-pesquisa e para confecção do texto dissertativo realizei um levantamento bibliográfico que aborda os principais eixos concernentes ao campo da práxis e da proposta da minha intercessão-pesquisa. A revisão bibliográfica contemplou assuntos associados à análise institucional, às

políticas públicas de Saúde (incluindo portarias, leis, resoluções, orientações técnicas, entre outras), à Saúde Coletiva, à Atenção Psicossocial, à Clínica Ampliada e às substâncias psicoativas, priorizando os campos de saber da Psicologia, da Filosofia e da Sociologia.

A literatura tem como função me auxiliar na compreensão de aspectos importantes da práxis permitindo que, enquanto trabalhadora, possa me localizar, me posicionar de modo ético na ação, servindo também como inspiração para a produção criativa de respostas para as demandas do cotidiano. Por outro lado, a própria práxis funciona como um crivo para problematizar o plano teórico-conceitual.

As leituras para a confecção do texto dissertativo foram orientadas por uma seleção crítica, problematizadora e pertinente ao campo da Atenção Psicossocial, sempre atenta ao contexto político, histórico e social, elaborando sínteses com as ideias centrais contidas em fichamentos, o que favoreceu a escrita dos ensaios que integram esta dissertação.

1.2 O DISPOSITIVO INTERCESSOR E AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DE UMA TRABALHADORA-INTERCESSORA NUM CAPSAD: ALGUMAS DELIMITAÇÕES TEÓRICOS-TÉCNICAS DO DI

O DI é um conceito-ferramenta formulado originalmente e aprimorado por Costa-Rosa, mas que se encontra em constante desenvolvimento pelo coletivo de trabalhadores-intercessores formados por alunos de iniciação científica, mestrands e doutorandos que compõem o “Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da Saúde” (LATIPPSS)”. Mesmo depois do falecimento de Costa-Rosa, no ano de 2018, o grupo permanece trabalhando e produzindo intercessões tanto no campo das ciências quanto nos diversos estabelecimentos das instituições de Saúde, Educação, Assistência Social e poder Judiciário, coordenado agora pelo Prof. Dr. Silvio José Benelli¹⁸.

Na fundação do LATIPPSS, o Prof. Abílio escreveu uma carta e enviou por e-mail aos trabalhadores-intercessores, seus alunos e orientandos de mestrado e doutorado que passaram a fazer parte desse coletivo de trabalho, tecendo

¹⁸ O LATIPPSS está inscrito no diretório de grupos do CNPq (Link grupo pesquisa CNPq-<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/757178>), associado à Linha de Pesquisa “Políticas públicas e produção de subjetividades: processos clínicos e institucionais” do Curso de Pós-graduação “Psicologia e Sociedade”, e à Ênfase “Políticas Públicas e Clínica Crítica” do Curso de Graduação em Psicologia da Unesp-Assis.

informações a respeito dos objetivos do laboratório e algumas concepções acerca dos termos utilizados por eles:

O termo “laboratório” é utilizado por nós em sentido figurado, como atividade que envolve intercessões no campo das subjetividades concretas, estudos e exames críticos dos conceitos já produzidos sobre o tema, e, eventualmente, a produção de novos conceitos; sempre na perspectiva de que qualquer ação que pretenda afirmar-se como práxis envolve necessariamente o tratamento do real com as ferramentas do simbólico. O termo “transdisciplinar” será considerado, a princípio, nas condições em que é apresentado pelos autores estudados. Porém nosso horizonte teórico e ético inclui a perspectiva de superação da atitude “disciplinar” tal como definida e criticada por Foucault; ao mesmo tempo procuraremos balizar nossas intercessões-pesquisas nos paradigmas da psicanálise de Freud e Lacan, nos estudos iniciais de Marx e nas contribuições das Filosofias da Diferença, paradigmas nos quais identificamos outra origem que não o princípio sujeito-objeto tão caro às Disciplinas (Costa-Rosa, 2019, p. 6).

Para melhor compreensão do DI, considero que é importante retomar os termos “dispositivo” e “intercessor” como proposto e desenvolvido por Costa-Rosa. O termo dispositivo é utilizado 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 (Pereira, 2011, p. 14).

Costa-Rosa retomou o conceito de intercessores de Deleuze, que considerava que:

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 [...]. 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 (Deleuze, 1992, p. 126).

A posição do intercessor constitui-se em um movimento criativo, na busca por indagar, problematizar os discursos dominantes, procurando colocar em movimento aquilo que estava anteriormente bloqueado ou proibido, de modo a abrir espaços possíveis para emergir o discurso da minoria e que esses possam adquirir visibilidade. As produções que surgem desse processo dizem respeito às verdades singularizadas de cada sujeito (Pereira, 2011). A intercessão instrumentaliza uma posição de estar em movimento “entre”. O intercessor pode ser uma pessoa ou um objeto.

Na perspectiva da visibilidade dos sujeitos em sofrimento psíquico decorrentes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, bem como de suas potencialidades criativas para buscar um equacionamento dos seus impasses, acredito na intercessão como meio capaz de produzir os efeitos coerentes com a perspectiva da Atenção Psicossocial, por isso utilizo o DI como ferramenta para a minha práxis e para a minha intercessão-pesquisa.

Costa-Rosa (2013) empenhou-se em elaborar uma ferramenta que traz em seu bojo a potencialidade de produzir as transformações sociais e subjetivas que atendam à ética da Atenção Psicossocial. Essa ferramenta potencialmente revolucionária pode ser utilizada nos campos da Saúde Mental, da Educação, da Assistência Social, do Judiciário, entre tantos outros, com vistas à produção de conhecimentos transdisciplinares, capazes de produzir superações paradigmáticas e romper com as dicotomias entre saber-fazer, decidir-executar das formações sociais, pautadas do MCP (Stringueta; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa, 2013; Pereira, 2011; Benelli, 2021). Na elaboração e composição desse arcabouço epistemológico, Costa-Rosa utilizou-se dos aportes da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, os quais consideram o sujeito (do inconsciente) como protagonista, capaz de produzir conhecimento sobre seu próprio sofrimento.

A construção de conhecimento por meio do DI visa como horizonte ético aos processos de subjetivação e produção que se pautam na possibilidade de autonomia do sujeito e seus coletivos (Garcia; Costa-Rosa, 2018). O DI é promotor de uma ruptura com os especialismos, típicos da produção de conhecimento positivista e da divisão social do trabalho, originados no MCP. Ainda, supera a concepção sujeito-objeto que reproduz práticas de atenção alienantes (Souza, 2016).

O primeiro tempo de operação com o DI consiste na minha intenção enquanto trabalhadora psicóloga, procurando exercitar intercessões junto ao coletivo de trabalho do CAPSad. A tentativa é de ocupar essa posição, a de trabalhadora compondo um coletivo, sendo “um a mais”, dentro da realidade cotidiana de um CAPSad. Nesse momento não assumi a postura de pesquisadora, ação que só realizei *a posteriori*, de maneira implicada. Enquanto trabalhadoras-intercessoras, oscilamos entre ser um trabalhador da práxis compondo com os demais trabalhadores, um a mais¹⁹, e na relação transferencial com os demais

¹⁹ Mais um e um a mais: esses conceitos são similares aos propostos pelos cartéis lacanianos e estão abordados no texto de Costa-Rosa (2019).

trabalhadores, quando ocupamos as brechas disponíveis nos movimentos instituintes, buscando interrogar e provocar novos deslocamentos no coletivo de trabalhadores e nos sujeitos em sofrimento psíquico (Costa-Rosa, 2017; Galiego, 2013; Martini, 2010). Nesse momento ocupamos a posição de mais um, buscando implementar avanços concernentes com a ética da Atenção Psicossocial.

O processo de intercessão não se cristaliza num “agente”, mas em um campo contraditório e em movimento no qual se produz o saber conectado com a ação do sujeito trabalhador-intercessor-pesquisador e o sujeito que busca por atenção em Saúde Mental (Andrade; Costa Rosa, 2011).

Para ser um trabalhador-intercessor orientado pela perspectiva da Atenção Psicossocial é necessário romper com a visão de especialidades e com a divisão das disciplinas presentes no contexto da SM: psiquiatria, psicologia, serviço social, educação física, terapia ocupacional, pedagogia e a enfermagem. A intercessão consiste na superação do trabalho interdisciplinar (disciplinador e tutelador) comum nas práticas dos estabelecimentos de SM, buscando alcançar a transdisciplinaridade como proposta por Costa Rosa (2019). Essas especialidades profissionais e técnicas estão previstas por portarias para compor as equipes dos CAPS, e o esforço para superar o trabalho interdisciplinar das equipes de Saúde com vistas a uma atuação transdisciplinar exige considerar as demandas do sujeito subjetivado, com o qual atua o coletivo de trabalho.

Os CAPS, estabelecimentos oriundos da RPb, são campos férteis para as intercessões-pesquisas e demandam por parte do trabalhador-intercessor-pesquisador uma postura teórica-ética-técnica política e ideológica como forma alternativa e revolucionária com relação às forças hegemônicas presentes no saber-fazer em cada ato. Este campo da Atenção Psicossocial é atravessado pela imprevisibilidade, característica das instituições e de seus sujeitos, pois “[...] o território, as instituições, equipamentos e sujeitos são dinâmicos, o que justifica uma práxis intercessora e a necessidade de um fazer-saber dialético” (Souza, 2016, p. 56).

Toda a prática está alicerçada em um conhecimento preconcebido, por mais que as ações possam ocorrer de certa forma “como que automática”, existe ali um conhecimento prévio que sustenta e direciona a prática de trabalho (Souza, 2016).

Exemplifico o que ocorre nas instituições de Atenção Psicossocial e nos seus estabelecimentos, no meu caso, um CAPSad. Quando um familiar e/ou sujeito comparece ao estabelecimento solicitando internação e essa demanda é prontamente

atendida pela equipe de trabalhadores, isso evidencia qual paradigma²⁰ está em operação, o PPHM. Esse posicionamento mantém a exclusão social, pois utiliza a medicação e o plano biológico como aspectos centrais do tratamento das demandas envolvendo o uso de álcool e drogas, mantendo, assim, uma ética tuteladora que disciplina os corpos dos sujeitos, o que revela a ética tutelar predominante nos efeitos do trabalho institucional. Por outro lado, adotando um posicionamento orientado pelo PPS, diante de uma solicitação/demanda manifesta de internação ou de medicação *a priori*, podemos promover um movimento para suscitar outras possibilidades de equacionamentos para esse sujeito e/ou família, de modo a produzir reflexões acerca dessa demanda inicial, tendo como uma possibilidade o reposicionamento do sujeito, visando ao seu protagonismo e implicação (Souza, 2016).

Nesses movimentos potencialmente intercessores, o que se tem como horizonte é a produção da verdade singular de cada sujeito, sendo eles os próprios produtores/protagonistas indispensáveis na formulação de eventuais soluções para seus impasses (Pereira, 2011).

O intercessor não é um trabalhador qualquer, é um trabalhador que se põe a criticar e a problematizar a sua práxis (Janegitz, 2022). Ele é um trabalhador que “visa deliberadamente a função de interceder nos processos gerais do estabelecimento institucional, a fim de implementar avanços na direção de seus objetivos e no sentido da ética/política visada por eles” (Galiego, 2013, p. 46).

No momento da intercessão propriamente dita, o trabalhador-intercessor está inserido no coletivo de trabalho, porque ele pertence a esse campo enquanto trabalhador, diferente de um estagiário ou de um pesquisador. Ele busca contribuir para a construção do conhecimento inserido em sua práxis (Galiego, 2013) como trabalhador. A intercessão, portanto, não consiste num processo de intervenção, pois esta modalidade de atuação se baseia na cisão saber-fazer típicos do MCP (Pereira, 2011).

A intercessão como modalidade de atuação psicossocial permite ao trabalhador inserido no campo institucional operar de modo a produzir transformações sociais, sendo que esse primeiro momento consiste na intercessão propriamente dita. Estando inserido num coletivo de trabalho, num segundo momento, caso haja desejo do

²⁰ Costa-Rosa (2013, p. 78) descreveu que os paradigmas são considerados como conjuntos ideologicamente articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos, são sempre, para nós, dispositivos de luta pela hegemonia.

profissional, ele pode dirigir-se à Universidade, de modo a operar na produção de conhecimento acerca de sua práxis de intercessão. Esse segundo tempo é denominado de Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DImpc) e corresponde à produção de uma reflexão crítica sobre a práxis intercessora do trabalhador, focalizando sua experiência intercessora, pois não se trata de produzir um saber sobre “sujeitos” tomados como objetos de pesquisa (Benelli, 2021), mas sujeitos capazes de serem protagonistas de sua própria história.

A intercessão se opera quando:

[...] 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 preexistentes 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 (Pereira, 2011, p. 5).

O intercessor ainda:

[...] tem como função ser um provocador, alguém que chega com interrogações. Ele procurará promover rupturas no saber do grupo, já estabelecido como verdade, para que os pressupostos que sustentam tais conceitos possam ser analisados. Buscará romper com campos de sentidos existentes, para que haja uma reflexão sobre o que os constitui, com a abertura para a apropriação do que possa ser pertinente e para construções de novos sentidos possíveis (Stringheta, 2007, p. 156).

No processo de intercessão, o trabalhador procura ocupar as brechas dos movimentos instituintes presentes no campo e auxiliar de modo a que instituição e seus estabelecimentos estejam em movimento transformador. A intenção enquanto trabalhadora-intercessora-pesquisadora era poder ocupar essas fissuras/brechas, a fim de provocar movimentos que promovessem a ruptura com o paradigma hegemônico – o PPHM – presente nesse CAPSad e em outros estabelecimentos de SM com os quais atuávamos, de favorecer gestões de Saúde cooperadas e horizontalizadas que considerassem o sujeito em sua dimensão inconsciente e do desejo, que recorre aos estabelecimentos de SM solicitando “Atenção” aos seus impasses psíquicos decorrentes do uso, abuso ou dependências de substâncias psicoativas.

O intercessor, por meio das suas interrogações sobre os problemas da práxis, possibilita um movimentar no grupo em busca do conhecimento do saber referente ao “não-sabido” (Pereira, 2011) relativo ao inconsciente.

O trabalhador-intercessor tem a pretensão de desocupar o lugar de “saber” que atribuem a ele, seja sobre o sujeito ou coletivo. Nesse caso, os sujeitos que recorrem a um estabelecimento de SM como o CAPSad acreditam que os trabalhadores detêm o saber sobre o seu sofrimento, depositando no outro o saber sobre si e suas angústias. O trabalhador-intercessor opera na perspectiva de promover a superação dessa alienação de si no outro ou nesse deslocamento para a implicação, buscando potencializar o protagonismo dos sujeitos.

As metas que o trabalhador-intercessor pretende alcançar por meio do DI incluem as estratégias micropolíticas, em suas pequenas brechas, que surgem no movimento do plano instituído. Sua intenção é sempre a possibilidade de produzir um conhecimento que é singular e que é elaborado *a posteriori* da intercessão em ato.

Nessa perspectiva, temos de considerar que o primeiro tempo da intercessão não configura a realização de uma pesquisa, pois é a fase da práxis, etapa na qual realizamos as ações mais diversas, tais como as avaliações, os matriciamentos, a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), as reuniões de equipe, a articulação da RAPS, os grupos de psicoterapia, os grupos de famílias, os atendimentos individuais e outras atividades do cotidiano da trabalhadora-intercessora de um CAPSad. Trata-se do tempo do Dispositivo Intercessor como modo de produção de subjetividade (DImps), em que a produção do saber é inteiramente protagonizada pelo próprio sujeito e o intercessor está na posição de ignorância douda.

No percurso dessa intercessão-pesquisa, por um período de aproximadamente dez meses, realizada entre 05/2021 a 03/2022, ocupei o cargo de coordenadora do CAPSad. O período de coordenação do CAPSad correspondeu ao momento final da pandemia de COVID no ano de 2022 e a retomada dos atendimentos presenciais, o que evidenciou a necessidade de mudança de prédio para adequação às normas sanitárias²¹. Certo dia, foi solicitado que eu comparecesse na sala da diretora de Saúde para juntas conhecermos um local que havia sido indicado por terceiros como adequado para a mudança do CAPSad.

Ao chegar, fui informada que se trataria de uma casa localizada numa chácara próxima à cidade. Um sentimento de perplexidade me atormentava naquele momento e internamente me indagava como o CAPSad poderia se mudar para uma chácara distante de onde viviam os sujeitos que necessitam

²¹ A necessidade de troca de prédio correspondia também a um procedimento instaurado pelo Ministério Público, tendo em vista a precariedade das instalações anteriores nas quais trabalhávamos, pois havia a necessidade de adequação do prédio para os atendimentos aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

de atendimento. Foram me dirigindo falas que se tratava de um lugar onde eles poderiam construir uma horta, que teria muito espaço e possibilidades de realizar muitas atividades agrícolas. Ao chegar ao local, conhecendo o espaço, fui expondo as adaptações que me pareciam necessárias e observei o distanciamento do local e as possíveis dificuldades para os sujeitos chegarem até o CAPSad para o seu tratamento. A prefeitura disponibilizaria transporte para os usuários em todos os períodos? Passaria em todos os territórios para trazer os sujeitos até o CAPSad? Dentre muitas outras coisas eles me sinalizavam que precisávamos sair do prédio e que não encontravam lugar que comportasse o CAPSad no perímetro urbano. Disseram que a decisão era minha e não da equipe. Ao final, indiquei que conversaria com a equipe, pois acreditava que uma decisão tão importante como essa precisava ser partilhada e decidida em conjunto. No outro dia, compartilhei com a equipe qual seria a localização e características do prédio para onde poderia ser transferido o CAPSad, e disse que gostaria que antes que tomássemos uma decisão, que eles também conhecessem aquele local para depois, juntos, decidirmos se aceitaríamos ou não a mudança de localização. Ao receber a notícia, imediatamente, a equipe se posicionou contrária à mudança, pela distância e inviabilidade do percurso pelos sujeitos que eram atendidos. Começaram a questionar como as pessoas chegariam até aquela localidade e salientaram que, pelas características do local, nos assemelharíamos muito com uma Comunidade Terapêutica. Outro temor consistia em receber solicitações pautadas pela exclusão social dos sujeitos, como maior permanência no estabelecimento para não permanecerem nas ruas da cidade. Comuniquei à direção que juntos encontraríamos um local mais adequado para instalar o CAPSad, dentro do território e que correspondesse às necessidades desse serviço. Esse posicionamento foi aceito pela gestão com todas as colocações que julgamos pertinentes e que aquele local descaracterizaria o CAPS enquanto estabelecimento originado da RPb. Ao final do dia me senti aliviada, por nossa decisão, mas angustiada, pois havia que buscar um prédio adequado. Ora, vivemos de aluguel e mudanças, algo que a equipe já indicava com descontentamento “não aguentamos mais fazer mudanças”. Não temos uma casa, um prédio que seja do CAPSad, assim como nossos sujeitos atendidos, em sua maioria não possuem uma residência própria (Diário de Intercessão, junho/2021).

A necessidade de compartilhar a decisão acerca de mudança de prédio do CAPSad e de criar um espaço para escuta dos profissionais consistia num esforço propício para que as decisões fossem tomadas pelo coletivo, exercitando a possibilidade de decisões mais horizontalizadas:

A existência de hierarquia não implica diferença de poder; não equivale a privilégio ou arbitrariedade na capacidade de decidir. Implica apenas uma certa especialização em algumas tarefas, porque estes dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente (Barembliitt, 2002, p. 19).

E como pontua Benelli (2019), no ato da intercessão propriamente dita ocorre a “pesquisa” capaz de produzir ‘saber’ e não necessariamente conhecimento. Ela possibilita um movimento no qual o trabalhador-intercessor busca refletir em ato sobre as problemáticas que acontecem no cotidiano do estabelecimento onde atua,

procurando construir respostas para elas: esse saber serve para fazer. Objetivamos causar inquietações e reflexões para que possam surgir brechas para mudanças com novas possibilidades de pensar e mudar aquela realidade social.

1.2.1 O Dispositivo Intercessor como Meio de Produção de Conhecimento

Antes de ser uma trabalhadora-intercessora-pesquisadora, primeiramente pertenço ao coletivo de trabalhadores de um estabelecimento de SMC, um CAPSad, que pretendo transformar conhecendo-o. A minha inserção como trabalhadora ocorreu por concurso público, para o cargo de psicóloga, no ano de 2010.

Esse segundo momento, denominado de DImpc consiste na operacionalização da produção do conhecimento, etapa na qual o trabalhador-intercessor, então ocupando a posição também de pesquisador, dispõe-se a refletir e sistematizar a sua práxis por meio da escrita de ensaios.

O DImpc compreende um modo propriamente dito em que a referida intercessão é tomada como objeto de uma reflexão epistemológica sistemática, no contexto da práxis da Universidade (Stringueta; Costa-Rosa, 2007; Galiego; Costa-Rosa, 2019; Pereira, 2011; Périco, 2014).

O trabalhador-intercessor direciona-se à Universidade para implementar seus processos de produção de conhecimento por meio das contribuições do DI, operando de forma a produzir transformações no plano epistemológico, com vistas às transformações sociais.

Esse direcionamento à Universidade, local por excelência de produção de conhecimento científico, consiste na fase de reflexão e produção científica acerca de sua práxis, buscando romper a cisão da própria ciência positivista e do MCP. “Com isso o DI pretende avançar na direção de superar o processo de produção do conhecimento como ato de um agente especializado” (Garcia; Costa-Rosa, 2018, p. 169).

Segundo Pereira (2011, p. 17), “a ética do operador do DI/DIimp consiste na inclusão dos atores institucionais enquanto sujeitos capazes de introduzir rupturas e mudanças, ou seja, nas formações sociais de forma ampla ou especificamente na práxis da Universidade”. Utilizar o DI enquanto modo de operar na práxis e na produção de um conhecimento é considerar um saber que é sempre transitório e dinâmico, não sendo possível fixar normas e prescrições a serem seguidas por outros trabalhadores (Garcia, Costa-Rosa, 2018).

Em minha intercessão-pesquisa, proponho-me a pensar e refletir sobre a práxis que realizo num CAPSad que pertence a um determinado território, no qual seus sujeitos e coletivo de trabalhadores estão situados em um contexto sociocultural demarcado por impasses que me trouxe à Universidade. Enquanto trabalhadora de um CAPSad, estava desejante de uma práxis intercessora com vistas à subversão da lógica do PPHM, esta ainda muito presente nos modos de produção de saúde. O DI é uma ferramenta que possibilita promover a ruptura com os modos de trabalho instituídos, típicos do modo asilar, rumo as práticas da Atenção Psicossocial.

Nesses anos de atuação no contexto da Atenção Psicossocial, percebi credibilidade por parte de coordenadores do município em que atuei, com incentivo à inserção em cursos e capacitações promovidos pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) e pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), que tinham como referencial teórico e técnico práticas que visavam às mudanças de comportamento, essas sendo pontuadas como prioridade nesse campo de atuação. Encontrei práticas psis referentes aos sujeitos em sofrimento em decorrência do uso, abuso ou dependências de álcool e outras drogas pautadas ainda na biologia, na medicalização, na adaptação social por meio de mudanças de comportamento, práticas essas em consonância com a divisão social do trabalho e da produção dos conhecimentos típicos do MCP.

Nessa perspectiva, a manutenção de ofertas de tratamento que objetivam a medicalização, a internação e a exclusão social desses sujeitos promove, sustenta e reproduz um modo de produção de Saúde atrelado à ideologia dominante. Em contrapartida, encontrei produções científicas de trabalhadores-intercessores que produziam conhecimento acerca de suas práxis pautados em práticas que visam à inclusão social e ao protagonismo dos sujeitos (Garcia; Costa-Rosa, 2018).

1.2.2 Nosso campo de intercessão-pesquisa: um CAPSad

A intercessão encarnada e realizada em ato num CAPSad, na Atenção ofertada aos sujeitos em sofrimento ou o trabalho com o coletivo de trabalhadores, buscando operar através das brechas do instituído, fomentou nesta trabalhadora-intercessora reflexões quanto aos seus saberes e práticas e a potencialidade do trabalho coletivo. A criação e utilização de espaços coletivos de reflexão, de estudo e de discussão por parte dos trabalhadores podem tornar-se importantes ferramentas que possibilitam a implementação de um processo de formação permanente dos trabalhadores da

saúde. É necessário que o trabalhador tenha desejo de estudar acerca de seu campo de trabalho a fim de instrumentalizar a sua práxis e localizar-se em relação aos seus modos de produção de saúde. A apropriação teórica e técnica de perspectivas como as do PPS são potentes para equacionar as problemáticas do cotidiano de trabalho, do caso a caso, considerando as particularidades do cuidado e do território no qual nos inserimos, e em consequência, permitem operar modos de produção condizentes ao PPS.

Utilizando-nos da intercessão visamos produzir um saber singularizado, do caso a caso, que considera as subjetividades de todos os sujeitos da práxis: sujeito-trabalhador, sujeito-pesquisador e sujeito do sofrimento. Para tanto, precisamos romper com as concepções de que o saber da Universidade é superior ao saber da práxis (Galiego, 2013).

Eu realizei essa intercessão-pesquisa em meu campo de atuação profissional, na aposta de que, instrumentalizada pelo DI, poderia produzir um saber relacionado à minha práxis. O CAPSad onde efetuei essa intercessão-pesquisa está localizado num município de pequeno porte, situado na região do oeste paulista, contando com uma população de 24.881 habitantes (segundo dados do IBGE, 2022), pertencente a DRS XI. Esse dado populacional retratava a impossibilidade de implantação de um CAPSad (população acima de 70 mil habitantes), e contava com um CAPS I implantado pela Lei Complementar Municipal nº 16 de 10 de setembro de 2002, baseado na Portaria nº 336 do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2002), que “dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Essa portaria ainda assegura a configuração mínima para implantação de um CAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 2019, em conversas informais sobre o processo de implantação do CAPSad, informaram que o território apresentava significativa demanda de usuários de álcool e outras drogas, contando com um número expressivo de estabelecimentos comerciais com venda de etílicos, o que justificava a necessidade da implantação do CAPSad. Para a construção do seu projeto de implantação, compuseram um grupo formado por trabalhadores do CAPS I, incluindo funcionários da prefeitura e pessoas da sociedade civil que tinham interesse na implantação desse estabelecimento, dado seu conhecimento da realidade local, simpatia com o tema ou ter algum familiar dependente de substâncias psicoativas.

O CAPSad implantado neste município de pequeno porte, no ano de 2009, é

considerado regionalizado pela DRS XI, por não ter o nível populacional especificado nas normativas oficiais para sua implantação (população acima de 70 mil habitantes), como exigido pela Portaria nº 336 (Brasil, 2002), que regulamenta os CAPS. Dessa forma, governantes de 5 municípios da região pactuaram para atingir o nível populacional que permitisse a implantação desse estabelecimento de Saúde, ficando sob responsabilidade dos demais municípios parceiros a disponibilização do transporte dos sujeitos para tratamento no CAPSad. Essa composição regionalizada exigiu do coletivo de trabalhadores um conhecimento sobre os estabelecimentos de Assistência Social, de Saúde e de Educação de todos os municípios pactuantes.

Outra particularidade é que esse CAPSad, além de ser regionalizado, foi instituído a partir da Lei complementar nº 154, de 14 de outubro de 2009, e iniciou suas atividades em dezembro de 2009. Sua implantação foi possível também por ser anterior à portaria 3088/2011, uma vez que depois dessa promulgação de lei os CAPS I passaram a ofertar cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas, quando o município não comportasse a implantação de um CAPSad. Suas atividades iniciaram-se com uma equipe de trabalhadores proveniente de processo seletivo e que transitou de forma alternativa (não possuía todos os profissionais exigidos pela Portaria nº 336 (Brasil, 2002) e eles não estavam trabalhando todos ao mesmo tempo) durante os seis primeiros meses de seu funcionamento. Essa equipe permaneceu um tempo frequentando o CAPS I para “aprender” como são as práticas cotidianas de um CAPS.

Inseri-me nesse CAPSad enquanto trabalhadora psicóloga em agosto de 2010, depois da minha aprovação em concurso público. Naquela época, eu tinha pouco conhecimento sobre a complexidade da área da Saúde Mental no Brasil. Por meio da minha inserção em grupos de estudos veio o desejo de desenvolver práticas orientadas pela ética do paradigma da Atenção Psicossocial que tivessem como efeitos a produção de subjetividadesaúde. O trabalho no CAPSad trouxe muitas indagações, angústias e questionamentos em relação às impossibilidades e aos impasses do nosso cotidiano, e fui notando como as nossas práticas eram alienadas e condizentes com a divisão social do trabalho e do MCP.

Como apontado por Galiego (2013), nos movimentos institucionais, podemos detectar pequenos deslocamentos, os quais nossa atuação intercessora busca intensificar. Uma das brechas institucionais disponíveis consiste no discurso oficial das práticas em SM, que propõe a Clínica Ampliada com seus recursos e as práticas

antagônicas ao PPHM, que podem ser produzidas nos estabelecimentos de Saúde, na relação com o coletivo de trabalhadores e com os sujeitos em sofrimento psíquico.

Quando cheguei para trabalhar como psicóloga no CAPSad, a coordenadora comunicou que “a equipe técnica” almoçaria junto com os pacientes²², pois teríamos que ensiná-los como se comportar à mesa, no horário das refeições, e como comer adequadamente, ainda, não poderíamos permitir que eles abordassem assuntos referentes ao uso de álcool ou outras drogas, normalizando seu comportamento e policiando seu discurso. Oportunamente, compreendi que estávamos situados num estabelecimento que operava por meio de práticas de vigilância, controle e punição (Foucault, 1999), oferecendo cuidados e assistência pautadas em práticas pedagógicas e curativas, assemelhando-se às práticas asilares.

Recordo-me de que essa imposição me inquietava muito, mas eu ainda era imatura e havia a pressão psicológica de estar em estágio probatório e inserida num “novo estabelecimento” de SM. Eu tinha nenhum ou pouquíssimo conhecimento teórico e técnico acerca de práticas de SMC e me sentia impossibilitada, naquele primeiro momento, de propor mudanças nessas estratégias disciplinares e de me posicionar de outra forma.

Com o decorrer do tempo, mas de forma ainda restrita, nas comemorações organizadas pela equipe técnica, conseguimos²³ organizar as coisas de modo que os sujeitos comessem a se servir sozinhos, algo que não foi aceito por muitos funcionários até os dias atuais, mas que permanece nas comemorações promovidas e organizadas pela equipe técnica (psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira e professora de educação física) até o ano de 2024.

Na realização da minha intercessão-pesquisa, pretendo produzir reflexões e equacionamentos dos impasses institucionais por meio da ocupação das brechas identificadas no instituído²⁴, com a produção de novos saberes e práticas possibilitando a emergência de novos sentido e saberes, tanto para a equipe de trabalhadores quanto para os sujeitos em tratamento, conforme o caso (Galiegi, 2013).

²² Utilizo o termo paciente para caracterizar a forma como eram chamados os sujeitos em tratamento nesse CAPSad no qual eu trabalhava.

²³ Utilizo o plural, colocando o nós em meus escritos, quando as ações englobam a equipe técnica.

²⁴ O instituído (reprodução) é o produto resultante ou efeito da atividade instituinte e traz certa resistência a mudanças, enquanto o instituinte (criação) é movimento de transformação da sociedade (Barembliitt, 1996).

Para exemplificar o que seria uma rotina de CAPSad, é fundamental compreendermos que os CAPS são caracterizados como estabelecimentos de “porta de entrada e porta aberta”, não havendo agendamento para acolhimento do sujeito com impasses psíquicos. O acolhimento envolve a sua avaliação inicial como forma de buscar compreender as demandas trazidas pelo sujeito e sua família. As avaliações eram realizadas no horário de funcionamento e podiam ser por demanda espontânea ou encaminhamento de qualquer estabelecimento. Não existe agendamento das avaliações ou reavaliações das pessoas que já passaram por algum atendimento no CAPSad.

O CAPSad funcionava desde a sua implantação de segunda a sexta-feira, das 07hs às 17hs. A equipe técnica que o compunha era formada por 01 psicóloga, 01 enfermeira com formação em SM, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 monitora de esportes (com ensino superior em Educação Física), 01 médico clínico e 01 psiquiatra. No que refere a este último, por muito tempo não existiu nenhum profissional dessa especialidade atuando no CAPSad, por mais que fosse uma exigência da Portaria nº 336 (Brasil, 2002) para sua implantação e manutenção.

Recordo-me de que acreditávamos necessitar do respaldo médico para autorizar nossas práticas, principalmente por causa das pressões institucionais, que exigiam que promovêssemos adequação dos usuários às normas e regras sociais e à abstinência, o que acreditávamos que seria possível pelo uso da medicação. Eu não percebia então que estávamos trocando uma droga que era considerada ilícita por drogas “medicinais”. A falta da figura do médico psiquiatra poderia ter sido útil para desconstruirmos um modelo manicomial presente nas práticas daquele CAPSad recém-inaugurado. Mesmo sem um psiquiatra, estávamos utilizando em nossas práticas a medicação como forma de tamponamento dos sofrimentos psíquicos e a hospitalização como resposta à demanda, com pouca ou nenhuma reflexão. O discurso médico não é privilégio dos médicos, mas pode ser assumido por qualquer um dos trabalhadores das áreas das políticas públicas.

Durante o tempo da minha inserção enquanto trabalhadora desse estabelecimento de Saúde, no ano de 2010, as avaliações dos sujeitos-usuários eram realizadas diariamente, sem fila de espera. Existia uma escala de trabalho em que uma técnica plantonista (psicóloga, enfermeira, professora de educação física, assistente social e terapeuta ocupacional) ficava responsável por todas as avaliações das pessoas que se dirigiam ao CAPS com demandas de atenção aos impasses

decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas. Essa plantonista também era responsável por toda organização e rotina do estabelecimento.

Depois da realização dessa primeira avaliação, inseríamos os sujeitos em alguma oficina ou num dos grupos ofertados pelos profissionais dentro do limite geográfico do CAPS. Existia uma pressão institucional de que o lugar dos sujeitos com impasses de álcool e drogas era “dentro do estabelecimento CAPSad”. As nossas práticas de atenção ao sofrimento dos sujeitos eram práticas terapêuticas alinhadas ao modelo curativista, excludente, intervencionista e medicalizador característico e condizente ao PPHM e aos efeitos do MCP e da divisão social do trabalho.

As reuniões da equipe técnica, desde a minha inserção enquanto psicóloga, eram realizadas todos os dias, de segunda a sexta-feira, incluindo toda a equipe técnica, menos os médicos. Nos últimos anos, entre 2018 a 2023, com a contratação do médico psiquiatra, conforme a necessidade e por solicitação da equipe técnica, ele acabava por participar das reuniões, mas apenas se fosse dentro de sua jornada de trabalho.

Enquanto equipe técnica nos reuníamos diariamente para compartilharmos todas as informações do dia anterior, como: intercorrência com algum paciente, atendimento a familiar, avaliações para inserção do sujeito no tratamento, reavaliações, visitas domiciliares, abordagens, entre outras atividades realizadas.

Nos primeiros anos de funcionamento do CAPSad, nós da equipe técnica trabalhávamos em escala de plantão, e a plantonista era responsável por passar todas as avaliações, acolhimento de novos pacientes, familiares e organização das atividades do dia. No dia seguinte, logo pela manhã, a plantonista era responsável por compartilhar todas as informações do que havia acontecido no dia anterior. As reuniões às vezes se constituíam num espaço de breve discussão acerca de algum dos casos abordados por uma das técnicas. Essas reuniões sempre permaneceram ocorrendo no primeiro horário do dia, quando estavam presentes todas as técnicas, geralmente das 08hs às 09hs, podendo exceder esse tempo, conforme as pautas de cada técnica ou por interrupções frente a uma situação de intercorrência²⁵.

Diariamente ocorriam os grupos de psicoterapia, a psicoterapia individual, os grupos diversos, os atendimentos individuais de todas as especialidades, as oficinas,

²⁵ Intercorrência é um termo que indica uma situação quando algum paciente dentro do CAPS ou extramuro CAPS (no território), estando em situação de sofrimento intenso e/ou numa crise, exige um deslocamento da equipe para oferta de atendimento e intervenção de cuidado.

as visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas, o acolhimento aos sujeitos (com recados de rotinas, e, às vezes, dependendo do profissional responsável pelo acolhimento daquele dia, poderia se constituir em espaços de diálogo sobre a semana, ou outros assuntos que o técnico e sujeitos quisessem abordar).

A equipe de apoio era constituída por 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico educacional, 02 merendeiras, 01 recepcionista e 02 serviços gerais. Contávamos com 01 coordenadora com formação em psicologia. As instalações físicas também incluíam 02 leitos para desintoxicação, como preconizado na Portaria nº 336 (Brasil, 2002).

Para melhor contextualizar o leitor acerca dos estabelecimentos de Saúde e socioassistenciais presentes na realidade deste município, no ano de 2023, contávamos com 01 CAPS I, 01 CAPSad, 09 ESF, 01 Equipe de Atenção Primária (EAP), 02 UBS (sendo que 02 ESF funcionam dentro da estrutura dessas UBS) e 01 psiquiatra inseridos na UBS. No ano de 2023, 05 psicólogas com carga horária de 20 horas semanais, que antes estavam inseridas na UBS, foram realocadas para as ESF. A equipe da UBS contava com profissionais de educação física e com projetos de atividades físicas realizados em diversos locais do território municipal, tendo como público-alvo sujeitos adultos. Havia ainda 01 CRAS; 01 CRAS volante; 01 CREAS; 01 Casa de acolhimento infantil; 01 Projeto Guri; 01 projeto social de contraturno escolar com diversas atividades pedagógicas e esportivas para crianças e adolescentes pobres.

Os matriciamentos eram realizados por solicitação das equipes de qualquer um desses estabelecimentos, ou por solicitação do CAPSad. As reuniões da RAPS eram compostas por um representante de cada um dos estabelecimentos das instituições de Saúde, Assistência Social, Educação, entre outros que fossem necessários para participar da discussão do caso a ser abordado e discutido.

As reuniões de família, como espaço de reflexão e diálogo acerca das relações familiares e do sujeito em sofrimento, eram realizadas quinzenalmente sob a coordenação da assistente social e da psicóloga.

Percebi também outros impasses e (im)possibilidades quando insurgia o desejo de buscar conhecimentos e especializações, porém encontrei na equipe de trabalhadoras²⁶, composta por uma enfermeira, pela assistente social, pela psicóloga,

²⁶ Utilizo o termo trabalhadoras para designar e demarcar a nossa particularidade, pois éramos todas mulheres.

pela professora de educação física e por uma terapeuta ocupacional, o incentivo para tal implicação em busca de conhecimentos para orientar a minha práxis na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Esse período de mais de uma década como trabalhadora do CAPSad, entre os anos de 2010 e 2023, foi marcado por várias mudanças em nossas rotinas de trabalho, nos modelos de avaliação, no modo de organizar o PTS, ora impostos por um novo coordenador autoritário que chegava até o CAPSad, ora advindas das nossas percepções de que tais padronizações já não correspondiam às nossas necessidades e às demandas dos sujeitos. Por vezes, questionávamos esses instrumentais nos quais sempre pareciam “faltar algo” ou atender aos interesses de outros e não dos sujeitos. Isso nos movia a buscar por novas práticas, sempre pautadas no coletivo dos trabalhadores do estabelecimento. Nos últimos anos, depois de vários atravessamentos políticos, percebemos que a nossa força e resistência se amparava no coletivo de trabalhadores que formamos.

Depois da avaliação, inseríamos o sujeito nas ofertas de tratamento disponíveis no CAPSad. No início, era a equipe técnica que determinava o que cada sujeito deveria fazer, ocupávamos o lugar de mestre, como detentores de um saber sobre aquele sujeito, qual a quantidade de dias duraria o tratamento e quais seriam suas modalidades (intensivo, semi-intensivo, não intensivo), quais atividades frequentariam (oficinas e grupos), assim como já apontávamos para a necessidade do familiar em participar dos grupos de família ofertados.

Também constituíam elementos da rotina do CAPSad a realização das visitas domiciliares, dos atendimentos às intercorrências extramuros CAPSad, da construção do PTS, do matriciamento, dos atendimentos grupais e das oficinas, práticas que considerávamos diárias, exceto os matriciamentos e a construção de PTS que ocorriam conforme a demanda e necessidade dos casos.

Todas as trabalhadoras do CAPSad eram concursadas para atuarem no estabelecimento, logo, não existia a possibilidade de sermos removidas para outro estabelecimento caso alguma equipe de gestão pública municipal não “concordasse com nossas verbalizações e condutas profissionais²⁷”. Isso possibilitou, com o tempo

²⁷ É impossível falar de mais de uma década de atuação profissional sem caracterizar que ela foi marcada por um grande processo de crescimento, pessoal e profissional. Com o tempo fomos nos construindo e nos fortalecendo para os embates pequenos ou grandes que surgiam quando assumíamos posturas contrárias às dos gestores que pretendiam impor as práticas da internação, a medicalização e o cerceamento de direitos dos sujeitos com impasses decorrentes do uso e abuso de

e com o nosso fortalecimento pessoal e profissional, que nos posicionássemos de forma a tentar garantir algum direito dos sujeitos com impasses em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

No campo da SM existem dois paradigmas antagônicos que lutam pela hegemonia, o PPHM e o PPS. Sabemos que na maioria dos estabelecimentos de Saúde ainda predominam práticas asilares, mas os embates paradigmáticos podem se presentificar a partir da postura técnica, ética e teórica dos trabalhadores-intercessores inseridos no campo, situados e orientados pela Atenção Psicossocial.

1.2.3 A escrita e os ensaios como forma de expressão e arte

A dissertação de mestrado pressupõe uma escrita acadêmica como meio de produção do conhecimento do trabalhador-intercessor, com base na sua práxis. O objetivo final de sua pesquisa é conseguir transpor em palavras suas vivências, sentimentos e impressões, os seus conhecimentos teóricos, técnicos, formando um momento de comunicação entre escritor e leitor.

O ato de escrever envolve uma relação humana entre dois seres: aquele que escreve e aquele que lê. Mas também envolve expressões de afeto. Afinal, somos movidos pelo desejo e pelo afeto. Para Rebouças (2008), encontramos semelhanças na escrita dos ensaios e a arte que ao compor seus fragmentos encontram sentidos e significados juntos.

Koch (2018) considera que a escrita é uma interação entre os sujeitos que são sociais e vivem em constante interação. Ao escrever, formulamos textos que são construções históricas e sociais envolvendo componentes da linguagem, cognição e do social, uma vez que somos seres sociais, culturais e subjetivados.

Quando nos propomos escrever sobre nossa práxis, presumimos que muitas vezes nossos pensamentos, linguagem e ações nos pertencem exclusivamente. Mas segundo Koch (2018, p.14) o trabalhador “de fato, inserido numa ideologia, numa instituição da qual é apenas porta-voz: é um discurso anterior que fala através dele”. Somos então muitas vezes porta-vozes de discursos já estabelecidos e hegemônicos.

álcool e outras drogas. Operamos algumas transformações mediante pequenos movimentos que caracterizaram algumas tentativas de mudanças na assistência aos sujeitos atendidos pela equipe de trabalhadoras do CAPSad. Quando recorro esses momentos, às vezes períodos de intensos embates e (im)possibilidades, compreendo que as gestões municipais preferem a produção de corpos dóceis e disciplinados, tanto dos sujeitos em sofrimento quanto dos trabalhadores (Foucault, 1999). Preferem trabalhadores obedientes e que sejam apenas executores, mais do que questionadores, implicados e advertidos quanto aos efeitos de suas práxis.

Mas é essa subversão que desejamos traduzir em escrita acadêmica, percorrendo sobre a possibilidade de auxiliar a instituir outros modos de produção de saúde condizentes com as práticas do PPS.

A escrita pode ser entendida como uma arte de transposição de pensamentos, sentimentos e percepções. Ela possibilita tecer um saber que foi construído na práxis, com o coletivo de trabalhadores e sujeitos atendidos, buscando alcançar transformações sociais e também pode mobilizar no leitor o desejo de ser um outro tipo de trabalhador, um intercessor.

A minha escrita acadêmica foi produzida em formato de ensaios que foram compostos por diversos temas que transversalizaram e atravessaram minha práxis enquanto uma trabalhadora-intercessora. Estava movida pela complexidade do cotidiano, de modo que estudei a bibliografia e a documentação, buscando me situar no campo e orientar a minha práxis, além de problematizar os conhecimentos acadêmicos (Benelli, 2021).

Os ensaios podem ser compostos por fragmentos, recortes de um assunto abordado, não apresentando um resultado totalizador, sem a pretensão de abranger exhaustivamente a realidade abordada. O assunto tematizado costuma ser um conflito em suspenso (Adorno, 2003), uma problemática que merece ser debatida por sua relevância. O formato dos ensaios se opõe aos padrões de sistematização, racionalização, universalidade, neutralidade e objetividade presentes nos modelos cartesianos (Rebouças, 2008), ao contrário, consiste num exercício pessoal de invenção e autoria. Para Adorno, escrever ensaisticamente é um ato/arte de:

[...] quem compõe experimentando; quem vira e revira o seu objeto, quem o questiona e o apalpa, quem o prova e o submete à reflexão; quem o ataca de diversos lados e reúne no olhar de seu espírito aquilo que vê, pondo em palavras o que o objeto permite vislumbrar sob as condições geradas pelo ato de escrever (Adorno, 2003, p. 35-36).

Segundo Rebouças (2008, p. 3208) “o ensaio como escrita é, então, uma postura, uma atitude, um *ethos*. E no espaço acadêmico o compromisso, no limite do possível, com as regras do jogo, mas, sobretudo, consigo mesmo”.

A escrita que propus, em forma de ensaios, registra aspectos de atos que realizei num campo de intercessão, no qual estava situada como trabalhadora-intercessora. Trata-se de fragmentos, recortes de situações, de (im)possibilidades e de impressões que foram registrados no diário de intercessão que buscam refletir. e,

depois deste momento de reflexão, se propõe a escrever, trazendo todas as particularidades da escrita e da ocasião da intercessão em ato. A forma ensaio possibilita produzir uma escrita acadêmica que comporta nossas concepções éticas, teóricas, técnicas, políticas e sociais. O ensaísta produz uma escrita científica que é capaz de transitar entre as ciências, a artes e a literatura, sem, contudo, perder sua cientificidade (Paviani, 2009). O ensaio possibilita essa escrita que é “transgressora porque é transformadora” (Rebouças, 2008, p. 3207) e libertadora.

Desta forma, os ensaios não são compostos para serem discursos promotores de verdades e, sim, discursos que propõem um conjunto de ideias atreladas ao contexto dinâmico, histórico e cultural no qual todos estão inseridos (Rebouças, 2008).

Escolhi escrever ensaios, portanto, por ser a perspectiva que melhor atende à ética do DI. Escrevo como forma de refletir sobre minha práxis e sobre o contexto institucional, e não para apresentar prescrições ou modelos a serem seguidos por outros trabalhadores. Trata-se de “escrever para subjetivar. Escrever porque há desejo” (Mexko, 2021 p. 22).

1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB): BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SEUS MOVIMENTOS

Tecerei algumas breves considerações sobre os movimentos sociais e políticos que, com suas mobilizações e lutas, propiciaram as transformações nas concepções e assistência em saúde e em SM. Conhecer essa história é relevante para podermos nos situar adequadamente no campo institucional da Saúde e justificar nossas opções teórico-técnicas e ético-políticas. A revisão da bibliografia é útil para a nossa localização institucional enquanto trabalhadora da área da Saúde, para que conheçamos os movimentos sociais que culminaram nas mudanças de assistência em saúde, e os conceitos de análise institucional do materialismo histórico-dialético, da psicanálise de Freud e Lacan nos auxiliam a compreender as complexidades das formações sociais.

As lutas e os movimentos por mudanças e transformações no campo da SM culminaram na edição da lei nº 10.216 (Brasil, 2001), a qual expressa a importância do tratamento em liberdade, de base comunitária, regulamenta as modalidades de internação e redireciona o modelo assistencial em SM. Apesar do avanço com a implantação dessa lei, a pessoa em sofrimento psíquico ainda não é concebida como um sujeito a partir do contexto da formação social e de sua subjetividade, capaz de

produzir as respostas para o seu sofrimento, pois predominantemente ela versa sobre a necessidade de reabilitação da pessoa para seu retorno ao convívio social e comunitário.

No Brasil, em 1830, iniciou-se um processo de exclusão social por meio da construção de hospitais psiquiátricos, e a assistência à SM era dirigida pelo saber médico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina, definiu-se que “aos loucos [cabia] o hospício”. Esses estabelecimentos de internação eram construídos em lugares distantes das áreas urbanas, caracterizando a necessidade de exclusão social das pessoas, consideradas desviantes das normas sociais. A forma de assistência ao sofrimento, nesse período, mantinha uma relação sintônica com as demandas sociais, políticas, econômicas e da sociedade, de viés autoritário, repressivo e excludente daquela época. As políticas de assistência em SM, na maior parte do século XX, foram baseadas na exclusão social dos sujeitos, e os hospícios eram os locais de internação para esse tratamento (Yasui, 2010).

Com o objetivo de retirar os “loucos” das ruas, num processo de higienização social, e para atender às demandas de internações no Hospital Santa Casa, em 1852, foi inaugurado o Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, e em 1898, foi criado o Hospício de Juqueri, em São Paulo, ambos com o propósito da exclusão social dos sujeitos que eram considerados loucos ou indisciplinados (Yasui, 2010; Mateus, 2013).

Yasui (2010), ao detalhar o modo de funcionamento da assistência à SM no século XX, pautada no modelo hegemônico da medicina psiquiátrica asilar, descreve importantes contribuições de algumas experiências pontuais, realizadas em diversos locais do país, que buscavam promover um atendimento mais humanizado, contrapondo-se a esse modelo excludente e que serviram como sementes para os movimentos que embasaram a luta pela RPb.

Como marcos do processo histórico de construção da legislação em Saúde no Brasil, foi promulgada, no ano de 1903, a primeira lei que organizava o atendimento em Saúde Mental. O decreto nº 1.132 de 1903 tinha como intuito proteger a sociedade dos riscos representados pelas pessoas com transtorno mental e regulamentar as práticas de internação. Essa lei vigorou por mais de 30 anos no país. Ela foi substituída pelo Decreto nº 24.559, no ano de 1934 que, de forma geral, dispôs sobre tratamentos preventivos e de assistência às pessoas com transtorno mental, a fiscalização dos

hospitais psiquiátricos e incluiu “os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas” (Mateus, 2013).

A década de 1960 foi marcada por movimentos de críticas aos modelos de assistência à Saúde ofertados e, principalmente, aos atendimentos aos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse período, os atendimentos eram centrados na internação em hospitais psiquiátricos, asilos ou manicômios com práticas excludentes, totalitárias e punitivas (Mateus, 2013). Nessa década ocorreu também uma mudança no perfil nosológico das internações, com a demanda de internamento por alcoolismo (Yasui, 2010).

No Brasil, a Reforma Sanitária (RS) teve início da década de 1970 com movimentos sociais que lutavam por mudanças e transformações na área da Saúde. Ela surgiu como uma resposta às exigências dos movimentos sociais com relação às reformas necessárias no âmbito da Saúde, mas também no campo político e na luta contra a ditadura empresarial-militar. No entanto, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) no mundo e no Brasil teve início na década de 1960 e 1970 visando a mudanças nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico, com propostas de alterações nas concepções de loucura, propondo a desospitalização, a desinstitucionalização e até mesmo a extinção dos manicômios. Esse movimento foi liderado inicialmente pelos trabalhadores da SM, e depois contou com a entrada de usuários, familiares e simpatizantes.

A RPb incluía uma luta pela mudança e por transformações no cuidado em SM, trazia questionamentos sobre a psiquiatria e suas práticas de Saúde, a quais abordavam ainda o tema do controle sobre os corpos e, além disso, promovia a construção de novos espaços institucionais, com estabelecimentos de SM em regime aberto, com um novo perfil caracterizado por práticas democráticas, não patologizantes e modos humanizados de conceber e “tratar” as questões relacionadas à SM. O movimento da RPb buscava promover alterações significativas na assistência em SM, com a implementação de uma rede substitutiva de serviços de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico e que fazia uso prejudicial de álcool e outras drogas (Amarante, 2003, 2007; Costa-Rosa, 2013; Grigolo; Papiani, 2014; Yasui, 2007; Pitta, 2011).

A RS e a RPb tinham como objetivo promover transformações na assistência em saúde, mas também uma redemocratização dessa área e da sociedade brasileira. Elas compreendiam a Saúde como resultado das interações dos campos sociais,

econômicos, políticos e culturais. Assim, “transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social” (Yasui, 2010, p. 30).

Acredito que o marco mais importante para a concretização das políticas públicas de Saúde ocorreu em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual trouxe como pautas a possibilidade da constituição e definição do SUS. O relatório final dessa conferência contém as diretrizes e princípios do SUS, como os concebemos hoje em 2024: a Saúde como direito de todos e dever do estado. Essa conferência também contou com a participação dos usuários e a organização para a 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que ocorreu no ano de 1987.

A 1ª. Conferência influenciou os dispositivos jurídicos que previam que a Saúde deveria se configurar como direito universal e dever do Estado, tal como apareceram na Constituição Federal, promulgada em 1988, e, posteriormente, na aprovação do SUS em 19 de setembro de 1990.

A RPb foi marcada pelo seu contexto histórico e político, um momento de retomada dos movimentos sociais e políticos, situados na segunda metade dos anos 1970. Concordamos com Yasui quando ele se refere ao campo da SM como:

[...] um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (Yasui, 2010, p. 32).

No momento da escrita destes ensaios, o ano de 2024, o movimento pela RPb conta com mais de 50 anos de intensas lutas lideradas por trabalhadores da SM e familiares de sujeitos em sofrimento psíquico. O redirecionamento das práticas de atenção em Saúde partia do estatuto social dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e sua inclusão enquanto sujeito de direitos, protagonistas de sua história, que fossem respeitados em suas individualidades, integrantes de seu território e comunidade.

Esse movimento culminou com a promulgação da Lei 10.216 de 2001 (Brasil, 2001), a qual dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo de atendimentos e das práticas em SM, o qual prevê o tratamento humanizado, compreendendo que o sujeito tem o direito de receber

informações acerca de sua saúde e tratamento. O tratamento deve ser o menos invasivo possível e deve adotar a perspectiva de base comunitária, nas diferentes modalidades de internação: voluntária, involuntária ou compulsória quando os recursos comunitários fossem insuficientes e deveriam ser realizada em locais que não tivessem características asilares e que contasse em sua equipe de trabalhadores com profissionais de diversas disciplinas: medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, como forma de garantia de um atendimento integral e individualizado. A partir da vigência dessa lei, conhecida como a lei da luta antimanicomial, tiveram origem diversas portarias que, entre outros assuntos, implementaram detalhes institucionais de um processo social complexo, de base comunitária, não centrada no hospital psiquiátrico e que tinham como horizonte o processo de desinstitucionalização.

Na perspectiva de superação do modelo biomédico-asilar, compreendo a necessidade de reestruturação dos serviços de assistência à Saúde, em direção ao sistema de SM e Atenção Psicossocial, porém se deve pensar neste como um processo histórico, um movimento que é social e complexo, que envolve usuários e familiares inseridos em um território (Amarante, 2007; Yasui, 2007).

A RP implica, segundo Yasui (2007, p. 158):

[...] uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território com seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território; implica estabelecer diferentes formas de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de modos de cuidado articuladas em rede a esse território. Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

No contexto da desinstitucionalização, os CAPS surgiram no final da década de 1980 como estratégias na substituição dos hospitais e das internações psiquiátricas. O primeiro CAPS foi criado no Brasil no ano de 1986, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira.

Os CAPS constituem-se em serviços de Saúde municipal, de caráter aberto e comunitário, com base territorial, que atuam no atendimento diário e multidisciplinar das pessoas em sofrimento psíquico. Para a sua implantação, o MS expediu a Portaria n.º 336 (Brasil, 2002) e a Portaria n.º 3088 (Brasil, 2011), que instituíram a Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS) e redirecionaram o modelo de assistência em SM, instituindo as modalidades de CAPS de acordo com o nível populacional e público atendido. Tais orientações têm como diretrizes o respeito aos direitos humanos, a garantia e o desenvolvimento da autonomia e liberdade das pessoas. Os atendimentos devem visar ao cuidado integral e multidisciplinar, de acordo com as necessidades do usuário, promovendo a sua inclusão social e o exercício da cidadania.

Durante a minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e no momento da escrita destes ensaios, no período de 2022 a 2024, a SMC buscava garantir a preservação de alguns direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico. Direitos esses que foram conquistados pelas mobilizações sociais de trabalhadores e familiares, que culminaram na promulgação da lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001, conhecida popularmente como a lei da luta antimanicomial ou lei da RP. Essa lei previa um certo redirecionamento mínimo dos modelos de assistência à Saúde aos sujeitos em sofrimento psíquico, pautados na garantia ao tratamento em base territorial e comunitária, sendo os CAPS estabelecimentos substitutivos às medidas restritivas de liberdade e de caráter asilar.

Considero importante apresentar alguns dados para situarmos no tempo alguns documentos que representam uma ruptura reacionária com relação às propostas da RPb, as quais se orientavam em torno de uma luta pelo direito à liberdade e ao tratamento no território. Tal perspectiva cidadã vem sendo ameaçada, mas de modo encoberto por um discurso de melhoria ao acesso aos atendimentos do SUS, recebendo a designação equivocada de atenção psicossocial.

Nos anos de 1990 a 2010 o MS lançou diversas portarias, resoluções e documentos que se alinhavam às propostas do movimento da RPb e do Movimento da Luta Antimanicomial. A RPb tinha conquistado muitas mudanças institucionais importantes, e os relatórios das Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) apontavam para extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos. Em paralelo a tal processo, era notório o investimento em serviços extra-hospitalares e a diminuição dos repasses públicos e incentivos aos hospitais psiquiátricos, apontando um processo de democratização das políticas em Saúde Mental.

Contudo, a RPb sempre foi marcada por tensões e conflitos de forças e lutas contrárias à consolidação de uma RP antimanicomial e democrática, detectados nos diferentes níveis de sua implementação em todo o território nacional, com problemas

diversos. No relatório da IV CNSM-I em 2010, já se anunciava esse cenário de intensificação de um movimento de contrarreforma psiquiátrica e a ênfase no modelo biomédico (Nunes *et al.*, 2019).

A partir de 2010 já era perceptível uma diminuição das implantações e implementações dos serviços substitutivos, mas com novas alternativas para a assistência em saúde que passaram a incluir práticas asilares remodeladas. No ano de 2011 as Comunidades Terapêuticas (CT) passaram a integrar a RAPS, por meio da Portaria nº 3088 (Brasil, 2011), e em seu artigo 9, colocou o CAPS como equipe de referência para regulação das vagas em CT e responsável pelo PTS do usuário a ser encaminhado para um “tratamento em CT” com o seguinte texto:

[...] Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. § 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde (Brasil, 2011).

Essas novas composições da RAPS constituíram o primeiro sinal de uma possível mudança nos rumos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que posteriormente foi se intensificando e encontrou momento oportuno com o cenário político reacionário de 2015. Tratava-se de um cenário político com uma bancada conservadora, que culminou no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff e o início de um processo de rupturas dos projetos produzidos pelo governo de centro-esquerda, e dentre eles a PNSM. Concomitante a isso, ocorreu a nomeação de um Coordenador de SM, simpatizante do modelo manicomial, que apontava possíveis mudanças nas PNSM.

Começaram a surgir uma série de notas, portarias, decretos, documentos normativos que indicavam uma alteração conservadora nos rumos das políticas públicas de Saúde Mental no Brasil que até então vinham sendo orientados pelos princípios éticos da RPb, configurando uma contrarreforma psiquiátrica ou um retorno ao modelo asilar (Nunes *et al.*, 2019; Passarinho, 2022).

Em dezembro de 2017, foi editada a Portaria GM nº 3588 (Brasil, 2017), que trouxe algumas mudanças nos modelos assistenciais e reafirmou o Hospital psiquiátrico como pertencente à RAPS e instituiu o CAPSad IV, com a possibilidade

de ter enfermaria com até 30 leitos, funcionando todos os dias da semana e em feriados.

Em 2018, foi constituída uma rede parlamentar em defesa da nova política de Saúde Mental. Delimitando supostamente esses novos rumos do modelo de assistência à Saúde, foi lançada a nota técnica nº 11 (Brasil, 2019a). Ela apresenta um novo cenário político e ideológico para com os cuidados em SM, momento em que o MS apresentou uma “nova política de Saúde Mental”.

Na introdução da nota técnica nº 11 (Brasil, 2019a) consta que ela foi o resultado de meses de debate e que, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) “anunciou medidas para fortalecer os atendimentos no SUS, promovendo mudanças na PNSM, para torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada” (Brasil, 2019a, p. 3). Podemos perceber que essa nota técnica resumiu algumas portarias, resoluções, documentos que já haviam sido anunciadas pelo governo.

Esse “novo” formato que agregava os tratamentos farmacológicos mais sofisticados aliados ao tratamento moral, excludente e com internações de longa permanência, era focado nos usuários de substâncias psicoativas. Era respaldado pela Lei 13.840 (Brasil, 2019b), que dispunha sobre o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas e condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, além de tratar do financiamento dessas políticas sobre drogas. Em seu conteúdo, essa lei indicava a necessidade de efetivação de políticas públicas que abordassem a reinserção social por meio da educação continuada e do trabalho, apontando a abstinência como meta e disciplina em duas modalidades a internação: a voluntária e a involuntária. Incluía também como método de tratamento a internação em Comunidades Terapêuticas. Acrescenta-se ainda que deveriam ser ofertadas “orientações adequadas quanto ao uso lesivo de drogas”.

O processo de contrarreforma em curso na área da SM no Brasil pode ser definido como:

[...] um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até revertem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural (Nunes *et al.*, 2019, p. 4491).

O que podemos denominar como contrarreforma são os movimentos realizados

pelo MS, opostos aos avanços e conquistas da RPb. Elenquei alguns de seus aspectos apontados por Nunes *et al* (2019): a- desconsideram o fluxo histórico e as pactuações realizadas nos CNSM, que chegou a datar a extinção dos hospitais psiquiátricos e que, de fato, nunca se cumpriu, essa nova política desconsidera a democratização e a participação social nas decisões; b- promovem o retorno dos hospitais psiquiátricos inserindo-os na RAPS e a desinstitucionalização não se trata mais de fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos; c- a articulação entre MS, Justiça e o Ministério do Desenvolvimento Social para o financiamento das CT para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas, como um retrato do retorno do modelo manicomial e de exclusão social.

Uma análise dos documentos evidencia também que ainda se utiliza do nome “atenção psicossocial”, mas numa tentativa estratégica e ideológica de encobrir a intencionalidade dos pressupostos teóricos, técnicos e políticos que embasam essa “Nova Política de Saúde Mental” (Nunes *et al*, 2019; Passarinho, 2022).

Com a nota técnica nº 11 (Brasil, 2019a), deparamo-nos com alguns retrocessos referentes à RPb, sendo necessário aos trabalhadores da SM uma postura (auto)crítica sobre sua práxis e os impactos sociais, políticos e ideológicos embutidos nas concepções do processo de saúde-adoecimento-Atenção.

Com base na bibliografia (Costa-Rosa, 2013) e de acordo com minha experiência como trabalhadora psicóloga, nas práticas em SM existem dois modelos antagônicos e contraditórios, configurando dois paradigmas presentes nos discursos e práticas, tanto dos estabelecimentos de Saúde quanto nas leis, documentos e normativas que os regem, em constante luta pela hegemonia nas práticas de Atenção à Saúde. Esses modelos seriam o modelo manicomial ou PPHM, centrado na figura do médico, que, com o seu saber sobre o sujeito em sofrimento psíquico, direciona seu “olhar” para a doença e lhe apresenta “a cura” com seu aparato tecnológico (medicalização) e/ou hospitalização.

Como seu contraponto, emergiu o Paradigma Psicossocial (PPS), que busca realizar uma ruptura com esse modo asilar de conceber e tratar o sofrimento psíquico. No PPS a ênfase está colocada no sujeito e não na sua doença. Trata-se de um sujeito considerado em suas dimensões sociais e psíquicas (inconsciente e sujeito do desejo), executantes de práticas na atenção ao sofrimento psíquico embasadas em ações transdisciplinares dos saberes para a compreensão dessa realidade complexa

que exige um instrumental também complexo. Para um entendimento mais aprofundado, torna-se oportuno elucidar os paradigmas presentes no campo da SMC.

1.4. O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR

Para abarcar os estabelecimentos de SMC como dispositivos de produção de subjetividade, faz-se necessário entender os modos e os processos de produção propostos por Marx e como se expressam no campo da Atenção ao sofrimento psíquico na atualidade, por meio dos paradigmas que pautam as ações assistenciais de cuidados ofertadas aos sujeitos que demandam por atendimento em SM.

As instituições são constituídas por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso ideológico polissêmico. Nas instituições de SMC ocorre o “agenciamento das pulsações da demanda social, mediadas pelo imaginário e pela ideologia, numa conjuntura sociopolítica determinada” (Costa-Rosa, 2013, p. 116) e não há como pensar em produção de saúde psíquica, no contexto coletivo, sem a intermediação do estabelecimento como um dispositivo institucional importante. (Costa-Rosa, 2000, 2013).

Para pensarmos em novas práticas, nova clínica ou uma clínica crítica tal como propostas e preconizadas pelas leis de criação do CAPS, segundo Costa-Rosa (2000, 2013) faz-se necessário analisarmos os paradigmas que estão em luta pela hegemonia no cuidado em SM, compondo dois modos de cuidado avessos dialeticamente, o PPS e o seu antípoda – o modo asilar (Costa-Rosa, 2000, 2013). No modo asilar, denominado PPHM, o sujeito é visto como doente, e os cuidados são pautados na tutela, na vigilância, no tratamento moral calcado no Discurso do Médico.

Cada um desses paradigmas imprime direções contraditórias para a teoria, a técnica e a ética, determinando, em consequência, modos antagônicos de produção de subjetividade e realizando diferencialmente a relação entre produção de subjetividade e “produção de saúde”, cujos efeitos, para o sujeito que recorre à ajuda psíquica, são também antagônicos em termos terapêuticos e éticos (Costa-Rosa, 2000).

No PPHM “o objeto” é entendido como completamente orgânico e passivo, pois se baseia no princípio doença-cura, calcado pela ética disciplinar, também chamada de ética da psiquiatria, com estratégias de cuidados centradas na sintomatologia e sua medicalização com práticas curativo-alienantes. Na ética do cuidado não há o protagonismo necessário do sujeito para seu processo de tratamento. Nesse

paradigma, há pouca ou nenhuma consideração no que se refere à existência do sujeito enquanto subjetividade desejante (Costa-Rosa, 2000, 2011, 2012; Shimoguiri; Périco, 2014; Périco, 2014). As relações são verticalizadas e reproduzem os moldes socialmente dominantes da subjetividade serializada típicas do MCP, ocasionando supressão sintomática pela via do tamponamento dos impasses psíquicos (Yasui; Costa-Rosa, 2008; Costa-Rosa, 2000, 2013).

Nesse modo de produção de Saúde os estabelecimentos para tratamento são os hospitais psiquiátricos e os manicômios, os quais consistem em espaços depositários de tutoria e “agenciadora de suprimentos de uma clientela considerada carente” (Costa-Rosa 2000, p. 161). Podemos encontrar certos CAPS que, embora tenham se originados a partir da RPb, podem ainda apresentar um discurso e uma ética mais condizentes com o PPHM do que com o PPS.

Minha vivência profissional em um CAPSad incluiu o atendimento de diversos casos nos quais os modos de operação técnicos eram orientados pelas perspectivas do PPHM. Eu me inseri enquanto trabalhadora num CAPSad no ano de 2010, depois de minha aprovação em Concurso Público. Não tinha até aquele momento nenhuma experiência profissional dessa modalidade de tratamento de Saúde no território. Pensando a respeito dos motivos que me fizeram prestar o concurso e adentrar no campo da Atenção Psicossocial, considero que os impasses suscitados nos atendimentos aos adolescentes em Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (MSE/LA) foram importantes, pois a maioria deles fazia uso de substâncias psicoativas.

Fui uma das últimas profissionais a ser chamada para compor a equipe técnica deste estabelecimento de Saúde. Minhas recordações são permeadas por um misto de sentimentos diferentes, pois, ao ser recepcionada pela coordenadora do CAPSad na época, ela me questionou em relação à abordagem teórica que embasava meus atendimentos psicológicos. A esse questionamento prontamente respondi que era a psicanálise, e de imediato ela disse que não era uma abordagem adequada para os atendimentos aos usuários de álcool e outras drogas. Ela continuou esclarecendo sobre as rotinas de trabalho e quais seriam meus horários de entrada, saída e intervalo de almoço. Também explicou que eu deveria almoçar com os pacientes para vigiar os seus discursos e ensiná-los a se comportarem à mesa. Ao mesmo tempo que nós, trabalhadoras da Saúde, tínhamos que vigiar os pacientes, éramos vigiadas, pois a sala da coordenadora tinha uma janela aberta para o refeitório, dando a ela acesso à

escuta das conversas entre nós e os sujeitos. A sensação era de vigilância com vistas à punição, pois havia um imperativo de disciplinarização de todas as pessoas, sendo elas trabalhadores ou pacientes (Foucault, 1999).

Tenho como recordação dos primeiros anos de práticas de cuidado em Saúde Mental neste estabelecimento o fato de que as ações de “tratamento” eram baseadas na exigência do ideal de abstinência às substâncias psicoativas, com elevado índice de internação como resposta aos impasses apresentados pelos usuários. Observava a realização dos pedidos que vinham, tanto por meio de medidas jurídicas quanto por parte de familiares dos pacientes. Com o tempo e com o estudo da literatura, compreendi que quando respondemos de imediato a uma demanda, sem tempo para a reflexão a respeito de espaços de escuta às complexidades históricas e sociais do sujeito, as nossas práticas permanecem orientadas pelo PPHM (Costa-Rosa, 2000). Tanto a internação quanto a medicalização como modalidades exclusivas de tratamento, quando são apresentadas como respostas instantâneas para as diversas problemáticas apresentadas pelo sujeito e seus familiares, não correspondem à ética da Atenção Psicossocial. A lógica do PPHM diverge dos interesses dos movimentos sociais que culminaram na RPb, os quais almejavam por mudanças na assistência em saúde, por tratamento em liberdade e de base comunitária e social, por colocar a doença entre parênteses para emergir o sujeito do sofrimento e por novas formas de Atenção ao sofrimento psíquico.

Durante alguns anos como psicóloga atuando nesse CAPSad, reconheço que minhas práticas se baseavam no PPHM, isso porque apresentava atitudes intromissoras e desavisadas e que, por vezes, decidia sobre a vida daqueles sujeitos. Por mais que as ações realizadas por mim e pela equipe tomassem o sujeito enquanto objeto de nossa intervenção, sem ser o protagonista de fato de sua história, acredito que minhas condutas e das demais trabalhadoras da equipe técnica tentavam assumir uma postura mais humanizada.

As internações involuntárias ou compulsórias sempre despertaram em mim intensas angústias, por não conseguir compreendê-las como sendo realmente atos de cuidado. As memórias que tenho são condizentes às imposições da coordenação do CAPSad no que tange à realização das internações, colocando-as como algo necessário, utilizando um discurso ameaçador, afirmando que, caso não realizasse a internação e acontecesse uma situação adversa com o paciente, eu e minhas colegas seríamos responsabilizadas. Passei a entender, nessas situações de cobranças

externas, como o sujeito não tinha o direito de escolher sobre si e seu tratamento. Mas me questionava por que eu, ou nós, éramos quem detinham o saber sobre as melhores escolhas para ele. Com os anos essa inquietação só foi aumentando.

Os atendimentos que realizei no CAPS me marcaram muito. Contudo, um deles me trouxe diversas reflexões. Um caso marcante foi o do Sr. José²⁸, homem de 56 anos, o qual foi encaminhado para o CAPSad pela assistente social da empresa na qual ele trabalhava. Na avaliação ele compareceu acompanhado da esposa e foi avaliado pela técnica plantonista. Ele era casado e tinha três filhos desse casamento. Em relação à vida de casal, mencionaram que estavam há 4 meses dormindo em quartos separados e com dificuldades de comunicação. O relacionamento com os filhos era permeado por um distanciamento afetivo. Em sua avaliação consta que José era usuário de etílicos desde sua juventude. Nos últimos dez anos ele e a família perceberam que o consumo de bebida alcoólica havia aumentado, prejudicando suas atividades laborais, relações sociais e ocasionando muitos conflitos familiares. O assistido fazia uso diário de aproximadamente um litro de pinga, inclusive durante sua jornada de trabalho. Inicialmente ele foi inserido para tratamento em modalidade intensiva, realizada com a sua ida ao CAPSad todos os dias e em período integral, das 08hs às 15hs. O Sr. José passou por avaliação comigo e neste primeiro encontro verbalizou sobre o início do consumo de etílicos, depois falou sobre o período de abstinência por dez anos depois do casamento e nascimento dos filhos. Depois desse primeiro atendimento, eu e a assistente social fizemos uma visita domiciliar e conversamos com a esposa do paciente para melhor compreender as relações familiares, sociais e as características do processo da dependência do marido.

O paciente foi inserido no grupo de “acolhidos”, um grupo com caracterização pedagógica, orientativo e aberto, coordenado por mim e pela assistente social. Nesse grupo, nós, trabalhadoras, tínhamos temas, filmes, atividades preestabelecidas para serem abordadas e compartilhadas com os pacientes.

O paciente nos primeiros momentos no CAPSad iniciou um processo de redução no uso de etílicos, fato que tanto ele quanto a família traziam como um elemento positivo. Os familiares participavam das reuniões de família, conduzidas prioritariamente pela assistente social e posteriormente com a participação de alguma outra técnica.

²⁸ Nome fictício.

Para o “tratamento”, eu e a equipe utilizávamos vários procedimentos técnicos, tais como inserção em oficinas, grupo de acolhidos, grupo de psicoterapia, atividade física, reuniões familiares, visitas domiciliares, contato com a assistente social da empresa e contato por telefone com os filhos. O paciente, com o tempo, apresentou uma redução no consumo de álcool, depois, no período de abstinência, depois de faltas nos grupos e nas atividades do CAPSad e pelo retorno ao mercado de trabalho, voltou a ter um uso prejudicial dos etílicos. Nesse momento realizamos outra visita domiciliar para atendimento do paciente e esposa, e também foi feito um contato via telefone com a assistente social da empresa para o retorno do paciente, esclarecendo os riscos de ele perder o trabalho.

Ao tomar conhecimento dessa situação, realizei o atendimento do paciente e constatei, por meio de relatos da família, o retorno de José à ingestão de grandes quantidades de etílicos, o que ocasionou problemas no trabalho e acentuou os conflitos familiares. Foi nesse momento que, em conjunto, decidimos pelo retorno de José ao tratamento em modalidade intensiva e em período integral.

Os contatos com a família eram frequentes por meio de ligações telefônicas, nas quais realizávamos a acolhida desses familiares quanto às expectativas em relação ao tratamento do Sr. José. Depois de alguns meses de tratamento, os familiares ligaram para informar algumas percepções acerca de comportamentos apresentados por ele, os quais sugeriam um estado emocional depressivo, com conversas de teor suicida.

Os atendimentos a Sr. José eram semanais em grupos e individual, se necessário. Nos atendimentos, buscava ter uma escuta para além dos sintomas apresentados e do uso de etílicos, momentos esses em que ele verbalizava seus conflitos pessoais, familiares e de trabalho, os quais pareciam repercutir o uso abusivo de etílico. Concomitantemente com a queixa da família, ele revelou pensamentos e planejamentos de uma possível tentativa de suicídio.

Diante dessa situação, solicitei a presença da família no CAPSad para uma reunião. Antes dessa reunião discutimos, enquanto equipe técnica, as possibilidades de intervenções, e optamos pela sua internação. O Sr. José, na ocasião, permanecia e adormecia em um cômodo nos fundos da residência do casal e ao cômodo nem os filhos, nem esposa tinham acesso. Também não contávamos com leito em hospital geral, e não tínhamos, naquele momento, suporte familiar e social para um acompanhamento extra-hospitalar. Porém, a internação foi refletida e pactuada

juntamente com ele e os familiares.

A equipe técnica planejou meticulosamente a internação, escolhendo os profissionais que tinham um vínculo mais bem estabelecido com o Sr. José, eu e o técnico educacional. Nós então o acompanhamos na ambulância, juntamente com a filha, enquanto os demais integrantes da família foram em outro carro. Estivemos presentes durante todo o procedimento, desde a chegada e o percurso da ambulância até o hospital psiquiátrico. O técnico educacional, percebendo os movimentos do Sr. José para chegar até a porta da ambulância, se colocou como barreira, impedindo que ele se atirasse para fora do veículo em movimento. Somente depois da alta hospitalar, ele admitiu que sua intenção naquele momento era a de se jogar da ambulância, e que o profissional havia tido sensibilidade em entender e impedir tal ação.

Ao chegarmos ao hospital psiquiátrico, a família fragilizada com a internação solicitou que eu o acompanhasse nesse momento, e eu o fiz. Foi um tempo de espera pela avaliação, mas também de muito diálogo entre mim e ele. Nessa conversa, ele apontou suas dúvidas, sentimentos e aflições a respeito da internação. Ou seja, foi uma espera, mas também um espaço de reflexão.

Ele ficou dois meses internado no hospital psiquiátrico e depois retornou para o tratamento no CAPSad. As condutas adotadas com os familiares e com o Sr. José possibilitou espaços de escuta e reflexão entre os membros da família, possibilitando a retomada do diálogo e da manifestação de afetos.

Por vezes esse caso em particular suscitava-me alguns questionamentos a respeito de suas peculiaridades. Havia oferecido a ele algo diferente daquilo que recebiam os demais pacientes? O que levou essa pessoa não só à abstinência, mas principalmente, ao retorno afetivo para sua família? O que havia feito sentido significativo para ele? Era um “meio”, um “entre” que foi criado nesse processo que ainda não conseguia identificar, replicar e operar em minhas práticas, mas que em breve entenderia ser uma forma outra de relacionamento entre profissionais de SM e sujeitos do tratamento.

Pensando no caso do Sr. José e nos paradigmas presentes nas instituições de saúde, pude refletir sobre qual paradigma embasou a minha prática. Esse caso pode ser considerado de “sucesso” dentro do PPHM, que tem como meta radical a abstinência do sujeito? Será que em algum momento, ainda desavisados, pois ainda não havia encontrado o DI, conseguimos abrir um espaço para a escuta a esse sujeito do inconsciente e suas formações sociais, possibilitando que ele encontrasse as

respostas ao seu sofrimento? Acredito que, ainda que desavisada, consegui escutar esse sujeito do inconsciente e do carecimento.

Esse caso e outros que chegavam por encaminhamento da Assistência Social e do Judiciário, principalmente no caso de mães que faziam uso de substâncias psicoativas e que seguiam encaminhadas para tratamento, eram regidos pelo imaginário social que associa a negligência e maus-tratos com a dependência química e a situação de vulnerabilidade. Essa interação entre políticas públicas de Saúde, Assistência Social e Poder Judiciário colaboraram para a minha inserção em programas de pós-graduação de especialização em dependência química e, posteriormente, em psicologia jurídica, ainda numa perspectiva cartesiana, na concepção do sujeito enquanto objeto de intervenção de alguém que detém o saber acerca de seu sofrimento. Porém, os limites dessa prática eram permeados pela angústia, pelos “insucessos” e pelas dificuldades que permaneciam em minhas práticas profissionais diante das complexidades existenciais apresentadas pelos sujeitos.

As internações compulsórias ou involuntárias eram situações que me deixavam apreensiva e angustiada, por considerá-las um momento de intervenção medicamentosa e de exclusão social que anulava aquela pessoa enquanto sujeito. Por diversas vezes, questionei-me se era uma “intervenção adequada” e se de fato era a melhor alternativa para o caso específico. Nesse período, ainda sem clareza paradigmática sobre minhas inquietações, apenas me pautava nos sofrimentos percebidos em cada sujeito quando submetidos à internação, ao uso de medicação por imposição e à inserção obrigatória em atividades de tratamento. Eu notava como essas formas de operar um cuidado impositivo, intervencionista, me angustiavam por desconsiderar “o desejo e as vontades daquela pessoa”. E me questionava se não estaríamos aprisionando os sujeitos num tratamento que julgávamos aberto.

Diante dessa aflição e sem saber ainda onde buscar referências e respaldos técnicos-teóricos, em meados de 2018 retornei à Universidade como aluna especial de pós-graduação com o objetivo de obter respostas às minhas dúvidas e inquietações. O retorno à Universidade me parecia uma garantia de poder pensar sobre a minha prática profissional e entender o que acontecia no cotidiano do meu trabalho. Como muitas vezes no nosso trabalho deparamo-nos com dificuldades, impossibilidades, insucessos e tantas cobranças em relação à adesão ao tratamento numa perspectiva de abstinência e de “limpeza social”, escolhi, dentre tantas

disciplinas ofertadas para os alunos na modalidade “especial”, uma de abordagem psicanalítica.

Depois de concluir essa disciplina, na tentativa de ingressar em grupos de estudos e supervisão que trabalhavam com a Saúde pública num horizonte do sujeito enquanto ser de direitos e do inconsciente, entrei em contato com uma antiga colega de trabalho que me indicou o Dr. Waldir Périco. O meu maior desejo era trabalhar com a Psicanálise na Saúde pública, mais especificamente num CAPSad, pois, para mim, o que faltava era abranger um sujeito social, um sujeito do inconsciente e a partir da Psicanálise de Freud e Lacan, um sujeito do desejo.

[...] no cotidiano dos serviços que deveriam ser substitutivos, a reprodução de relações e de práticas bastante representativas do modelo manicomial, o que torna sempre atual a afirmativa basagliana de que é preciso desconstruir os manicômios que existem dentro de cada um. Só então é possível lançar-se ao contato com o outro sem as amarras construídas dentro do paradigma doença-cura, que coloca os profissionais no lugar de um saber que subjuga o outro, tornando depositário de práticas que desconsideram sua subjetividade e seu desejo, aqui tomados a partir da acepção precisa que lhes dá a Psicanálise do campo de Freud e Lacan (Galiego, 2013, p. 13).

O primeiro contato com o Dr. Waldir Périco proporcionou-me a certeza de que estava “no caminho certo”, assumindo a postura teórica, técnica, ética e metodológica do DI como algo que iria me instrumentalizar para atuar de outra forma, atenta ao sujeito. Iniciei minha participação nos grupos de estudos e também na supervisão, nas quais comecei a entrar em contato com artigos, livros e relatos de práxis pautados pelo DI. Repensar minha práxis e ter um espaço de reflexão colaborou para a amenização das angústias suscitadas pelos impasses do cotidiano. Comecei a compreender que não precisava responder de imediato às demandas dos familiares ou do estabelecimento, antes, era necessário ter uma compreensão da complexidade daqueles sujeitos e de suas famílias.

A posição de intercessora ocupada no dia a dia foi operada pelo desejo de atuar a partir de uma ética singularizada. Fomos tentando desocupar a posição pedagógica e detentora de conhecimento para possibilitar a emergência de um novo saber, este construído pelos próprios sujeitos da práxis, seja na operada juntamente com o coletivo de trabalhadores, seja com os sujeitos em tratamento.

No coletivo de trabalhadores, nos espaços de reuniões começamos a fomentar espaços de reflexão para a discussão dos casos. Numa das reuniões pontuei que estávamos apenas “passando informações” de forma burocrática e sem espaços de

reflexões e de encaminhamentos concretos dos casos. A partir daquele momento começamos a ficar atentas à busca de discutir o caso antes de seguir para um novo caso ou assumir outros assuntos de organização de rotinas do CAPSad.

1.5 O PARADIGMA PSICOSSOCIAL

Em contraposição ao PPHM, o PPS tem como referências e bases a psicanálise de Freud e Lacan, o Materialismo Histórico, a Análise Institucional francesa e a Filosofia da Diferença (Costa-Rosa, 2013). O objeto é o sujeito do tratamento, o sujeito social (indivíduo mais inconsciente) e o sujeito do inconsciente entre significantes (Costa-Rosa, 2000, 2013). Esse modo compreende o processo saúde-adoecimento-Atenção como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado que não procura a “supressão” do sintoma, mas o equacionamento simbólico dos impasses.

O sintoma²⁹ pode ser remitido como consequência, e não como objetivo *a priori*. As concepções do ‘objeto’ das práticas em SMC são ampliadas de acordo com o princípio dinâmico-processual “saúde-adoecimento-Atenção” em sintonia com o conceito de existência-sofrimento, não se desconsiderando a dimensão orgânica do sujeito, porém a ênfase desloca-se para o sujeito do (desejo) inconsciente (Costa-Rosa, 2000, 2012, 2013; Périco, 2014; Shimoguiri; Périco, 2014; Shimoguiri, 2019). A ele é atribuído o protagonismo de seu tratamento, considerando sua dimensão de indivíduo (orgânico e sociocultural) e pertencente a um grupo familiar e social. As metas radicais deste modo são a desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000).

O PPS – modo psicossocial – visa à superação da cisão entre “sujeito-objeto”, “doença-cura”, e o sujeito é compreendido enquanto sujeito pertencente ao corpo social, um sujeito do inconsciente e do desejo. A supressão sintomática não é a meta,

²⁹ O sintoma tem valor significativo tão aleatório quanto imprevisível. Enquanto formação do inconsciente, ele se “constitui, com efeito, por sucessivas estratificações significantes. Ora, nessa estratificação, a “seleção” dos significantes não obedece a nenhum princípio de escolha estável, e nem a ação simultânea dos processos metafóricos e metonímicos” que operam esta seleção. Os componentes significantes constitutivos no sintoma mantêm-se, então, diretamente tributários das “fantasias” do inconsciente (Dor, 1991, p. 22). Para Lacan (1998), o sintoma é uma mensagem a ser decifrada por ser definida pela linguagem de sua estrutura. Sua abordagem ocorre por meio da elaboração da história do sujeito.

porém também é alcançada como efeito das ofertas de tratamento. Neste modo psicossocial, o que se visa é o reposicionamento subjetivo do sujeito, levando em consideração sua dimensão subjetiva e sociocultural (Costa-Rosa, 2000, 2013; Shimoguiri; Périco, 2014).

A ética pertinente é a da Atenção Psicossocial, que consiste na “ética do desejo, que é a relativa ao inconsciente, e como possibilidade de produzir constantemente sentido novo para diferentes injunções sociais e subjetivas do cotidiano” (Costa-Rosa, 2012, p. 750). Trata-se da ética do cuidar-se, que deve também incluir a dimensão da interprofissionalidade (Costa-Rosa, 2011). Os estabelecimentos e seus agentes funcionam como “espaço de interlocução, e de ‘suposto-saber’, para poder sustentar a oferta de uma possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização” (Costa-Rosa, 2000, p. 162).

Diante dessa caracterização no que concerne aos modos de produção de Atenção existentes nas instituições de SMC e nos estabelecimentos, e se estes constituem em modos antagônicos de concepção e produção de subjetividade da saúde, podemos perguntar: quais destes modos encontramos presentes na práxis da equipe de profissionais do CAPSad no qual atuamos na nossa intercessão-pesquisa? Podemos considerar que haveria uma alternatividade ou o predomínio de um desses paradigmas?

Tendemos a subscrever a constatação de Costa-Rosa (2000, p. 165): “[...] apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o modo asilar, pode-se observar, ainda, em nosso meio, a sua absoluta dominância [...]” nas práticas dos profissionais de saúde do CAPSad no qual atuamos. Nossos esforços buscaram a subversão dessa perspectiva.

Certamente, a análise problematizadora das éticas que estão em operação nos modos de Produção de Atenção devem servir de base para as discussões das práticas empreendidas pelas equipes interprofissionais originadas da RPb (Costa-Rosa, 2011).

CONSIDERAÇÕES

Os CAPS surgiram num contexto de intensas lutas protagonizadas pelos trabalhadores da saúde, familiares e sujeitos em sofrimento psíquico, com o propósito de promover a reinserção comunitária e o fortalecimento de vínculos sociais dos

indivíduos, buscando superar o PPHM até então vigente e introduzindo o PPS. Neste sentido, segundo o MS (2005), os CAPS têm valor estratégico na RPb por possibilitarem a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e procurar preservar e fortalecer os laços sociais dos sujeitos em sofrimento em seu próprio território. Os CAPS, portanto, constituem-se como núcleo produtor de uma nova clínica.

Os modos de produção em saúde ofertados pelos estabelecimentos de SMC são embasados por um paradigma que os sustentam e que podem ser (re)produtores da ideologia dominante, produzindo sujeitos alienados como efeitos da divisão social do trabalho típicos do MCP. O PPS, por sua vez, busca romper com a divisão social do trabalho e postula que os sujeitos são capazes de produzir as respostas criativas acerca de seus impasses psíquicos.

Sabemos que o PPHM está em consonância com a ideologia dominante e que ainda está presente nos estabelecimentos de Saúde, mas apostamos e acreditamos na alternatividade – tal como apontado por Shimoguri (2019) e Mexko (2021) – operando no plano da micropolítica por meio da inserção dos trabalhadores-intercessores nos campos da Atenção Psicossocial, em sua práxis, e, na Universidade, por meio da produção de saberes relacionados às vivências da práxis nos diversos estabelecimentos da instituição de Saúde. Entendemos que essa produção de conhecimento pode se constituir em fonte de inspiração para outros trabalhadores-intercessores.

O DI é uma ferramenta que possibilita promover a ruptura com os modos de trabalho instituídos, típicos do modo asilar, rumo às práticas da Atenção Psicossocial. As ações psis referentes aos sujeitos em sofrimento em decorrência do uso, abuso ou dependências de álcool e outras drogas têm grande movimento e prevalência de atos pautados ainda na biologia, na medicalização, na adaptação social por meio das mudanças de comportamento em consonância com a divisão social do trabalho e da produção dos conhecimentos típicos do MCP. Mas também encontramos alguns trabalhadores-intercessores no campo da Saúde Mental e produzindo conhecimentos acerca de sua práxis. O saber que é produzido pautado no DI não se constitui um saber pronto e acabado, mas se trata de um saber que está em constante movimento e construção.

Durante a nossa práxis, detectei que os modos de Atenção à Saúde, no estabelecimento no qual estávamos inseridos, estavam pautados ainda no PPHM. Do

ponto de vista lógico, apesar do CAPSad ser um estabelecimento suscitado pela RPb e ter como horizonte ético e político o PPS, estando na posição de um estabelecimento “novo” e “substitutivo”, isso não garante automaticamente que os modos de produção de saúde estejam pautados no PPS. Constatei que, apesar de sua origem na RPb, o estabelecimento do qual fazia parte trazia em seu escopo ações medicalizadoras, médico-centradas e hospitalocêntricas como efeitos do Modo Capitalista de Produção (MCP), reproduzindo, assim, a ideologia dominante e (re)produzindo subjetividades alienadas e serializadas.

Constato, assim, que, apesar de o CAPS ser um estabelecimento novo, nele ainda prevalecem práticas não condizentes com sua proposta oficial de implantação, que trazia em seu horizonte novas práticas de Atenção à Saúde, pautadas no tratamento no território, na promoção da inclusão social, no protagonismo dos atores sociais na desmedicalização e na desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. O ensaio como forma. In: ADORNO, W. T. **Notas de Literatura I**. São Paulo: 34, Coleção Espírito Crítico, 2003. p. 15-45.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Feliz Guattari, 2002.
- BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. especial, p. 88-120, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/14773>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BENELLI, S. J. **Problematizações das Figuras da Psicologia Clínica: olhar, cuidar e escutar**. São Paulo: Editora Unesp digital, 2023a.
- BENELLI, S. J. Perspectivas transdisciplinares de investigação: intercessões institucionais. In: BENELLI, S. J.; DIONÍSIO, G. H. (Org.) **Perspectivas de pesquisa na pós-graduação: psicologia e sociedade**. Bauru: Gradus, 2023b. p. 13-28.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Lei Federal nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/l10216.htm Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental> Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humaniza-sus> Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/saude-mental> Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental> Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental> Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental> Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.840**, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l13840.htm Acesso em: 10 nov. 2024.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986, p. 1-21. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 02 mar. 2024.

CNSM – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final. Anais da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988, p. 1-43. Disponível em: http://www.saude.gov.br/1CNSM_JUN_1987.pdf Acesso em: 02 mar. 2024.

COSTA-ROSA. Intercessões e análises sobre o Processo de Produção saúde adoecimento-Atenção no campo psíquico, num Território municipal: produção de novas tecnologias para a implementação da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (número especial), p. 9-36, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>. Acesso em: 10 de jan. 2025.

COSTA-ROSA, A. **Dispositivo intercessor**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista - UNESP, 2017. Mimeografado.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 29, n. 1, p. 115-126, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsic/a/KzxDhZq/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 743-757, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Q5gFnQ5/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DELEUZE, G. **Conversações (1972-1990)**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DOR, JOEL. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Tradução Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira (Vol. XII, 1912)**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.133-143.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Assis, 2013. 78 f. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/121117>. Acesso em: 10 nov. 2024.

GALIEGO, A. H. B.; COSTA-ROSA, A. Contribuições do dispositivo intercessor para a práxis da Atenção Psicossocial: relato da experiência vivenciada num Capsad. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, número especial, p. 243-260, 2019. Disponível em: <https://revistas.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/12345>. Acesso em: 10 nov. 2024.

GARCIA, A. S.; COSTA-ROSA, A. O dispositivo intercessor: contribuições da filosofia da diferença. In: TOLEDO, R. F. (Org.). **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 167-186.

GRIGOLO, T. M.; PAPPIANI, C. Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 1-26, 2014. Disponível em:

<https://www.cadernosbrasileirosdesaude.mental.com.br/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

JANEGITZ, H. H. S. **Uma psicóloga trabalhando na assistência social: problematizações da práxis num centro de referência especializado de assistência social (CREAS)**. 2022. 215 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/132018>. Acesso em: 10 nov. 2024.

KOCH, I. G. V. **Desvendando os segredos do texto**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

Lacan, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MARCANTONIO, J. H. A loucura institucionalizada sobre o manicômio e outras formas de controle. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 139-159, out. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100009. Acesso em: 5 mar. 2022.

MARTINI, R. B. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. 96 f. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/124010>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MEXKO, S. **Psicologia e Assistência Social: contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150837>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MEXKO, S. **Uma psicóloga psicossocial no CAPS: contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico**. 2021. 236 f. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/185079>. Acesso em: 10 nov. 2024.

NUNES, M. de O.; GALVÃO, M. R.; RIBEIRO, J. A. F.; TAVARES, M. G. R.; FALCÃO, R. A. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ktPYvYbZVzX8LgFhzx6MZZ/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista em Pauta**, n. 49, v. 20, p. 65-80, 2022. Disponível em: <https://www.revistaempauta.com.br/retrocessos-na->

politica-nacional-de-saude-mental-consequencias-para-o-paradigma-psicossocial/. Acesso em: 10 nov. 2024.

PAVIANI, J. O ensaio como gênero textual. **V Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais**, v. 5, p. 1-6, 2009. Disponível em: <https://www.simpfsgt.com.br/proceedings/ensaios-como-genero-textual.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2011.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. 2014. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

PINEDA, D. Operação Ensaio: por uma estética da resistência. **TransFormações em Psicologia** (Online), v. 3, n. 1, p. 00-00, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ttp/article/view/51692>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

REBOUÇAS, G. M. O ensaio como reflexão metodológica para o campo jurídico. **Anais do 13º Encontro Nacional do CONPEDI**–Salvador, p. 3196-3209, 2008.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (número especial), p. 198-215, 2019. Disponível em: <https://revistas.unesp.br/index.php/revistapsico/article/view/12698>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: <https://revistas.unesp.br/index.php/revistapsico/article/view/15649>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SOUZA, W. A. O dispositivo intercessor na Assistência Social: um modo de transformação da realidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 15, n. 1, p. 63-68, 2016. Disponível em: <https://revistas.unesp.br/index.php/revistapsico/article/view/15708>. Acesso em: 10 nov. 2024.

STRINGHETA, L. V. H. de O.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi”. In: CONSTANTINO, Elizabeth P. (Org.). **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.; SILVA JR., A.; MATTOS, R. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental:**

contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 113-160.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Revista Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2008.v32n78-79-80/27/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

YASUI, S. **CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 113-160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rupturas/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ENSAIO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: MODALIDADES DE TRATAMENTO E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

Este ensaio pretende apresentar uma reflexão acerca do uso de drogas no Brasil e o surgimento de políticas públicas repressoras e proibicionistas, as quais têm como foco principal o sujeito usuário de drogas como alvo para tratamento e abstinência. Nesse cenário surgiram os CAPSad como estabelecimentos especializados para fornecerem Atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso, abuso ou dependências de substâncias psicoativas. Minha experiência enquanto psicóloga trabalhadora-intercessora-pesquisadora levou-me a analisar os documentos oficiais no que se refere ao uso de drogas no Brasil, as formas de produção da mercadoria droga, sua comercialização e sua proibição, e como esses fatores se inter-relacionam e compõem as problemáticas atuais do uso de substâncias. Destaco a importância de compreender o uso de substâncias psicoativas para além dos planos biológico, psicológico e social. O referencial teórico, técnico, ético e político do campo da psicanálise de Freud e Lacan nos fornece subsídios para compreendermos a singularidade do uso de substâncias psicoativas e seus impasses de subjetivação na atualidade.

Optei por iniciar este ensaio com uma breve contextualização da história das drogas no Brasil, a política de Redução de Danos, as diferenciações do uso, abuso e dependência de substâncias, compreendida como adicção em suas modalidades da toxicomania e do alcoolismo.

A trajetória humana é marcada pelo uso de substâncias psicoativas com sentidos diversos, a depender dos momentos históricos e fases de vida (Calil, 2022; Labate, 2008; Galiegi, 2013). O uso de algum tipo de substância psicoativa não é um discurso legitimado apenas pela contemporaneidade, mas uma prática presente constatada na história dos seres humanos. A escolha do tipo de substância está relacionada ao saber e às leis de cada cultura em particular, e associada a finalidades celebrativas, místicas, curativas, entre outras. A utilização de substâncias psicoativas fazia parte de um ritual socialmente aceito em diversas culturas – rituais de encontro com deuses, cura de doenças, auxílio nas caçadas (Lombardi, 2004; Medeiros, 2019; Alarcon, 2012; Jorge, 2012; Almeida, 2010; Rosa, 2012).

O uso de etílicos e de alguns tipos de “drogas” está presente em diferentes

grupos humanos há milhares de anos, e sua disponibilidade ou legalização tornaram-se alvo de atenção e preocupação apenas no século XX (Lombardi, 2004; Medeiros, 2019; Alarcon, 2012; Jorge, 2012; Almeida, 2010).

No Brasil, os aspectos referentes à chegada das drogas, sua disseminação e consumo apresentam particularidades de acordo com o momento histórico do país (Galiego, 2013).

Os relatos de uso de bebida alcoólica pelos indivíduos datam desde a Antiguidade, porém apenas depois da Revolução Industrial é que se percebe certa preocupação pertinente ao beber nocivo associado a algum tipo de prejuízo biológico, psicológico ou social (Figlie; Bordin; Laranjeira, 2010).

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, descobriram o costume indígena de produzir e consumir uma bebida forte denominada cauim (bebida de fermentação feita a partir da mandioca), utilizada em seus rituais e festas. Os portugueses, por sua vez, conheciam a cerveja e o vinho e posteriormente aprenderam a fazer a cachaça. Sendo assim, a bebida alcoólica encontra-se enraizada na vida e na cultura do povo brasileiro (Andrade, 2011).

Poucos sabem que o uso e plantio de álcool e tabaco já foram proibidos no Brasil. No ano de 1649 houve a primeira proibição de comercialização de etílicos no Brasil e no ano de 1679 houve a proibição da exportação principalmente para África, onde era trocada num escambo pelos escravos (Vecchia, 2017).

A maconha (*cannabis sativa*) é uma das plantas mais antigas cultivadas pelos seres humanos, e a droga mais consumida em todo o mundo (Nery Filho, 2009). A maconha chegou ao Brasil no período colonial, na forma de cânhamo para a produção de produtos têxteis, sendo depois também utilizada como óleo para lâmpadas e para efeitos medicinais (Vecchia, 2017). Alguns achados também apontam que ela foi trazida para o Brasil por escravos africanos, e logo passou a ser cultivada pelos índios para finalidades medicinais (Galiego, 2013). A proibição ao cultivo e ao uso da *cannabis* aconteceu no ano de 1932, depois do período de grande incentivo de seu plantio em todo o país.

Quanto à substância cocaína (coca), as pesquisas apontam que ela era utilizada pela população Andina (território hoje constituído pelos países Peru, Colômbia e Bolívia). Suas folhas eram mascadas ou infusionadas para obter efeitos anestésicos ou estimulantes. Posteriormente, seu uso foi difundido para Europa e teve seu uso e comercialização impulsionados pelo crescimento da indústria química e

farmacêutica (Alarcon, 2012).

Até meados do século XIX, a produção, comercialização e consumo dessa substância e seus derivados eram amplamente reconhecidos e aceitos socialmente (Alarcon, 2012). No Brasil, a cocaína foi amplamente aceita e legalmente comercializada até que, na década de 1920, sua regulamentação finalmente foi estabelecida. Essa mudança aconteceu em resposta a um crescente clamor da sociedade, que passava a enxergar a cocaína como um grave problema que afetava a saúde e o bem-estar da população (Galiego, 2013).

O uso de álcool e drogas galgou o patamar de problema de Saúde Pública (Galiego, 2013; CRP; 2012; Santos; Costa-Rosa, 2007; Shimoguiri; Périco, 2014), de Assistência Social e do Judiciário, com a finalidade de implementar medidas de prevenção, atenção e reinserção social do usuário de drogas, e a repressão ao tráfico ilícito de drogas com sua criminalização (Brasil, 2006, 2019b; Rosa, 2012).

A guerra ao narcotráfico surgiu no século XX contando com um cenário mundial de conflitos e violências. O narcotráfico foi entendido como uma ameaça à segurança internacional por meio do tráfico de substâncias psicoativas ilícitas. Vale lembrar que no início do século XX essas drogas que hoje são consideradas ilícitas eram comercializadas legalmente e geravam grandes lucros às indústrias farmacêuticas. O livre comércio dessas drogas gerou intensos confrontos entre alguns países europeus e o governo imperial chinês. Os Estados Unidos aliaram-se ao governo chinês para a efetivação de compromissos proibicionistas no que tange à venda, produção e comércio de drogas (Venâncio; Carneiro, 2005, p.295).

Em meados de 1930 iniciaram os processos de proibição do comércio de drogas, abrindo espaço para um potente mercado ilícito composto por “empresários clandestinos, agências governamentais de repressão, bancos, parlamentares, consumidores, negociadores de drogas ilícitas e um sem-número de atores” (Venâncio; Carneiro, 2005, p.295) que se dedicam à comercialização, venda e produção de substâncias psicoativas.

Outro ponto de vista diz respeito ao forte preconceito apontado contra os consumidores de drogas ilícitas, cujo consumo vem demonstrando crescimento entre as camadas mais jovens e mais pobres. Nessas camadas mais vulneráveis, o combate à criminalidade é pouco eficaz, mesmo diante das políticas repressivas e, muitas vezes, do rigor excessivo despendido para com esses indivíduos (Zaluar, 1994). Essa população a quem se dedica à repressão e à criminalização, na realidade,

é a população consumidora de droga, pois os verdadeiros lucrados desse consumo ficam à margem da lei (Zaluar, 1994; 2003).

Desde sempre, os pobres e menos favorecidos são os que pagaram na prisão os crimes dos ricos ainda tão impunes. Apenas nos últimos anos, a investigação policial mais extensa começou a combater a participação de políticos, empresários e negociantes de larga escala, ou daqueles envolvidos apenas da lavagem de dinheiro (Zaluar, 2003).

Também é preciso destacar que muitas vezes o crime organizado penetra em camadas ainda mais profundas, envolvendo até mesmo os poderes constituídos (policiais, políticos e o sistema de justiça) (Zaluar, 1994, 2003).

Nossa legislação, infelizmente, não traz uma definição mais transparente dessas organizações criminosas, limitando-se, apenas e tão somente, às expressões bando ou quadrilha, surgidas na década de 1930, para dar combate a Lampião e seus comparsas. Tal definição se mostra incapaz de reprimir as práticas contravencionais ligadas ao crime organizado, especificamente, o jogo do bicho, além do comércio ilegal de armas de fogo e as loterias clandestinas (Queiroz, 1998).

No Brasil, é possível verificar que, a partir do ano de 1998, as questões referentes às drogas receberam especial ênfase das autoridades brasileiras para fundamentar uma política nacional na redução da demanda e da oferta de drogas. Nesse contexto, no ano de 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), a qual deu origem à atual Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (também SENAD). Na mesma oportunidade, o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que posteriormente tornou-se o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (também CONAD).

A Lei nº 11.343/2006 prescreveu medidas para prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes químicos. Essa lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002.

Em junho de 2019, a Lei nº 13.840/2019 modificou a Lei nº 11.343/2006, com o objetivo de torná-la mais dura e efetiva contra o narcotráfico e mais eficiente nas ações de prevenção ao uso de drogas e na recuperação ou tratamento dos dependentes químicos. Essa lei regulamentou as modalidades de internação como sendo a voluntária e a involuntária.

A internação voluntária é aquela na qual o sujeito solicita sua internação ao estabelecimento de saúde. Na internação involuntária, o sujeito não solicita e/ou aceita a internação, para que ela ocorra é necessária uma decisão médica por escrito que comprove a necessidade da internação. No cotidiano, percebo que muitas vezes a família, por diversos motivos, solicita essa internação – a involuntária – para o estabelecimento de saúde e para o Ministério Público, num processo de judicialização da saúde.

A Lei nº 13.840/2019 trouxe mudanças significativas no tratamento de indivíduos que sofrem de problemas psíquicos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Ela enfatiza o atendimento em regime ambulatorial, priorizando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como a principal forma de cuidado. A internação hospitalar é considerada uma opção apenas em situações excepcionais, refletindo uma abordagem mais humanizada e integrada no que se refere ao tratamento de dependências.

Os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad) surgiram como parte do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), e foram estabelecidos como unidades de saúde de base territorial. Esses estabelecimentos foram criados para atender às demandas referentes ao sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas, oferecendo um modelo de cuidado mais acolhedor e próximo da comunidade. Tal abordagem buscou promover a reintegração social e o bem-estar dos indivíduos, afastando-se do modelo hospitalar tradicional.

A maioria dos tratamentos ofertados aos sujeitos pelos CAPSad ainda são baseados no modelo biomédico doença-cura. Essa forma de tratamento se localiza no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPPHM), o qual transforma o sujeito em um objeto de sua intervenção para tratar, curar e recuperar.

A tentativa de transformar a nossa práxis por intermédio de ações baseadas no Paradigma Psicossocial, advertidos pela psicanálise do campo de Freud e Lacan por meio da oferta da escuta do sujeito e do inconsciente, sua relação com o objeto de gozo e a transferência³⁰, faz-se necessária para que se propicie a análise possibilitando os “[...] processos de subjetivação e singularização” (Périco, 2021, p. 66).

Dados fornecidos pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA)

³⁰ A transferência é condição fundamental para o trabalho analítico. Em *A dinâmica da transferência*, Freud (1912) traz a explicação desse conceito.

referente aos anos de 2010 a 2023 apresenta um panorama referente ao uso de álcool no Brasil. Os achados apontam que houve uma diminuição de 52% nas taxas de internação em hospital em decorrência do uso nocivo de álcool, com prevalência do sexo masculino. Os dados revelaram que, durante o período da pandemia, houve um aumento significativo no índice de óbitos, com a população negra sendo a mais afetada. Em relação ao uso abusivo de substâncias, observou-se uma estabilidade entre os homens, enquanto o consumo entre as mulheres apresentou um crescimento notável. Essa tendência ressalta a necessidade de uma Atenção para as questões de saúde mental e uso de drogas, especialmente entre grupos vulneráveis.

2.2 AS CONTRADIÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E DROGAS: TRATAMENTO OU REPRESSÃO

As leis procuram regulamentar as relações humanas e os processos de subjetivação contemporâneos colocando os sujeitos que fazem uso de drogas em situações preconceituosas e estigmatizantes. Esses sujeitos também são atravessados por recorrentes episódios de violência física e simbólica por parte do Estado, que justifica suas intervenções como um combate, ou uma guerra contra as drogas na qual se encontram presentes interesses políticos, sociais e econômicos (Calil, 2022).

A partir do século XX iniciaram-se as implementações de políticas para regulamentar – com ações variadas em termos de repressão – o uso de drogas. Contudo, essa intensificação da proibição é datada dos últimos cento e cinquenta anos (Rosa, 2012; Gomes, 2013). Consta que anteriormente a esse período não existia nenhum tipo de controle associado ao uso e à distribuição de drogas, sejam elas medicamentosas ou não, numa perspectiva de repressão e criminalização. As políticas de repressão contaram com o apoio e colaboração dos saberes médicos-farmacológicos para denominação das drogas consideradas ilícitas. Essa colaboração do saber médico e farmacológico para a construção das políticas de repressão em torno das drogas obteve um duplo fundamento: o jurídico e o médico (Labate, 2008; Rosa, 2012).

Nas proibições, regulamentações e normatizações das leis que envolvem as substâncias psicoativas, encontram-se verdades produzidas por diversos saberes. As verdades são incorporadas por meio de discursos que estão atrelados aos mecanismos de poder da ideologia. Essas legislações acabam por produzir verdades

e práticas que produzem efeitos diversos na subjetividade do sujeito (Rosa, 2012). A sociedade contemporânea acaba por manter uma relação ambígua com as drogas – em seu sentido mais amplo – seja por sua repressão política, seja por seu consumo difundido e incitado (Labate, 2008)

A preocupação em desenvolver políticas de governo e Estado repressoras apareceu apenas quando o saber médico reconheceu o uso de substâncias psicoativas como nocivas à saúde (Rosa, 2012). O primeiro debate internacional acerca da temática restritiva quanto à drogadição foi realizado no ano de 1909, na Comissão Internacional do Ópio de Shangai (Calil, 2022). A partir desse momento, as Convenções das Nações Unidas se organizavam para implementar meios para restringir a venda e o uso de diferentes substâncias psicoativas, mesmo as que tinham finalidade medicinal. Em 1961, foi realizada a Convenção sobre Drogas e Narcóticos, seguida pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas em 1971. Esses acordos internacionais tinham como objetivo estabelecer um sistema de controle global sobre as drogas, visando à regulamentação e à prevenção do uso indevido. Para alcançar essa meta, foi elaborada uma lista abrangente de drogas farmacêuticas e outras substâncias psicoativas, que deveriam ser monitoradas e controladas pelos países signatários. Essas convenções representaram um esforço conjunto para lidar com a questão das drogas em um contexto global (Gomes, 2013).

As políticas públicas de Drogas implementadas na América Latina, ao longo do tempo, adotaram uma abordagem predominantemente proibicionista, resultando na criminalização dos indivíduos que utilizam substâncias psicoativas ilícitas. Essa perspectiva não apenas marginalizou esses usuários como também os transformou em alvos de preconceitos e estigmas no imaginário social. Essa criminalização contribui para a perpetuação de estigmas, dificultando a reintegração social e o acesso a tratamentos adequados, além de acentuar as disparidades sociais enfrentadas por essa população (Calil, 2022). As políticas públicas de drogas da América Latina foram fortemente influenciadas pelo governo estadunidense (Rosa, 2012).

Mansur (1985) apresenta reflexões importantes sobre a censura e a repressão no tocante às drogas. Segundo ele, as medidas que envolvem proibições de venda, consumo e fabricação, além do aumento dos preços das substâncias, tendem a ser ineficazes na redução do consumo e da dependência de drogas. Em sua perspectiva, uma abordagem mais eficaz seria promover uma educação responsável voltada para crianças e adolescentes, que visasse a conscientizá-los sobre as consequências do

uso de álcool e outras drogas. Essa conscientização poderia oferecer uma alternativa viável, contribuindo para a prevenção do uso abusivo desde a infância.

Desde o início do século XX, o governo brasileiro já lidava com questões pertinentes ao uso de bebidas alcoólicas, mantendo uma postura tolerante diante dos problemas gerados. No entanto, essa mesma tolerância não se estendeu às drogas ilícitas, que, na época, eram pouco consumidas. Isso levou à implementação de intervenções governamentais voltadas para o controle dessas substâncias (Gomes, 2013). Assim, na primeira metade do século XX, o Brasil começou a adotar políticas sobre drogas, alinhando-se às recomendações e disposições da Convenção Internacional do Ópio, o que marcou um momento importante na regulamentação do uso de drogas no país (Haia, 1912).

A primeira legislação a abordar as substâncias psicoativas foi o Decreto-Lei nº 891/1938, o qual faz referência à repressão, prevenção e tratamento e quais eram os tipos de substâncias consideradas entorpecentes. Depois desse primeiro decreto, foram promulgadas algumas outras leis que o alteraram com a finalidade de consolidar uma política pública de drogas no Brasil.

A partir das décadas de 1930 e 1940, o alcoolismo passou a ser considerado pela Liga Brasileira de Higiene Mental como um grave problema de ordem social que deveria ser corrigido (Gomes, 2013).

Em 1971 adveio a implementação da lei nº 5726 de 1971, a qual dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Essa lei admitiu algumas mudanças no que tange ao uso de drogas no âmbito do judiciário. Por meio do saber médico, o usuário de drogas passou a ser visto como um doente, e o hospital psiquiátrico a ser o local privilegiado de tratamento e recuperação desses dependentes (Brasil, 1971; Gomes, 2013).

Atualmente, está em vigor a lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019b), a qual instituiu o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas que trata dos aspectos do tratamento, internação e financiamento das políticas sobre drogas. Essa lei retirou a redução de danos da política nacional e ampliou os investimentos em Comunidades Terapêuticas.

Inicialmente, no Brasil, os tratamentos ofertados aos usuários de substâncias psicoativas foram propostos no âmbito do sistema jurídico penal, e não no da política pública de Saúde (Gomes, 2013).

A perspectiva da Redução de Riscos e Danos (RRD) surgiu no Brasil no ano de 1980 como uma política que visava ofertar cuidado e atenção ao usuário de drogas e que não tinha como foco principal e único a abstinência do uso de substâncias psicoativas. A RRD tem como objetivo a construção de um cuidado que inclui o sujeito no contexto de sua realidade social, suas particularidades e os seus modos de vida que estão atrelados ao uso de substâncias psicoativas. Nessa prática de cuidado, a escuta, o respeito e a desses sujeitos são fundamentais para a efetivação do processo de cuidado (Calil, 2022; Rosa, 2012).

A estratégia da RRD envolve três tipos diferentes de política a serem consideradas em sua análise:

A primeira, chamada de redução da oferta, caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos; de repressão à produção, ao refino e ao comércio de substâncias precursoras e de drogas; de combate à lavagem de dinheiro e de fiscalização e controle da produção, da comercialização e do uso destes produtos. A segunda, chamada de redução da demanda, baseia-se em ações, estratégias, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo – em especial a iniciação – e para tratar os usuários e dependentes por meio de terapias. A terceira, chamada de redução de danos, tem como objetivo executar ações destinadas à prevenção das possíveis consequências danosas à saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas sem necessariamente interferir na redução da oferta e da demanda, tratando-se de políticas que propõem não apenas a desestigmatização, mas a descriminalização dos usuários de drogas (Rosa, 2012, p.43).

A política nacional sobre drogas tem como um de seus pressupostos a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de drogas – redução de oferta e demanda –, estabelecendo a diferenciação de usuário e traficante com a finalidade de oferecer tratamentos diferenciados. A RRD também aborda aspectos da prevenção, tratamento e repressão ao uso de drogas (Brasil, 2019b). Essa política enfatiza a repressão, a disciplinarização, a normatização e o controle tanto da produção quanto da distribuição, ao passo que apresenta – por meio da Instituição de Saúde – um cuidado pautado na RRD. A RRD parece se pautar dentro de uma perspectiva normalizadora dos sujeitos, os cuidados são desenvolvidos por meio dos estabelecimentos das Instituições de Saúde num viés pedagógico e disciplinador.

Segundo Rosa (2012, p. 44):

Embora as políticas de redução de danos operem sobre os indivíduos propondo a minimização de eventuais problemas provocados pelo consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, ainda assim, ela atua por meio da governamentalização do controle de si e dos outros, tangenciados por concepções que perpassam as noções de vulnerabilidade, risco e tratamento, questões que se fazem presentes tanto nos discursos médicos quanto nos jurídicos, que são legitimadas pela ciência moderna.

A política de RRD apresenta estratégias progressistas fundamentadas nos direitos humanos, porém ela não deixa de exercer uma captura dos sujeitos mediante tecnologias de poder presentes nas políticas públicas de Saúde e Segurança. As drogas acabam sendo governamentalizadas e incidem nos corpos dos sujeitos por meio da biopolítica característica na sociedade contemporânea, conhecidas como sociedade de controle (Deleuze) e sociedade de segurança (Foucault) (Rosa. 2012).

A política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foi implementada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003. Essa política estabelece a criação dos CAPSad, que são unidades especializadas dedicadas a oferecer atendimento e cuidado às pessoas que sofrem de problemas psíquicos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. A proposta tem por finalidade garantir um suporte mais eficaz e humanizado, promovendo a reintegração social e a recuperação dos usuários.

2.3 O USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: DO DIAGNÓSTICO À ESCUTA

Embora o uso de substâncias psicoativas esteja presente ao longo da história humana, a dependência associada a essas substâncias representa um desafio significativo para a atuação em diversos campos do conhecimento, especialmente na Psicologia (CRP, 2019). Essa complexidade demanda uma abordagem multidisciplinar para compreender e tratar as questões relacionadas à dependência, considerando não apenas os aspectos psicológicos, mas também sociais, culturais e biológicos que compõem o comportamento dos indivíduos. A perspectiva a partir da qual tenho como horizonte ético, técnico e político uma abordagem transdisciplinar com base na concepção psicanalítica do campo de Freud e Lacan, considerando sua realidade psíquica e social, revela-se como importante para um processo de Atenção complexo.

Segundo Orth e Moré (2008), a drogadição e sua relação com os seres

humanos têm nos acompanhados ao longo dos tempos. Inicialmente, as substâncias psicoativas eram utilizadas de forma ritualística, mas, com o passar dos anos, esse uso evoluiu para um consumo mais voltado à busca de prazer e ao alívio imediato de desconfortos físicos, psíquicos ou da pressão social, sobretudo nas sociedades capitalistas. Esse fenômeno está presente em todas as classes sociais, evidenciando como a dependência pode afetar diferentes grupos, independentemente de sua condição econômica ou social.

Dados mostram que o uso de drogas, no período de 2000 a 2015, foi a causa direta da morte de 60% das pessoas que vieram a óbito, sendo esta apenas uma das consequências diretas da dependência de substâncias psicoativas, que passou a ser considerada um grave problema de saúde pública (Brasil, 2019b). Existem atualmente mais de 200 tipos de substâncias psicoativas capazes de alterar a percepção, a sensação e o humor das pessoas (CRP, 2019).

Como o uso de substâncias psicoativas alcançou o patamar de “doença”, com necessidade de prevenção, tratamento e reinserção social, os CAPSad foram criados para ofertar atendimento às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e/ou associados às necessidades em decorrência do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2002, 2011). Mas como poderemos diferenciar o uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas?

Desde a década de 1970 a dependência química passou a ser considerada como doença, que se conceitua, segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2010, p. 3), “como um transtorno primário e independente gerado por uma suscetibilidade biológica aos efeitos do álcool ou das drogas”.

Nós, profissionais de CAPSad II, utilizamos em nosso cotidiano os manuais classificatórios de doença para a inclusão do ser humano no tratamento e por necessidade de incluí-lo no sistema de Registro de Produções Ambulatoriais em Saúde (RAAS), o qual é baseado nos critérios diagnósticos da Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento, décima revisão (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993). Os códigos do grupo F10 a F19 incluem a classificação dos transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas sendo elas: álcool, tabaco, opiáceos, canabinoides, sedativos e hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, solventes voláteis e múltiplas drogas. Esses critérios diagnósticos – alicerçados no modelo médico e curativo, quanto aos processos de saúde e doença dos sujeitos e o uso de drogas (OMS, 1993)

– envolvem padrões de uso que trazem prejuízo à saúde física ou psíquica, intoxicação, compulsão, tolerância e queixa de familiar.

Segundo o CID-10 (OMS, 1993) os critérios para dependência de substâncias psicoativas são: desejo forte ou compulsão; dificuldade em controlar o início, término e níveis de consumo; intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência; maior tolerância (uso de doses crescentes); abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos; persistência no uso mesmo diante de claras consequências danosas. Na prática percebo que existe uma multiplicidade de fatores que envolvem o uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas, e que limitar um tratamento apenas ao sistema de saúde consiste em minimizar as problemáticas sociais e culturais.

Minhas práticas profissionais enquanto trabalhadora do CAPSad, em um primeiro momento, estavam fortemente voltadas para o diagnóstico, com a finalidade de classificar os indivíduos conforme a Portaria 336/2002, que estabelece modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Essas modalidades referem-se à frequência com que cada pessoa frequenta o CAPSad, podendo ser diária, semanal ou mensal. Tal estrutura visa atender às necessidades específicas de cada usuário, permitindo um acompanhamento adequado e adaptado ao seu estado de saúde e à gravidade de sua situação. Nessa concepção, considerava o sujeito enquanto cidadão de direitos, mas ainda sem incluir a dimensão do sujeito do inconsciente e do desejo.

A portaria 336/2002, artigo 5º, parágrafo único estabelece:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Essa portaria instituiu novos modelos de tratamento e regulamentou as formas de funcionamento dos serviços, estabelecendo equipes multiprofissionais e diferentes modalidades de atendimento. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram inicialmente implementados na legislação brasileira como serviços substitutivos, com o objetivo de promover a desinstitucionalização dos indivíduos. Nesse contexto, é importante fazer algumas considerações sobre as modalidades de tratamento

disponíveis, que visam oferecer um suporte mais humanizado e adaptado às necessidades dos usuários, garantindo que cada sujeito receba a atenção adequada de acordo com seu quadro clínico e sua situação social.

A modalidade intensiva, na qual o sujeito é atendido diariamente, em tempo integral ou meio período, poderia reproduzir a institucionalização dos indivíduos? Os CAPS seriam novos manicômios? Manicômios sem muros, inseridos nos territórios?

Esses questionamentos são fundamentais para refletir sobre o papel dos CAPS e como eles podem efetivamente promover a desinstitucionalização, respeitando a autonomia dos usuários e evitando práticas que perpetuem a exclusão social do sujeito. Tomemos inicialmente a modalidade de atendimento em acompanhamento diário. Para ilustrar essa situação, considero as primeiras avaliações que realizei no CAPSad.

O senhor José³¹ veio para tratamento no CAPSad depois do encaminhamento do serviço social da empresa onde trabalhava. Sua avaliação inicial englobou conhecer seu histórico de uso de etílicos naquele momento, padrão de uso, história pregressa do uso de etílicos, antecedentes familiares quanto ao uso de qualquer tipo de substâncias psicoativas, tratamentos anteriores para dependência química, contexto familiar, relacionamentos familiares e ocupação laborativa. Na avaliação, José mencionou uso diário de etílicos que se repercutia em problemas familiares e no trabalho, e nesse período nossas avaliações eram baseadas nos critérios diagnósticos do CID 10, logo, nossa hipótese diagnóstica abarcou o F 10.2, com inserção para tratamento na modalidade intensiva, todos os dias em regime integral. A modalidade de inserção ao atendimento – naquele período – acontecia de acordo com a portaria 336/2002, que orientava os pacientes em acompanhamento diário por ocasião de seu quadro clínico atual. Tratava-se de exercitar uma clínica que transitava da clínica tradicional para a Clínica Ampliada³², por meio de atendimentos mais humanizados e acolhedores.

Depois do meu engajamento e apropriação teórico-técnica e ético-política em relação à oferta de atenção aos indivíduos em tratamento, surgiram questionamentos sobre as modalidades de atendimento-intensivo, semi-intensivo e não intensivo, e a que paradigma em saúde elas realmente atendiam. Também indaguei se uma

³¹ Nome fictício, caso abordado no Ensaio 1.

³² Os tipos de clínicas e suas ofertas de Atenção estão sendo mais bem analisadas e especificadas no Ensaio 3.

inserção diária em regime integral operaria uma certa forma de institucionalização dos sujeitos.

Retomando fragmentos de memórias sobre essas diversas práticas, pude compreender que, em alguns casos, estas podem ter se configurado como uma nova forma de institucionalizar os indivíduos em sofrimento. Essa reflexão é crucial para que possamos reavaliar os modelos de atendimento, buscando sempre promover a autonomia, o protagonismo e o reposicionamento subjetivo do sujeito no que concerne aos seus impasses – uma vez que ele é quem detém o saber sobre sua dor e é o único capaz de produzir respostas para o seu sofrimento, não sem intercessão adequada –, em vez de perpetuar dinâmicas que marginalizam e agravam o sofrimento dos indivíduos. A questão que se coloca é se essas práticas profissionais representam um processo de institucionalização, um novo estabelecimento de saúde, alinhadas com a ideologia reacionária e moralista, predominante no município no qual trabalhamos.

Nesse contexto, os sujeitos eram orientados a permanecer no CAPSad durante todo o dia, de segunda a sexta-feira, recebendo ali todos os atendimentos necessários. Essa prática consistia em evitar que os sujeitos buscassem outros serviços de Saúde ou Assistência Social na comunidade, o que me suscita a preocupação se essa configuração acabaria por reforçar uma forma de institucionalização que pode ser prejudicial ao processo de saúde-adoecimento-Atenção e à autonomia e liberdade de ser atendido no estabelecimento de sua preferência.

A partir da minha inserção e apropriação de textos que correspondiam aos propósitos da RPb e para além da RPb, por meio dos escritos de Costa-Rosa e seus alunos e orientandos, iniciei um processo de reflexão crítica sobre nossas práxis.

As avaliações dos indivíduos que recebíamos não eram mais pautadas pelo CID-10; passamos a ofertar um espaço de escuta ao sujeito do inconsciente – desde a avaliação inicial por meio de uma recepção-escuta – na perspectiva de não institucionalização dos sujeitos, sendo que eles não eram mais inseridos em atendimentos diários. Tal prática era concebida como uma forma de inserção do sujeito em um espaço de cuidado por um curto período, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo. Essa abordagem visava proporcionar um atendimento singularizado, permitindo que as necessidades específicas de cada sujeito fossem atendidas de maneira mais eficaz. A ideia era que esse

acompanhamento (em quaisquer modalidades mencionadas na Portaria 336/2022) contribuisse para o processo de saúde-adoecimento-Atenção, respeitando as particularidades de cada história de vida, a singularidade da dor de cada sujeito, considerando os aspectos sociais e culturais implicados no seu sofrimento. As formas de inserção do sujeito em tratamento, desavisadamente e dependendo da paramentação teórica-técnica, ética e política adotadas podem (re)produzir novas formas de institucionalização do sujeito em um estabelecimento territorial, com novos muros e formatos manicomiais.

Existem diversas formas de consumo de substância, de modo que nem todo consumo de substância psicoativa significa uso nocivo ou dependência, é necessário definir o padrão de consumo de cada pessoa em particular. A dependência se caracteriza pela presença de consumo compulsivo para o alívio ou evitação de sintomas causados pela abstinência. Também envolve o consumo da substância como a atividade mais importante da pessoa, que passa a menosprezar os demais compromissos (Ribeiro; Laranjeira, 2012).

E como não existe uma delimitação clara entre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, compreendemos como uso qualquer tipo de uso esporádico ou episódico, abuso quando já existe algum tipo de prejuízo à pessoa que pode ser biológico, psicológico ou social. A dependência, por sua vez, consiste no consumo sem controle que acarreta vários prejuízos na vida do ser humano (Figlie; Bordin; Laranjeira, 2010).

Esta delimitação de uso, abuso e dependência está arraigada na ciência positivista com sua compreensão simplista de saúde-adoecimento, normal-anormal, a partir da qual se utiliza de suprimentos medicamentosos e de oferta de atendimento baseados na adaptação social do sujeito. Nestes termos, o que objetivo é refletir sobre uma perspectiva baseada na transdisciplinaridade e nos processos de subjetivação do contemporâneo, que se apresenta de inúmeras formas, como a toxicomania e o alcoolismo.

Para continuar meus avanços para além do campo biológico, compulsando textos diversos, notei a inserção do plano social na compreensão desses processos, mais ainda no contexto de um processo de saúde-doença. As pesquisas indicam que a dependência de substâncias psicoativas inclui as dimensões biológicas, psíquicas e sociais que se manifestam de inúmeras formas e requerem um olhar interdisciplinar (Lombardi, 2004) que abrange concepções além do modelo doença-cura. Todavia,

percebo que a compreensão para além do modelo médico engloba apenas o contexto sociocultural e não versa ainda sobre um sujeito do inconsciente e do desejo, que abranja os processos de subjetivação nas concepções de Freud e Lacan.

Para Almeida (2010, p. 24), a dependência de substâncias psicoativas entendidas como toxicomania corresponde a um ato específico: “o ato toxicômano – apreendido na repetição sistemática e incontrolável do uso abusivo do tóxico – aponta para a realidade psíquica singular a cada sujeito toxicômano”.

Quando buscamos compreender a etiologia do uso de drogas, encontramos na literatura alguns autores que consideram os fatores bio-psico-sociais, e, ao fazermos referência aos fatores psíquicos, pensamos nas singularidades das experiências de cada pessoa. Desta forma, reduzir a compreensão do uso de substâncias psicoativas apenas ao comportamento observado não possibilita a consideração de todos os fatores que envolvem esse ato, bem como não inclui a oferta da escuta da fala desse sujeito em sofrimento (Lombardi, 2004). Novamente percebe-se a importância de tomar o sujeito toxicômano como singularidade, e não como generalidade (Almeida, 2010). “A pessoa usuária de drogas está inserida em um contexto histórico e cultural e não deve ser destacada de sua realidade e ser colocada em serialidade simplesmente pelo uso de drogas” (CRP, 2019).

O uso de qualquer tipo de substâncias psicoativas causa um entorpecimento da mente que evita um olhar para si e o seu efeito químico traz sensação de prazer e sensação de capacidade de superar seus conflitos, proporcionando uma sensação de grandiosidade, que leva o sujeito a buscar novamente a substância psicoativa (Lombardi, 2004).

A complexidade do tema da dependência de substâncias psicoativas convoca os profissionais da saúde a ampliar sua compreensão e a refletir sobre os cuidados e atenção direcionados a esses sujeitos que se encontram em sofrimento, em decorrência do uso dessas substâncias. Sobretudo, trata-se de pensar em cada ser humano, considerando sua singularidade e os contextos históricos e culturais em que estão inseridos, bem como os processos de subjetivação e as formas de gozar de cada sujeito.

A literatura informa que a dependência de substâncias psicoativas costuma também estar associada à exposição e ao período em que o ser humano dispensa em busca da droga, que deve ser longo. A escolha e a quantidade da droga dependem do efeito desejado e a forma de introdução no organismo. A dependência para a

medicina é atribuída à substância psicoativa, como um objeto real e externo. Já para a psicanálise, o uso de substâncias psicoativas, de uma forma geral, estaria relacionado a um objeto simbólico ligado ao objeto de desejo e teria como função anestesiar a dor da falta-a-ser (Lombardi, 2004).

A psicanálise permite compreender que a toxicomania e o alcoolismo são entendidos e explicados de maneira diversa da medicina, portanto:

Com Freud assistimos a um passage del signo al significante. En el discurso analítico el síntoma cambia de valor, de sentido: aquí tiene relación con esa disarmonía que se llama castración. El ser del síntoma en psicoanálisis, entonces, no tiene nada que ver con la noción médica (Sinatra, 1995, p. 71)

Meu objetivo é tentar compreender o fenômeno da toxicomania e do alcoolismo pelo viés da psicanálise do campo de Freud e Lacan. O uso de drogas ou o alcoolismo é uma manifestação desse deslocamento que estrutura a relação do sujeito com o objeto de gozo, fenômeno este que me coloca frente ao imperativo da escuta do sujeito do inconsciente e do carecimento³³. A psicanálise oferece um aporte teórico-técnico e ético-político fundamental para a Atenção Psicossocial, possibilitando ao analista compreender a singularidade da relação sujeito, droga e formações sociais, aspectos estes que passam despercebidos pelo saber médico e pelos saberes socioculturais (Serretti, 2012). Essa abordagem permite uma compreensão aprofundada dos processos psíquicos, das dinâmicas emocionais e das relações interpessoais que envolvem os indivíduos em sofrimento. Ao integrar os conceitos psicanalíticos na prática psicossocial, é possível abordar as questões de Saúde Mental de maneira mais ampla, considerando não apenas os sintomas, mas também os contextos subjetivos e sociais que compõem a vida dos sujeitos. Dessa forma, a psicanálise se torna uma ferramenta valiosa para promover um atendimento singularizado.

E por que a psicanálise é essencial para o trabalhador-intercessor inserido no CAPSad?

³³ O carecimento é um conceito “[...] que abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os Ideais, possíveis ou não de imediato, e para o usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades, no contexto de determinada Formação Social. Pode-se considerar que aqui estão incluídas também as criações da Filosofia, da Arte, da Ciência, e da Religião, porém não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau da sua evolução histórica” (Costa-Rosa, 2000, p. 163).

Basta dizer que os impasses, sofrimentos, enigmas, sintomas que interpelam os trabalhadores da SMC têm essencialmente a especificidade de uma “realidade psíquica” – aquela que Freud (1950 [1895]/1996) nomeou *Realität*: uma realidade que é feita de sentido (consciente e, sobretudo, inconsciente) e corpo pulsional (muito além, portanto, de qualquer realidade neuronal). O indivíduo que procura as instituições da SMC é, então, essencialmente um ente social, cultural e subjetivado que comparece especificamente pelos impasses nessa dimensão psíquica, subjetiva, da sua realidade. [...] Por outro lado, não é preciso dizer que isso caracteriza o “sujeito dos sintomas e sofrimentos psíquicos” de modo bastante diferente de um organismo, um corpo, ou mesmo um sistema neuronal e psicológico transtornado (Costa-Rosa, 2019, p. 41).

O uso de drogas pode denunciar também uma forma de mal-estar na cultura que se constitui numa rede de relações de exclusão, de segregação, ao mesmo tempo que permite um modo de gozar, desde que o sujeito se aproprie do objeto, mesmo que esse ato cause o seu apagamento. Atualmente estamos vendo que as pessoas estão consumindo uma série de tecnologias assim como consomem drogas, viciando-se nelas (Almeida, 2010).

O alcoolismo e a toxicomania galgaram o patamar de serem considerados problemas de Saúde Pública. Neste cenário, o Ministério da Saúde (MS) lançou dispositivos institucionais voltados ao tratamento do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2004) por meio dos CAPS como local para oferta de Atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

2.4 O ALCOOLISMO

Identifiquei estudos que destacam aspectos biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento do alcoolismo. Além disso, encontrei pesquisas psicanalíticas, desde Freud até Lacan, que buscam entender e analisar o discurso do alcoolista e as suas formas de constituição subjetiva. Neste tópico, abordarei os diversos estudos que problematizam e exploram a condição do sujeito alcoolista, abrangendo desde as abordagens biológicas até as perspectivas psicanalíticas que analisam as diferenças estruturais do sujeito em relação ao alcoolismo.

O ato de beber é um costume antigo, presente na sociedade há milênios. O álcool, produzido pela fermentação de açúcares, tem um custo de produção relativamente baixo, o que favorece sua ampla disponibilidade. Em comparação com outras substâncias, como opiáceos, maconha e cocaína, o álcool se destaca pela acessibilidade, mesmo que todas essas substâncias compartilhem um histórico de uso

milénar (Mansur, 1985). O alcoolismo, assim, está intimamente ligado a essa prática, sendo legitimado e moldado por aspectos culturais.

O álcool parece ser a droga de preferência inicial em detrimento das demais. Ela age de forma a produzir um tamponamento das angústias e depressão, mas com o tempo gera uma degradação corporal (CRP, 2012).

O álcool é uma droga que produz alguns efeitos no sujeito, como a depressão e a euforia (o efeito estimulante ocorre em doses menores), traduzida em desinibição comportamental, hilaridade, expressões afetivas aumentadas e autocrítica diminuída (Mansur, 1985). Os alcoolistas apresentam um humor dicotômico, ou seja, uma euforia megalomaníaca – entre seus pares na sociabilidade do bar – e uma depressão que alimenta a culpa, presente nas suas relações familiares (Costa-Rosa, 2017).

Para Mansur (1985), não existe um consenso no que se refere à etiologia do alcoolismo, mas haveria diferentes fatores de vulnerabilidades que em sua interação podem favorecer o alcoolismo. Quanto ao uso de álcool, alguns estudos apontam para a prevalência dos fatores biológicos, outros para fatores psíquicos e outros para os aspectos socioculturais como possíveis influenciadores do desenvolvimento do alcoolismo. Alguns estudos apontam ainda para maior prevalência de alcoolismo em países com culturas repressoras (Mansur, 1985).

Há dificuldades em se definir com precisão quando o uso de álcool se torna abusivo e quando se caracteriza como alcoolismo. O uso abusivo pode ser entendido como a ingestão de grandes quantidades de etanol, como consumir quatro ou mais doses de destilados por dia, ou quatro cervejas ou mais, ou ainda um litro de vinho diário. No entanto, é importante distinguir quando esse padrão de consumo evolui para a dependência, conhecida como alcoolismo. Este último se caracteriza quando o sujeito planeja suas atividades diárias em função do uso de bebidas alcoólicas (Mansur, 1985).

A relação do sujeito com o álcool é da ordem da idealização. O “ideaalcoolismo” é um estado de ilusão do divino ou o próprio que o protege das frustrações humanas. O estado de embriaguez conduz a um afastamento das angústias, ao passo que lhe permite estar num ritual mítico, viver como um deus e ao mesmo tempo sobreviver à ex-sistência (Vidueiros, 2013).

Segundo Costa-Rosa (2017), o alcoolismo está vinculado aos valores fálicos que permeiam o ordenamento do sistema social capitalista e seus modos de produção. Esse sistema extrai a força e o valor do trabalhador, focando apenas a sua

mão de obra. Os traços fálicos aparecem no cultivo de valores quanto a ser bom trabalhador, bom pai, bom cidadão. Nas avaliações dos sujeitos em sofrimento psíquico, em decorrência do alcoolismo, é comum a fala do sujeito e de seus familiares quanto a ele ser um bom trabalhador, bom marido, bom pai, um homem responsável, acentuando posteriormente que sob efeito do álcool ele se torna outra pessoa.

O alcoolista pode ser identificado não apenas por seus comportamentos, mas principalmente por seu discurso, que revela uma unicidade (Melman, 1992). Mas o que é essa unicidade? Para Melman (1992, p. 16), “[...] esta unicidade é manifesta, mas interpretada como dividida entre uma representação feminina, destinada à vingança punitiva, e uma representação masculina, que busca uma fraternidade ambígua”. Sentindo-se sozinho e excluído de qualquer forma de solidariedade, o alcoolista se une a outros semelhantes, buscando abrigo na camaradagem proporcionada pelo ato de beber em grupo, como em um bar (Costa-Rosa, 2017).

Costa-Rosa (2017), em relação ao discurso do alcoolista, considera que ele aparece como “[...] objetor-histórico-questionador do Mestre (S₁), agente que regula socialmente a distribuição do gozo. Só que ele questiona a sociedade de um modo peculiar, deslocando o contexto social para o contexto familiar” (p. 02). O sujeito insatisfeito (\$) questiona o saber do mestre (S₁) para que produza um saber fazer outro (S₂) mas ele concebe esse Outro sem barra, um Outro fraterno, que produz uma forma peculiar de lidar com o sofrimento que poderia ser representado por (a). Comporia o discurso da histeria: \$/a → S₁/S₂.

O alcoolista apresenta uma relação estreita com os valores fálicos, que desponta na necessidade de ser reconhecido e admirado em diversos contextos. Esses valores fálicos são perseguidos como objetos-semblantes até o fim. “O álcool é mais meio para esse gozo fálico almejado, do que um fim em si” (Costa-Rosa, 2017, p. 08). Nessa forma de organização, o alcoolista masculino se coloca inconscientemente do lado feminino, sendo assim “[...] ele faz apenas parte de uma ordem onde o gozar, mais-uma-vez oral, se inscreve pelo dever impossível de afirmar a determinação de uma ex-sistência que fundaria essa ordem (Md Magno, 1985, p. 17). O gozo no alcoolista marca a fixação na fase oral. Essa fixação traz uma representação imaginária do gozo por um fluxo líquido ou verbal, que é descontínuo e sem limite (Melman, 1992; Costa-Rosa, 2017)

Segundo Costa-Rosa (2017, p. 08):

O impasse narcísico de que trata nestes alcoolistas pode ser bem localizado no tempo do narcisismo. Quando temos a situação do alcoolismo bem configurada como problemática psíquica (há abstinência e adição como seu contraponto necessário, isto é, o uso do álcool não é apenas contingente), podemos ver que de fato houve uma regressão tópica até o tempo narcisismo, na qual o sujeito precisa dum objeto típico da oralidade muito específico (o álcool), sem o qual a ex-sistência fica inviabilizada.

Para Md Magno (1985) a transferência do alcoolista (masculino) fica comprometida pela sua transferência com sua mulher, numa espécie de erotomania. O discurso do alcoolista endereça-se à mulher que detém e distribui o gozo que para ele sempre será recusado ou dissimulado (Melman, 1992). A mulher pode assumir o lugar, na fantasia, do Outro gozador extremo (Costa-Rosa, 2017, Melman, 1992).

No alcoolismo há o feminino enquanto Outro, no sentido de solicitar a dar de beber ao Pai Ideal³⁴, para que a vigilância, a censura e as barreiras caiam e o desejo possa falar/aparecer. O ato de beber cria a situação de dopagem do Pai Ideal, sendo essa situação apropriada como mecanismo de saída do Pai Ideal (Md Magno, 1985).

O sujeito alcoolista busca atendimento nos estabelecimentos de Saúde na perspectiva de conseguir um equilíbrio – harmonia – entre o gozo e as demandas do cotidiano. Ele não procura a cura – abstinência – desse gozo, ele quer apenas beber – de forma “controlada” – para conter seus efeitos desastrosos. O alcoolista reconhece a morte como limite de seu gozo e aqueles que não a reconhecem, que estão afeiçoados a um gozo irrecusável, podem ser considerados toxicômanos, mas esses são exceções. Outra característica do alcoolista clássico é que ele não consome drogas ilícitas (Costa-Rosa, 2017). Além do álcool eles podem consumir fármacos, mas isso é aceito sem problemas pela sociedade capitalista.

Algumas frases clássicas enunciadas pelos alcoolistas que atendemos no CAPSad são: “Graças a Deus eu não faço uso de drogas, não”, “eu não mexo com essas coisas”; “credo, isso é muito ruim, eu jamais usarei”, “isso é muito errado, nunca vou me envolver”, entre tantas outras que colaboram para a percepção de que os alcoolistas clássicos não consomem drogas ilícitas, que as formas de gozar desses sujeitos são diferentes dos sujeitos da toxicomania. As falas dos alcoolistas parecem trazer uma dimensão de superioridade por não consumir drogas (ser melhor por não fazer o uso de drogas).

³⁴ Lacan desenvolve o conceito de Nome-do-Pai e a função do pai. O pai como nomeador comporta um número indefinido de nomes do pai. Dessa forma, ele tem vários nomes quantos forem os suportes de sua função (Para melhor compreender, ler Lacan, 2005 e Dor, 1991).

Na clínica do alcoolismo é muito comum escutar os sujeitos dizerem que bebem para esquecer. O alcoolista dificilmente reconhece sua dependência. “Ele bebe para esqui ser” (Md Magno, 1985, p. 7), no sentido de deslizar e ter uma particularidade. Nesse “regime de pulsão de beber, o que fica eclipsado é o sujeito” (Md Magno, 1985, p.7). “[...] o que parece fazer falta³⁵ ao alcoolista, e do que tem sede, é a possibilidade mesma do gozo, e antes de tudo este, narcísico e fundamental, de ser reconhecido e respeitado como sujeito” (Melman, 1992, p. 20). Daí a importância de oferecer uma escuta que considere o sujeito.

Segundo Md Magno (1985), podemos distinguir entre o alcoolista que existe antes do álcool e o “[...] embebido que se torna outra coisa” (p. 20). O autor propõe uma transição da estrutura obsessiva para a histérica, que ocorre da seguinte maneira: a pressão da repressão do Pai Ideal sobre o sujeito obsessivo, quando este encontra o álcool, resulta em um efeito farmacológico que “dopa” o Pai Ideal. Esse processo permite que o sujeito transite para a histeria, expressando o que não pode ser verbalizado na obsessão. A histeria emerge, assim, da relação do sujeito com a linguagem e da dificuldade em verbalizar suas experiências.

A dinâmica transferencial entre o analista e o alcoolista revela a presentificação do outro, que pode provocar angústia e até despersonalização. O silêncio do analista, nesse contexto, pode ser interpretado como impotência e angústia (Md Magno, 1985) e deve ser bem manejado.

2.4.1 Uma tentativa de alinhar teoria e prática: o caso Carlos

Carlos³⁶, 45 anos, já trabalhou como rurícola, mas atualmente está desempregado. Em suas avaliações e atendimentos subsequentes, expressou como o álcool lhe faz bem, como se fosse uma forma de esquecer suas dores. Ele mencionou dores físicas nas pernas, que estavam inchadas e doloridas e minando água, além de relatar conflitos em seus relacionamentos com a mãe, a irmã e o filho. Carlos compartilhou um episódio em que discutiu com a irmã, xingando-a porque ela entrou em sua casa e encontrou as garrafas de bebida que ele havia escondido, jogando-as fora.

As falas de Carlos corroboram as observações de Galvão (2000), que descreve

³⁵ Para compreender melhor o conceito de “falta”, ver a obra de Quinet (2000).

³⁶ Nome fictício.

o álcool como um líquido mágico, uma fonte de prazer capaz de fazer com que os problemas e dores se dissipem. Para Carlos, o álcool representa um reencontro com um objeto perdido, gerando uma sensação de completude e a ilusão de que nada lhe falta – um gozo eterno que se manifesta enquanto dura o efeito da bebida.

Depois dos atendimentos individuais, Carlos foi encaminhado para a psicoterapia grupal. O tratamento no dispositivo individualizado no contexto do Paradigma Psicossocial precisa ser exceção e, quando possível, provisório, podendo o analisante, depois do tempo necessário, continuar o tratamento nos dispositivos grupais (Périco, 2021).

Em um de seus atendimentos em grupo, Carlos começou a falar da raiva que tinha das mulheres. Ele mencionou especialmente suas duas ex-companheiras, afirmando que elas não “prestavam”, que nunca o aceitaram e que eram interesseiras, concluindo que era melhor ficar sozinho. Naquele dia, ele apresentava um quadro físico de inchaço nas pernas, com a expulsão de líquidos. Observamos que parecia haver uma conexão entre seu consumo de álcool e a liberação de líquidos pelos poros de suas pernas. Quando Carlos reduzia o consumo ou parava de beber, o problema diminuía. É como se ele “não se visse”, evidenciando uma indiferença em relação aos sinais corporais que denunciavam os excessos danosos do álcool no seu corpo.

O alcoolismo é marcado por essa relação sem limites, na tentativa de corrigir a castração. É uma tentativa de fazer um gozo Outro, que nada deve à castração. Um gozo sem limite que pode até chegar à morte (Galvão, 2000).

Num outro atendimento grupal, Carlos pediu para falar, pois estava com muita raiva de sua mãe e de sua irmã. Carlos relatou que sua irmã morava ao lado dele e que ele sentia que ela o vigiava, frequentemente se aproximando do muro e o xingando. Perguntei: “Xingando?” Ele confirmou, dizendo: “Sim, me xinga de chuchuzinho.” Isso o deixa nervoso e desencadeia brigas, durante as quais ele acabava chamando-a de muitos palavrões, como “biscate”, “puta” e “sem-vergonha”. Enquanto ele falava, notei seu olhar voltado para mim, e eu permaneci em silêncio. O ambiente foi então interrompido por Antônio³⁷, que comentou que achava que isso era uma forma de carinho. Outros participantes começaram a se manifestar, concordando e perguntando a Carlos por que ele via isso como um xingamento. Ao ouvir as opiniões dos colegas, a expressão de raiva de Carlos começou a se dissipar, dando lugar a

³⁷ Nome fictício.

sorrisos.

No outro dia Carlos pediu para falar comigo. Ao entrarmos na sala, com um sorriso no rosto, Carlos me disse que não tinha mais brigado com a irmã. Isso porque ela o chamava de chuchuzinho e que agora ele aceitou ser um chuchuzinho.

Algumas semanas depois dessa sessão, chamei Carlos para fazer uma oficina de guardanapos comigo. Inicialmente ele resistiu falando que não sabia, mas depois aceitou. Carlos escolheu um desenho – os guardanapos já vinham desenhados – e escolheu as cores para pintar o pássaro. Ao final ele ficou feliz por ter conseguido participar da oficina que durou algumas semanas, por ser realizada apenas uma vez por semana e decidiu presentear a sua mãe com o guardanapo.

O discurso de Carlos apresenta-se endereçado a uma mulher (ou mulheres) que detém e distribuem o gozo que para ele foi recusado. Ele encontra em seus frateros (amigos alcoolistas) o apoio e a solidariedade de que necessita. Ele é aquele trabalhador/proletário do qual foram sugadas as forças de seu próprio corpo, furtando-lhe o gozo de seu próprio corpo (Costa-Rosa, 2017; Melman, 1992). O alcoolista recebe do Outro a sua mensagem de forma invertida, sugador é o que ele se tornou por que o Outro é um vampiro (Melman, 1992). Para Marx (1867/2013), “o capital é trabalho morto, que, como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga” (p. 307). Tratava-se do capitalista vampiro, que extrai de forma ilimitada a mais-valia do trabalho realizado pelo operário.

Quanto ao processo de subjetivação, no alcoolismo, ocorre um impasse localizável depois da constituição da fase do Espelho³⁸, no que tange à imagem especular. Por se constituir de forma narcísica, ele busca ser amado de maneira ilimitada, reivindicando do Outro um amor impossível. O alcoolista é um sujeito do recalçamento, um sujeito dividido (\$), com fragilidade em sua dimensão imaginária e tem a avidez de um gozo narcísico que lhe permita ser reconhecido como sujeito (Costa-Rosa, 2009).

O tratamento do alcoolista que foca a abstinência como meta radical, tal como ocorre na oferta de tratamento do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) torna-se desastroso, pois leva o sujeito a beber com maior

³⁸ O estágio do espelho corresponde ao narcisismo primário como foi conceituado por Freud. Lacan o caracteriza como uma experiência situada entre os seis e os dezoito meses, em que a criança, num estado de impotência e de incoordenação motora, antecipa imaginariamente a sua unidade corporal (Laplanche, 2001; Quinet, 2000).

avidez. Como o alcoolista é um sujeito do recalçamento com valores narcísicos, essa abstinência forçada produz uma desnarcisação no sujeito, passando a ter vergonha de si e de sua impotência. No tratamento do alcoolista é necessário ofertar meios que tenham condições de reconstrução narcísica (Costa-Rosa, 2017). “Na ciência, prevalece o desejo de sutura do sujeito; na psicanálise, o desejo de soltura, de abertura ao sujeito e à subjetividade” (Costa-Rosa, 2009, p. 89)

Tomando a psicanálise do campo de Freud e Lacan e sua compreensão dos processos de subjetivação do alcoolista, é necessário também que o analista consiga deslocar-se entre os lugares do Outro³⁹ e do outro. O silêncio do analista deve ser manejado de forma a falar para não tornar a angústia experimentada pelo alcoolista insuportável e utilizar períodos de silêncio para que o alcoolista possa falar (Costa-Rosa, 2017).

Há diferenças entre a toxicomania e o alcoolismo. No caso do alcoolista, o objeto de gozo infinito é o falo, e o álcool atua como um meio para alcançar esse gozo fálico, funcionando como um objeto de prazer oral. O alcoolista não se contenta com limites ou barreiras; ele tende a ir até o fim em sua busca por prazer (Melman, 1992; Costa-Rosa, 2017). O discurso do alcoolista traz traços de valores fálicos, os quais são perseguidos e cultivados por com aos seus frateros, como uma forma de sociabilidade. A angústia provém das relações sociais e da sua condição subjetiva narcísica. O caso de Carlos apresentado leva-nos a creditar, pelo discurso apresentado em seus atendimentos, que ele é um sujeito do recalçamento com a avidez de um gozo narcísico que o leve a ser visto como um sujeito. Por sua vez, na toxicomania o sujeito é aprisionado pela própria droga, enquanto objeto real. Ele já não faz laço social, mas consome a droga de forma solitária (Costa-Rosa, 2017). No próximo tópico abordaremos as particularidades da toxicomania.

2.5 A TOXICOMANIA

Nossa sociedade frequentemente associa o uso de drogas ao narcotráfico e à delinquência, vendo os sujeitos que as utilizam como protagonistas do rompimento de normas. No entanto, parece que ignoramos a realidade do consumo que permeia

³⁹ O outro, ou o pequeno outro, é o eu ideal, e o grande Outro como discurso do inconsciente é um lugar de onde vêm as determinações simbólicas da história do sujeito. Esse lugar corresponde ao palco que recebe os personagens e às cenas quando o sujeito adormece. O Outro se escreve com a letra maiúscula (retirando a palavra “grande”) por se tratar de um conceito distinto do “outro”, escrito em minúsculo (Quinet, 2012).

nossa sociedade, incluindo tabaco, açúcar, cafeína, álcool e medicamentos – todos *gadgets* legalizados e que fazem parte da nossa cultura de consumo. Os étlicos se destacam como o objeto de prazer mais evidente quando se trata de celebrações (Santos; Costa-Rosa, 2007).

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas – com destaque particular para o uso das drogas ilícitas – vem adquirindo espaços nos vários segmentos como da assistência social, saúde, justiça, educação e cultura. Os meios de comunicação acabam visibilizando esta temática, associando o uso de drogas à marginalidade e à violência (Santos; Costa-Rosa, 2007; CRP, 2012), e, ousado dizer, a uma população que tem cor (preta), em sua maioria do sexo masculino e pobre.

A sociedade capitalista é marcada pelo consumo e a busca da felicidade. Os *gadgets* são esses objetos feitos para o sujeito gozar e consumir na nossa sociedade capitalista regida pelo consumo. Os *gadgets* são objetos mascarados de objetos de desejos capazes de proporcionar a felicidade e a realização (Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019). O sujeito consome a droga, ao passo que é consumido por ela.

Podemos entender o uso de drogas como um reflexo da sociedade capitalista, que valoriza o consumo e a busca desenfreada pela felicidade. Nesse contexto, a toxicomania se manifesta como um sintoma⁴⁰ social significativo, evidenciando as contradições e tensões inerentes ao discurso do capitalismo (Serretti, 2012; Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019). O que define o uso de drogas como um sintoma social dominante não versa sobre a quantidade de usuários, mas o fato de se constituir em um sintoma que se esculpe no discurso social. O discurso social é equiparado ao laço social e também aos modos de produção (Costa-Rosa, 2016, 2009). Assim:

Dada a indissociabilidade entre realidade psíquica e realidade social, nota-se que a estrutura discursiva na toxicomania é homóloga ao discurso dominante e seus imperativos na sociedade de consumo. Goze! Compre! Coma! Beba! Não sofra! Curta! Desfrute! Essa característica dá ensejo para associá-la aos traços que são mais proeminentes no neoliberalismo (Shimoguiri; Costa;

⁴⁰ O sintoma tem valor significativo tão aleatório quanto imprevisível. Enquanto formação do inconsciente, ele se “constitui, com efeito, por sucessivas estratificações significantes. Ora, nessa estratificação, a “seleção” dos significantes não obedece a nenhum princípio de escolha estável, e nem a ação simultânea dos processos metafóricos e metonímicos” que operam esta seleção. Os componentes significantes constitutivos no sintoma mantêm-se, então, diretamente tributários das “fantasias” do inconsciente (Dor, 1991, p. 22). Para Lacan (1998), o sintoma é uma mensagem a ser decifrada por ser definida pela linguagem de sua estrutura. Sua abordagem ocorre por meio da elaboração da história do sujeito.

Benelli; Costa-Rosa, 2019, p.2).

A sociedade capitalista tem gerado uma ampla gama de sentimentos nos indivíduos, como o vazio, a falta, a perda e a negatividade, que são considerados intoleráveis. Nesse contexto, a psicanálise identifica novos processos de subjetivação, marcados pelo individualismo, pela cultura narcísica e pela busca por prazer sem limites (Serretti, 2012).

O sofrimento psíquico e o mal-estar resultantes da incapacidade de alcançar o bem-estar e a felicidade sem limites proclamados pela sociedade de consumo levam esses indivíduos a recorrerem ao uso de *gadgets*. Os *gadgets*, produtos da tecnociência amplamente disponíveis, tornam-se objetos de desejo que prometem uma sensação de realização e felicidade, aparentemente capazes de mitigar esse mal-estar (Costa-Rosa, 2016; Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019; Serretti, 2012; Santos; Costa-Rosa, 2007).

No entanto, essa sensação é efêmera, fazendo com que o sujeito busque novamente o objeto, numa tentativa de evitar a angústia da separação. A droga, nesse sentido, atua como um “remédio” para o mal-estar e a insatisfação fundamental, permitindo que o sujeito não enfrente a falta-a-ser (Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019, p. 2).

No que se refere aos diversos problemas que envolvem o uso de drogas, Alencar (2016, p. 144) considera que:

[...] as drogas estão distantes de se tornarem um problema estritamente clínico; ainda que a clínica não possa ficar alheia à complexidade desse quadro, seu papel consiste em desnaturalizar o excesso enquanto destino – seja o excesso de trabalho que oprime, ou o excesso de substâncias que opera com a finalidade de suportar essa opressão.

Ao contrário do que o saber médico apresenta como critérios para dependência, a toxicomania não se resume ao consumo de substâncias psicoativas, ao tipo de droga, frequência, quantidade para definir se um sujeito é ou não toxicômano. A droga pode adquirir diversas representações e significações que se relacionam com a realidade sociocultural de cada sujeito, no âmbito da sociabilidade capitalista em geral.

A relação que o sujeito tem com a droga engloba categorias de uso recreativo, abusivo e a adicção. Esta é um modo de funcionamento psíquico que se refere a uma

relação de apego ou dependência do sujeito a um determinado objeto, que pode ser de qualquer tipo, desde que passível de levar à compulsão. A droga enquanto objeto de apego/dependência, coloca o indivíduo num lugar de escravidão e a droga como um objeto de prazer necessário. O sujeito acaba “vivendo” em função da droga na tentativa de amenizar sua angústia. A toxicomania trata-se então de um modo particular de adicção (Santos; Costa-Rosa, 2007). O uso de drogas pode ser compreendido como uma “[...] perturbação da intermediação simbólica da relação do sujeito com seus objetos de gozo” (Santos; Costa-Rosa, 2007, p. 489).

A psicanálise freudiana compreende como uma das funções da relação droga e sujeito intoxicado como:

[...] a busca de um gozo que prescinde do Outro, uma satisfação fora do gozo fálico, que Freud localiza no puro autoerotismo. A relação de exclusividade do toxicômano com a droga é indissociável da sua tentativa de rechaçar, de excluir todo possível companheiro de prazer, aspirando assim a um ideal narcisista de autonomia no gozo. No caso do sujeito toxicômano, ele elegeu um objeto narcísico para funcionar autisticamente, autoeroticamente, transformando seu próprio corpo dopado na solução para seus conflitos psíquicos, e negar a existência do inconsciente. [...] Na tentativa de (re)conquistar a independência de qualquer oposição do mundo externo, o toxicômano busca realizar-se autoeroticamente. Tudo isso nos conduz à hipótese da toxicomania como atividade (sexual) autoerótica de uma posição narcisista da libido. Uma tentativa do sujeito de tornar-se independente do mundo externo, ou de constituir um objeto que não entre em contradição com seu próprio desejo, e que possa assim ser controlado onipotentemente. [...] O que está em jogo não é apenas a experiência de prazer que a substância química provoca no organismo, mas uma experiência de prazer correlata à interferência provocada pela droga na posição do sujeito em relação ao objeto/realidade, um tipo de prazer que qualificamos narcisista (Serretti, 2012 p. 68 e 70).

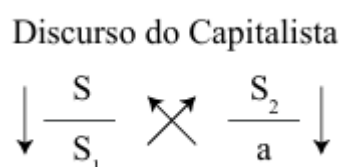
A formulação freudiana coloca a toxicomania como uma regressão ao narcisismo primário. Desenvolvendo essa concepção, a formulação lacaniana propõe a toxicomania como um curto-circuito pulsional no qual a droga é um objeto de prazer necessário, e os meios de civilização não fazem parte de sua economia pulsional (Serretti, 2012).

Nos sujeitos da toxicomania, nos processos de alienação e separação, houve uma falha estrutural que incidirá na construção do desejo. Ser um sujeito do desejo, desejante, é mover-se pela falta. Essa falta não constitui um defeito, mas é ela que permite o ciframento criativo e novo. A toxicomania pode ser pensada nesse processo de estruturação do aparelho psíquico na relação entre o *infans* e o Outro materno. Nessa relação, o sujeito pode ter vivenciado alguns impasses que são atualizados em

experiências singulares na toxicomania (Costa-Rosa, 2016, 2009; Shimoguiiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019).

Lacan apresenta a insatisfação fundamental do sujeito da linguagem que se relaciona com a dor de existir que é inerente à ex-sistência. Essa dor de existir se relaciona eticamente como o carecimento, que em Marx equivale ao desejo. Contudo, cada sujeito lida de uma forma peculiar com a sua pulsão e os manejos para sua realização. Deste modo, cada sujeito se constitui de forma particular, de acordo com sua história e responde de maneira particular à sua angústia (Costa-Rosa, 2016).

Podemos considerar o consumo do uso de drogas como um sintoma social dominante que por meio do consumo compulsivo tenta desfazer a angústia da dor de existir. Trata-se de um efeito que compromete o laço social. O laço social da toxicomania é homólogo ao Discurso do Capitalista (Costa-Rosa, 2016, 2009; Shimoguiiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019).



Correlacionando o Discurso do Capitalista com a toxicomania temos que:

Há uma mudança no lugar da verdade: o \$ é quem representa um S1 de função estática. Esse S1 mobilizará o sujeito a querer o objeto a todo o custo para mais-gozar, então, o sujeito se suprime ao confundir o desejo com a necessidade de tragar o objeto para dar conta da sua sede de consumir. O S2 não é meio de gozo, mas meio de se chegar à conquista de um gozo que promete o paraíso dos prazeres indissolúveis e, com isso, é também um meio de trabalho para a manutenção do mestre como verdade de sujeito, extasiado com o ilimitado poder de se apropriar do objeto para si (Shimoguiiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019, p. 2).

A psicanálise apresenta algumas modalidades de gozo que dependem do processo de constituição subjetiva e de sua entrada no significante e na linguagem. Destaco aqui duas modalidades de gozo que são: o gozo do Outro e o gozo fálico. No gozo do Outro, o gozo é o próprio corpo e esse gozo não é intermediado pela linguagem. Esse gozo é experienciado como um acontecimento que retira a palavra e a capacidade de simbolizar daquilo que é sentido como falta, ocorre um silenciamento do estatuto simbólico. O objeto droga proporciona esse gozo no próprio corpo, e é reconhecido pelo sujeito como um objeto necessário, criando um ciclo de compulsão

como forma de alívio da angústia da dor de existir. Nessa modalidade de gozo encontram-se os toxicômanos. O toxicômano recusa os valores fálicos que são sentidos como inconvenientes. O objeto do gozo na toxicomania é um objeto real, não existe a dimensão da fantasia como se apresenta no sujeito constituído por recalçamento, como no caso do alcoolismo (Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019; Santos; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa, 2016).

Já o gozo fálico está relacionado à linguagem e à mediação simbólica. Trata-se de um gozo acessível ao sujeito como localizado em partes do corpo. Está vinculado à modalidade de constituição subjetiva por recalçamento, ligado aos valores fálicos pessoais, culturais, familiares e do trabalho. Essa modalidade de gozo apresenta-se nas formações inconscientes do sujeito por meio de sonhos, chistes, lapsos, sintomas, entre outros (Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019; Santos; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa, 2016).

2.5.1 Refletindo um pouco sobre a toxicomania: o caso Carla⁴¹

A primeira vez que Carla compareceu para atendimento no CAPSad, ela ainda tinha menos de 18 anos de idade e acabara de chegar de uma Clínica de Recuperação do uso de drogas, situada a alguns quilômetros do município. No primeiro contato ela se mantinha afastada e desconfiada, sua voz estava exaltada e elevada dizendo que não queria fazer tratamento no CAPSad. Depois de algum tempo, Carla contou que foi criada pela avó materna, que seu pai está foragido da Justiça e que sua mãe era usuária de álcool e drogas e que sua tia paterna também era usuária de drogas.

Carla começou a mencionar que faz uso de maconha e crack e que por isso passou um tempo internada na clínica de recuperação. Quando retornou ao município, retomou seu relacionamento com André, também usuário de drogas.

Ela verbalizou que era bom sentir a brisa da droga, e que, só de falar, sentia dor na barriga. Disse que não desejava parar de fazer o uso, pois se sentia bem usando, sentia um alívio.

A relação de Carla com a droga é capaz de ilustrar esse caráter mortífero da relação, entre si, dos seres humanos coisificados. A droga, esse objeto da tecnociência capaz de aliviar a angústia da dor de existir, adquire uma nova forma de “mais-gozar”, um gozar do corpo (Costa-Rosa, 2009).

⁴¹ Nome fictício.

Carla frequentou apenas alguns dias o CAPSad e não retornou mais. Anos depois, ela voltou ao CAPS para atendimento, relatando que havia permanecido em abstinência durante a gestação, para cuidar de seu filho. Contudo, Carla estava novamente grávida de um outro parceiro e havia retomado o uso de crack. Ela expressou o desejo de interromper o uso por causa da gestação, mas destacou as dificuldades que enfrentava para isso. Sentia-se sozinha e desamparada, contando com a ajuda de terceiros para sustentar sua família.

Carla não estava inserida no mercado de trabalho e dependia também das políticas públicas de Assistência Social. Ela compareceu a poucas sessões de atendimento antes de ser desligada do CAPSad.

Durante os dois períodos em que ela esteve em atendimento, nossas abordagens de atenção eram pautadas pelo modelo biomédico, que via a toxicomania pelo viés da dependência química. A minha compreensão se baseava no princípio da doença-cura, na qual a abstinência era a terapêutica pretendida, mediada pela medicalização dos sintomas. Nesta perspectiva de cuidado, percebemos que o sujeito que entrava em estado de abstinência parava o uso das drogas para recuperar seu corpo, ora desgastado pelo uso, e, depois, voltar a gozar mais por meio do seu objeto-semblante, essa droga, objeto transvestido de desejo, que aplacava as angústias de sua dor de existir (Melman, 1992; Shimoguiri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019).

Anos depois, Carla retornou para atendimento, relatando que havia entregado seu filho mais novo aos cuidados da avó paterna, depois de ele ficar doente e ela se sentir incapaz de cuidar dele. Vários atendimentos individuais foram realizados para que Carla pudesse começar a falar sobre sua relação com a droga e suas dores.

Ela revelou que, para conseguir comprar crack, chegou até a se prostituir ou fazer trabalho como "avião", atuando como entregadora de drogas. Em suas falas, enfatizou que não deixava faltar nada para seu filho mais velho, que estava com ela. Ao mesmo tempo que descreveu sua rotina para conseguir usar drogas, também expressou a dor de ter entregado o filho mais novo à avó paterna: "Ele iria morrer se continuasse comigo, ele estava muito doente." Carla compartilhou sua solidão, a falta de afeto e os conflitos com a mãe, além das desavenças com a família paterna e a morte da avó.

Com base na psicanálise de Freud e Lacan, oferecemos à Carla um espaço em que ela pudesse falar sobre as drogas e o prazer que elas lhe proporcionavam, sem julgá-la ou tentar convencê-la sobre o que se considera no senso comum que seria

melhor para ela. Segundo Shimoguiiri, Costa, Benelli, Costa-Rosa (2019, p.07):

A fala representa a abertura para que o sujeito possa colocar em questão seus impasses e, assim, saindo da posição de objeto do gozo do Outro para o encontro com o significante e com a produção de sentidos (simbólicos) para os conflitos que o atravessam e dos quais pode se tornar um atravessador.

Os discursos de Carla apontam a toxicomania como um sintoma social. Melman (1992, p.1 01-102) refere:

[...] a toxicomania era, antes de mais nada, um fenômeno social. Isso quer dizer que sua propagação não depende somente da inclinação, do gosto ou da "fraqueza psíquica" de um sujeito, mas também das incitações que podem ser exercidas pelo meio. E na medida em que a toxicomania não é mais apenas um problema singular, mas também um fenômeno social, parece testemunhar uma transformação na economia do gozo. Assim, o que ela viria a ilustrar em nosso seio seria o que poderíamos chamar de uma mutação cultural, isto é, haveria mutantes entre nós. Pessoas que, nesse caso, privilegiam um tipo de gozo original, e isto sem levar em conta a conservação da vida.

2.6 PERSPECTIVAS DE GÊNERO: MULHERES INSERIDAS EM TRATAMENTO NO CAPS

Nos 13 anos em que atuei como psicóloga no CAPSad, poucas foram as mulheres que buscaram atendimento em função de sua problemática no que tange ao uso de álcool. Para ilustrar essa diferença detectada por nós, recorreremos ao cadastro de sujeitos que foram atendidos por este estabelecimento de saúde, no período de dezembro de 2017 a março de 2024. Consta que nesse período foram avaliadas 490 pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso de álcool e outras drogas, sendo 412 pessoas do gênero masculino e 78 do gênero feminino.

Essa diferença entre a quantidade de mulheres e homens em relação ao uso de etílicos foi apontada por alguns estudos no Canadá e EUA numa proporção de 6 homens para 01 mulher. As estatísticas mais recentes demonstram que a relação entre o número de homens e mulheres alcoólatras vem diminuindo. Essa diferença pode estar relacionada a aspectos sociais e ao padrão moral imposto pela sociedade (Mansur, 1985), já que o alcoolismo feminino é menos aceito na sociedade (Deus, 2012; César, 2005).

Existem poucos estudos sobre o alcoolismo em mulheres (Deus, 2012; César,

2005), principalmente abrangendo sua relação com o álcool e os processos de subjetivação. Tal fato, provavelmente está associado aos preconceitos e estigmas no que diz respeito às questões de gênero e o ato de beber.

Em diversos períodos da história, mesmo quando o alcoolismo não era concebido como um problema de saúde, já havia discriminação em relação ao beber feminino. O ato de beber feminino era repudiado pelos efeitos do álcool, por este liberar a sexualidade e comportamentos não aceitos pela sociedade (Cesar, 2005). De fato, o ato de beber feminino é menos aceitável em decorrência de estereótipos femininos enquanto para o homem está associado à prova de masculinidade (Mansur, 1985; Cesar, 2005).

O aumento do consumo de etílicos por mulheres data da Segunda Guerra Mundial, quando da sua entrada no mercado de trabalho, momento em que a mulher tornou-se uma trabalhadora, ou seja, quando da expropriação de sua força de trabalho pelo MCP.

O beber feminino se interliga à formação dos estereótipos de gênero e ao aprendizado dos papéis sexuais que são percebidos por essas mulheres como um aprisionamento. O álcool parece funcionar como uma tentativa de resolver esse conflito. O beber feminino está relacionado a uma dimensão individual e uma coletiva (César, 2005).

As mulheres alcoolistas revelam em suas falas sentimento de culpa e sensação de incapacidade por não conseguir cuidar dos filhos (César, 2005). Essa culpa pode ser relacionada aos valores fálicos de não corresponder às expectativas da sociedade (Costa-Rosa, 2017) enquanto mulher, mãe, esposa, dona de casa, trabalhadora, e existe socialmente uma grande exaltação do papel social de mãe. Existe nessas mulheres um sofrimento individual por não corresponder às normas e aos papéis estabelecidos pela sociedade (César, 2005).

Existe em nossa sociedade uma idealização do amor materno. Ele é compreendido como inerente a toda mulher, relacionando a maternidade ao aspecto biológico e natural. Constatamos na literatura que o amor materno é um mito e não existe uma cultura materna universal. Ele é um sentimento humano como qualquer outro que pode ser frágil, imperfeito e incerto, além de sofrer a influência da cultura, das frustrações e das ambições de uma mãe. “O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional” (Badinter, 1985, p.366). Associa-se ainda ao mito materno as concepções de boa mãe ou má mãe que incidem sobre as pressões sociais em

relação à mulher. Essas concepções também são construções históricas que sofrem influência das necessidades sociais impostas pelo patriarcado baseado na divisão social e sexual do trabalho (Palomar, Contreras, 2024).

As autoras Palomar e Contreras (2024) em seus estudos apontam que as mulheres mais jovens têm questionado essa visão naturalizada na sociedade contemporânea no que concerne à maternidade e têm decidido traçar outros caminhos que perpassam pela carreira profissional, política e pela liberdade.

Outro fator interessante abordado na pesquisa realizada por César (2005) refere-se ao beber na esfera privada e na esfera pública. As relações de gênero versam que ao homem é destinado o âmbito público, e à mulher, o privado. As mulheres apontam que por mais que exista um beber coletivo, em bar, festas ou em ruas, tal fato gera em si um beber que as revela e as coloca em contradição, ambiguidade, quanto ao local a elas reservado, que seria da esfera do privado.

Os estudos de Deus (2012, p. 249) com mulheres alcoolistas revelam que existe dificuldade de adequação aos papéis sociais impostos às mulheres, uma falha na simbolização, sentimentos de falta de amor, pobreza de afeto e intolerância à frustração. Assim, apresentam uma:

[...] impossibilidade de se aceder a um pensamento metafórico e à inviabilização da representação do afecto, o corpo torna-se um meio de comunicação, na medida em que adocece e traduz esse sofrimento. Para além dos efeitos tóxicos causados pelo álcool no somático, há uma mensagem implícita no aspecto físico destas mulheres, tornada visível num estado de descuido em relação a si próprias [...] (p. 249).

No atendimento a mulheres alcoolistas, temos de considerar as relações de gênero. Cada sujeito, ou melhor, cada mulher, apresenta em sua história de vida singularidades em sua relação com o objeto álcool. Os estudos de César (2005), Kobayashi (2018) e de Deus (2012) apontam diversos fatores que estão associados ao beber feminino. Os motivos iniciais apontados pelos sujeitos podem percorrer uma variedade de sentimentos, tais como: ansiedade, medo angústia, preenchimento de uma falta, frustração, entre outros. Contudo, a oferta da escuta e o direito a fala desses sujeitos torna-se uma via para um reposicionamento subjetivo.

2.6.1 Buscando compreender o alcoolismo feminino por meio da história de Joana

Joana⁴², de cor parda, tinha 58 anos, era divorciada e possuía o ensino fundamental incompleto, tendo interrompido os estudos no quarto ano. Quando começou o tratamento no CAPS, trabalhava como empregada doméstica, com uma renda aproximada de R\$ 200,00, o que revelava sua situação de pobreza e vulnerabilidade. Ela era mãe de três filhos: Maria, que era casada e tinha filhos; Pedro, que era usuário de drogas e residia com ela; e Ana, que faleceu devido a problemas de saúde. Seu corpo carregava as marcas e sequelas de anos de trabalho, tanto no plantio agrícola quanto na limpeza de casas, que se manifestavam em dores persistentes.

Ela trouxe como queixa para o atendimento o uso abusivo de álcool, iniciado aos quinze anos de idade, mas intensificou o uso há cerca de um ano e sete meses, principalmente quando em situações em que se sentia deprimida.

Inicialmente, Joana passou por atendimento individual e falava sobre seus relacionamentos com os filhos que eram, segundo ela, permeados por conflitos e violências verbais. Contava também sobre sua relação com sua mãe e irmãos, permeada de períodos de conflitos e afastamentos.

Quanto ao relacionamento com a mãe, Joana trouxe algumas particularidades. Ela se sentia “deixada de lado” e desvalorizada, com a sensação de que todos os seus comportamentos não eram tolerados pela mãe e irmãos. Quando pedi que falasse sobre essa relação, ela compartilhou que, ao engravidar pela primeira vez, seus pais a colocaram para fora de casa. Essa mesma situação havia acontecido com uma irmã, mas, diferentemente de Ana, ela permaneceu com os pais. Além disso, elas não estavam se falando, pois a mãe não aceitava que Joana fizesse uso de bebida alcoólica. Ela apresentava um sofrimento, pois o seu “beber” não era aceito pelo restante da família, mesmo por aqueles que também faziam uso de bebida alcoólica em grandes quantidades. Joana trazia em sua fala um desejo de diminuir o consumo de álcool, mas não de interromper.

Esse fato confirma os escritos de Périgo (2021), que afirma:

[...] quando os sujeitos com uso abusivo do álcool procuram tratamento, ao menos inicialmente, eles não costumam apresentar uma demanda de parar de consumir o objeto, mas sim de reestabelecer uma certa harmonia desse gozo com os demais aspectos da sua vida cotidiana, em suma, demandam o

⁴² Nome fictício.

retorno ao tempo em que eles tinham um certo controle sobre o objeto que agora passou a controlá-los (p. 168).

Nos atendimentos em grupo, Joana falava sobre as dificuldades no relacionamento com seu filho, que é usuário de drogas, num momento que incentivava outras mulheres a compartilharem suas experiências com os filhos, que também eram fontes de “angústia e tristeza”. Joana parecia se analisar através de suas próprias falas e das demais integrantes do grupo. Nesse período, ela oscilava entre a abstinência e o consumo de álcool. Ela mencionava que não suportava as pressões e os desentendimentos, ora com a mãe, ora com o filho, o que a levava a recorrer ao uso de etílicos. Outro fator que Joana trazia e que contribuía para o seu uso de álcool referia-se à situação de vulnerabilidade social, pois não tinha condições de prover o sustento de sua família. Seus relatos traziam que o álcool proporcionava um esquecimento de seus problemas e a deixava “relaxada”. As mulheres do grupo e Joana trazem em suas falas a necessidade de reconhecimento associados aos valores fálicos que permeiam os discursos dos alcoolistas.

Durante as sessões, Joana e as outras mulheres discutiram sobre comentários que haviam ouvido, como a ideia de que “era feio mulheres beberem”. O consumo de álcool por mulheres é carregado de preconceitos e estigmas, refletindo o papel social que a sociedade lhes atribuía. Em certa ocasião, Joana expressou o desejo de “beber socialmente”, como algumas pessoas que conhecia, mas afirmou que não conseguia. As mulheres do grupo e Joana traziam relatos da facilidade da aquisição de bebida alcoólica, verbalizando “comida ninguém oferece para a gente, mas a bebida sim”.

Por esses relatos podemos pensar na oferta, produção e disponibilidade do etílico em nossa sociedade. O etílico é uma droga lícita comercializada em diversos estabelecimentos comerciais e a um baixo custo. Os sujeitos em sofrimento relatam pagar menos de três reais ou juntar os recipientes, trocando 10 recipientes vazios por um corote.

Nos períodos de abstinência, Joana levantava questionamentos sobre a dificuldade de ficar sem beber e como sua mãe não reconhecia seus esforços, tratando-a de maneira desatenciosa. Nessa fala de Joana podemos relacionar que “[...] a sede de bebida alcoólica guarda uma estreita relação com a sede neurótica de reconhecimento” (Périco, 2021, p.170) enquanto filha, mãe, mulher, trabalhadora.

Joana chegou um dia no CAPSad e pediu para falar comigo. Ela demonstrava

estar assustada e angustiada. Contou que naquele fim de semana foi beber com um amigo que morava perto de sua mãe e que não recordava o que aconteceu depois. Ela disse que os familiares contaram que ela chegou à casa da mãe alcoolizada e que elas tiveram “uma briga muito feia” e, por isso, ela não poderia frequentar mais a casa da mãe. Joana chorou muito e disse não entender nada do que aconteceu.

Depois desse episódio, Joana começou a trazer novamente, tanto nos atendimentos em grupo quanto nos individuais, os problemas com a mãe e a necessidade de retomar o contato e frequentar a casa dela. Em um desses atendimentos, perguntei sobre a relação entre as duas, e Joana respondeu: “Sempre foi assim, ora posso ir à casa dela, ora não. Às vezes me tratava bem, em outros momentos, não. Acho que sempre foi assim, e eu queria que fosse diferente.” Depois desses relatos, Joana entrou em um período de abstinência. O espaço de fala possibilitou Joana analisar sua relação com sua mãe e a si mesma, implicando-se em seu processo de saúde-adoecimento-Atenção. Joana conseguiu fazer um deslocamento de sua queixa sobre o alcoolismo e suas relações familiares, equacionando os seus impasses. Depois desses atendimentos, Joana entrou em abstinência, e suas relações com seus familiares (mãe, filhos e irmãos) não eram mais fontes de angústias. No que concernia à sua situação de vulnerabilidade social e econômica, Joana passou a ser atendida pela Assistência Social.

Nos atendimentos a mulheres alcoolistas, é fundamental abordar as relações de gênero. Cada mulher apresenta, em sua história de vida, singularidades em sua relação com o álcool, o que enriquece a compreensão de suas experiências e desafios.

CONSIDERAÇÕES

O uso de substâncias psicoativas tem uma longa trajetória na história humana. O interesse pela regulamentação, proibição e tratamento dessas substâncias se intensificou no último século, especialmente nos últimos cento e cinquenta anos.

No contexto neoliberal, em conjunto com os saberes gerados nos campos da Saúde, da Assistência Social e do Judiciário, surgiram legislações que regulamentam e discriminam os usos de substâncias psicoativas. Nesse cenário, “as políticas de redução de danos, quando perpassadas pela governamentalidade neoliberal, proporcionaram um deslocamento da criminalização do consumo de drogas às capturas dos usuários de drogas como capital humano” (Rosa, 2012, p. 343). Elas

promovem a criminalização do consumo de drogas e simultaneamente buscam (re)adaptar o sujeito consumidor de drogas, sustentando a premissa de que todos devem ter uma vida saudável, normalizada e em consonância com a ideologia dominante.

Para Serretti (2012), o consumo de substâncias psicoativas representa uma resposta ao mal-estar da sociedade contemporânea, refletindo a busca pela felicidade que não se encontra nas ofertas da civilização, particularmente na formação social capitalista. Diante do crescente interesse nas questões relacionadas ao uso de substâncias, que alcançou a condição de problema de Saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) implementou dispositivos públicos para atendimento e oferta de tratamento direcionados às problemáticas associadas ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A maioria dos CAPS, e podemos localizar também nos CAPSad, trabalha pelo viés do tratamento medicamentoso, hospitalocêntrico, que compreende os processos de toxicomania e de alcoolismo pelo princípio doença-cura, pautados nos manuais de diagnósticos como o CID-10. O foco principal é a abstinência com a (re)adaptação social do sujeito e a recuperação de sua saúde via tamponamento de sintomas, por meio do uso de medicamentos. Trata-se do que se denomina de dependência química (Shimoguiri; Périco, 2014) que, curiosamente, seria tratável por meio de medicamentos, utilizando a química para, supostamente, tratar a falha dela.

A psicanálise do campo de Freud e Lacan interroga-nos e busca elucidar as singularidades do uso de substâncias psicoativas. Ela compreende a problemática da toxicomania e do alcoolismo como impasses de subjetivação que solicitam um trabalho de equacionamento simbólico. Anuncia a necessidade de abertura à escuta e à fala do sujeito, possibilitando a produção de subjetividade em saúde singularizada (Shimoguiri; Périco, 2014) que, de fato, se oriente pela perspectiva do Paradigma Psicossocial.

Os sujeitos que consomem álcool e drogas confrontam-nos com um curto-circuito da palavra, que retorna na forma de uma ação, um fazer em vez de dizer (Sinatra, 1995). O alcoolismo possui uma problemática específica, diferente da toxicomania. O traço marcante no alcoolista é a sua relação com os valores fálicos, que são os valores socioculturais firmados e valorizados pela ideologia dominante (Périco, 2021).

O alcoolismo feminino, em sua particularidade, é permeado por questões

sociais relacionadas aos “papéis sociais” que as mulheres deveriam desempenhar, como ser uma boa mãe, boa esposa e boa trabalhadora, cuidando de si e de seus corpos, os ideais de mulheres. Elas em alguns casos parecem utilizar o álcool como meio para a resolução de seus conflitos. As expectativas são muitas, e as exigências sociais na sociedade contemporânea são imensas. O alcoolismo feminino se relaciona também aos valores fálicos, os valores socioculturais presentes no discurso dominante.

Na perspectiva psicanalítica, a toxicomania se apresenta como um sintoma, no qual os efeitos da verdade emergem sem apoio, sem a mediação do simbólico. Trata-se de um sintoma que percorre caminhos de significados diferentes dos tradicionalmente conhecidos pela psicanálise. Na toxicomania, o gozo ocorre sem passar pelo Outro, sendo extraído do próprio corpo (Sinatra, 1995). Um traço evidente é que a morte substitui o falo como limite, uma vez que a instalação do falo simbólico é precária (Périco, 2021).

“Na clínica da toxicomania, a aposta da psicanálise é a mesma empreendida à escuta dos mais variados tipos de sofrimento psíquico: tratar o gozo mediando-o pelo significante, cingindo o Real pelo Simbólico” (Shimoguri; Costa; Benelli; Costa-Rosa, 2019, p.7).

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (org). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

ALENCAR, R. **A fome da alma: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade**. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração: Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 160 f. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27153/tde-12072016-161512/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ALMEIDA, A. R. B. **Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica**. Salvador: EDUFBA, 2010.

ANDRADE, T. M. de. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais**. Brasília: UNIFESP/SENAD, 2011. Disponível em: https://www.unifesp.br/campus/sao_paulo/unidade/unifesp-senad. Acesso em: 10 nov. 2024.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. **Lei nº 5.726**, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1971/l5726.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humaniza-sus>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Lei Federal 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2006/l11343.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Lei Federal 13.840**, de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2019/l13840.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

CESAR, B. A. L. **O Beber Feminino: A Marca Social do Gênero Feminino no Alcoolismo em Mulheres**. Fls. 124. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CALIL, T. G. **As drogas, as pessoas e as cidades: consumo do espaço e efeitos sociais em cidades latino-americanas – aproximações entre São Paulo, Bogotá e Medellín**. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2022.

CISA (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool). **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2024**. 2024. Disponível em: <https://www.cisa.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. **Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos**. São Paulo: CRP, 2019. (Caderno Temático n. 30).

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (org.) **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. Algumas notas sobre subjetividade e uso de drogas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 99-113, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. **Toxicomanias e outros usos** (texto-curso). Não publicado, 2016.

COSTA-ROSA, A. **Sobre o alcoolismo** (texto-curso). Não publicado, 2017.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

DEUS, A. M. S. A. **Alcoolismo no feminino**. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. ISPA – Instituto Universitário, 2012.

DOR, JOEL. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Tradução Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Assis, 2013. 78 f. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil, 2013.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2010.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira (Vol.XII, 1912). Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.133-143.

GALVÃO, V. L. B. S. Gozo e alcoolismo. Trabalho apresentado na **XII Jornada do Círculo Psicanalítico da Bahia**, novembro de 2000. Disponível em: <https://www.psicologia.ba.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

GOMES, M. M. DE O. **O cuidado de si na redução de danos: uma análise histórica, política e ética, a partir de Michel Foucault**, 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2013. Disponível em: <https://www.posgrad.ufs.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

KOBAYASHI, M.; SILVA, M. C. R.; FIAMENGHI-JR, G. A. Álcool como sintoma: histórias de vida de dependentes. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 22, n. 2, p. 114-138, jul./dez. 2018. ISSN 2237-6917. Disponível em: <https://www.perspectivas.em.psicologia.uberlandia.edu.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LABATE, B. C. (org.); BARRA, V. L.; CAVALCANTE, G.; LIMA, F. A.; SANTOS, D. G. dos; BARRA, J. R. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: <https://www.edufba.br/drogas-e-cultura>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LACAN, J. **Nome-do-Pais**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Lacan, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOMBARDI, R. **Adições às drogas: o desencontro de uma ilusão**. 2004. 152 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/dissertacao>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MANSUR, J. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985. Disponível em: <https://www.brasiliense.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MD MAGNO. **O porre e o porre do Quincas Berro D'Água**. Rio de Janeiro: Aoutra, 1985. Disponível em: <https://www.aoutraeditorial.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MARX, K. **O Capital: crítica da Economia Política**, Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2013. Disponível em: <https://www.boitempo.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MEDEIROS, D. G.; ALMEIDA, M. A.; SILVA, L. L.; SOUZA, A. P.; OLIVEIRA, F. R. de; COSTA, S. A. **Política de drogas e saúde coletiva**. Caderno de Saúde Pública, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/csp>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta, 1992. Disponível em: <https://www.editoriascuta.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

NERY FILHO, A.; LIMA, M. F. C.; SANTOS, L. R.; PEREIRA, R. M.; SILVA, J. A. (org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORTH, A. P. S.; MOREÍ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 55, p. 293-303, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologiaargumento/article/view/18415/12127>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PALOMAR, C.; CONTRERAS, K. (coord.). **Interrogaciones contemporáneas en torno a la maternidad**. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá, 2024. ISBN: 978-607-581-164-2. Editado y hecho en México.

PÉRICO, W. **Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva**. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Fls. 253.

QUEIROZ, C. A. M. **Crime organizado no Brasil: comentários à lei nº 9034/95**. São Paulo: Iglu, 1998.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro, Zahar, 2012.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROSA, P. O. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. Tese

de doutorado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 24, n. 4, p. 487-502, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/fpt6XB9WkzNmTTjRdrF5tR/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SERRETTI, M. A. T. Laço de amor intoxicado: o casamento feliz do bebedor com o álcool. **Reverso**, Belo Horizonte, ano 34, n. 63, p. 67-74, jun. 2012. Disponível em: <https://www.reverso.pucminas.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: <https://www.revistapsicologiaunesp.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA, M. F.; BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: dos discursos à constituição subjetiva. **Psicologia USP**, v. 30, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e180014>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SINATRA, E. S. **Sujeto, goce y modernidad: fundamentos de la clínica**. Atuel-TyA, 1995.

VECCHIA, M. D.; COSTA-ROSA, A.; ZALUAR, A.; SILVA, M. T.; MARTINS, M. S. (org.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

VIDUEIROS, V. L. Idealcoolismo: um olhar psicanalítico sobre o alcoolismo. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 696-698, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Ftq5Yv4ch9VpzjZXb56Xsw/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ZALUAR, A. (org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ZALUAR, A. **Crime organizado e crise institucional**. Disponível em: <faile:///C:/Arti9gos/Natal2002.htm>, 2003.

ENSAIO 3 – A CLÍNICA AMPLIADA (CA) NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quando o ato de produção, em si, muda, não apenas as condições objetivas [...], mas os produtores mudam com ele, pela emergência de novas qualidades, transformando-se e desenvolvendo-se na produção, adquirindo novas forças, novas concepções, novos modos de relacionamento mútuo, novas necessidades, novas maneiras de fala (Marx, 1975, p. 88).

3.1 INTRODUÇÃO

A iniciativa pela escrita sobre a Clínica Ampliada (CA) surgiu da minha atuação enquanto profissional da psicologia num Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad). Nos estudos realizados no âmbito da minha intercessão-pesquisa, identifiquei algumas formas de clínicas e busquei conhecer seus efeitos nos sujeitos atendidos. Isso porque o campo da Atenção Psicossocial é marcado por um espaço teórico, técnico, ético e político, constituído por uma pluralidade de orientações e modos de produção de saúde, que vão desde aquelas voltadas ainda para o processo doença-cura, procedentes do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), até as que abrangem o processo saúde-adoecimento-Atenção, provenientes do Paradigma Psicossocial (PPS), que retomam a clínica, como a Clínica do Cuidado e a CA, ou uma Clínica Crítica ou do Sujeito (Rinaldi; Bursztyn, 2008; Périco, 2014; Costa-Rosa, 2013).

Dessa forma, instrumentalizada pelo Dispositivo Intercessor (DI), procurei problematizar e identificar o tipo de clínica que embasaria a oferta de Atenção à Saúde do sujeito que recorre ao CAPSad. Interessava-me problematizar as demandas e ofertas terapêuticas destinadas ao sofrimento psíquico derivados desses espaços de Atenção à Saúde Mental originados da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Propus abordar as clínicas contemporâneas, com foco específico na identificação e nomeação da clínica que fundamenta meu trabalho com os indivíduos em sofrimento psíquico no contexto de uso e abuso de álcool e drogas, nas modalidades de toxicomania e alcoolismo. Para isso, utilizei-me de própria práxis como material a ser analisado por meio do DI. Aqui denomino de Atenção o conjunto de ações realizadas no âmbito da Atenção Psicossocial, que inclui cuidado, tratamento, promoção e prevenção em saúde (Costa-Rosa, 2013).

Meu ponto de partida foi a Clínica Ampliada (CA), presente na Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003), por promover posturas que buscam romper

com os modelos tradicionais de Atenção à Saúde em todos os seus níveis (primário, secundário e terciário). Essa concepção de clínica, oferta de Atenção em Saúde, busca promover práticas mais integradas e humanizadas nos estabelecimentos de Saúde, considerando o sujeito em sua dimensão subjetiva e enquanto um ser social, inserido em contextos familiares e comunitários. Ainda, tal concepção abarca a complexidade das relações sociais mais amplas que influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas.

Essa mudança de paradigma provinda da PNH é fundamental para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade na assistência. A CA, portanto, é um elemento central da PNH, pois busca transformar as práticas de Saúde em um processo mais inclusivo, acolhedor e que respeite a subjetividade dos usuários.

A PNH proveio de experiências concretas e efetivas que buscavam a superação das cisões entre cuidado e gestão, clínica e política e da produção de saúde e produção de subjetividade na assistência em saúde. Isso porque essa normativa nos ajuda a compreender a existência de particularidades entre esses fatores acima elencados e que não permitem a dissociação entre eles. A implantação efetiva da PNH exige das equipes novas formas de articulação, saberes e práticas inovadoras na produção de saúde, além de ressaltar a importância da circulação do poder entre os profissionais, promovendo uma gestão compartilhada, que valoriza a participação de todos no processo de cuidado. Essa abordagem integrativa e colaborativa é essencial para a construção de um sistema de saúde mais humano e eficaz (Brasil, 2009, 2007).

Para o MS e para as PNH, as ações de assistência em saúde pressupõem a prevenção, a promoção e a reabilitação em saúde. A concepção dos níveis de saúde e dos fatores que os determinam – como a alimentação, higiene, lazer, educação, moradia, transporte, trabalho, entre outros – estão relacionados à expressão da organização social e econômica do nosso país (Brasil, 1990).

A perspectiva de saúde pelo SUS considera as vicissitudes das vivências da população brasileira, uma vez que apresenta, como suas diretrizes, a universalidade do acesso, a integralidade das ações, igualdade, equidade, autonomia e participação da comunidade (Brasil, 1990). Apesar de mais de três décadas de construção e implantação do SUS em todo território nacional, ainda permanecem disparidades na efetivação dessas diretrizes, como: o acesso, o cuidado, a responsabilização de

gestores e trabalhadores nos cuidados e na gestão, a efetiva educação permanente dos trabalhadores e o despreparo dos profissionais no que concerne às questões subjetivas implícitas nas práticas em saúde (Brasil, 1990). Essas disparidades encontradas nos estabelecimentos de saúde relacionam-se com as desigualdades econômicas e sociais do nosso país, estas últimas promotoras das dificuldades para a efetivação de novas práticas e saberes no campo da Saúde Pública.

Para pensar na Saúde Pública, diante da perspectiva de uma Saúde Coletiva, é necessária a expansão, o compartilhamento e a construção de “[...] processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada” (Brasil, 2009, p.11). Isso proporcionaria um espaço efetivo do protagonismo do sujeito em seu processo de saúde-adoecimento-Atenção e relações de poder mais horizontalizadas.

Os modos de produção de saúde são baseados epistemologicamente em três correntes: biológica, social e psicológica, cada qual com diversos enfoques que acabam por vezes valorizando um aspecto e excluindo outros. A PNH, com a proposta da inserção da CA nos estabelecimentos de saúde, procura promover uma articulação entre as diversas áreas de saberes, mas numa perspectiva da interdisciplinaridade daquelas correntes (Brasil, 2009).

A CA tentou substituir a fragmentação do trabalho clínico, decorrente da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde, característica do PPHM e do Modo Capitalista de Produção (MCP), a fim de valorizar a perspectiva da interdisciplinaridade. Os processos de subjetivação na contemporaneidade exigem uma Atenção à Saúde que demanda conhecimentos transdisciplinares para atender o sujeito em suas particularidades/singularidades e inserido num contexto histórico e social determinado (Brasil, 2009; Costa-Rosa, 2013).

Minha intenção nesta Intercessão-pesquisa foi utilizar os recursos oferecidos pela CA, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (MS). Esses recursos fazem parte do cotidiano dos profissionais que atuam nos CAPSad e representam uma possibilidade, por meio do DI, de subverter ,minha práxis. As contribuições significativas de Costa-Rosa (2013), ao elaborar o DI como uma ferramenta que permite ao trabalhador operar na práxis e na produção de conhecimento, são fundamentais para o trabalhador inserido nos estabelecimentos das Instituições de Saúde Pública. O DI é embasado epistemologicamente em um referencial teórico robusto e consistente, que pode ser utilizado em nossa prática, visando oferecer um

novo modo de produção de saúde subjetividade singularizada, pautada no PPS.

O MS define como assistência as práticas em saúde e as ofertas de cuidado direcionadas à atenção ao sujeito em sofrimento. É sabido que toda atenção envolve concepções e saberes que são teóricos, técnicos, éticos e metodológicos, refletindo um modo de produção de saúde, o qual produz efeitos nos sujeitos que solicitam Atenção nesses estabelecimentos de Saúde Mental Coletiva (SMC). Os modos de produção de saúde podem reproduzir a lógica do discurso dominante, resultando em sujeitos adaptados e alienados. Em contrapartida, alinhados ao PPS, podemos contribuir para promover a singularização dos sujeitos.

Para refletir sobre a necessidade de construir uma CA, ou uma clínica outra – a Clínica do Sujeito –, que atenda aos interesses da Atenção Psicossocial, é essencial redirecionar a atenção e modificar as práxis. Ao mencionar uma CA, pressupõe-se a existência de uma clínica anterior que não contemplava essa nova dimensão desejada e que se espera contrabalançar.

Essa clínica tradicional tinha como modelo de assistência em saúde o diagnóstico de uma doença e a prescrição de medicamentos, baseando-se em sintomas universalizantes e catalogados pelo CID 10 ou pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5). Apesar de os diagnósticos serem universalizantes, e delimitar uma prática/assistência, existia um outro fator a ser ponderado, a singularidade do caso, aquilo que os diferenciava, e os fatores sociais, políticos e econômicos envolvidos no processo de saúde-adoecimento (Brasil, 2009). O fator principal para a compreensão do processo saúde-adoecimento-Atenção é a inclusão do sujeito em sua dimensão subjetiva. Somente nessa perspectiva ofertaremos uma Atenção que corresponda ao PPS.

Segundo o dicionário Aurélio de língua portuguesa (Aurélio, 2004) a palavra “clínica” refere-se a uma prática ou um recurso da medicina que vê o paciente como objeto de pesquisa. Relaciona-se a uma prática, ou a um estabelecimento que admite doentes para realização de procedimentos por incumbência de um ou um conjunto de profissionais de diversas especialidades médicas. Seria um estabelecimento que realizaria tratamentos a encargo de profissionais de especialidades não médicas (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras). O dicionário abordou a clínica na perspectiva doença-cura por meio da intervenção de uma prática médica ou um estabelecimento (hospitais ou clínicas para consultas ou exames), tipificando-a como um local para restabelecimento de saúde, de práticas de especialidades não médicas,

no qual a psicologia se inseriu, juntamente com outras disciplinas.

Historicamente, o conceito de clínica refere-se a uma prática que mira a cura total da doença, com a supervalorização do saber médico e biológico, numa compreensão fragmentada do sujeito e do cuidado, desenvolvendo, no campo das ciências positivistas, diversas especialidades para o tratamento das doenças humanas. Quando o foco é a história da origem e a delimitação da doença, percebemos uma desconsideração do sujeito em sua totalidade e em seu contexto social.

Por sua vez, o vocábulo “ampliada” (Aurélio, 2004) tem como significado o ato de tornar-se amplo, aumentar. Já o verbo “ampliar” no dicionário equivale a uma prática aumentada, tanto na assistência como na compreensão do processo doença-cura de uma pessoa “doente” que se submeteu a um tratamento. Os significados coletados do dicionário retratam uma clínica centrada nas especialidades dos saberes e numa pessoa reputada como objeto de uma intervenção, sendo o foco voltado para a doença e não para o sujeito.

Desse modo, ao comparar as bibliografias referentes à CA, objetivo alcançar não o significado, mas o que se pretende angariar com as junções dessas terminologias utilizadas como diretriz pela PNH em compor uma prática denominada de “CA”⁴³.

3.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA AMPLIADA A PARTIR DAS PORTARIAS MINISTERIAIS

A proposta da CA ressaltou a importância da integração das diversas especialidades que compõem os serviços de saúde, buscando oferecer um cuidado que considere o indivíduo caso a caso. Esse novo entendimento a respeito de “clínica” e “assistência” inclui, no processo de compreensão do adoecimento, um olhar para além da doença, abrangendo as vulnerabilidades⁴⁴ e os riscos pessoais e sociais, assim como as formações sociais de cada sujeito.

⁴³ Esta perspectiva do que seria Clínica Ampliada encontra-se disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

⁴⁴ Vulnerabilidade social refere-se a “quando o Estado e a sociedade não garantem condições de acesso a direitos básicos” (Benelli, 2022, p. 81). Não existe um consenso acerca do termo vulnerabilidade, contudo, é compreendido como o resultado da junção de exposições a risco, da incapacidade de resposta e das dificuldades de adaptação. A vulnerabilidade tem dois aspectos, um que é material, com condições precárias ou privação de rendas, em que o sujeito não possui acesso às políticas públicas, e, o outro, relacional, em que a carência material acaba acarretando discriminação e preconceito (Benelli, 2022).

A concepção de CA apontou algumas mudanças, ou desafios, necessários no que concerne a um compromisso dos trabalhadores do campo da Saúde em relação ao sujeito em sua singularidade. As mudanças elencadas são: a responsabilização no cuidado, o desenvolvimento da intersetorialidade no território, o reconhecimento dos profissionais de saúde, dos limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas no cuidado em saúde, e, principalmente, a necessidade de assumir um compromisso ético com o sujeito que demanda um cuidado em saúde (Brasil, 2007).

Outro desafio da CA foi a articulação entre clínica e política, enquanto gestão, nos estabelecimentos de Saúde, sendo os sujeitos reduzidos, muitas vezes, aos seus diagnósticos nosológicos ou burocráticos. A CA veio para redirecionar esse olhar fragmentado, visando à dimensão das complexidades desse sujeito que demanda atenção, cuidado em seu processo de saúde-adoecimento (Brasil, 2007), na tentativa de superação de todos esses desafios encontrados na clínica tradicional.

O MS (Brasil, 2008) definiu a CA como uma modificação das práticas de cuidado, voltada para a ampliação da clínica. Isso implica considerar a saúde como objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto, com o objetivo de produzir saúde e aumentar o grau de autonomia dos sujeitos. As avaliações em saúde, realizadas na recepção do sujeito no estabelecimento de saúde, devem abranger sua história e os saberes que eles trazem, para que, posteriormente, se defina a intervenção terapêutica mais adequada à complexidade biopsicossocial das demandas de saúde.

A CA é uma das diretrizes propostas pela PNH para qualificar a forma de fazer saúde, pois se fundamenta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, e entre a produção de saúde e a produção de subjetividade e cidadania (Brasil, 2009; Costa-Rosa, 2013). Assim, tal direcionamento estabelece um fortalecimento do sujeito no sentido de sua autonomia (Ferigato; Ballarin, 2007).

A ampliação da clínica proporcionou maior autonomia ao sujeito, à família e à comunidade, além de promover a corresponsabilização dos trabalhadores no cuidado e assistência em saúde. Essa abordagem destaca o vínculo como um fator fundamental nas relações entre os diversos atores envolvidos (sujeito, família e profissionais de saúde), ressaltando a importância do trabalho em equipe. Isso implica uma prática que considera a complexidade do sujeito, reconhecendo que todos os profissionais de saúde, de forma integrada, contribuem para o cuidado em SM e

comunitária (Grigolo; Pappiani, 2014).

Falar de clínica é ao mesmo tempo falar em um ato de cuidar. Para Yasui (2010), o cuidado é a essência do trabalho no campo da Saúde. Os profissionais de Saúde em seu cotidiano realizam diversas estratégias de cuidados que podem ser (re)produtores de violência ou de existência. O “[...] cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro” (Yasui, 2010, p. 117). Esse encontro que existe a partir do contato/interação entre o sujeito e o(s) trabalhador(es) da Saúde promove o ato de cuidar, o qual é inerente à postura e à atitude de responsabilização, implicação e afetividade em relação a um outro.

A proposta da CA, como preconizado pela PNH, requer uma revisão e transformação das suas concepções de doença e cura, assim como uma nova abordagem das práticas em saúde que envolva o cuidado, realocando o sujeito no centro do atendimento. Ela se opõe ao modelo biomédico, demandando dos profissionais novas práticas no campo da Saúde, “[...] passando de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta⁴⁵” (Alves *et al.*, 2021, p. 243). Ainda nessa perspectiva, Sundfeld (2010) afirma que a construção da CA é um trabalho realizado por um coletivo que deseja romper com os paradigmas vigentes de produção de saúde e disciplinarização da vida. Esse movimento busca desconstruir modelos pré-estabelecidos, visando criar conexões entre a clínica, as políticas e os modos de produção da vida.

A introdução de novos estabelecimentos considerados serviços substitutivos aos estabelecimentos da lógica manicomial, como os CAPS, por si só, não garante uma nova direção, novos rumos da assistência, ou uma nova clínica em SM, assim como não garante mudanças nas concepções da loucura por parte dos trabalhadores, familiares, sociedade e sujeitos que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico. Ficou nítido nesses anos de luta e implantação da RPb, que não basta a substituição dos manicômios por novos serviços de políticas públicas que preveem mudanças na assistência ao sofrimento psíquico, é primordial que a transformação abranja a realidade social do lugar da loucura (Amarante; Torres, 2001). Torna-se imperativo refletir sobre a loucura, a hospitalização, o direito ao tratamento em liberdade, o

⁴⁵ Essa escuta diz respeito a um ouvir. O ato de cuidar na Clínica Ampliada implica um ouvir o indivíduo enquanto cidadão de direitos e ser social. Não se trata somente de uma escuta do sujeito enquanto sujeito do inconsciente e do carecimento.

respeito às diferenças, a medicalização, as formações sociais daquele território e sobre os processos de subjetivação na contemporaneidade.

A CA, além de ambicionar a autonomia do sujeito em seu tratamento, oferece a ele a possibilidade de produzir ou reinventar novas formas de viver que não estejam centradas apenas em seu processo de saúde e adoecimento (Brasil, 2007). Essa abordagem reconhece o sujeito enquanto sujeito cidadão de direitos que é capaz de ser o protagonista de seu tratamento.

Os eixos que fundamentam a CA incluem: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada de diagnósticos e práticas terapêuticas, a ampliação do objeto de trabalho e a transformação dos meios ou instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde. Os dispositivos da prática de fazer saúde são as equipes de referência, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o apoio matricial, considerados instrumentos resolutivos no âmbito da atenção, do cuidado e da gestão de serviços e redes de saúde (Brasil, 2009).

Em relação às mudanças e transformações que foram ambicionadas pela RP, nos modos de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, Yasui (2010) ponderou que não basta pensar a RP enquanto mudanças/transformações dos serviços de saúde; trata-se de um fator mais complexo que engloba uma concepção de cuidado que traz como enfoque o indivíduo enquanto sujeito social e cidadão de direitos:

[...] uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território e seus recursos, bem como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Implica estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a esse território (Yasui, 2010, p. 116).

Ofertar um cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas urge no sentido oposto do histórico distanciamento social. Assim, o estabelecimento de saúde “[...] deve primar pela inclusão e ter o território e a comunidade como principal lócus de sua ocorrência” (Crepop, 2011, p. 25). O cuidado integral deve ser disponibilizado no território, na perspectiva da desconstrução social dos preconceitos e estigmas quanto a esses sujeitos.

Pode-se afirmar, portanto, que a CA foi um “[...] movimento crítico em direção a uma ampliação da concepção de ciência, sujeito e saúde-doença” (Alves; *et al.*, 2021, p. 246). Para além dessas mudanças de concepções, a CA desponta como

alternativa para novas estratégias de assistência no cuidado em saúde. As estratégias de cuidados poderiam ser relacionadas a uma arte e eficácia de planejar ações. De acordo com Yasui (2010, p.112) “[...] em um lugar, em um tempo, com diferentes atores e com os recursos disponíveis, aplica-se a melhor maneira de combinar esses elementos, para provocar, proporcionar, produzir ou construir um processo de transformação”.

Para Ferigato e Ballarin (2007, p. 55) a CA implica uma:

[...] reflexão sobre uma forma de clínica, onde não apenas a concepção de doença se altere, mas onde a concepção de sujeito seja modificada e os fluxos de poder possam ser desviados e utilizados para a produção de subjetividade e em produtos com "valores de uso" para os coletivos.

As estratégias de cuidados poderiam ser operacionalizadas por conceitos-ferramentas que contribuam para a compreensão dessa realidade complexa, com uma práxis direcionada para as mudanças no modelo de assistência e das relações de poderes existentes nos estabelecimentos da instituição de saúde. Esses conceitos-ferramentas abarcam um ato de cuidar e são “[...] território, responsabilização, acolhimento, projeto de cuidado e a diversidade de estratégias e o tecer uma rede” (Yasui, 2010, p. 116).

Se pensarmos na clínica como uma assistência em saúde, inferimos a existência de um ato de cuidado, como aponta Yasui (2010). O cuidado em Saúde Mental envolve o ato de ouvir o indivíduo enquanto cidadão de direitos e ator social, considerando-o inserido em seu território. Esse cuidado envolve uma solicitação dele à equipe de saúde para que lhe ofereça uma Atenção/assistência/cuidado em seu processo de saúde-adoecimento. Na perspectiva da CA, para que se produza um cuidado “caso a caso”, os trabalhadores devem considerar todas as dimensões desse sujeito, para que de fato ele exerça um modo mais integralizado e individualizado, num determinado território. Dessa forma, a CA se efetivaria na produção de assistência em saúde de forma mais integrada e humanizada.

A CA, tal como proposta pelo MS, como uma prática/cuidado/assistência deveria substituir a clínica tradicional e ser uma assistência corrente em todos os estabelecimentos de saúde.

Como nossa intenção particular neste ensaio é abordar a (re)construção dessas práticas clínicas num estabelecimento de CAPSad, retornamos à Portaria nº 336/2002 (Brasil, 2002), a qual regulamentou e redirecionou a assistência em saúde,

descrevendo em seu § 2º como os CAPS deveriam se constituir. Esse parágrafo reafirma a proposta de os CAPS se constituírem em um serviço ambulatorial de atenção diária, funcionando segundo a lógica do território. Desse modo, esse artigo, que alude ao funcionamento segundo uma lógica do território, despontou o imperativo reconhecimento dos sujeitos envolvidos, bem como do contexto social, político e histórico; igualmente incluiu as relações de poder e submissão presentes em cada território.

A clínica, em suas diversas formas – tais como quando assume a perspectiva do cuidado, do acolhimento, da escuta e da responsabilização –, é realizada num determinado território, concebido para além da dimensão geográfica de demarcação. Essa noção de território como espaço geográfico habitado e marcado pela pluralidade de subjetividades, imbuído pelas relações afetivas e de pertencimento delineia um espaço que é vivo, dinâmico, fluido e mutável (Sundfeld, 2010). Poderíamos dizer que para cada território existiria um CAPS, com suas especificidades e singularidades, características do contexto social no qual se encontra inserido (Yasui, 2010).

Cada prática em saúde está embasada teórica, técnica, política e socialmente em um paradigma⁴⁶ que sustenta as ofertas de Atenção no campo da Saúde e da Psicologia. Essas ofertas de Atenção produzem efeitos que podem ser dos mais diversos, desde a tutela, a pedagogização, a psicologização, a normalização, a tutela social até a singularização subjetiva e sociocultural (Benelli, 2023). Porém, um questionamento persiste no que tange aos tipos de clínicas e seus efeitos nos sujeitos que solicitam uma atenção ao seu sofrimento. Já sabemos que temos a clínica tradicional e a CA, esta considerada pelo MS a forma de assistência que deveria estar presentes nos estabelecimentos de Saúde. Contudo, as ofertas em Saúde, embasadas por uma dessas vertentes podem produzir efeitos diversos nos sujeitos e é isso que nos interessa analisar e nos situar enquanto trabalhadores do campo da Atenção Psicossocial.

Para elucidar e analisar essas clínicas presentes no campo da SMC, utilizaremos como parâmetro os estudos de Benelli (2023) acerca dos tipos de clínica que ele encontrou e denominou como: olhar, cuidado, e a do sujeito.

⁴⁶ Costa-Rosa (2013, p. 78) descreveu os paradigmas como conjuntos ideologicamente articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos. Para nós, são sempre dispositivos de luta pela hegemonia.

3.3 A CLÍNICA TRADICIONAL: A CLÍNICA DO OLHAR

Benelli (2023) empreendeu um amplo e valioso estudo das clínicas psi, presentes na contemporaneidade, a partir de três possibilidades epistemológicas: o olhar, o cuidado e o sujeito. Essas definições da clínica localizada no campo da Psicologia podem se correlacionar com as clínicas presentes no campo da SMC, como uma possibilidade de inserção dos psicólogos nos estabelecimentos das Instituições de Saúde. Benelli utilizou-se de três parâmetros para fazer a análise de cada clínica: a concepção de objeto, as ofertas de atenção e os efeitos dessas últimas.

A clínica do olhar toma o sujeito doente enquanto objeto passivo de sua intervenção. Essa clínica tem raízes no atendimento médico ao leito do sujeito, que permanecia deitado, sendo olhado e observado de forma a encontrar elementos sobre seu adoecimento, numa posição inerte. É o outro que detém o conhecimento acerca de sua doença, pois tal clínica fundamenta-se em quatro eixos, que são: a semiologia, com a classificação e organização dos sintomas; o diagnóstico, que consiste na hipótese do sofrimento do sujeito que pode ser alterado a qualquer momento dependendo de seus sintomas e orienta as ações a serem realizadas; a terapêutica, por meio de intervenções, ações que buscam confirmar os eixos anteriores e a etiologia, que visa localizar a origem, a causa do sintoma (Benelli, 2023).

Nessa perspectiva, o sujeito é um objeto que possui um sintoma (doença) que deve ser compreendido e classificado dentro de um conjunto de sinais e sintomas com vistas ao diagnóstico. Busca-se conhecer o sintoma para apresentar uma solução. São muito comuns neste tipo de clínica as formulações de protocolos para atender a determinado sintoma. Para essa dor (sofrimento), prescreve-se, age-se dessa forma. Por exemplo: o sujeito chega solicitando internação⁴⁷ em Comunidade Terapêutica

⁴⁷ Preferi adotar o termo internação, e não acolhimento, como as políticas públicas de álcool e droga e as de Saúde consideram em suas portarias e leis quanto ao tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas (CTs). O Plano Integrado de Enfretamento ao Crack (2010) incluiu o tratamento em CTs, por meio de financiamento público, como uma estratégia de cuidado para os usuários de álcool e outras drogas. As CTs constituem-se em “serviços de internação na modalidade de moradia para usuários de drogas e passaram a compor a rede de saúde pública através do financiamento estatal” (Fossi; Guareschi, 2005, p. 95). “As CTs possuem um modelo residencial e seu funcionamento está pautado na premissa de que, diante da impossibilidade de promover mudanças no indivíduo 'dependente químico', é necessário alterar o meio onde ele vive e o retirar da situação em que acontece o consumo de drogas. A partir de tal descrição das CTs, podemos relacionar esse modelo com o manicômio” (Fossi; Guareschi, 2005, p. 99-100). As pessoas permanecem reclusas geralmente num estabelecimento localizado na área rural, no qual devem adequar-se às regras e normas (Fossi; Guareschi, 2005; Fossi, 2013). Eles se constituem em estabelecimentos fechados que dispensam tratamento para álcool e outras drogas por meio da segregação social, com normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos (Fossi; Guareschi, 2015; Fossi, 2013; Conselho

(CT). De imediato, a equipe lança mão do protocolo previamente estabelecido (solicitação de exames, declarações, enxoval, medicação, consulta médica) que coordena as ações para efetivar essa “vontade” do sujeito de internar-se numa CT. Podemos localizar essa prática de Atenção em Saúde alicerçada na clínica tradicional. O ouvir o sujeito se restringe à sua dimensão biológica e moral, à compreensão do sintoma e à eliminação daquele sofrimento, via tamponamento por meio das medicações, e, neste caso, exclui-se o sujeito de seu território. O tratamento é o isolamento social, já que corresponde a uma prática unidisciplinar, individualizante, que não contempla as dimensões subjetivas e as formações sociais (Benelli, 2023).

A clínica do olhar forneceu os substratos para a formulação dos manuais de psicopatologia utilizados na atualidade. Essa clínica tradicional ou oficial baseava-se em uma abordagem fragmentada, centrada na doença, que não considerava os fatores sociais e culturais implícitos no surgimento ou na manutenção de uma doença que vivencia um dado sujeito (Benelli, 2023).

Quando da minha inserção no CAPSad no ano de 2010, o acolhimento do

Nacional do Ministério Público, 2018). Minha práxis nos estabelecimentos de Saúde levou-me a afirmar que se trata de internação não mais em hospitais psiquiátricos, mas em local “aberto” e distante do território do sujeito. Segundo o Conselho Nacional do Ministério Público (2018) as CTs possuem características asilares, com muros e portões que restringem a liberdade do sujeito, além de reter documentos e pertences dos sujeitos na sua entrada. Para ser internado em uma CT o sujeito passa por uma bateria de exames (deve gozar de boa saúde). Os sujeitos internados nesse estabelecimento estão excluídos do seu território, de sua comunidade e família, inserem-se num tratamento que pode durar de 06 a 12 meses, dependendo dos ciclos adotados por aquela CT específica (Fossi; Guareschi, 2005; Fossi, 2013). Fossi; Guareschi (2015) e Fossi (2013) retratam em seus estudos que as CTs têm a pretensão de promover mudanças nos comportamentos dos sujeitos de forma a favorecer sua reinserção social, e, para que isso ocorra, adotam em suas práticas valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade, a fim de produzir sujeitos abstêmios de substâncias psicoativas. Essas práticas são de cunho religioso e moralista, com viés pedagógico e adaptativo do sujeito, traduzindo-se numa perspectiva disciplina-trabalho-espiritualidade (Fossi, 2013; Fossi; Guareschi, 2015, Melo; Corradi-Webster, 2018). A maioria das atividades ofertadas pelas CTs é realizada sob coordenação de monitores e da equipe multiprofissional; quando existe, é composta de psicóloga, assistente social e enfermeiro. O Relatório de inspeção constatou a escassez ou inexistência de equipe técnica para a oferta de um cuidado integral (Conselho Nacional do Ministério Público, 2018), e na prática os sujeitos devem ir medicados pelos CAPSad. Percebia-se que muitas famílias começaram a solicitar e insistir nas internações em CTs pelo fato de que o sujeito permaneceria vários meses “internado”, com a justificativa de que a internação no hospital psiquiátrico foi reduzida e por isso “não servia”. Existem CTs que aceitam apenas internações voluntárias, e outras que fazem internações involuntárias, ora sem consentimento do sujeito. A internação involuntária recebe na prática a nomeação de “resgate” ou “remoção”, “que consiste no internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção química. O “resgate” pode ser contratado junto à CT como um serviço extra, por um familiar da pessoa a ser internada” (Conselho Nacional do Ministério Público, 2018, p. 117-118).

paciente⁴⁸ acontecia por meio da avaliação inicial. O Sr. Antônio⁴⁹ foi acompanhado por sua mãe na sua avaliação, a qual foi realizada pela primeira vez em fevereiro de 2010, antes ainda da minha entrada enquanto profissional do CAPSad. A avaliação contemplou o padrão de uso atual e pregresso de etílicos de Antônio e o histórico familiar de uso de álcool. Nesse primeiro encontro, Antônio foi encaminhado para internação em hospital para desintoxicação. Algum tempo depois, Antônio retornou ao CAPS para nova avaliação, sendo medicado no primeiro atendimento.

Como sabemos, na clínica tradicional busca-se um mapeamento acerca da “doença”, seus sintomas, nesse caso, frequência do ato de beber. Como intervenção terapêutica, foi utilizado o seu encaminhado para internação no hospital local. Buscou-se, por meio da avaliação a localização dos sintomas e por meio do CID 10, a classificação diagnóstica de seu transtorno/doença. Alguns dias depois, Antônio retornou ao atendimento no CAPSad, passou por consulta médica, e logo foi medicado. As ofertas em Saúde, portanto, continuam operando pelos princípios disciplinares do modelo flexneriano⁵⁰.

Constatamos que o sujeito ocupava o lugar de doente, passível de ser observado e classificado de acordo com os manuais diagnósticos – CID 10 e DSM V – e, quando diagnosticado, podia receber os suprimentos – medicação – necessários ao restabelecimento de sua saúde (Benelli, 2023). Não existiu um espaço de acolhimento que permitisse ouvir aspectos que se referia à história de vida individual, familiar, social desse indivíduo. A avaliação também não contemplou nenhum ouvir que o considerasse enquanto cidadão de direitos, tampouco uma escuta do sujeito em sua dimensão subjetiva.

Essa clínica possui um viés reducionista, organicista que “inaugura os princípios disciplinares doença-cura e anormal-normal” (Benelli, p. 87). Os sofrimentos então são passíveis de serem estudados, classificados, identificados de acordo com sua origem para, enfim, o sujeito ser medicado para obter sua ‘cura’. Não existe

⁴⁸ Utilizarei paciente aqui, pois é o termo comum utilizado nesse estabelecimento de Saúde e por ser o termo que melhor se relaciona com as práticas e efeitos éticos produzidos naquele período. Todas as avaliações eram realizadas na mesma perspectiva de coleta de dados, fazendo um levantamento do histórico do uso de substâncias psicoativas pelo indivíduo.

⁴⁹ Nome fictício.

⁵⁰ Modelo Flexneriano: As concepções de saúde e doença baseadas neste modelo são centradas na doença de forma individual e concreta, ou seja, esta é considerada como um processo apenas biológico e natural. O seu aspecto social e comunitário não estão implicados no processo de saúde-doença (Pagliosa; Da Ros, 2008).

espaço para a compreensão da subjetividade enquanto realidade psíquica e a realidade social (Benelli, 2023).

As intervenções terapêuticas possibilitam a leitura do campo paradigmático de nossas intervenções. Quando o indivíduo/paciente ocupa o lugar de objeto passível de uma intervenção e nós, trabalhadores da saúde, ocupamos o lugar de saber sobre o outro e sua enfermidade, localizamo-nos no PPHM e a nossa clínica – assistência ou intervenções em saúde – é pautada na clínica tradicional, portanto, estamos localizados no Discurso do Mestre, segundo os discursos de Lacan (1992). As práticas são médico-centradas e tem como efeito ético: a tutela, a normalização, a serialização, a medicalização e a objetificação do sujeito (Benelli, 2023).

Essa clínica tradicional revela a necessidade de ampliá-la, levando em conta as diferenças das formações sociais de cada indivíduo e compreendendo, tal como coloca Cunha (2004), que os limites do saber podem ser transformados em uma nova prática que abrace as particularidades de cada sujeito em seu contexto social. Começa-se a delinear espaços para o surgimento de uma outra clínica, a clínica do cuidado, que visa modificar as práticas em assistência em saúde

Podemos afirmar então que a clínica do olhar é a clínica tradicional. “A clínica médica do olhar fornece o modelo para a clínica psicológica do olhar, clínica na qual se olha, se dialoga e se ouve, mas não se escuta o sujeito” (Benelli, 2023, p.86).

3.4 A CLÍNICA AMPLIADA: A CLÍNICA DO CUIDADO

As limitações da clínica tradicional que era unidisciplinar, focada no indivíduo isolado, compreendendo sua interioridade psíquica isolada de seu contexto social e cultural abriram caminhos para o surgimento de uma outra clínica, a do cuidado, que tinha a intenção de refutar as concepções anteriores e seus modos de assistência em saúde. A Clínica do Cuidado opera de forma a humanizar os cuidados em saúde recorrendo a um enfoque centrado no indivíduo, enquanto ator social e cidadão de direitos. Nessa clínica o foco está no sujeito inserido num contexto social, histórico e político. A doença e o sofrimento já não são o foco principal, busca-se despatologizar e desmedicalizar o sujeito em sofrimento (Benelli, 2023).

Essa clínica do cuidado pode ser relacionada à CA como concebida pelo MS, por meio da PNH. As práticas de cuidado podem ser compreendidas pelas concepções de Yasui (2010) sobre as estratégias do ato de cuidar, as quais devem permear o cotidiano dos trabalhadores e das equipes de Saúde. O ato de cuidar é

uma postura do profissional de Saúde que requer comprometimento, responsabilização e afetividade. Quando se fala em uma oferta de atendimento, em uma prática em saúde, é comum os trabalhadores falarem que estão “cuidando” do sujeito com um determinado sofrimento físico e/ou psíquico.

Essa clínica do cuidado, na psicologia, inserida nas políticas públicas de Saúde, recebe a nomenclatura de CA. Essa ampliação da clínica relaciona-se à concepção de objeto que considera o sujeito enquanto um indivíduo ator social e cidadão de direitos, com ações pautadas na ética da “ação social crítica, politizada e emancipadora” (Benelli, 2023, p.95).

As intervenções terapêuticas encontradas são os atendimentos grupais, grupos de reflexão, grupos de socialização, oficinas, aconselhamentos, entre outros.

As portarias do CAPS (2002; 2011) pontuam a reabilitação e reinserção social do sujeito como um dos focos e objetivos da intervenção dos profissionais de saúde e preveem a assistência em saúde que devem permear os cuidados. Vejamos:

Art. 4 [...] IV – promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; [...] (Brasil, 2011).

Art. 4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d – visitas e atendimentos domiciliares; e – atendimento à família; f – atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social [...] (Brasil, 2002).

Essa assistência em saúde é promovida de forma que o indivíduo toma consciência da sua história e pode assumir o protagonismo da sua vida, sendo reinserido e readaptado à sua comunidade.

As intervenções mais comuns são os atendimentos grupais, grupos operativos, grupos reflexivos, grupos de orientação e socialização, atividades comunitárias, visitas domiciliares, como mencionadas na portaria 336/2002, que busca a reintegração social e comunitária do indivíduo.

A clínica do cuidado ou a CA se consistiriam então:

[...] no sentido de aumentar a variedade dos meios de trabalho: psicoterapia

individual, grupo psicoterapêutico, acompanhamento terapêutico, oficinas diversas de socialização e de reconstrução subjetiva, socioterapias, dispositivos de reintegração sociocultural, de trabalho e de geração de renda. Geralmente se busca oferecer uma escuta compreensiva, centrada na oferta de sentidos, podendo deslizar para uma prática pedagógico-educativa e também moral (Benelli, 2023, p. 97).

Podemos situar os trabalhos de Yasui (2010), Sundfeld (2010), Ferigato e Ballarin (2007), Crepop (2011) e Alves *et. al.* (2021) na perspectiva da clínica do cuidado. Ela apresenta a construção de um cuidado/assistência em saúde na perspectiva de superação do modelo flexneriano, individualista e médico-centrado para uma concepção de um sujeito cidadão de direitos, inserido num contexto social e histórico que influencia seu processo de saúde-adoecimento-Atenção. Trata-se, ainda, de um “sujeito que possui individualidade própria e que deve ter na sociedade seu lugar de cidadão” (Benelli, 2023, p.96), mas nessa concepção de sujeito ainda não foi incluída a dimensão subjetiva.

Essa CA inserida no contexto da SMC trouxe a importância de alguns temas, como: acolhimento, escuta qualificada, responsabilização, desmedicalização, despatologização, desinstitucionalização, inclusão, reinserção, reabilitação, contratualidade social, multidisciplinaridade e território.

Cabe ainda o esclarecimento que esta escuta qualificada trata de um ouvir, diferentemente da escuta da psicanálise do campo de Freud e Lacan, a qual corresponde a uma escuta do sujeito do desejo e do ser humano do carecimento⁵¹ (Costa-Rosa, 2019), que atende ao PPS como superação da Reforma Psiquiátrica (RP).

Os cuidados que se operam no campo da Saúde são trabalhos que envolvem relações sociais – que podem ser entre dois ou mais sujeitos – que podem ser espaços de transformações ou (re)produções sociais de modos de cuidar, de ofertar assistência em saúde. “O processo de transformação do modelo assistencial, na perspectiva da promoção e da defesa da vida, acontece nesse cotidiano, nos

⁵¹ O carecimento é um conceito “[...] que abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os Ideais, possíveis ou não de imediato, e para o usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades, no contexto de determinada Formação Social. Pode-se considerar que aqui estão incluídas também as criações da Filosofia, da Arte, da Ciência, e da Religião, porém não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau da sua evolução histórica” (Costa-Rosa, 2000, p. 163).

encontros e nos atos da produção do cuidado” (Yasui, 2010, p.136), mas constatamos que a subjetividade acaba sendo relegada a segundo plano. Como, então, deixar em segundo plano a dimensão subjetiva se estamos situados no campo da SMC?

Para que haja a transposição da dimensão subjetiva é necessário um deslocamento do PPHM para o PPS. Isso precisa ser feito desde o momento que o sujeito recorre ao estabelecimento de SMC solicitando ajuda para o seu sintoma/impasse/sofrimento (Mexko, 2021). Um cuidado na direção da Atenção que visa à escuta do sujeito e sua realidade psíquica e social por meio da oferta um espaço que proporcione a sua fala, sem a prescrição de uma conduta, encaminhamento ou medicalização *a priori*, mas uma Atenção que permita que o sujeito se implique em sua existência-sofrimento.

A clínica do cuidado representa um avanço com relação à clínica do olhar, mas não se delinea ainda os aspectos da subjetividade. Contudo, são inegáveis os avanços da CA em relação à perspectiva do sujeito cidadão de direitos, inserido num contexto histórico, político e social, uma superação do cuidado pautado na dimensão biológica/orgânica do indivíduo. Ainda que as práticas estivessem localizadas no paradigma disciplinar, com a adoção de práticas interdisciplinares, percebe-se um despontar para multidisciplinaridade. Os efeitos éticos dessas práticas ainda são permeados pela tutela, normalização, pedagogização e psicologização dos indivíduos, assim, “a intervenção cuidadora oscila entre a tutela social e o cuidado ou entre o controle e o cuidado” (Benelli, 2023, p. 98).

Porém, é preciso ousar e avançar, de modo a que a psicologia disciplinar e suas práticas disciplinares localizadas no campo da SMC transitem para o campo da Psicanálise de Freud e Lacan, para que enfim sejam subvertidas as práticas psis e bifurque no sentido da construção de uma clínica do sujeito (Benelli, 2023), em que a dimensão subjetiva do sujeito está em primeiro plano (Mexko, 2021).

3.5 A CLÍNICA DO SUJEITO: A CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A clínica do sujeito advém da necessidade de compreender o sujeito em suas singularidades e os processos de subjetivação presentes na contemporaneidade. A subjetividade na psicologia disciplinar está associada à personalidade, identidade e comportamento proveniente de uma interioridade psicológica inata, relacionado ao desenvolvimento do ego enquanto instância central (Benelli 2023; Benelli; Périco; Costa-Rosa, 2017). De forma diferente, a subjetividade na clínica do sujeito envolve

uma compreensão mais acurada das singularidades dos seres humanos (Benelli, 2023).

A subjetividade é entendida como algo que não está pronto nem acabado. O processo de constituição subjetiva se produz na emergência do sujeito no infans, por sua condição humana, por meio da linguagem. A subjetividade humana inclui o campo social e a realidade psíquica particular. Os complexos processos psíquicos constroem uma realidade de consistência moebiana, é uma continuidade, um dentro e um fora, entre o psíquico e o social, entre pensamento, linguagem e cultura (Benelli, 2023; Benelli; Périco; Costa-Rosa, 2017).

A concepção de subjetividade permite um entendimento mais aprimorado do sujeito em sua singularidade. A clínica do sujeito embasada na Atenção Psicossocial concebe que o sujeito é constituído pelo inconsciente e pelo carecimento. Nessa perspectiva, o sujeito é o protagonista e o agente de sua existência e sofrimento. O primeiro passo é a escuta, não se objetiva prescrever, diagnosticar, encaminhar, aconselhar. O psicólogo precavido pela psicanálise do campo Freud-Lacan utiliza as entrevistas preliminares, pois nessa modalidade não existe separação de diagnóstico/tratamento (Mexko, 2021; Périco, 2021). Receber o sujeito, escutar e acolher são um ato clínico e, para que esse ato se constitua numa intercessão, é necessário que ocorra uma implicação subjetiva do sujeito em suas questões – fator fundamental para que aconteça a transferência (Benelli, 2023, Mexko, 2021; Périco, 2021).

Ainda segundo Benelli (2023, p. 112):

[...] a clínica da escuta do sujeito que se articula como a clínica da Atenção Psicossocial, que se pautaria de modo lógico e transdisciplinar pelo materialismo histórico, pela Análise Institucional francesa, por contribuições da Filosofia da diferença, incluindo a Psicanálise do campo de Freud e Lacan quanto aos processos primários de constituição subjetiva e dos seus impasses diversos, visando operar práticas de intercessão junto ao sujeito, cidadão e sujeito de desejo, visando ao cuidar-se.

No cotidiano das práticas em saúde, podemos nos deparar com atravessamentos institucionais, políticos e sociais orientados por um posicionamento ético e teórico comprometidos com modos de produção de saúde mais singularizados, correspondendo ao PPS, ou podemos ofertar Atenção pautados por práticas mais alienantes, alinhadas ao modelo de PPHM. Por exemplo, se respondemos

imediatamente e sem reflexão ao aumento da dose de uma medicação ou à indicação da internação, podemos estar contribuindo para a produção de subjetividade e saúde baseadas no PPHM, ou seja, na tutela, na adaptação social, na normalização e no tamponamento do sofrimento psíquico.

Por outro lado, se refletirmos sobre esse aumento da dose de medicação ou de demanda por hospitalização, considerando o sujeito em suas dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais – entendendo-o como sujeito do inconsciente e desejo, capaz de equacionar seu sofrimento e gerar respostas diversas e criativas para seus impasses –, podemos permitir que esse sujeito encontre novas possibilidades para lidar com seu sofrimento. Nessa situação, o efeito de nossas práticas corresponderá à produção de subjetividades singularizadas (Costa-Rosa, 2013; 2000), pautadas pelo PPS, no qual o sujeito do sofrimento é “participante direto e protagonista” (Costa-Rosa, 2012, p.125).

Shimoguri (2020, p. 206) explicita que:

No PPHM o intuito é a eliminação dos sintomas e não do sofrimento. A dimensão psíquica é neurobiológica, como se o adoecimento fosse uma manifestação sintomática de um cérebro e de um corpo sem história, sem nome próprio, portanto, tão desumanizado quanto os pacientes identificados por números nos hospitais. Em relação às terapêuticas, por corresponderem ao MCP, tratam apenas da cura como adaptação, produzindo formas de subjetividades saúdes capitalísticas, alienadas.

Um evento que vivenciei em meu cotidiano de trabalho, quando retornei depois de um recesso de quinze dias, evidencia essa questão. Imediatamente, a equipe técnica e de apoio me informou que Joana⁵² havia passado por alguns problemas familiares e iniciado um processo "depressivo". Diante dessa situação, ela foi encaminhada ao médico, que introduziu uma medicação. A equipe percebeu que o andar de Joana estava "robotizado" e que, por causa disso, ela desejava falar comigo, então solicitaram que eu intercedesse junto ao médico.

Ao atender Joana, ela compartilhou os conflitos vivenciados e os sentimentos despertados que a levaram ao atendimento médico e à prescrição medicamentosa. Ela mencionou que, ao perceber alterações em seu comportamento – como lentidão e o andar robotizado –, solicitou a interrupção da medicação para o médico, mas não foi atendida. Expôs ainda que, como sua solicitação não tinha sido atendida, ela

⁵² Nome fictício de um sujeito atendido no CAPSad.

esperava que eu conseguisse dialogar com o médico a fim de que sua “vontade” fosse atendida. Por isso, ela gostaria que eu a acompanhasse na consulta.

Antes da consulta, busquei discutir com o médico sobre a alta dosagem da medicação prescrita para Joana e minha percepção das situações vivenciadas por ela, além de solicitar de imediato a suspensão de sua medicação. Na consulta com o médico psiquiatra, Joana conseguiu novamente falar e solicitar a interrupção da medicação, sendo sua solicitação ouvida. Depois de alguns dias, Joana agradeceu por eu tê-la acompanhado na consulta e pela ajuda na realização de seu desejo de interromper a utilização da medicação, além de poder falar sobre a situação que ocasionou o sofrimento. Enquanto trabalhadora-intercessora, minha postura é interceder para que o sujeito possa aparecer e se implicar no seu processo de saúde-adoecimento-Atenção. Acredito que a escuta que ofertei à Joana é o que possibilitou que ela se permitisse interrogar, questionar e solicitar a interrupção de sua medicação. Diante da primeira negativa, solicitou a minha ajuda, pois acredito que ela conseguiu perceber que eu ofertaria a ela um outro tipo de cuidado.

Deparamo-nos com o desafio de “produzir uma clínica como espaço de experimentações, provocações, aberturas, movimentos instituintes, uma clínica de afirmação da vida” (Sundfeld, 2010, p. 1094). E acrescentamos: uma clínica que tem como foco a dimensão subjetiva do sujeito pela oferta da escuta do sujeito do inconsciente e do carecimento.

A utilização do DI possibilitou mudanças em meu modo de produção de saúde, pois busquei me inserir nos espaços e brechas instituintes no contexto do CAPSad no qual atuava, na tentativa de subverter a lógica disciplinar, tuteladora e medicamentosa que produz a subjetividadessaúde⁵³ serializada para ofertas de cuidado na perspectiva da produção de subjetividadessaúde singularizada (Costa-Rosa, 2013).

Por não distinguir saúde psíquica de subjetividade, sua definição de saúde deve coincidir com a de produção da subjetividade singularizada. Essa produção ainda é uma ocupação das brechas abertas no modo hegemônico, e, por constituir estruturalmente o excedente revolucionário do ato produtivo das instituições de saúde mental, deve ser considerada o capital-ouro dos

⁵³ Como propõe Costa-Rosa (2013, p. 23), “esse significante condensa saúde e subjetividade e, ao redobrar a letra *s*, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico, ele é sinônimo de subjetividadessaúde, em que o mesmo redobramento da letra *s* pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saúdessubjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas”.

interesses dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores, também sujeitos da instituição (Costa-Rosa, 2012, p. 125).

Compreendemos que a clínica do sujeito é a clínica da Atenção Psicossocial que atende aos parâmetros do PPS.

Uma clínica que leve em consideração a dimensão fundamental da subjetividade, que a Psicanálise propõe ser a dimensão desejante, plano da linguagem (simbólico) que possibilita ao sujeito os equacionamentos necessários às injunções constantes da vida cotidiana (que incluem o “real pulsional”), considerando os seus diversos modos de sofrimento, bem como os respectivos e possíveis modos de intercessão por parte do profissional-intercessor (Benelli, 2023, p. 60).

3.6 OPERADORES DA CA INSERIDOS NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A CA, como proposta pelo MS, apresenta alguns operadores para a prática em saúde: as equipes de referências, os projetos terapêuticos singulares (PTS) e o apoio matricial, compreendidos como estratégias resolutivas no âmbito da atenção, da gestão de serviços ou das redes de saúde (Brasil, 2009).

Esses operadores apresentados pelo MS, por meio da PNH, estão ou deveriam estar presentes no cotidiano dos serviços substitutivos de SMC, associados a outros, como oficinas, grupos, avaliação, reavaliação, atendimento a familiares. Eles poderiam ser de responsabilidade de um único profissional ou de uma dupla ou trio, dependendo da organização de cada estabelecimento.

Considero esses operadores essenciais para a práxis do trabalhador da SMC, os quais, se inseridos no cotidiano dos estabelecimentos CAPS como instrumentais, poderiam possibilitar a construção de uma estratégia de cuidado em saúde que favorecesse a produção de subjetividadesaúde, desde que pautadas pela ética do PPS.

Para Shimoguri (2020, p. 77):

O referencial de ação do trabalhador na Atenção Psicossocial é a demanda integral territorializada, então, o produto do seu trabalho se expressa na modalidade de subjetividadesaúde por ele engendrada a partir de um discurso que reconhece ou ignora as pulsações da Demanda Social encarnadas nas demandas de tratamento em Saúde Mental. O efeito produtivo do trabalho na Atenção Psicossocial pode se aproximar da emancipação ou da regulação, que correspondem, respectivamente, à produção de subjetividadesaúde singularizada, pautada na implicação subjetiva e sociocultural [...]

3.6.1 Matriciamento

O apoio matricial ou matriciamento, segundo o glossário da PNH (Brasil, 2021), é um processo de trabalho em que o especialista de uma determinada área do saber oferece apoio a outros profissionais ou equipe de outros estabelecimentos. Essa articulação busca superar a visão fragmentada dos saberes e práticas presentes no modelo positivista sobre os processos de saúde-doença. O objetivo é promover a horizontalidade nas relações, reconhecendo que todos os saberes dos sujeitos envolvidos no trabalho, profissionais e sujeito do tratamento são igualmente importantes para compreender a complexidade do processo saúde-adoecimento-Atenção, além de funcionar como referência para outras equipes.

Sendo assim, tal apoio auxilia a promoção de espaços de trocas e discussões de diferentes áreas dos saberes, ofertando um cuidado integralizado e que atenda à complexidade do caso a caso. Ainda, proporciona a corresponsabilização do cuidado nos diversos níveis de Atenção à Saúde e permite a diferenciação dos casos que poderiam ser acompanhados em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) e os que necessitariam de um acompanhamento de CAPS (Crepop, 2022).

Inicialmente concebia o matriciamento como espaço principal de capacitação das equipes de Saúde e Assistência Social, posteriormente é que o compreendi como espaços diversos para a discussão e trocas, com a finalidade de produzir Saúde de forma singularizada.

Para exemplificar essa vivência na prática, relato que uma vez fui acionada por uma psicóloga da Unidade Básica de Saúde (UBS) que me solicitou apoio para discutir um caso e, se possível, realizar uma avaliação de uma adolescente. A preocupação surgiu a partir das falas da genitora, as quais levantavam suspeitas sobre o uso de substâncias psicoativas pela adolescente. Discutimos o caso, mas como a profissional permaneceu com algumas dúvidas quanto à necessidade ou não de um tratamento no CAPSad, em conjunto com a equipe, decidimos por fazer uma avaliação da adolescente e da família.

Foi agendada a avaliação da adolescente e dos familiares, e conseguimos constatar, a partir dessa conversa, que as demandas relativas ao uso de substâncias versavam sobre um episódio pontual, não caracterizando a necessidade de um tratamento especializado, e que, na realidade, tratava-se de problemáticas vivenciadas pela adolescente em suas relações familiares e sociais.

Ofertamos para a adolescente um espaço de fala que possibilitou uma escuta dos acontecimentos de sua vida e relações familiares. A partir da escuta nós compreendemos, assim como a adolescente, que ela não necessitava de um atendimento especializado de um CAPSad. Ela havia feito experimentação de álcool com outros amigos da mesma idade, e seus impasses psíquicos não envolviam uso de substâncias psicoativas. A partir dessa avaliação, houve uma nova discussão de caso com a psicóloga da UBS e agendamos a devolutiva para a adolescente e os familiares. Tal devolutiva deveria ocorrer na UBS e ser realizada em conjunto com as duas profissionais. Na data marcada, porém, não compareceram. Compartilhei minhas impressões com a psicóloga, de que as demandas da adolescente eram outras e não de um sofrimento psíquico no que tange ao uso de substâncias psicoativas. Tratava-se de uma experimentação que pode acontecer entre adolescentes. Não precisamos, portanto, patologizar, pedagogizar, psicologizar a vida cotidiana.

Quando me recordo desse caso singular, penso que o atendimento a essa adolescente poderia ter sido realizado na sala de psicologia, onde ela era atendida pela outra profissional ou ser utilizado apenas o matriciamento.

Pensar o matriciamento sustentando a posição de um psicólogo psicossocial, de um intercessor, é desafiador na prática do dia a dia. O psicólogo psicossocial ou o trabalhador-intercessor precisa ocupar brechas na tentativa de produzir espaços de trocas que não coloquem o sujeito numa posição de objeto de práticas intromissoras.

3.6.2 Equipes de referência e trabalho em equipe

No Aurélio (2004), a palavra equipe significa uma reunião de indivíduos que realizam em conjunto uma mesma tarefa ou trabalho. A equipe de SMC é formada por diversos trabalhadores e profissionais, de todos os níveis de escolaridade, de um estabelecimento de Saúde que tem por objetivo promover assistência em saúde.

Segundo o MS, as equipes de referência e apoio matricial têm como perspectiva o:

[...] arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador. Nesse sentido, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. As equipes transdisciplinares devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho

da equipe. Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário (Brasil, 2009, p. 32).

Na prática, lutamos cotidianamente para que as relações entre gestores, trabalhadores e sujeitos possam ocorrer de forma horizontalizada e com maior liberdade técnica dos trabalhadores. Percebo, porém, que a cada troca de governo ou de coordenador, a nossa liberdade e respeito técnico é mantido ou negligenciado.

Assim, a equipe de referência constitui-se num grupo formado por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinares), organizados em torno dos objetivos do estabelecimento de Saúde no qual estão inseridos e são referência de assistência em saúde aos usuários daquele serviço ou daquele território. As equipes de referência são estruturas permanentes e nucleares dos serviços em saúde (Brasil, 2009; 2021). Neste aspecto, o CAPS funciona como apoio matricial às equipes de referência das ESF para a assistência nos impasses dos sofrimentos psíquicos.

Evidentemente, o trabalho em equipe não se faz individualmente, e nem com sobreposição de saberes. As relações entre trabalhadores e sujeitos do sofrimento devem ser horizontalizadas, com a possibilidade de um espaço potencial e criativo de fala e escuta com a finalidade de alcançar a subversão das práticas medicamentosas e de disciplinarização da vida humana.

Refletir o cotidiano com os atores envolvidos, contribuir para o fortalecimento dos vínculos e a criação de um espaço de resistência às formas de disciplinarização que se inserem nos processos de trabalho, nas relações e nos corpos. Enfim, apostar na construção de um coletivo desejante do exercício de uma clínica viva, pulsante, aliada aos deslocamentos e desvios, potências liberadoras de novos modos de habitar o mundo (Sundfeld, 2010, p. 1094-1095).

A equipe pode vir a constituir um espaço coletivo de ação e reflexão sobre a práxis, do confronto, das crises, do pensar e repensar os modos de produção de saúde do estabelecimento. Pode ser, ainda, um processo de aprender a aprender e de discussão das relações de poder e saber existentes no estabelecimento de Saúde (Amarante; Torres, 2001).

A equipe de Saúde Mental pode ser pensada como a mão que urde, porém jamais será a trama. Tecer essa rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. O cotidiano de um Caps é o de pensar, para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que

contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um Caps é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território (Yasui, 2010, p. 115).

O Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentaram, depois de pesquisas, uma síntese de algumas dificuldades nomeadas por profissionais da psicologia inseridos em CAPS, em suas diversas modalidades, em relação ao trabalho em equipe. As dificuldades apresentadas pelo coletivo de psicólogos foram as seguintes: formação profissional que não abrangia as políticas públicas de SM, RPb e CAPS; falta de profissionais; divergências concernentes aos objetivos do estabelecimento CAPS; dificuldades de compartilhamento de saberes entre os profissionais para uma ação transdisciplinar, apontando ainda neste ponto percepções de que cada especialidade ficava “reduzida” e isoladamente se considerava “detentora de um saber” acerca do sujeito (Crepop, 2009).

Outra dificuldade que foi abordada pelos profissionais psis é o CAPS estar indicado como referência de cuidado para diversos estabelecimentos, mas o inverso pode não acontecer. Essa pesquisa assinalou as dificuldades que encontro na articulação dos cuidados com as equipes de ESF, as quais deveriam ser referência para os sujeitos com impasses psíquicos pertencentes ao seu território (Crepop, 2009), mas na prática há algumas dificuldades da efetivação desse cuidado no nível da atenção primária. Os cuidados devem ser ofertados nos estabelecimentos disponíveis no território e não apenas nos CAPS.

Constato a inexistência de um trabalho em rede, pois percebo que as trocas, discussões e corresponsabilização de cuidados ocorrem apenas por afinidade e “coleguismos” de profissionais, e não em razão de uma responsabilização e entendimento das complexidades de cada sujeito.

Contudo, como a equipe de referência pode funcionar como um facilitador de vínculo entre o sujeito e um outro estabelecimento de Saúde ou Assistência Social, o CAPSad pode ser também o estabelecimento cuja equipe de referência poderia promover a inserção do sujeito em outros estabelecimentos.

Exemplifico com o caso de Joana, a qual realizava um tratamento por dependência de substâncias psicoativas (álcool). Estava abstinência, mas com uma rede social muito restrita e apresentava nos atendimentos uma queixa para justificar a solicitação do aumento do procedimento: ela desejava permanecer mais tempo no

CAPSad, para não ficar sozinha. Com a percepção da necessidade de ampliação das redes de cuidados de Joana para além dos muros do CAPSad, fomos ofertando espaços de escuta para que ela pudesse falar sobre seus impasses. Ao falar de sua rede intersetorial, Joana mencionou já ter participado do CRAS, mas apresentava receios de retomar os atendimentos, pois estava acostumada a frequentar apenas o CAPSad.

Entrei em contato com uma das profissionais do CRAS e, ao discutimos o caso, ela se prontificou a fazer a inserção de Joana caso ela procurasse aquele estabelecimento de Assistência Social. Inicialmente, me prontifiquei a ir até o CRAS com a Joana, porém, com os atendimentos e diálogos realizados entre as equipes e com Joana, ela sentiu-se segura e foi desacompanhada para conhecer o CRAS e aceitou participar das atividades do estabelecimento.

Percebemos enquanto equipe que as ofertas de Atenção a Joana não poderiam se restringir ao CAPSad, pois ela necessitava ocupar outros espaços, caso assim ela desejasse. Ela solicitava frequentar diariamente o CAPSad para ter uma rotina com outras pessoas e, nitidamente, sua demanda era por outros espaços de socialização, logo, não poderíamos continuar institucionalizando Joana, pois ela já estava inserida no CAPSad há alguns anos.

3.6.3 Reunião de Equipe

As reuniões de equipe devem ser compreendidas como espaços de trocas de diferentes saberes, numa relação de horizontalidade. Esse espaço não deve se constituir como um local no qual são distribuídas tarefas e afazeres uns aos outros, mas como um momento de troca, de reflexão e de construção coletiva de novas possibilidades de pensar sobre os processos e modos de produção e Atenção à Saúde (Brasil, 2007; Amarante; Torres, 2001).

A reunião é um espaço de diálogo, em que todos têm direito à voz e à opinião, num clima de harmonia e respeito, considerando as críticas e as diferentes visões e opiniões, associado à objetividade e ao aprendizado entre seus membros (Brasil, 2009).

As equipes interprofissionais foram pensadas na propositura de potenciais instrumentos produtores de mudanças do modelo hegemônico em SMC, mas às vezes acabam na (re)produção de condutas que submete o sujeito e o trabalhador a um lugar de sujeição, de produção de subjetividades alienadas.

As reuniões de equipe no CAPSad no qual desempenhava minhas funções eram realizadas no primeiro horário da manhã com a presença de todas as profissionais de nível superior (enfermeira, assistente social, psicóloga, monitora de esportes e terapeuta ocupacional), exceto quando estivessem em férias ou quando não existia a profissional no serviço, por motivos de exoneração.

Esse período era direcionado para a partilha de todos os acontecimentos do dia anterior, relacionados aos sujeitos atendidos e a seus familiares, assim como para fazermos o planejamento do dia e de alguma comemoração ou data festiva. As avaliações eram compartilhadas neste momento, com discussão do caso, ou compartilhamento de opiniões acerca dos aspectos abordados. Era o momento também de compartilhamento das visitas domiciliares, atendimentos às famílias e, caso houvesse ocorrido alguma intercorrência, a situação era partilhada e refletíamos sobre todas as condutas ofertadas e se precisava mudar alguma intervenção.

Ainda nesse CAPSad, as equipes eram divididas em equipe técnica (nível superior) e equipe de apoio (nível fundamental e médio). As reuniões de equipe que aconteciam diariamente eram realizadas pela equipe técnica, sem a presença dos profissionais da medicina e sem os profissionais da equipe de apoio. Em alguns momentos, ocorria apenas a presença do psiquiatra nas reuniões, isso quando havia a coincidência entre seu horário de trabalho com o das reuniões.

A reunião da equipe não se restringia apenas ao horário estabelecido. Diante de quaisquer adversidades ou acontecimentos que exigissem a articulação e a opinião de diferentes saberes, nos reuníamos a qualquer momento para discutir o caso e o motivo que gerou tal urgência. Tentávamos, na maioria das vezes, tomar decisões coletivas, fundamentadas nas concepções e considerações técnicas de cada especialidade. No entanto, por estarmos em um estabelecimento de Saúde, palco de intensas lutas institucionais, frequentemente nos deparamos com diversos atravessamentos políticos que influenciam nossas condutas técnicas. Muitas vezes, na tentativa de evitar alguns desses atravessamentos institucionais e políticos, utilizávamos o horário do café ou do almoço para nos reunir e aprofundar as discussões sobre os casos que haviam sido abordados superficialmente nas reuniões.

Nas reuniões de equipe, deparamo-nos com questionamentos das nossas práticas profissionais, por meio de solicitações das famílias que reclamavam por internações e/ou aumento de medicações dos seus familiares, responsabilizando a área da Saúde por um problema que também é de ordem social. Se nossa resposta

de imediato fosse medicar, internar, excluir da sociedade, limitar um direito do sujeito, estaríamos pautados no PPHM, reproduzindo o modelo hegemônico de assistência à Saúde. Por vezes, acredito que respondemos de imediato à encomenda apresentada, ofertando aquilo que nos era solicitado, sem uma maior reflexão, mas outras vezes utilizamos a reunião de equipe como um espaço potente para refletirmos e pensarmos em diversas outras possibilidades de assistência/cuidado, abrindo espaço de escuta ao sujeito em sofrimento e considerando as suas complexidades e de sua família.

Recordo-me de uma vez que uma das técnicas comunicou que havia feito a avaliação de um sujeito e que ele havia solicitado uma internação. Ela estava disposta a solicitar o pedido ao médico do estabelecimento quando questionei se não poderíamos ofertar outro modo de cuidado a esse sujeito. Ao refletirmos mais sobre este caso em particular, pensamos em ofertar um atendimento a ele. Realizamos, então, um agendamento para outra data, que não fosse a da sua internação, mas para escutá-lo, assim, depois de alguns espaços de escuta, a sua internação não foi realizada.

Quando penso nas práticas pautadas pelo PPHM, e na necessidade de subvertermos nossas práticas, para que avancem para além da RP e sejam consoantes ao PPS, ressoa dentro de mim a necessidade de nós, trabalhadores da saúde, desconstruirmos os manicômios que existem dentro de nós.

3.6.4 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como proposto na PNH do MS consiste num conjunto de ações terapêuticas articuladas que podem englobar um sujeito ou um coletivo, confeccionado por uma discussão da equipe interprofissional.

Na elaboração de um PTS, a equipe de atenção básica pode precisar do apoio matricial de um CAPS. Assim, o PTS poderia representar uma variação da discussão de “caso clínico” (Brasil, 2009; 2007). No contexto da atenção básica, o PTS é destinado para situações mais complexas, contudo, no contexto de SM, nos estabelecimentos CAPS, o PTS é elaborado para todos os sujeitos inseridos em tratamento.

O PTS apresenta algumas variações de nomenclaturas, como Projeto Terapêutico Individual (PTI), e no campo da Assistência Social é denominado Plano Individual de Atendimento (PIA). A PNH elegeu a nomenclatura PTS por acreditar que a terminologia “singular” pode abarcar uma pessoa ou um coletivo, tendo como

elemento central a singularidade de cada sujeito e as suas diferenças, as quais podem ser compreendidas para além de um diagnóstico clínico médico tradicional.

A CA, ao propor um cuidado singular, caso a caso, por meio da construção de um PTS que envolve todos os atores institucionais (sujeito, trabalhador e família), proporciona uma “[...] desierarquização do processo, que permite, inclusive, perceber riscos e vulnerabilidades, potências e fragilidades para além da doença e do espaço físico do cuidado: o CAPS” (Crepop, 2022, p. 78). A cada sujeito é ofertado um tratamento específico, um PTS. Instrumentalizados pela ferramenta do DI, pensamos no PTS como possibilidade de escuta ao sujeito do inconsciente e do desejo, uma escuta para além dos sintomas⁵⁴ apresentados, que respeite suas possibilidades, vontades e desejos, uma escuta de suas demandas.

Esse sujeito do tratamento tem particularidades próprias resultantes das diversas relações estabelecidas por ele com outros sujeitos e com a realidade de seu entorno social, político e cultural, as quais devem ser incluídas em seu PTS. O trabalho com as singularidades do sujeito, portanto, não inclui propor um cuidado padronizado e universal a todos. O cuidado não tem como ser produzido em série e segundo normas rigorosas e rígidas (Ferigato; Ballarin, 2007), ele necessita ser particularizado, singularizado e orientado especificamente para cada realidade em análise.

Em geral, o PTS é desenvolvido tendo como base quatro pilares: a definição situacional ou diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e, finalmente, a reavaliação, com nome dos participantes e data (Brasil, 2009; 2007; Cunha, 2004).

A definição de metas, segundo o MS, corresponde ao momento depois do diagnóstico do sujeito, em que a equipe formula propostas de curto, médio e longo prazo, para serem negociadas com o sujeito em sofrimento. Essas propostas/ações são apresentadas pelo trabalhador que tiver um vínculo melhor com o sujeito (Brasil, 2009).

Considerando que partimos da premissa de que o PTS deva ser formulado

⁵⁴ O sintoma tem valor significativo tão aleatório quanto imprevisível. Enquanto formação do inconsciente, ele se “constitui, com efeito, por sucessivas estratificações significantes. Ora, nessa estratificação, a “seleção” dos significantes não obedece a nenhum princípio de escolha estável, e nem a ação simultânea dos processos metafóricos e metonímicos” que operam esta seleção. Os componentes significantes constitutivos no sintoma mantêm-se, então, diretamente tributários das “fantasias” do inconsciente (Dor, 1991, p. 22). Para Lacan (1998), o sintoma é uma mensagem a ser decifrada por ser definida pela linguagem de sua estrutura. Sua abordagem ocorre por meio da elaboração da história do sujeito.

juntamente com o paciente e seu familiar, e que seu projeto deva contemplar ações possíveis de serem realizadas por esse sujeito, é possível postularmos que a definição de ações formuladas pelas equipes podem estar (re)produzindo práticas de assujeitamento, pois retira do sujeito o “saber” sobre si mesmo e suas possibilidades e criatividade diante de seu próprio processo de saúde-adoecimento.

No CAPSad, a definição de metas é uma elaboração construída em conjunto com o paciente, seu familiar e trabalhador-intercessor (técnico de referência), na qual este é apenas o facilitador, dado que o protagonista do processo de construção de seu PTS é o próprio sujeito do tratamento. Nessa direção, não existe PTS sem a participação e sem a presença do sujeito do sofrimento ao que se oferece tratamento.

Na prática, no CAPSad no qual desempenhávamos nossas funções, inicialmente, fazíamos a avaliação por meio do preenchimento de uma ficha, e tínhamos ali um momento de acolhida e escuta qualificada do sujeito e de sua família, caso estivesse acompanhado. Neste primeiro momento, estabelecíamos com o paciente dia e horário de seu tratamento, assim como as possibilidades de inserção em grupos de acordo com seu interesse.

No dia seguinte, durante a reunião de equipe, apresentávamos uma síntese da avaliação para todos os membros da equipe interprofissional. Se fossem identificadas necessidades de reformulação ou novas adequações nas propostas de ações, essas questões eram discutidas e, em seguida, pactuadas novamente com o sujeito e/ou sua família. Portanto, a reunião de equipe oferecia a oportunidade para que todas as áreas do conhecimento contribuíssem, reconhecendo a relevância de cada uma na compreensão do sujeito e de seu processo de saúde-adoecimento. As ações eram para abranger o sujeito, sua família e a comunidade. A discussão do caso em equipe buscava ampliar a estratégia de cuidados, mas o Projeto Terapêutico Singular (PTS) era sempre pactuado entre o sujeito, a família e os trabalhadores de saúde.

Antes de abordar um caso de elaboração de PTS, realizado no CAPSad, torna-se oportuno tecer algumas considerações. Nosso primeiro encontro com a adolescente Maria⁵⁵ ocorreu no início de março de 2021, durante a pandemia, momento em que o conselho tutelar e a família informaram-nos que a adolescente estava desaparecida há alguns dias e foi encontrada pela polícia na cidade vizinha, em local conhecido por ser ocupado por pessoas que faziam uso de substâncias

⁵⁵ Nome fictício.

psicoativas. Na ocasião, a adolescente foi encaminhada para atendimento no hospital local, para avaliação médica de suas condições clínicas e para aguardar avaliação médica do psiquiatra, pela situação de risco apresentada naquele momento. Neste primeiro contato com a adolescente, não houve um espaço de escuta a ela. As decisões foram tomadas por terceiros. Maria foi internada para desintoxicação no hospital por um período de 10 dias, com alta para acompanhamento no CAPSad. Essa tentativa de oferta em Saúde não se efetivou, apesar de inúmeras visitas domiciliares durante quinze meses.

O primeiro encontro e a conduta de encaminhamento ao hospital geral, para desintoxicação, foram conduzidos pela coordenadora⁵⁶ do CAPSad, com alguns apontamentos da equipe, na época enfermeira e psicóloga, pois outras técnicas estavam afastadas devido à pandemia da COVID 19. Contudo, estratégias de cuidado que envolviam busca ativa, visita domiciliares, atendimentos individuais foram realizados por todas as técnicas, depois do período de vacinação e com a retomada dos atendimentos presenciais, dentro dos parâmetros sanitários. No momento da escrita deste relato, admito repensar o cuidado ofertado a essa adolescente naquele momento pandêmico, já que foi baseado no PPHM.

O segundo encontro com a adolescente Maria foi realizado em outubro de 2022, em visita domiciliar, realizada por mim enquanto psicóloga do estabelecimento, pelo médico e pela coordenadora do CAPSad, depois do requerimento de avaliação para internação feita pela família ao Ministério Público. A família, mãe biológica e a mãe/tia⁵⁷, que sempre foram responsáveis pelos cuidados de Maria, traziam como queixa a preocupação de que a adolescente fazia uso de drogas, por ela sair durante a noite e madrugada pelas ruas do município, e a sua desobediência a regras e normas. Nesse encontro, a adolescente Maria inicialmente se recusou a dialogar conosco e permaneceu reclusa em seu quarto. Depois de alguma insistência, ela saiu acompanhada do namorado, Paulo, que, ao me reconhecer – pois já havia o atendido

⁵⁶ Utilizei o termo “coordenadora” porque as funções desempenhadas pela profissional justificam essa terminologia, porém, naquela municipalidade era utilizada a nomenclatura/categoria funcional de “encarregada”. Em meados de 2010 adotou-se essa terminologia e função, pois a remuneração para esse profissional era menor do que a remuneração do cargo de coordenadora. Tal fato demonstra a precarização e desvalorização do trabalhador e da produção de saúde nesse município. Ressalto ainda que no período de 2009 a 2023 cerca de 08 profissionais, da área da psicologia, da enfermagem ou do serviço social rodiziaram no desempenho da função de coordenação do CAPSad, sendo sempre pagos apenas como “encarregados”.

⁵⁷ Maria foi criada desde bebê pela tia, a quem chama de mãe, e pelo tio. O contato com a mãe biológica aconteceu quando ela tinha por volta de 11 anos.

no CAPSad –, pediu que Maria conversasse comigo. Nesse dia solicitei que Maria fosse ao CAPSad para podermos conversar melhor, pois existiam muitas pessoas na casa interferindo no nosso diálogo, com palavras ou gestos.

Logo que entramos no carro, a coordenadora conversou comigo e disse que discordava da minha intervenção em pedir para a adolescente ir ao CAPSad, pois ela considerava que a adolescente estava em risco e precisava ser internada. Alertou ainda que se Maria não aparecesse no CAPSad teríamos que solicitar a sua internação. Falei para ela que tudo o que sabíamos acerca de Maria foi por meio de terceiros, que não tínhamos a escutado e que considerava importante essa escuta da adolescente. Devido à ausência de Maria no atendimento do CAPSad, a coordenadora começou a pressionar pela internação da adolescente. Nós, que éramos da equipe técnica, preferíamos tentar a inserção no tratamento no CAPSad, mas, depois das pressões institucionais, acabamos cedendo à indicação de promover a internação⁵⁸.

A internação de Maria foi cercada de questionamentos sobre sua real necessidade. Inicialmente, ela foi internada no hospital geral do município, momento no qual ainda tentávamos reverter a internação, porém sem êxito. Depois de cinco dias, ela foi transferida para um hospital psiquiátrico. Realizamos reuniões conjuntas com o hospital para discutir o caso e construir o PTS de Maria. Como participei de todas as reuniões e atendimentos da adolescente no contexto hospitalar, fui, juntamente com a genitora, buscá-la no momento da alta. Uma das discussões presentes era a de que Maria queria morar com a mãe biológica, mas a equipe do hospital e alguns membros da equipe do CAPSad e coordenação queriam colocar como condição de alta que Maria fosse residir com a mãe/tia que conseguia “controlar” a adolescente. Nas discussões pontuamos que devíamos escutar a adolescente e a mãe biológica, pois esta decisão cabia às duas e não a nós, equipe de Saúde.

⁵⁸ Essa situação remete, dada sua semelhança histórica, às famosas *Lettre de cachet*, típicas da França de 1759. *Lettre de cachet* era uma carta que servia para transmitir uma ordem do rei para privação da liberdade de um cidadão durante o antigo regime da França (Foucault, 2003), a partir da solicitação de algum membro da família. Ele exigia a prisão, a expulsão ou o exílio de alguém. As pessoas que recebiam essa carta não eram julgadas e iam diretamente para a prisão ou para o asilo, sem processo judiciário nenhum. Era uma demanda da população ao rei, para que ele auxiliasse na contenção de pessoas que perturbavam a ordem. Parece que essa prática social ainda persiste na atualidade por meio dos ofícios judiciais que são solicitados ao MP, para que o juiz ou promotor ajudem a retirar os sujeitos de seu território e colocá-los, segregados, num local de internação, separados do convívio social, mantendo a “ordem” social. E muitas vezes a equipe dos CAPSad também colabora para tal segregação.

Maria, 15 anos, chegou para reavaliação, no dia seguinte de sua alta hospitalar, depois de 84 dias de internação em hospital psiquiátrico. Nós, da equipe, decidimos que eu seria a técnica de referência da adolescente. Realizei a reavaliação da adolescente, que estava acompanhada de sua genitora e, nesse caso específico, formulamos no mesmo momento o PTS juntamente com a adolescente e a mãe. No momento da pactuação das metas, a adolescente de imediato colocou como única meta sua inserção e continuidade de tratamento no CAPSad e o retorno à escola, pois se encontrava fora da rede de ensino. A genitora denotou insatisfação e apontou à filha que gostaria que ela participasse de outros projetos ofertados pelo município. No mesmo instante, a adolescente pontuou sua dificuldade em conseguir cumprir essas duas metas, visto não estar frequentando a escola e não estar em tratamento no CAPSad. Apontamos para a genitora que o PTS seria reavaliado em três meses, e que a adolescente estabeleceu metas que ela poderia cumprir, o que ela considerava importante e possível frente à sua realidade atual. Depois de nossas explanações, a genitora aceitou as metas estabelecidas sem fazer interferências, inclusive no desejo que a adolescente tinha de morar com a mãe biológica. A mãe de Maria também explicitou que precisava conviver com a filha e assumir seus cuidados (Diário de Intercessão, 2023).

A partir desse relato, é nítido que, para o sujeito produzir saúdessubjetividade singularizada, o trabalhador-intercessor necessita realizar um deslocamento para assumir o lugar de facilitador desse processo de produção, no qual o protagonismo só cabe ao “sujeito do sofrimento” (Costa-Rosa, 2011).

A divisão de responsabilidades favorece a estratégia da articulação, a continuidade das ações e as reavaliações necessárias ao PTS. O profissional de referência seria o responsável por promover essas articulações, tornando-se a ponte para o acesso da equipe aos familiares, uma vez que estes o procuram quando necessário. No decorrer do tratamento, novas informações podem ir surgindo concomitantemente com as perspectivas de mudanças do projeto. Acredito na imprescindibilidade de que o PTS permaneça em constante movimento e transformação (Brasil, 2007; 2009) e que o sujeito seja o protagonista principal, pois ele é o único capaz de promover respostas ao seu sofrimento.

No cotidiano do CAPSad, foram várias as problemáticas que surgiam com a construção do PTS. O primeiro modelo de projeto foi elaborado pela equipe de coordenação do período, e parecia mais como uma ficha de atividades. A resistência a esse modelo de PTS e a imposição de sua aplicação em um curto período geravam desconforto e, conseqüentemente, o abandono desse modelo e da implementação do PTS. A dificuldade poderia estar no fato de o instrumental não ter sido construído pela própria equipe; acredito que as imposições neste sentido tendem a gerar resistências e impedimentos em sua efetividade no cotidiano dos estabelecimentos.

O modelo de PTS construído pela equipe técnica passou por diversas mudanças, mas persistem as dificuldades cotidianas para a sua efetivação. As anotações das discussões, novas estratégias e pactuações eram realizadas, em sua maioria, no prontuário de cada sujeito e não na ficha do PTS. Talvez essa resistência pudesse estar relacionada ao momento inoportuno para sua inserção, bem como por dificuldades da equipe em compreender que ter um profissional de referência no PTS não significa em desimplicação dos demais, quando esse não for o profissional responsável por determinado sujeito.

No cotidiano não tínhamos dia e horário predefinidos apenas para as discussões dos PTS, elas são incorporadas nas reuniões diárias da equipe. Os PTS eram realizados por nossa equipe não no momento da avaliação, mas *a posteriori*, por ser na reunião de equipe que decidíamos quem seria a técnica de referência, responsável pela construção do PTS com o paciente e a família. A construção do PTS pode ser utilizada como uma estratégia de cuidado não disciplinar, não normalizador, a partir da escuta do sujeito e de sua implicação em seu processo de saúde-doença-Atenção, pois o outro é um “sujeito produtor de saber, de conhecimento e protagonista da própria existência” (Benelli, 2023, p.121).

A avaliação e o PTS devem ser recursos elaborados em conjunto entre o profissional, o sujeito e a família, na tentativa de compreender as complexidades e particularidades de cada sujeito, porém o protagonismo precisa ser sempre do sujeito. A avaliação e o PTS podem se constituir num movimento e em um reinventar de sua própria vida.

3.7 A CLÍNICA NA PSICOLOGIA E UMA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Psicologia, enquanto ciência no Brasil, teve seus primeiros cursos de formação em 1950. No entanto, as ideias psicológicas remontam ao período colonial, quando se realizavam atividades de ensino em seminários, focando principalmente a Psicologia infantil. O primeiro trabalho de Psicologia experimental realizado e publicado no Brasil apareceu em 1900, intitulado "A Duração dos Atos Psíquicos Elementares nos Alienados", de autoria de Henrique Roxo (Vilela, 2012).

Inicialmente, a Psicologia se inseriu no âmbito da Educação, no sistema de ensino e na medicina, atrelada ao positivismo a fim de auferir o patamar de ciência. Muitos contribuíram para que a Psicologia se estabelecesse como uma ciência e uma

profissão no Brasil (Soares, 2010). Nesse contexto, a Psicologia surgiu no Brasil no campo de manutenção e suporte científico da ideologia dominante, contribuindo de forma significativa para a manutenção da reprodução das estruturas sociais e das relações de poder. Até o ano de 2024, ainda apresenta limitações em desenvolver um papel crítico e transformador nas instituições, nos estabelecimentos e nas relações pessoais e sociais (Dimenstein, 2000).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Psicologia, até o ano de 2010, buscava reafirmar seu compromisso com as transformações sociais e com a união entre subjetividade e democracia. Por muito tempo, essa ciência isolou o sujeito de seu contexto social e de suas relações, não incluindo questões sociais e políticas (CFP, 2010). No presente momento desta escrita, ano de 2024, a Psicologia ainda busca reafirmar seu compromisso social, ético e político.

A necessidade da Psicologia e seu compromisso social e político podem estar associados à presença dos psicólogos nas políticas públicas. As primeiras inserções de psicólogos nas políticas públicas aconteceram a partir da década de 1970, em um momento em que o modelo médico-assistencial, caracterizado por práticas curativas, individualistas, assistencialistas e privativas, atingia seu ápice, ao passo que também apresentava sinais e indícios de deterioração (Crepop, 2022).

A Psicologia foi galgando espaço ao sistematizar suas técnicas e saberes, contribuindo para os diversos âmbitos institucionais, com foco no diagnóstico, tratamento e adequação dos indivíduos às normas vigentes. No entanto, essa contribuição não se traduziu em uma produção de conhecimentos que promovesse transformações nas práticas e na ideologia dominante em nossa sociedade (Dimenstein, 2000). Na realidade, a Psicologia estava a serviço da reprodução da ideologia dominante.

Particularmente o campo institucional da SM tem absorvido muitos profissionais da Psicologia e de outras disciplinas, visando romper com a hegemonia médica na instituição de Saúde e promover mudanças nos modelos de assistência e de cuidados. A complexidade das demandas em SM requer dos psicólogos uma abordagem diversificada e singular a respeito do cuidado e da Atenção ofertada, centrados no caso a caso, ao mesmo tempo que considera as dimensões sociais, políticas e culturais de cada sujeito (Crepop, 2022). No entanto, o Crepop aponta que a formação em psicologia se mostra insuficiente para o atendimento das demandas e das problemáticas do campo institucional da SM.

Acredito que a Psicologia enquanto ciência e profissão estar atravessando uma crise que pode se relacionar com os paradigmas da Psicologia disciplinar e com as clínicas psis transmitidas nas formações acadêmicas. Benelli (2023) em seus estudos demonstrou que existem, no campo institucional da Psicologia, alguns paradigmas⁵⁹ que são: Psicologia convencional e sua clínica tradicional, a Psicologia psicossocial com a CA, a clínica da diferença e a da Clínica da Atenção Psicossocial (a clínica do sujeito). Outro fator a ser considerado é o objeto da Psicologia – como é compreendido esse sujeito – e as noções de subjetividade e os processos de subjetivação contemporâneos.

A Psicologia convencional tem como enfoque a abordagem individual dos fenômenos psíquicos, de forma isolada e independente do contexto social e histórico do sujeito. O *setting* mais comum é o da clínica convencional do olhar, de consultório, numa abordagem individualizada e desarticulada das questões éticas e políticas, e isenta dos problemas sociais estruturais. Sua perspectiva de análise é unidisciplinar, uniparadigmática e uniprofissional. Essa prática geralmente atenderá grupos sociais mais privilegiados, por causa do valor a ser cobrado pelo tratamento. A formação desse psicólogo é predominantemente teórica e intramuros. Trata-se de adquirir conhecimentos para executá-los na prática do consultório, e, quando este se insere em estabelecimentos das instituições de políticas públicas, comumente transfere tais práticas para esse local. Suas práticas possuem viés terapêutico e curativo, com práticas terapêuticas baseadas na intromissão e intervenção moralizadora e normalizadora. Nesse tipo de atuação profissional, o protagonista é o profissional dotado de saber-poder e pensar-fazer, além de ter como foco a cura do indivíduo. Suas intervenções são pautadas pela ética coerente com os discursos hegemônicos objetificadores, autoritários e interventores, tendo como efeitos a adaptação e a normalização social (Benelli, 2023; 2020). Podemos dizer que a clínica do olhar é a praticada na Psicologia convencional.

Essas práticas psis desenvolvem-se sob a perspectiva do modelo biomédico, focado na supressão do sintoma e tomando o sujeito enquanto objeto de sua intervenção, numa concepção de viés doença-cura e normal-anormal (Benelli, 2023;

⁵⁹ Compreendemos os paradigmas que operam na instituição de Saúde como conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização. A polarização desses conjuntos de interesses e valores deixa indisfarçável sua função de peças no Processo de Estratégia de Hegemonia, ou seja, de blocos organizados de interesses e valores sociais específicos que se articulam em contradição dialética (Benelli, 2023, p.165).

Mendes *et al.*, 2021). Tal prática acaba por persistir na formação atual dos psicólogos, que muitas vezes associam a clínica exclusivamente com a psicoterapia individual (Mendes *et al.*, 2021).

A implantação e implementação das políticas públicas abriram novos campos de inserção institucional para os profissionais da psicologia, convocando-os para assumir um reposicionamento teórico, técnico, ético e político que atenda, de fato, aos interesses desses sujeitos em sofrimento. Essas mudanças estão entrelaçadas com uma perspectiva de inclusão dos aspectos sociais e políticos, considerando o sujeito enquanto cidadão de direito. Esses aspectos não cabiam na clínica tradicional centrada no indivíduo, em sua personalidade restrita ao ego racional, emocional e afetivo (Benelli, 2023; 2020).

A Psicologia psicossocial com sua CA considera a realidade complexa e integra os aspectos sociais, psíquicos e biológicos com abordagem interdisciplinar por meio do trabalho em equipes interprofissionais. O foco está no trabalho grupal e coletivo. A abordagem é dialética e crítica, articulada com uma visão histórica e social que exige um compromisso ético e político com as classes populares mais pobres. Nessa perspectiva, o profissional encontra-se inserido nas políticas públicas e com discursos e práticas voltados para o direito social e responsabilização do Estado. A sua formação ocorre pela articulação entre teoria e prática mediante práticas coletivas e de educação em saúde, de enfoque curativo e preventivo, inseridas no território. O tradicional *setting* é modificado para os estabelecimentos de políticas públicas, considerando os processos sociais, históricos e políticos que contribuem para os processos de saúde e adoecimento. O cuidado ocorre de forma integral, por intermédio de equipes interdisciplinares e de encaminhamentos. Os meios para oferta à Atenção em saúde são: acolhimento, visitas domiciliares, grupos, oficinas, rodas de conversa, entre outros. Essas ações visam ao empoderamento dos usuários e a uma democratização do conhecimento, proporcionando a participação efetiva dos usuários no planejamento, tratamento e avaliação da oferta de Atenção em saúde. Isso aponta para uma ampliação das ações ofertadas via prevenção, promoção e tratamento em saúde tendo como horizonte ético os direitos humanos e a produção de cidadania (Benelli, 2023; 2020). As intervenções psicossociais por meio de práticas pedagógicas, psicológicas, socializantes acabam por promover a “correção disciplinar, de ortopedia do comportamento e de vigilância punitiva” (Benelli, 2020, p.11)

A Psicologia psicossocial e suas clínicas, por mais que tenham a adjetivação

do termo “psicossocial”, quando analisadas apresentam ainda um viés adaptativo, normalizador por seus embasamentos teóricos, técnicos, éticos e políticos não se constituírem dialeticamente opostos, permanecendo no campo da Psicologia convencional/tradicional.

Existem algumas clínicas, na Psicologia psicossocial, que transitam para o campo transdisciplinar se fundamentando na Filosofia da Diferença de Deleuze e são denominadas de clínica psicossocial, esquizoanálise, clínica da diferença, clínica do cuidado. Situado no campo transdisciplinar encontra-se a clínica da Atenção Psicossocial, como postulada por Costa-Rosa, que, por sua especificidade clínica – situada na Psicanálise de Freud e Lacan – abre campos de análise e intercessão que possibilitam contribuições significativas e valiosas para a clínica da Atenção Psicossocial (Benelli, 2023; 2020).

Benelli (2019) problematizou a formação em Psicologia e as práticas psis, destacando que a perspectiva positivista ainda é hegemônica nessa área institucional. Levando em conta minha própria formação em Psicologia, encontro reflexões que revelam como esses processos formativos da profissão se baseavam em modos de produção de saúde que tinham como efeito a tutela, a medicalização, a alienação e a readaptação social à lógica dominante capitalista. As técnicas utilizadas pelos trabalhadores psicólogos seriam fundamentadas em recursos pedagógicos e educativos que acabam produzindo efeitos psicológicos, morais e terapêuticos em prol da adequação social dos indivíduos (Benelli; Costa-Rosa, 2012; Benelli, 2023).

Benelli (2019, p. 137) observa “[...] uma forte tendência na Psicologia em patologizar, psicologizar e despolitizar questões que são essencialmente sociais, terapizando a vida social e contribuindo para a instauração e consolidação de uma cultura psicológica”.

Essa predominância positivista nas práticas psis parece colaborar, quando estamos inseridos no campo institucional da SMC, para a sensação da necessidade de um reposicionamento teórico e técnico crítico, que venha atender às diversas demandas das injunções do real que se apresentam no cotidiano das práticas profissionais na SMC.

Na prática, o último ano de formação dos profissionais psicólogos abrange os atendimentos psicológicos, nas denominadas clínicas-escolas, com atendimento centrado nos cinquenta minutos a partir de uma perspectiva ambulatorial. Quando oportunizado, o estágio profissionalizante pode ocorrer em outros locais, como no

contexto hospitalar, em UBS, ESF ou nas políticas de Assistência Social, mas numa adaptação da clínica tradicional para a realização dos trabalhos de cuidado em Saúde ou de atenção assistencial. A formação em Psicologia continua hegemonicamente numa perspectiva clínica tradicional e disciplinar, mas, por diversos motivos, quando formados, grande parte destes psicólogos passa a atuar no campo das políticas públicas de Saúde, Assistência Social, Poder Judiciário e Segurança (Benelli, 2020).

Contudo, encontramos alguns trabalhos como o de Costa (2016), que consiste em uma pesquisa desenvolvida, enquanto psicólogo em situação de estágio profissional numa UPA (Unidade de Pronto Atendimento), numa perspectiva diferente da clínica tradicional, uma clínica da escuta do sujeito do inconsciente e do desejo, conforme preconiza a clínica da Atenção Psicossocial, da singularização. Nesse mesmo direcionamento estão os trabalhos de Mexko (2021), Costa (2021), Shimoguiri (2020), Pagnano (2018), Galiego (2013), Martini (2010), trabalhadores-intercessores inseridos em CAPS que, instrumentalizados pela clínica do sujeito, ofertaram diversificadas estratégias de intercessão condizentes com o PPS.

Inicialmente, a clínica que ofertávamos no CAPS correspondia a uma abordagem pedagogizante terapêutica. Para efeitos de elucidação, a escuta realizada na avaliação inicial era destinada para captar o sintoma e para o histórico da doença apresentada. Nós, enquanto profissionais, detentores do “saber” sobre o outro, de forma rígida, já determinávamos a rotina e a frequência de dias, horário e atividades a serem executadas por aqueles sujeitos. Não havia espaço para uma escuta que abrangesse a redução de danos e a dimensão subjetiva, portanto, o objetivo geral das ofertas em Saúde era em obter abstinência. Logo, o sofrimento psíquico estava condicionado ao sofrimento orgânico, biológico promovido pelo uso de substâncias psicoativas. Estávamos na posição do *expert* sobre as problemáticas pertinentes ao uso de substâncias psicoativas, numa posição de controle e eliminação dos sintomas e comportamentos desviantes.

Nesse período, no CAPSad fazíamos a oferta de grupos e palestras, todos com foco na supressão de sintomas, ou seja, visando à abstinência, único modelo aceito pela coordenação e acatado sem questionamento por nós, que compúnhamos a equipe técnica.

Mas tal prática se mostrou ineficiente ao longo do tempo, e a sensação de esgotamento e impotência começou a nos acompanhar. Com esses sentimentos nos mobilizando, decidi procurar por conhecimentos que possibilitassem outras ofertas de

Atenção ao sujeito em tratamento, buscando alternativas e acreditando que o CAPS poderia ser um terreno fértil para outras possibilidades de exercício da clínica, para além das que eram ofertadas e disponibilizadas na maioria dos cursos de formação a qual teve acesso naquela época.

Nossas práticas condiziam com os resultados obtidos pela pesquisa realizada pelo Crepop e pelo CFP com psicólogos atuantes em CAPS, onde se constatou que as práticas psis desenvolvidas nestes estabelecimentos incluíam atendimentos individuais, como psicoterapia, acolhimento, acompanhamento e escuta. Os atendimentos eram realizados com indivíduos em crise, em esquemas de plantão, e incluíam o acompanhamento do usuário e de sua família. Como parte da equipe multidisciplinar, os psicólogos contribuíam para a formulação do PTS e realizavam a avaliação inicial por meio do acolhimento e da escuta qualificada, como preconizado pela PNH e condizentes com a clínica do cuidado.

O atendimento inicial pode ser designado por diferentes termos, como triagem, acolhimento, entrevista inicial, anamnese, avaliação, escuta, encaminhamentos ou admissões. Além disso, os psicólogos realizavam atendimentos grupais, sozinhos ou em dupla, com outros profissionais, incluindo grupos de acolhimento, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, grupos de geração de renda, assembleias e grupos temáticos. Também eram realizados atendimentos familiares, visitas domiciliares, suporte a funcionários, atuação em rede e na comunidade, elaboração de pareceres e laudos, preenchimento de prontuários, gestão de serviços, atividades extramuros e participação em discussões políticas sobre Saúde Mental (Crepop, 2009).

Os psicólogos inseridos nos CAPS ainda ressaltavam que as práticas psis variavam conforme o território e as concepções teóricas, técnicas e metodológicas dos profissionais (Crepop, 2009).

Os processos de psicoterapia, no contexto da Atenção Psicossocial, consideram o sujeito-social, inserido em determinada cultura e participante de uma sociedade. “Assim, o processo psicoterápico psicossocial pressupõe também uma prática complexa, articuladora de saberes e fazeres, numa dialógica cotidiana ancorada no sócio-histórico” (Vieira Filho; Nóbrega, 2004, p. 378). Esse saber-fazer da psicoterapia psicossocial ainda está inserido numa perspectiva dialética de matriz sociologizante do cuidado, em que não se inclui o sujeito do inconsciente e nem se utiliza das ferramentas teóricas e técnicas da psicanálise do campo de Freud e Lacan

(Benelli, 2023).

Mas o que caracteriza uma psicologia psicossocial? Trata-se de uma abordagem que opera a partir da concepção de sujeito, considerando a subjetividade como indissociável do plano social e psíquico (Benelli, 2019). A ética subjacente a essa psicologia psicossocial situada no paradigma transdisciplinar consiste numa prática da “[...] superação da relação sujeito/objeto e do paradigma doença/cura, visando à superação das oposições entre saber, poder e produção de subjetividade” (Benelli, 2019, p. 138)

A Psicologia enquanto ciência e profissão em seu campo teórico-técnico (teoria-prática) foi fundada no saber disciplinador e normalizador, contudo, ela vem sofrendo a influência do PPS, o qual busca a subversão e a transformação da Psicologia. Para Benelli essa transformação já vem acontecendo via conceito de subjetividade e seus efeitos éticos (Benelli, 2023).

A clínica que atende à perspectiva do PPS e que, de fato, pode subverter as práticas psicologizantes e disciplinadoras da Psicologia convencional e de algumas práticas da Psicologia psicossocial é a Clínica da Atenção Psicossocial – como postulada por Costa-Rosa (2019; 2013; 2012; 2000) –, situada no campo de Freud e Lacan, onde é possível incluir o sujeito do inconsciente e do carecimento.

A clínica da Atenção Psicossocial é pertinente e necessária, na ótica do sujeito cidadão, do sujeito do inconsciente e do desejo, de modo que as dimensões subjetivas e sociais são indissociáveis. E somente essa ampliação da clínica possibilitará uma escuta outra, a do inconsciente, que viabiliza a psicologia transpor aquelas psicologias centradas do PPHM, as quais têm como efeito uma psicologia tida como “psicologizante, patologizante, individualizante e a-histórica, considerada inadequada para a realização de trabalhos sociais” (Benelli, 2019, p.133).

3.8 A PSICANÁLISE COMO UM DOS OPERADORES DA CLÍNICA AMPLIADA

Foi com a promulgação da Portaria nº 336 (Brasil, 2002), que instituiu os CAPS e a equipe multiprofissional, que a Psicologia passou a ser integrante obrigatória das equipes de SM. Na área institucional da SM, a Psicologia integra as equipes multidisciplinares com o objetivo de superar o modelo assistencial asilar, pretendendo a desospitalização e enfatizando serviços substitutivos de base territorial (Crepop, 2022).

Os CAPS são estabelecimentos que prestam serviços de Saúde municipais, de

caráter aberto e comunitário, que atuam no atendimento diário e multidisciplinar de pessoas em sofrimento psíquico. Suas diretrizes incluem o respeito aos direitos humanos, a garantia e o desenvolvimento da autonomia e liberdade dos indivíduos. Os atendimentos devem proporcionar cuidado integral e multidisciplinar, conforme as necessidades dos usuários, promovendo sua inclusão social e o exercício da cidadania (Brasil, 2002; 2011), e para que atenda às exigências do PPS é necessário adicionar a concepção de subjetividade do campo da psicanálise de Freud e Lacan.

Em meu cotidiano de trabalho enquanto psicóloga advertida pela psicanálise do campo de Freud e Lacan nos estabelecimentos de saúde, tenho ciência de que estou situada num dispositivo de produção social que produz efeitos. Contudo, essa instituição é um componente necessário para as transformações nas práticas no âmbito da SMC (Costa-Rosa, 2019). Minha estratégia de trabalho é ocupar as brechas dos conjuntos de discursos existentes nesses estabelecimentos para subverter as práticas, com vistas à produção de subjetividades singularizadas.

A clínica com pressupostos teóricos, técnicos e éticos da psicanálise do campo de Freud e Lacan possibilita ofertar Atenção aos sujeitos pautados no PPS avançando como uma superação dialética para além da RP (Costa-Rosa, 2019, 2013, 2000). Quando a Atenção Psicossocial é utilizada como campo de superação das reformas da psiquiatria, localizo-me ética e politicamente no âmbito das lutas e dos movimentos sociais da Reforma Sanitária (RS) que possibilitaram a implantação das propostas da Saúde Coletiva (Costa-Rosa, 2019).

A clínica da Atenção Psicossocial teorizada por Costa-Rosa (2013) serve-se de algumas formulações da psicanálise de Lacan sobre a ética e os discursos, estes considerados como laços sociais. A Atenção ofertada relaciona-se com os modos de produção presentes na sociedade capitalista (Costa-Rosa, 2013). A ética referente à Atenção Psicossocial deverá considerar a interprofissionalidade do trabalho em equipe e as transdisciplinaridades necessárias para a compreensão das complexidades dos processos da subjetivação contemporânea (Costa-Rosa, 2013). Estar situada nesse campo paradigmático é não ignorar o campo institucional no qual estou inserida, é sobremaneira, ocupar as brechas dos conjuntos de discursos e das práticas instituídas dominantes (Costa-Rosa, 2019).

Os sujeitos em sofrimento que buscam atendimento nos estabelecimentos de SMC apresentam sintomas, impasses e sofrimentos que possuem a especificidade de uma realidade psíquica (consciente e inconsciente e de um corpo pulsional). Trata-se,

então, de um sujeito que é social, cultural e subjetivado, que busca Atenção para seus impasses e sofrimentos numa dimensão psíquica e subjetiva de sua realidade (Costa-Rosa, 2019). Por se tratar de demandas tão complexas, exige-se dos trabalhadores-intercessores a utilização de ferramentas transdisciplinares. Dessa forma, o psicólogo psicossocial – que também é um trabalhador-intercessor – utiliza em sua práxis ferramentas pautadas na transdisciplinaridade (Benelli; Périco; Costa-Rosa, 2017; Costa-Rosa, 2019). Ressalta-se que é necessário também que o estabelecimento ofereça possibilidades transferenciais aos sujeitos em sofrimento.

Em meu cotidiano, utilizo a avaliação inicial para possível encaminhamento para tratamento no CAPSad como uma estratégia de oferta de escuta (no sentido freudiano) das demandas dos sujeitos em sofrimento. Para ilustrar essa situação da avaliação enquanto uma recepção-escuta, recordo-me de quando Luiz⁶⁰ retornou ao CAPSad para uma reavaliação. Quando me aproximei dele, começou a chorar e mal conseguia verbalizar, eram poucas palavras, quase incompreensíveis, interrompidas muitas vezes pelo choro que embargava sua voz. Começou a me falar de suas angústias. Luiz começou dizendo que aumentou o consumo de álcool e que isso vinha trazendo prejuízos para a sua saúde. Continuei escutando Luiz e quando questionei sobre “prejuízos”, começou a trazer situações conflituosas com seus familiares, aposentadoria, perda de sua casa e passando a viver de aluguel. Meu papel, nesse primeiro encontro, foi o de proporcionar um espaço de escuta e acolhimento, permitindo a expressão de seus sentimentos, dores e lágrimas, que revelavam um sofrimento que tinha uma dimensão psíquica e uma social. Suas falas refletiam vivências de rejeição e afastamento familiar, além de muitos não-ditos em suas relações sociais, que geravam intensas angústias. Ao final dessa primeira escuta, solicitei que Luiz retornasse num outro dia para novo atendimento e que ele pudesse falar mais de si. Esse espaço de encontro entre sujeito em sofrimento e psicóloga psicossocial não objetivou a prescrição de uma conduta ou encaminhamento, nem se consistiu em espaço de avaliação diagnóstica, mas se constituiu em um tempo de suspensão para que ele pudesse subjetivar a sua queixa, um ato terapêutico que inclui a dimensão subjetiva (Mexko, 2021). No CAPSad as avaliações são realizadas no momento em que o sujeito em sofrimento solicita uma oferta de Atenção.

Essa escuta-recepção é um local de encontro entre sujeito em sofrimento e um

⁶⁰ Nome Fictício.

psicólogo psicossocial. Nesse espaço, o sujeito do sofrimento pode trazer a especificidade de sua realidade psíquica, “na qual emergem acontecimentos-sujeitos marcados pelo sentido e pela pulsão/gozo como estratégias que os indivíduos põem em ação como meios de se situarem e se manterem no plano do desejo” (Costa-Rosa, 2019, p. 48) e que são manejáveis apenas em tratamento por meio da transferência. Os acontecimentos-sujeitos são efeitos psíquicos de injunções que de certa forma afetaram a realidade psíquica do sujeito (Costa-Rosa, 2019).

Podemos operar a clínica da atenção psicossocial em todas as ofertas de Atenção, por meio de atendimentos grupais, avaliação inicial, oficinas, psicoterapias grupais, matriciamento, reunião de equipe, PTS, desde que nossa práxis seja instrumentalizada pela transdisciplinaridade e na acepção do sujeito em sua dimensão subjetiva e social. A psicologia não deve se limitar a atendimentos psicológicos individuais ou grupais; a escuta do inconsciente pode ocorrer em diversos ambientes de um CAPSad.

Considero relevante ilustrar a possibilidade da escuta em qualquer lugar com a experiência que tive ao chamar Carlos⁶¹ para um atendimento. Ele estava participando de uma oficina que apreciava muito, plantando hortaliças, e me convidou a ouvi-lo ali. Aceitei prontamente. Depois de algum tempo, Carlos começou a falar sobre a perda de um filho e o rompimento conjugal que se seguiu a essa tragédia. Ele mencionou sua vulnerabilidade financeira, que impossibilitou o pagamento do parto de sua esposa, e expressou a culpa que sentia pela morte do filho. Essa foi a primeira vez, depois de anos de atendimento, que Carlos conseguiu compartilhar sua dor em relação à perda do filho, relacionada a suas condições sociais e financeiras.

Basoli (2018, p. 148-149) faz considerações significativas sobre o Sintoma Social Dominante desses sujeitos, afirmando que:

De diferentes perspectivas e paradigmas, o sujeito da atualidade deixa evidente o estrato histórico e social no qual emerge: sociedade do indivíduo liberal hipermoderno, resto do Discurso do Capitalista como modo de reprodução hegemônico de mercadorias e subjetividades [...] O sujeito do Sintoma Social Dominante precisa ser escutado, ter sua voz, dizer em nome próprio.

Deste modo, a escuta do inconsciente com vistas a favorecer a produção de subjetividade singularizada permite a prática da clínica da Atenção Psicossocial que,

⁶¹ Nome fictício.

por sua ética transdisciplinar, coloca o sujeito como protagonista, permitindo o seu reposicionamento nos impasses subjetivos pelos quais ele é atravessado e atravessador. Pretende-se produzir o significante-mestre que recoloca a implicação subjetiva e sociocultural nos conflitos e contradições, objetivando o reposicionamento do sujeito no desejo e no carecimento⁶² (Costa-Rosa, 2013).

Para que o sujeito possa engajar-se na produção da saúde subjetividade é necessário que o intercessor terapeuta seja capaz de deslocar-se da posição do “mestre supridor suposto” para o de coadjuvante propulsor e facilitador do processo de produção, do qual apenas o “sujeito do sofrimento” pode estruturalmente ser o protagonista (Costa-Rosa, 2011). Compreendemos que o sujeito é capaz de produzir respostas criativas para seu sofrimento. O conhecimento é dele, não do “técnico especialista”. Portanto, não devemos desqualificar ou reduzir o sujeito em sofrimento a um mero objeto do tratamento que oferecemos.

O trabalhador-intercessor precisa de um reposicionamento constante em sua práxis, identificando as práticas disciplinares existentes nos estabelecimentos de Saúde e, a partir de então buscar brechas a fim de ofertar uma práxis que favoreça a singularização do sujeito na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Segundo Costa (2016, p. 21), a prática da psicanálise nos estabelecimentos de Saúde pressupõe que:

O praticante de psicanálise está resguardado pela Ética do bem-dizer, ele tem consigo que escutar os sujeitos em seus sintomas, suas formações do inconsciente, implica a vivência da própria análise, a sua reflexão (os estudos da teoria), além de estar em supervisão clínica (em razão dos sujeitos que atende).

CONSIDERAÇÕES

Para que de fato a Psicologia, enquanto ciência e profissão, possa subverter suas práticas, as quais têm como efeitos a alienação dos sujeitos e a readaptação social, urge a necessidade da inserção na grade curricular dos estudantes conteúdos que abarquem os dispositivos pertinentes às clínicas psis e os seus efeitos éticos e políticos. A clareza paradigmática, a apropriação de teorias, técnicas transdisciplinares e a implicação dos psicólogos constituem-se em fatores

⁶² Segundo Costa-Rosa (2013, p. 235) “Carecimento, por oposição ao conceito de carência ou de necessidade, abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os ideais, possíveis ou não de imediato”.

preponderantes para que os efeitos éticos produzidos pelas instituições e seus estabelecimentos sociais possam engendrar subjetividades singulares.

A clínica do sujeito é a única capaz de subverter a Psicologia enquanto ciência e profissão disciplinadora, normatizadora e psicologizante, assim como traz a possibilidade de transformações radicais para além da RP na subversão das práticas médico-centradas, assentadas na adaptação dos sujeitos, medicalização da vida e normatização.

O sujeito que demanda uma Atenção ao psicólogo e aos estabelecimentos de SMC apresenta um sofrimento, uma dor, que é complexa e para além de um sujeito de direitos ou de um sujeito unificado, volitivo e racional. Sua dor apresenta aspectos de uma realidade que é psíquica e social, que foi construída historicamente e que influenciam seus processos de subjetivação no contemporâneo.

Trata-se de atravessamento ou transversalização e de produção social coletiva na qual o sujeito é produto e não origem; não há interioridade que preexista aos processos que a constituem. A subjetividade é constituída por meio de e durante uma série de processos discursivos, não discursivos e éticos. Ela é fabricada no processo de produção do mundo social como um produto cultural complexo, podendo ser inscrita numa heterogeneidade de suportes físicos, biológicos, psíquicos, verbais, econômicos, estéticos e políticos (Benelli, 2023, p. 194).

Compreendemos então que a dor de que o sujeito reclama não pode ser respondida e compreendida por manuais ou compêndios de psiquiatria ou psicologia, não é possível patologizar e curar um sofrimento que se inscreve no cotidiano da vida dos sujeitos. Esse sujeito apresenta uma dor que é singular e, simultaneamente, social, histórica e política e seus impasses, logo, por sua constituição social e psíquica, não pode ser respondida por protocolos, prescrições, aconselhamentos, orientações, medicações ou psicologismos. Os “sujeitos jamais podem ser tratados como objetos, pois sua condição de sujeitos inclui os planos da cidadania política, do inconsciente e do devir” (Benelli, 2023, p. 165).

O psicólogo, no consultório ou inserido nos estabelecimentos de SM, pode ofertar uma Atenção ao sujeito em sofrimento através da escuta do sujeito do inconsciente, que comporta uma realidade que é psíquica e social, colocando-se na posição de não-saber, pois o ser humano está na condição peculiar que lhe cabe, a de sujeito singular. Nessa propositura, não podemos coisificar, educar ou governar o sujeito, as ações são realizadas junto com ele, permitindo que assuma o protagonismo

de sua vida, o que corresponde ao seu “reposicionamento subjetivo e a implicação sociocultural” (Benelli, 2023, p.201).

Segundo Amarante (2003), os CAPS devem ser espaços que promovam uma clínica outra, a da Atenção Psicossocial, como postulada por Costa-Rosa (2013) – alicerçadas em práticas sociais inovadoras para lidar com o sofrimento psíquico, além de possibilitar a construção de novas relações entre a sociedade e a loucura. Essa rede de atenção e cuidados é baseada no território e orientada pelos princípios da integralidade e da participação popular (Yasui; Costa-Rosa, 2008). Além disso, os CAPS constituem-se em um espaço para a construção de subjetividades, que transcendem a dimensão clínica e se manifestam requerendo um processo contínuo de invenção. Assim, devem ser compreendidos como uma forma de realizar o cuidado, e não apenas como um simples serviço de SM (Leal; Delgado, 2007).

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. M.; MARQUES, F. C.; SOUZA, C. A. de; SOARES, I. dos S.; PROENCE, V. S.; LOURENÇO, M. L. S. Clínica ampliada, do conceito à ação: contribuições a partir da experiência de educação tutorial. **Revista Eletrônica do Programa de Educação Tutorial** - Três Lagoas/MS, v. 3, n. 3, p. 235-251. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/REPET-TL/article/view/12864>. Acesso em: 16 out. 2024.
- AMARANTE, P. D. de C.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf. Acesso em: 16 out. 2024.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AURÉLIO, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.
- BASOLI, L. P. **Figuras da clínica psi na atualidade: algumas contribuições à Saúde Mental Coletiva**. 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/158274>. Acesso em: 14 out. 2024.
- BENELLI, S. J. Paradigmas diversos no campo da assistência social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 609-660, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/F7t5GM5SM7VfNQSFdCgyc/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.
- BENELLI, S. J. Problematizando as estratégias de intervenção, trabalho e pesquisa em Psicologia Social: para além da clínica? In: SIMÕES, M. C. D.; PURIN, G. T.; SILVA, E. P.; PEREZ, D. (org.). **Psicologia social: análises críticas sobre histórias interditas e práticas resistentes**. Porto Alegre: Abrapso, 2019.
- BENELLI, S. J. **Entidades assistenciais para crianças e adolescentes no município: impasses institucionais e possibilidades**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.
- BENELLI, S. J. **Problematizações das figuras da psicologia clínica: olhar, cuidar, escutar**. São Paulo: Unesp Digital, 2023.
- BENELLI, S. J. **Psicologia e Assistência Social**: interfaces políticas, clínicas e

éticas. Curitiba: CVR, 2020.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; Costa-Rosa, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.16, n.1, p. 01-17, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>. Acesso em: 10 nov.

BRASIL. **Lei Federal 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-mental-no-sus-os-centros-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ca-equipe-de-referencia-e-projeto-terapeutico-singular>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/humaniza-sus-documento-base>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ca-e-compartilhada>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/portaria-3088-2011>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário da Política Nacional de Humanização**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>. Acesso em: 15 out. 2024.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 15 out. 2024.

COSTA, M. F. **A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/214756>. Acesso em: 15 out. 2024.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 743-757, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7vx5t9rjDFgGvqPSV7NKj6/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (org.) **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n.32, p. 743-757, 2012.

CREPOP. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: DF, 2009.

CREPOP. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: DF, 2011.

CREPOP. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: DF, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Democracia e Subjetividade: a produção social dos sujeitos democráticos**, 2ª ed. Brasília: CFP, 2010.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (Brasil). **Relatório da inspeção nacional de comunidades terapêuticas**: 2017. Brasília, DF: CNMP, 2018. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. Campinas, 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, Brasil, 2004.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95–121, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estudpsicologia/article/view/15710>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DOR, JOEL. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Tradução Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

FERIGATO, S. H.; BALLARIN, M. L. G. S. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **BIOETHIKOS: Centro Universitário São Camilo**, v. 1, p. 53-60, 2007. Disponível em: <https://revistas.usp.br/bioethikos/article/view/17942>. Acesso em: 15 nov. 2024.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FOSSI, L. B. **Os doze passos do governo das vidas nas comunidades terapêuticas**. Porto Alegre, 2013. 108 fls. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas**. Assis, 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/125180>. Acesso em: 15 nov. 2024.

GRIGOLO, T. M.; PAPPIANI, C. Clínica Ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 01-26, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cbsm/a/3Kmv7xqF6Pb4gD5TTwR6Qd/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

Lacan, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1992. (Trabalho original publicado em 1969-1970).

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.; SILVA JR., A.; MATTOS, R. (org.), **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro, CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MARTINI, R. B. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. 96 f. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/110673>. Acesso em: 15 out. 2024.

MARX, K. **Capítulo Inédito d' O Capital: Resultados do Processo de Produção Imediato**. Porto: Publicações Escorpião, 1975.

MELO, M. C., CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos construídos sobre a internação em comunidades terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas. **Psicol. estud.**, v. 23, p. 1-16, 2018.

MEXKO, S. **Uma psicóloga psicossocial no CAPS: contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/213964>. Acesso em: 15 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. CID 10**. Brasília: Datasus, 2021. Disponível em: <https://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2024.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 492, p. 492-499, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012. Acesso em: 10 jan. 2025.

PAGNANO, J. R. C. **O hospital psiquiátrico como analisador da Saúde Mental de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/153958>. Acesso em: 15 out. 2024.

PÉRICO, W. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/110673>. Acesso em: 15 out. 2024.

PÉRICO, W. **Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva**. 246 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. bras. psicol. [online]**, v.60, n.2, p.32-39, 2008.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **O inconsciente é a política: contribuições do Dispositivo Intercessor para o saber-fazer da Terapia Ocupacional Psicossocial**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020. Disponível

em: <http://hdl.handle.net/11449/202764>. Acesso em: 15 out. 2024.

SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. spe, p. 8–41, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ptsPLZhXfqLTzKmyj7b6pDp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2024.

SUNDFELD, A. C. Clínica Ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Qg78hdyBb7tqF6LMK8YwTgt/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

VILELA, A. M. J. História da Psicologia no Brasil: Uma Narrativa por Meio de seu Ensino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. spe, p. 28-43, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/7FqJH2S6g5gPCDkMvfmYgr/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. DA. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estudpsicologia/a/TmvgwhbnsnKwk7QygnmX5R/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Revista Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2008.v32n78-79-80/27/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A práxis em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) reforça a necessidade de elucidação paradigmática dos trabalhadores do campo da Saúde Mental Coletiva (SMC), não somente pela hegemonia do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e seus efeitos nos sujeitos atendidos, mas para que se opere um outro tipo de posicionamento teórico, técnico, ético e político que corresponda e atenda de fato ao Paradigma Psicossocial (PPS), o qual tem como efeito a subjetividade singularizada. É importante a elucidação paradigmática frente às conjunturas políticas que buscam retroceder a cada dia quanto aos direitos conquistados por meio das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Algumas particularidades foram percebidas durante essa mais de uma década de práxis que temos no campo da SMC, tais como: o trabalho serializado, repetitivo e desimplicado dos processos de saúde e adoecimento dos sujeitos; a existência de diversos estabelecimentos de saúde, esporte, assistência social e a inexistência de um trabalho articulado em rede; a reinvidicação de sujeitos e familiares por internações e suplementos medicamentosos como se fossem objetos de consumo e soluções para suas dificuldades ou “dores”; e as práticas profissionais arraigadas no diagnóstico e na supressão dos sintomas via tamponamento medicamentoso.

O sujeito do sofrimento que recorre a um estabelecimento de SMC apresenta uma dor, representada naquele momento pelo uso de drogas diversas, sendo que ele possui aspectos de uma realidade que é psíquica e social, construída historicamente por meio de processos de subjetivação. Essa realidade complexa exige do trabalhador-intercessor um posicionamento teórico, técnico, ético e político transdisciplinar para permitir que o sujeito seja o protagonista de seu tratamento e de sua história de vida, facilitando o seu reposicionamento (Costa-Rosa, 2013) e reconhecendo que ele é o único capaz de produzir as respostas ao seu sofrimento. O conhecimento é do sujeito e não do profissional, trabalhador. Quando não temos clareza de que os nossos processos de trabalho produzem efeitos nos sujeitos, e que, aliados a este fator, se estivermos entrelaçados com as concepções do PPHM, orientamo-nos como os detentores do saber acerca do sujeito, e nossas práticas têm como efeito a adaptação e alienação dos sujeitos em sofrimento.

Um dos meus objetivos como trabalhadora-intercessora foi questionar-me e colocar a equipe a se questionar sobre qual clínica embasava os processos de

trabalho nesse estabelecimento, por meio das ofertas de Atenção aos sujeitos e das reuniões de equipe e matriciamento. Como constatei, as ofertas de Atenção estavam baseadas no PPHM – em consonância com a ideologia dominante e presentes na maioria dos estabelecimentos de Saúde –, mas apostei e aposto na alternatividade, no trabalho dos intercessores que operam no plano da micropolítica, com interrogações acerca de sua práxis e na produção de saber relativo a ela.

Nesses anos de práxis no campo da APS quanto aos operadores da Clínica Ampliada (Brasil, 2007; 2009) compreendi que são: reunião de equipe, matriciamento, trabalho em equipe e o projeto terapêutico singular (PTS), os quais fazem parte do cotidiano dos CAPS e podem ser utilizados de forma a favorecer modos de produção de saúde mais singularizados. Para tanto, considero importante destacar que não existe PTS sem a participação do sujeito em sofrimento e sua família. O sujeito não é objeto, por isso o trabalhador não pode coisificar, educar ou governar o sujeito, por sua condição peculiar, a de ser sujeito (Benelli, 2023).

Acredito na potencialidade dos trabalhadores-intercessores situados no campo da SMC e dos que poderão se tornar intercessores para juntos lutarmos para que os CAPS possam ser de fato produtores de uma nova clínica, a Clínica da Atenção Psicossocial, na qual se opera a partir da escuta do sujeito do sofrimento para além de sua queixa alienada em seu sintoma orgânico, com práticas pautadas no território, na desmedicalização, despatologização, desinstitucionalização, no protagonismo do sujeito e no respeito às diferenças e na produção de subjetividade em saúde singularizadas.

Quando situamos um estabelecimento específico como é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) no campo da Atenção Psicossocial, defronta-nos com as problemáticas em relação ao uso de drogas na contemporaneidade e à necessidade da abertura à fala do sujeito, favorecendo processos de subjetivação singularizados. Os problemas relacionados ao uso de drogas na contemporaneidade correspondem a problemas de ordem social, envolvendo a saúde, a educação, a política e o plano jurídico. A busca por drogas em suas formas de toxicomania ou alcoolismo denunciam o mal-estar da sociedade contemporânea, que se reflete na busca pela felicidade que não se encontra nas ofertas da civilização do Modo Capitalista de Produção (MCP). A abertura à escuta e fala desses sujeitos consumidores de drogas é fundamental para que possamos abrir espaços para um reposicionamento subjetivo.

Compulsando textos que abrangessem as problemáticas do uso de álcool, do

etilismo, em mulheres, deparamo-nos com uma escassez de trabalhos que abrangessem o alcoolismo, as questões de gênero, a psicanálise de Freud a Lacan, as pressões sociais, a maternidade, entre outros aspectos que podem estar entrelaçados com o alcoolismo feminino.

Um psicólogo inserido nas políticas públicas não é um profissional de consultório, limitado a atendimentos individuais e a ouvir um sujeito isolado de suas formações sociais. O psicólogo psicossocial está situado “fora dessa caixa”, seu enquadre não se restringe a uma sala de atendimento, ele prioriza os atendimentos grupais, e não individuais, realiza oficinas, visitas domiciliares, avaliações iniciais, matriciamento, além de apostar que a psicanálise é para todos os públicos, que não se restringe aos consultórios e às classes mais favorecidas.

A pertinência de um psicólogo psicossocial, advertido pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, um trabalhador-intercessor inserido no campo das políticas públicas de Saúde, está situada na perspectiva de subverter os processos de saúde e adoecimento existentes. Esse trabalhador-intercessor reivindica a escuta do sujeito do sofrimento para além de suas queixas orgânicas e diagnósticos nosológicos, pois sua práxis é orientada para os sujeitos e as complexidades dos estabelecimentos institucionais e seus processos de produção. A possibilidade de uma escuta do sujeito do inconsciente e do carecimento possibilita uma clínica ampliada no sentido que atenda às exigências do PPS.

Quanto à formação dos psicólogos, percebemos a necessidade de inserção de disciplinas e estágios que abranjam as políticas públicas de Saúde, principalmente com enfoque na Atenção Psicossocial, na perspectiva do PPS.

REFERÊNCIAS

BENELLI, S. J. **Problematizações das figuras da psicologia clínica: olhar, cuidar, escutar**. São Paulo: Unesp Digital, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ca-equipe-de-referencia-e-projeto-terapeutico-singular>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ca-e-compartilhada>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.